LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION

17, RUE CASSETTE, 17

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CENT CINQUIÈME ANNÉE

1932

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1932

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE DE GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — MM. les médecins généraux Averous et Dargein.

Au grade d'officier. — MM. les médecins en chef Hamet et Pradel ; les médecins principaux Coureaud, Kervella et Dore.

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général inspecteur Cadiot; MM. les médecins généraux Grall et Sorel; M. le médecin colonel Bouquet de Jolinière.

(Active.) *Au grade d'officier.* — MM. Mathieu, Lubet, Barberousse, Lhomme, Pasteur, Van Merris, Cordier, Gourdon, Curet, Jacquinot, Floquet, Ufferte, Demerliac, Bauby, Ferron, Policard.

(Troupes coloniales.) MM. Colombani, Gaulène et Gascougnolle.

Au grade de chevalier. — MM. Marcelin, Fontaine, Carrade, Millo, Gleize, Jarry, Roche, Rougetet, Galliot, Dutrey, Gueguen, Roques, Piquemal, Jacquot, Stibio, Picout-Laforet, Migayron, Texier, Donneaud, Rolling.

(Troupes coloniales.) MM. Picot, Lambert, Leroy, Delage, Bauguion

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE. — Un concours pour cinq places d'interne titulaire en médecine et la désignation d'internes provisoires des Asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'infirmerie spéciale des aliénés près la préfecture de police et de l'hôpital Henri Rousselle (service libre de prophylaxie mentale) s'ouvrira à Paris, à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, le mercredi mars 1932.

Les inscriptions seront reçues à la préfecture de la Seine (service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, porte 227, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 h. à midi et de 14 à 17 h., du 12 au 26 février inclus.

Pourront prendre part au concours les docteurs en médecine munis des diplômes délivrés par les facultés de l'Etat et les étudiants en médecine, sans distinction de sexe, possédant quatorze inscriptions de doctorat.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — M. le professeur Léon Bernard a été nommé, pour l'année 1932, président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, et MM. le professeur Fouchet et le docteur Jules Renault, vice-présidents de cette assemblée.

— M. le docteur Adrien Loir, correspondant de l'Académie de médecine, président du Syndicat des médecins hygiénistes français, a été nommé membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. Auscher, décédé.

— Une place d'auditeur est déclarée vacante au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, dans la section des ingénieurs hydrologues et géologues, en remplacement de M. le professeur Rochaix, devenu membre de droit de cette assemblée.

Les candidats ont un délai expirant le 1er février 1932 pour faire acte de candidature et exposer leurs titres, accompagnés d'un *curriculum vitæ*, dans un dossier qui devra être adressé au ministère de la santé publique, 5e bureau, de la direction de l'hygiène et de l'assistance, 7, rue de Tilsitt.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — M. le professeur Charles Achard (de Paris) a été élu membre honoraire étranger.

M. le professeur Rohmer (de Strasbourg) a été élu membre correspondant étranger.

SOCIÉTÉ DE SÉROLOGIE. — Le 19 novembre 1931, la Société française de sérologie appliquée a tenu sa première séance de travail à la Faculté de médecine, sous la présidence du professeur Levaditi, membre de l'Académie de médecine.

Dans le discours qu'il prononça au début de la séance, le président de la Société de sérologie en rappela le but, qui est *l'étude et le progrès de la sérologie appliquée au diagnostic et au contrôle des maladies, particulièrement de la syphilis.*

Il retraça les débuts des études sérologiques, montra toute leur importance actuelle, évoqua les progrès qui restent encore à réaliser, montrant que ceux-ci pouvaient être grandement facilités par les réunions et les publications des membres de la Société. Ce remarquable discours sera reproduit dans un prochain numéro de la Prophylaxie antivénérienne.

Furent élus : M. Vernes, vice-président ; M. le professeur Roussy, membre du Comité, et quelques nouveaux membres titulaires.

Désirant montrer tout de suite l'objet principal de ses préoccupations, et en même temps, son désir de ne pas s'y limiter, la Société entendit deux intéressantes communications : la première, celle de M. Targowla sur *le liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale.* (Cette communication paraîtra dans un des numéros des annales des maladies vénériennes.)

Prirent part à la discussion MM. Vaurs, Rubinstein, Debains, Levaditi.

La seconde communication, de M. Sollier sur la *réaction sérologique chez les animaux atteints de malitococcie* paraîtra dans la Revue de médecine et de chirurgie coloniale. Prirent part à la discussion : MM. Debains, Jansion, Tavou, Mlle Pillement, M. Duvic.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Xavier Francotte, professeur émérite de l'Université de Liége ; H. Pierman (de Marbaix), Charles Houtmann (de Bruxelles).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. ACHARD.) — *Conférences de clinique médicale pratique.* — M. Louis Ramond, médecin de l'hôpital Laennec, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, à la Clinique médicale Cochin (amphithéâtre Dieulafoy), une conférence de clinique médicale pratique.

La première conférence aura lieu le dimanche 10 janvier 1932. Elle aura pour sujet : « Les pleurésies chyliformes. »

— CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. — MM. Tournay et Velter commenceront le mardi 12 janvier 1932, à 17 h. 30, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren), une série de conférences de neurologie oculaire.

Ces conférences, publiques et gratuites, se continueront à la même heure, du 12 janvier au 13 février.

CHRONIQUE

DINER DE RENTRÉE DE L'A. P. M. F.

L'Association de la presse médicale française a donné son *Dîner de rentrée* le 9 décembre, dans les salons du restaurant Ledoyen, sous la présidence de M. François Latour, président du Conseil municipal de Paris, et du professeur Maurice Loeper, son président.

Ce dîner réunissait un très grand nombre de représentants des journaux médicaux affiliés à l'Association.

A l'heure des toasts, dans une très fine allocution, le professeur Loeper remercie le président du Conseil municipal d'avoir bien voulu accepter la présidence de ce dîner, formant des vœux pour que ce premier contact de l'Association de la presse médicale française avec les pouvoirs publics soit le point de départ de réalisations pleines d'intérêt et qui ne sauraient laisser indifférents ni les uns ni les autres.

Quelques représentants des firmes de spécialités de produits pharmaceutiques ayant bien voulu répondre à l'invitation qui leur avait été faite, le professeur Loeper ne manqua pas de souligner la collaboration étroite qui doit se maintenir entre la presse médicale française et ceux qui, par leur effort financier, contribuent largement à sa diffusion. Il serait d'ailleurs à souhaiter que ces derniers, véritables collaborateurs, se joignent régulièrement à nos réunions. Ce serait là le meilleur moyen de mieux se connaître et de conjuguer les intérêts des uns et des autres, si intimement liés.

M. François Latour, dans le langage éloquent et châtié dont il a le secret, répondit aux paroles aimables du professeur Loeper, en exprimant toute sa satisfaction d'avoir fait plus ample connaissance avec un groupement qui, dans le domaine de la pensée, contribue si largement à maintenir, au regard du monde entier, le prestige et le renom de la science et de la médecine française.

Il pense que les pouvoirs publics et l'administration municipale pourraient venir en aide à la Presse médicale et à ceux qui la représentent :

En étudiant avec bienveillance les intérêts de l'Association et de ses membres et en prêtant à leur défense un concours éventuel ;

En s'instruisant des nécessités et des conditions du travail pour ceux qui, soit dans leurs laboratoires, soit dans leurs services hospitaliers, soit dans les œuvres sociales qu'ils créent ou qu'ils dirigent, ont le soin et la charge de la santé publique, et en leur apportant leur concours moral et matériel ;

En protégeant, chacun dans sa sphère et dans ses moyens d'action, l'industrie puissante et si utile des spécialités pharmaceutiques qui, par surcroît, apporte une aide indispensable à la publication et à la diffusion des périodiques médicaux.

Nous devons souhaiter que ces idées généreuses se réalisent quelque jour ; en attendant, l'Association de la presse médicale française ne peut que se réjouir d'avoir établi ce premier contact entre elle et ceux qui peuvent si utilement servir ses intérêts et les défendre.

REVUE GENERALE

L'ÉTAT ACTUEL DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LES SELS D'OR

PAR MM.

FRANCIS BOURGEOIS, Ancien interne des hôpitaux de Paris, Assistant à l'hôpital Cochin.

et

L. SANDZER, Assistant étranger à l'hôpital Cochin.

La chimiothérapie de la tuberculose a, depuis bien longtemps, hanté l'esprit des médecins et des phtisiologues. Divers médicaments ont été successivement proposés, mais ce sont surtout les sels des métaux lourds qui ont recueilli le plus de suffrages.

Les anciens préconisaient déjà l'emploi des sels d'or. Mais c'est à Robert Koch que revient l'honneur d'avoir démontré l'action du cyanure d'or dans la tuberculose.

Depuis, bien des travaux ont été publiés sur la question.

En 1913, G. Rosenthal a proposé l'emploi du tricyanure d'or dans la tuberculose pulmonaire en l'administrant par voie directe, par la méthode de trachéofistulisation. Pour cet auteur, le tricyanure d'or serait un médicament antibacillaire et bacillicide.

D'autres travaux traitant de la même question ont paru depuis, mais cette thérapeutique n'a pas eu grand cours et semblait tomber dans l'oubli. Ce sont les travaux de Mollgaard qui ont attiré à nouveau l'attention des phtisiologues sur les problèmes de la crysothérapie. Le professeur danois, se basant sur une série de travaux expérimentaux suivis d'observations cliniques de Knud Faber, a proclamé la sanocrisine comme le grand médicament spécifique de la tuberculose. Un espoir semblait naître, car les travaux publiés par les auteurs danois et suédois étaient vraiment remarquables. C'est Léon Bernard qui s'est, le premier, intéressé à la question en France et qui a pu se documenter complètement sur la sanocrisine, grâce au professeur Madsen et également à Charles Poix, qui s'est rendu au Danemark pour étudier la méthode sur place dans le service du professeur Knud Faber.

Les premiers travaux portaient surtout sur des grosses doses, aussi ne tarda-t-on pas à publier une série d'accidents graves, quelquefois même mortels, imputables à l'aurothérapie. Ces accidents, de grande fréquence, ont provoqué l'abandon de la méthode par de nombreux auteurs, qui voyaient dans la sanocrisine un médicament incapable d'influencer l'évolution d'une tuberculose pulmonaire, mais par contre capable de provoquer des complications sérieuses et dangereuses. La théorie de l'action antibacillaire régnait encore en maîtresse; ainsi Jacquerod (de Leysin) a pu écrire, après un long séjour à Copenhague : « Le traitement paraît donc agir directement sur les bacilles, dont il détruit la vitalité, mais il ne produit pas d'immunisation de l'organisme ou, tout au moins, pas d'immunisation définitive ; ce qui, en pratique, comporte la nécessité de répéter les traitements. »

Léon Bernard, sans abandonner la méthode, l'a modifiée profondément et a continué l'aurothérapie, mais à petites doses. Il a été suivi dans cette voie par les médecins d'Hauteville et surtout Dumarest et ses élèves. Depuis les travaux de Léon Bernard, l'emploi des sels d'or est entré dans la pratique journalière courante.

Depuis deux ans cependant, on a tendance à revenir vers les grosses doses et tout dernièrement Klotz vient d'insister sur la nécessité d'employer des doses au-dessus de 0 gr. 50, qui seraient seules efficaces. Nous reviendrons d'ailleurs en détail sur cette question des doses.

Indications. — Les indications de la chrysothérapie ne sont pas encore définitivement précisées. Pourtant nous connaissons deux indications principales : la poussée évolutive fébrile, quand le pneumothorax est impossible ; la bilatérilisation pendant le pneumothorax artificiel en cours.

Presque toutes les autres formes de la tuberculose pulmonaire sont justifiables de la crysothérapie, sauf cependant quelques-unes que nous allons préciser dans le chapitre suivant. En général, il semble que les sels d'or exercent leur action optima dans les lésions jeunes, évolutives ou non. Les lésions anciennes sont peu ou pas influencées par le traitement, quelquefois même elles sont aggravées. L'association de l'aurothérapie à la collapsothérapie n'est pas encore mise au point. Labesse et Julien Marie viennent d'en faire une étude.

Contre-indications. — Si le nombre des indications précises est minime, par contre celui des contre-indications est énorme. Dans les phases initiales de la crysothérapie, on éliminait systématiquement tous les malades porteurs de tares viscérales, rénales, hépatiques, intestinales et autres. Nous assistons actuellement à une évolution profonde du problème des contre-indications. Léon Bernard, Ameuille et Klotz pensent que diverses contre-indications considérées jadis comme telles ne doivent plus nous arrêter et faire hésiter dans l'institution du traitement aurique. « Je partage, dit Léon Bernard, l'opinion d'Ameuille, qu'il faut être très large à l'égard des contre-indications. En particulier les troubles intestinaux ne doivent pas arrêter, et même nous avons relevé des résultats extrêmement favorables sur l'entérite des tuberculeux atteints de cette complication. »

« Les fameuses contre-indications de l'aurothérapie tirées de l'état des reins et du foie ne paraissent pas très consistantes. Quelle raison nous permet d'attribuer au foie et aux reins les accidents d'intolérance ? Quels tests si certains avons-nous seulement pour établir que le foie et les reins ne supporteront pas les sels d'or ? Nous ignorons tout des causes d'intolérance, et quand elle survient chez un malade nous n'avons aucun moyen de la prévoir, même par l'examen préalable le plus minutieux. » (Ameuille et Klotz.)

Il est pourtant classique de ne pas soumettre au traitement aurique les malades chez lesquels les voies d'élimination sont touchées. Dans le service de notre regretté maître, le docteur Pissavy, nous avons chaque fois exploré l'état des reins, du foie, de l'intestin. L'albuminurie, la diarrhée, constituaient et constituent encore des contre-indications absolues.

Nous ne soumettons pas non plus les diabétiques tuberculeux à l'aurothérapie ; Villaret et ses élèves ont montré les mauvais résultats de la crysothérapie chez de tels malades.

Nous avons observé de mauvais résultats et même une aggravation de l'état général chez les malades avancés à grosses lésions et avec un état général déficient.

Colbert et Pigeon pensent également que l'aurothérapie doit être contre-indiquée « chez les malades ne présentant pas une résistance locale ou générale suffisante. Chez ces malades cachectiques, anergiques, le traitement loin d'améliorer leur état l'aggravait souvent. Le médicament est trop fort pour le malade trop faible. »

Les formes congestives, hémoptoïsantes ne doivent pas bénéficier de l'aurothérapie.

En somme tous les malades présentant des affections touchant surtout les voies d'élimination ne doivent pas être soumis à l'aurothérapie.

Accidents. — L'aurothérapie n'est pas exempte de dangers, et il faut bien savoir qu'on n'a jamais la certitude de ne pas provoquer des accidents, même en prenant toutes les précautions nécessaires. Ces accidents sont quelquefois légers, d'autres fois graves, et parfois même mortels. Leur fréquence est variable, mais elle dépend essentiellement de deux facteurs : l'aurotolérance et l'importance des doses.

Nous diviserons les accidents de l'aurothérapie en accidents immédiats et en accidents tardifs.

1° Accidents immédiats. — *a.* Choc : On a signalé l'existence d'un choc succédant immédiatement à l'injection intraveineuse de thiosulfate d'or et de sodium. Ce choc se caractérise par des vertiges, des vomissements, de la céphalée, mais ne prend jamais des proportions graves. Pour notre part, nous n'en avons jamais observé pendant notre pratique de quatre ans.

b. Réaction fébrile. — Il n'est pas rare d'assister à une brusque montée de la température dans les quelques heures qui suivent l'injection. Cette élévation thermique peut être importante, allant jusqu'à 39-40 (Colbert et Pigeon). Il nous a été donné d'assister à une réaction à 41° après une injection intrapleurale de 0 gr. 05 de crisalbine.

c. Réaction focale. — L'injection d'un sel d'or est quelquefois suivie dans les vingt-quatre heures d'une réaction focale importante : augmentation des râles, qui deviennent plus humides et plus nombreux, augmentation de l'expectoration. Cet accident est bénin et tous les phénomènes disparaissent, en général, très vite.

2° Accidents tardifs. — *a.* Accidents rénaux. — Les sels d'or semblent frapper avec prédilection le rein ; et sont capables d'engendrer des accidents d'importance variable pouvant aller d'une simple albuminurie transitoire jusqu'aux néphrites comparables à celles des arsénobenzènes (Gougerot et Weill).

L'*albuminurie* est un accident assez fréquent se rencontrant dans 10 pour 100 des cas environ. Son apparition commande l'interruption immédiate du traitement, qui peut, d'ailleurs, être repris au bout de quelque temps. Une de nos malades, traitée par la chrisalbine depuis deux ans, présente depuis plusieurs mois des traces d'albumine dans les urines. Malgré cela, nous n'avons pas jugé nécessaire d'interrompre le traitement, la malade se porte d'ailleurs fort bien.

La *néphrite* est un accident très rare de l'aurothérapie, mais d'une gravité exceptionnelle.

b. Accidents hépatiques. — Le foie peut être touché également, et il manifeste son atteinte par un ictère d'intensité variable. Peyri (Barcelone) a noté un ictère intense, mais non mortel, après quelques injections de 0 gr. 25 de sanocrisine.

c. Accidents intestinaux. — La diarrhée survient quelquefois comme complication de l'aurothérapie. L'apparition de la diarrhée commande l'interruption du traitement.

d. Accidents muqueux. — Ils consistent uniquement en une stomatite aurique étudiée par Nicolas et ses élèves, et se rencontrant dans 1,5 pour 100 des cas traités (Dumarest et Mollard, Lebeuf et Mollard).

Cette stomatite douloureuse, pouvant gêner la mastication, est érythémateuse d'abord, puis leucokératosique, rappelant l'aspect du lichen plan. Elle envahit rapidement la bouche, la muqueuse linguale, les amygdales et même les lèvres (Gougerot et Weill). La stomatite aurique est d'un pronostic bénin, elle disparaît généralement au bout d'une dizaine de jours après l'interruption des injections.

e. Accidents cutanés. — Ces accidents, qui ont été fréquemment observés à la période initiale de la crysothérapie, tendent à disparaître avec l'emploi des petites doses. Ainsi, nous n'en avons observé que 6 cas sur 289 malades traités pendant l'année 1930 ; Lebeuf et Mollard, en 1928, les ont observés dans 6,5 p. 100 des cas.

L'apparition de ces accidents n'est pas en rapport direct avec l'importance de la dose ; ainsi une petite dose peut déclencher une éruption cutanée très sérieuse et très longue à guérir. Gougerot et Weill comparent les accidents de la crysothérapie aux accidents provoqués par les arsénicaux. Ces derniers auteurs distinguent :

1° Des érythèmes toxiques précoces ;

2° Des érythèmes biotropiques ;

3° Des érythèmes tardifs, toxiques ou anaphylactiques ;

4° Du purpura.

Les *érythèmes toxiques précoces* débutent en général entre le premier et le troisième jour après l'injection, et se caractérisent par un placard apparaissant sur la poitrine ou dans un pli de flexion. Le début de cette

éruption s'accompagne fréquemment de fièvre, de vomissements, de diarrhée, d'albuminurie. L'éruption peut être d'emblée généralisée « morbilliforme ou scarlatiniforme, avec ou sans exanthème buccopharyngé. Elle évolue en huit à dix jours, laissant une desquamation furfuracée ». Ces érythèmes sont précédés de prurit, qui constitue un signe d'alarme devant faire cesser immédiatement le traitement, de crainte de voir apparaître des accidents beaucoup plus graves.

Les *érythèmes biotropiques*. — Les érythèmes du neuvième jour, décrits par Milian dans l'arsénothérapie, ont été observés dans le traitement aurique (Gougerot, Burnier et Uhry, Paul Blum). Il y a « non seulement identité clinique entre ces accidents et les érythèmes du neuvième jour, mais la preuve du biotropisme est apportée par la non-reproduction des accidents après la réinjection du médicament ».

Les sels d'or peuvent réveiller différentes infections : eczéma vrai, vésiculeux, suintant, séborrhéique, etc.

On a observé l'apparition du lichen plan pendant et après le traitement (Jeanselme et Burnier, Pautrier).

Helms a observé un cas mortel d'éruption bulleuse fébrile.

Peigné a signalé des accidents graves, consécutifs à l'injection intraveineuse de 0 gr. 10 de thiosulfate d'or et de sodium. Cette injection a réveillé des anciennes lésions lupiques torpides et leur a donné une évolution suraiguë, en même temps qu'elle a réveillé de vieilles lésions auriculaires et oculaires. Pendant ces accidents, l'auteur n'a pas observé d'albuminurie, de glucosurie, de troubles gastro-intestinaux, d'érythème, ni d'énanthème.

Les *érythèmes tardifs toxiques ou anaphylactiques*. — Leur début est tardif entre le sixième et le quinzième jour qui suivent l'injection.

Nous venons d'observer une malade qui a reçu trois injections de 0 gr. 05 de thiosulfate d'or, et qui a présenté un petit placard érythémateux sur l'avant-bras gauche, s'accompagnant d'un prurit intense. Par erreur, une nouvelle injection de 0 gr. 05 avait été faite : deux jours après, la malade présenta une poussée thermique à 39°4, en même temps qu'on assistait à l'apparition d'une érythrokératodermie généralisée prédominant aux paumes de la main et aux pieds. Pas d'albumine dans les urines, constante d'Ambard normale, mais urines rares pendant dix jours. La malade a été obligée de rester six semaines à l'hôpital pour voir disparaître son éruption. Cet accident aurait sûrement pu être évité, car le prurit et les quelques éléments érythémateux devaient suffire pour interrompre les injections. Même isolé, le prurit doit faire penser à la possibilité d'accidents beaucoup plus graves pouvant être déclenchés par une nouvelle injection, si minime soit-elle.

L'érythrodermie débute par un petit exanthème fébrile ayant une extension rapide, et caractérisé par l'apparition de lésions vésiculo-œdémateuses. Si l'on poursuit les injections, l'érythème survient, apparaissant et prédominant aux mains et aux pieds. Rapidement extensif, il s'accompagne d'un œdème qui gagne le visage. L'état général est altéré, le malade est prostré, les urines sont rares, quelquefois renfermant de l'albumine. La guérison survient au bout de six semaines à deux mois, mais on a observé des cas mortels.

Formes cliniques. — FORMES LOCALISÉES. — Il est fréquent d'observer une localisation au niveau des extrémités, surtout aux paumes des mains et aux pieds. Tel fut le cas d'un de nos malades qui a présenté cette forme bien localisée d'un aspect si caractéristique, portant pour ainsi dire la signature d'un accident de chrysothérapie.

David (de Lille) vient de rapporter une observation d'un malade qui a reçu trois injections de crisalbine de 0 gr. 05, 0 gr. 10, 0 gr. 15, avec un intervalle de huit jours entre chaque piqûre. La troisième injection déclencha une réaction focale au niveau du lupus et provoqua une érythrokératodermie palmo-plantaire.

FORMES ATTÉNUÉES. — Parfois le prurit, l'érythème pointillé, l'érythème papuleux constituent toute la maladie. D'autres fois, on n'observe que quelques éléments urticariens, un peu d'œdème fugace et de l'eczéma.

Le *purpura* peut apparaître, soit bénin, soit comportant un pronostic fatal par syndrome hémorragique mortel.

Amat a rapporté un cas de purpura hémorragique mortel, au cours d'un pyopneumothorax tuberculeux traité par les injections intrapleurales de thiosulfate d'or.

Jacob et Douady viennent d'observer un cas d'agranulocytose au cours du traitement aurique.

Les accidents rares. — On a accusé les sels d'or de provoquer des hémoptysies chez les tuberculeux pulmonaires. Cette complication est extrêmement rare, et il n'est pas sûr qu'elle soit due aux sels d'or. Pourtant nous avons observé un cas où la coïncidence des hémoptysies avec l'institution de l'aurothérapie a vraiment été frappante : il s'agissait d'un vieux tuberculeux, qui n'a jamais présenté d'hémoptysies, et qui a commencé à cracher du sang à la suite de douze injections de 0 gr. 05 de thiosulfate d'or. Le traitement aurique a été interrompu pendant un mois, au bout duquel on a refait une nouvelle injection de 0 gr. 05, suivie, après trois jours, d'une nouvelle hémoptysie. Interruption du traitement, mais le malade continue à cracher du sang à plusieurs reprises, malgré son envoi dans un sanatorium.

* * *

Nous voyons donc que les accidents de la chrysothérapie sont nombreux et souvent graves, aussi faut-il se demander comment les éviter : nous avons vu que l'emploi des petites doses diminuait beaucoup la fréquence des accidents. Il est vrai que l'importance et la gravité des accidents n'ont aucun rapport avec l'importance des doses employées. « Il y a des sujets qui ne supportent pas l'antipyrine, la quinine ou l'arsenic, et leur organisme traduit cette intolérance, quelle que soit la dose injectée. » (Dumarest, Lebeuf et Mollard.) Il y a des malades qui supportent bien une première série d'injections, et qui présentent des accidents à la

deuxième, il s'agirait alors de malades « sensibilisés », qui ont une intolérance acquise. « Cela revient à dire que chaque sujet possède ou non une capacité personnelle à réagir sans incident. Cette capacité, variable d'un individu à l'autre, constitue l'*auro-tolérance*. Le devoir du clinicien est de la rechercher, car de sa constatation ou non dépendra la conduite de tout le traitement. » (Dumarest, Lebeuf et Mollard.)

*
* *

Les sels d'or utilisés. — Parmi les innombrables sels d'or proposés, on utilise surtout le thiopropanol sulfonate double d'or et de sodium, et le thiosulfate d'or et de sodium. Le premier de ces sels s'injecte par voie intramusculaire, le deuxième par voie intraveineuse.

Posologie. — Nous avons vu que les doses préconisées tout d'abord par Mollgaard étaient très fortes, et que les accidents qu'elles avaient provoqués avaient fait abandonner l'aurothérapie pendant un certain temps. Si le traitement aurique n'a pas été abandonné complètement en France, c'est grâce à Léon Bernard, qui a été le premier à préconiser les petites doses, qui ont eu pendant longtemps la faveur des nombreux phtisiologues.

Actuellement, nous assistons à une évolution des idées sur la posologie des sels d'or, les hautes doses considérées autrefois comme dangereuses revenant à l'honneur et étant employées actuellement dans plusieurs services hospitaliers.

Trois grands courants se manifestent actuellement dans cette question du dosage :

1° Les uns n'emploient que des *petites doses*, qui diminuent d'une façon sensible la fréquence des accidents de la crysothérapie. On commence par 0 gr. 05 qu'on répète trois à quatre fois, à intervalle de huit jours. Si l'on n'observe aucun accident, on continue les injections, en augmentant la dose à 0 gr. 10. Les injections sont répétées tous les huit jours, jusqu'à la dose totale de 3 grammes. On interrompt alors le traitement pendant un à deux mois, puis on recommence une nouvelle série. Si le malade tolère bien les sels d'or, on augmente les doses : 0 gr. 15 par semaine. C'est cette dernière méthode que nous avons suivie à l'hôpital Cochin, dans le service du docteur Pissavy, et à la consultation du dispensaire du même hôpital. Cette méthode nous a donné des résultats certains dans de nombreux cas, et nous a permis de réduire la fréquence des accidents au minimum.

2° Les *doses moyennes* trouvent de nombreux partisans, parmi lesquels Léon Bernard et ses élèves. Ces auteurs commencent le traitement par de petites doses (0 gr. 05, 0 gr. 10, 0 gr. 15), pour augmenter rapidement à 0 gr. 25, 0 gr. 30, 0 gr. 50 même, par semaine. Charles Meyer injecte même 0 gr. 75 chaque semaine dans les poussées évolutives.

Ces doses ne sont pas, d'après Léon Bernard, plus toxiques que les petites doses, et les accidents observés ne seraient ni plus fréquents, ni plus graves qu'avec ces dernières.

3° Les défenseurs des *hautes doses* sont représentés par Secher à l'étranger, par Ameuille et Klotz en France. Le premier de ces auteurs emploie des doses allant jusqu'à 1 gr. 20 par semaine. Ameuille et Klotz injectent 1 gramme de thiosulfate d'or par semaine en deux injections de 0 gr. 50, après avoir exploré la susceptibilité du malade par quelques injections à petites doses.

*
* *

Nous voyons donc que la posologie est encore incertaine, et que la question du dosage n'est pas encore définitivement close. Toutefois, nous croyons que la question de la crysothérapie demande quelques précisions.

On ne peut pas comparer l'aurothérapie à l'arsénothérapie : dans la syphilis, il s'agit de frapper fort, par de hautes doses d'arsénobenzol et d'arriver à une dose totale importante. Dans la tuberculose, au contraire, la crysothérapie n'exige qu'une condition, c'est d'arriver à une dose totale suffisante.

Si les arsénobenzols sont tréponémicides, les sels d'or, en effet, ne sont pas bacillicides ; il est donc inutile d'employer de hautes doses dans la crysothérapie, le but principal étant d'arriver à un total suffisant, qui varie d'après les sujets, dans des proportions importantes.

On sait que l'élimination des sels d'or est très lente, aussi est-il dangereux, croyons-nous, d'employer de hautes doses, de crainte de voir surgir des accidents d'intolérance contre la masse de sels d'or accumulée dans l'organisme, et qui n'a pas eu le temps de s'éliminer. Mieux vaut employer des doses hebdomadaires de 0 gr. 10 ou de 0 gr. 15, pour arriver ainsi à une dose totale de 3 grammes.

Il y a des malades qui s'améliorent au bout d'une série, d'autres qui ne réagissent qu'à partir de 5 grammes, d'autres enfin qui ne réagissent pour ainsi dire pas ; chez de tels malades, il vaut mieux arrêter le traitement.

La dose totale est donc une chose individuelle, sous la dépendance étroite de l'auro-sensibilité (Dumarest, Lebeuf et Mollard).

Le traitement aurique est un traitement de longue haleine ; il ne s'agit pas d'obtenir une amélioration de l'état général, ou même une amélioration radiologique, qui peuvent être transitoires, mais une amélioration durable. Aussi les malades doivent-ils se soumettre périodiquement à une nouvelle série d'injections, de manière à maintenir les résultats obtenus.

*
* *

Les résultats. — Ils varient d'une façon importante d'un malade à l'autre ; tandis que, chez les uns, on observe une amélioration clinique et radiologique importante, on assiste chez les autres à une évolution des lésions et à une aggravation de l'état général. Ainsi, avons-nous observé une malade qui, pendant la durée de son traitement (6 gr. 50 de crisalbine), a ulcéré ses lésions, et a présenté deux nouvelles cavernes, inexistantes avant l'institution du traitement aurique.

Les plus beaux résultats que nous avons observés concernent les lésions jeunes, évolutives ou peu évolutives. Ainsi avons-nous pu assister à des fontes rapides de masses en voie d'ulcération, avec des nettoyages radiologiques remarquables, et une grosse amélioration de l'état général.

La chrysothérapie constitue un adjuvant précieux du pneumothorax artificiel. Mais elle est surtout indiquée pendant la bilatéralisation des lésions, où elle permet souvent de continuer la collapsothérapie, grâce à un nettoyage des lésions jeunes et nouvellement apparues. Nous venons d'observer une jeune malade qui a fait, au cours d'un pneumothorax, une bilatéralisation importante, avec des signes cliniques et radiologiques très nets, s'accompagnant d'une poussée évolutive à 39°. Soumise au traitement aurique, la malade a présenté à la quatrième injection une très grande amélioration clinique et radiologique ; à la huitième injection (0 gr. 85) de crisalbine, il ne persiste plus aucun signe clinique ; une radiographie nous montre un nettoyage complet du poumon opposé au poumon collabé.

Mais il ne faut pas fonder de trop grands espoirs dans la chrysothérapie au cours d'une bilatéralisation. l'un des poumons étant comprimé. A côté des cas heureux, nous avons observé des échecs complets, qui nous ont obligés à interrompre le pneumothorax en cours, soit pour recourir à un pneumothorax double, soit pour abandonner l'ancien.

Dans les cas anciens, dans des vieilles tuberculoses fibro-caséeuses, l'action des sels d'or est beaucoup moins nette. Les améliorations radiologiques sont beaucoup plus discutables, et surtout beaucoup plus rares que dans les formes jeunes. Si le nombre des améliorations radiologiques n'a pas dépassé 35 p. 100 des cas, par contre, l'état général s'est amélioré chez 80 p. 100 de nos malades ; cette action favorable des sels d'or sur l'état général a été presque constante. Nous avons noté des reprises de poids étonnantes, allant jusqu'à 17 kilos en deux mois. Cette reprise du poids ne se manifeste pas immédiatement après les premières injections, mais demande un certain temps pouvant aller jusqu'à quatre semaines. Il est assez fréquent d'observer un amaigrissement passager après les quelques premières injections, il y a intérêt à prévenir le malade de cette possibilité.

L'action sur la température est très nette dans certains cas, et nous avons noté plusieurs fois une baisse de la température consécutive à l'injection du thiosulfate d'or. Ch. Meyer a constaté cette baisse de la température dans un très grand nombre de cas ; pour Klotz, cette baisse a paru moins nette que dans les observations de Mayer. La première manifestation après une injection d'un sel d'or est, d'après Colbert et Pigeon, « la chute de la température qui, d'habitude progressive et lente à se produire, peut au contraire parfois être brutale et immédiate ».

L'action sur l'expectoration nous a paru peu nette et nous n'avons jamais observé de cas vraiment démonstratifs. Cependant en comparant la fréquence de la disparition des bacilles pendant les années où l'on n'utilisait pas les sels d'or, nous avons vu que ces bacilles ont disparu dans la proportion du simple au double.

Klotz constate : « Une fois sur deux l'expectoration devient non bacillifère, au moins temporairement. »

Les nombreux travaux parus récemment et ayant trait à l'autothérapie montrent, en effet, que les auteurs ne sont pas d'accord sur les résultats qu'on peut en espérer.

Les uns n'ont observé qu'une amélioration des troubles fonctionnels et une reprise du poids, sans modification appréciable de l'évolution de la maladie et des signes radiologiques (Renaud et Petit-Maire).

Les autres ont observé des améliorations très nettes dans les formes évolutives fébriles, et au cours de la bilatéralisation des lésions pendant le pneumothorax. En ce qui concerne la guérison des cavernes, Léon Bernard est moins catégorique : « Moi aussi, dit-il, comme Ameuille, j'ai vu des faits d'effacement d'images lacunaires extrêmement saisissants, mais nous en voyons d'identiques en dehors de cette médication. »

Ameuille et Klotz viennent d'apporter cinq observations de malades qui ont reçu de 8 à 10 grammes de crisalbine, par deux injections de 0 gr. 50 par semaine. « Tous avaient non seulement des lésions nodulaires, des infiltrats bilatéraux, mais aussi des images cavitaires indiscutables, deux d'entre ces cavernes au moins sont énormes, presque lobaires. Chez tous les autres les lésions ont régressé dans la proportion de 60 à 80 p. 100. Trois des cavernes ont complètement disparu. Les deux grosses ont diminué à peu près de moitié. »

Les résultats que nous avons observés peuvent donc se résumer ainsi :

1° Améliorations radiologiques indiscutables dans les poussées évolutives fébriles et dans les bilatéralisations, au cours du pneumothorax artificiel. Ces résultats sont fréquents dans ces formes, mais ne sont pas constants, et on ne peut jamais préjuger de la guérison avant l'institution de la chrysothérapie.

2° Relèvement de l'état général dans 80 p. 100 des cas traités.

3° Baisse de la température, très fréquente.

4° Reprises de poids, quelquefois très importantes.

5° Peu d'action sur l'expectoration, la disparition des bacilles n'étant souvent que temporaire.

6° Peu d'action sur les cavernes, nous n'avons jamais vu disparaître une spelonque sous l'influence du traitement aurique.

On voit donc que les résultats que nous avons observés se rapprochent de ceux observés par Léon Bernard et ses élèves. Nous sommes loin des résultats acquis par Ameuille ; il est vrai que cet auteur n'a apporté que cinq observations, dont les résultats sont vraiment remarquables, mais dont le nombre est trop petit pour qu'on puisse juger l'ensemble de la méthode. Il nous serait facile d'apporter un certain nombre d'observations de guérisons complètes, mais nous croyons qu'on ne peut juger une thérapeutique que si elle porte sur un très grand nombre de malades.

Nous croyons que, dans l'état actuel de la chrysothérapie, il ne faut pas s'attendre à 80 p. 100 de guérisons ; ce qu'il faut demander au traitement aurique,

c'est un arrêt d'une poussée évolutive, la possibilité de continuer un pneumothorax malgré une bilatéralisation, une baisse de la température, et un relèvement de l'état général et de l'appétit du malade.

Demander à l'aurothérapie de guérir des cavernes, de faire disparaître des lésions anciennes nous paraît dépasser, dans l'état actuel, ce qu'elle peut donner.

Eprouver le sentiment d'avoir arrêté une poussée évolutive, voir son malade reprendre du poids, se relever d'une déchéance physique et morale, sont des satisfactions nouvelles pour le phtisiologue, qui les a rarement connues avant l'aurothérapie. Ces résultats doivent nous suffire pour le moment.

BIBLIOGRAPHIE

AMAT. Communication à la *Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier*, janv. 1930.

AMEUILLE et HINAULT. Efficacité de l'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire. *Bull. méd.*, 21 fév. 1931.

AMEUILLE et KLOTZ. Aurothérapie de la tuberculose pulmonaire, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 28 nov. 1930.

BERNARD (Léon). Diabète et tuberculose, *Presse méd.*, 4 déc. 1929.

BERNARD et MAYER. Résultats du traitement de la tuberculose pulmonaire par le thiosulfate d'or et de sodium, *Presse méd.*, 1930, n° 43.

BERNARD. A propos du traitement de la tuberculose pulmonaire par le thiosulfate d'or et de sodium, *La Vie médicale*, 10 janv. 1931.

COLBERT et PIGEON. La pratique de l'aurothérapie chez les tuberculeux, *Gaz. méd. des sciences méd. de Bordeaux*, 21 déc. 1930.

DAVID. Communication à la *Soc. méd. et anatomo-clinique de Lille*, séance du 28 oct. 1930.

DESMEULES. Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la sanocrysine, *Bull. méd. de Québec*, 1929, n° 11.

DUMAREST. Foie et chrysothérapie, *Hauteville-Lompnes méd.*, 1930, n° 3.

DUMAREST, LEBEUF et MOLLARD. Le problème du dosage dans la chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire.

DUMAREST et MAYER. Sur un cas d'impetigo provoqué par les sels d'or, *Hauteville-Lompnes méd.*, avril 1930.

DUMONS. Contribution à l'étude la chrysothérapie des tuberculeux, *Paris méd.*, 11 janv. 1930.

GOUGEROT et CARTEAUD. Erythrodermie aurique précoce, *Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, séance du 13 nov. 1930.

GOUGEROT et WEILL. Les accidents cutanés de la médication par l'or, *La Science médicale pratique*, 1er janv. 1931.

JACOB et DOUADY. Un cas d'agranulocytose chez une tuberculeuse traitée par la chrysalbine, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 9 mai 1930.

JAQUEROD. A propos de la sanocrysine ; une visite à Copenhague, *Presse méd.*, 1927, n° 51.

JEANSELME et BURNIER. Traitement de la tuberculose cutanée par le thiosulfate double d'or et de sodium, *Presse méd.*, 1926, n° 66.

LABESSE et CHARLES-MARIE. La collapsothérapie et sels d'or, *Presse méd.*, 1930, n° 95.

LAFONT. Les tendances actuelles de l'aurothérapie en tuberculose pulmonaire, *Progrès méd.*, 1930, n° 14.

LEBEUF et MOLLARD. Les aurides cutanées et muqueuses, *Presse méd.*, 1930, n° 74.

MOLLARD. Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or.

PEIGNÉ. Accidents graves dus à l'aurothérapie, *Bull. de la Soc. de thérap.*, 1930, n° 5.

RENAUD et PETIT-MAIRE. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 28 nov. 1930.

ROTON. *Bull. de la Soc. méd.-chir. de l'Indo-Chine*, 1930, n° 8.

REYNIER. *Bull. de la Soc. de thérap.*, séance du 9 avril 1930. — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose par l'or.

SECHER (Knud). Traitement de la tuberculose pulmonaire par la sanocrysine, dosage et résultats, *Presse méd.*, 1930, n° 101.

VILLARET, L.-Justin BESANÇON et René CACHERA. Les sels d'or dans le traitement des tuberculeux diabétiques, *Presse méd.*, 1930, n° 13.

ZEHNER. L'or et la tuberculose, *Die Tuberculose*, 1928, n° 7.

CALENDRIER DES CONGRÈS

ET MANIFESTATIONS MÉDICALES

1932

Janvier... 20 janvier. Jubilé du Professeur Charles Porcher, Directeur de l'Ecole vétérinaire de Lyon.

6-9 mars. Lyon. IIIe Congrès international et IIIe exposition internationale de technique sanitaire et d'hygiène urbaine. — Commissaire général : Professeur Garin, rue Ménestrier, Lyon.

Mars...... 15-18 mars. Madrid. IXe Congrès international de chirurgie. — Président : Professeur de Quervain, de Berne. — Secrét. gén. : Prof. Léopold Mayer, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

24 mars. Berlin. Cinquantenaire de la découverte du Bacille de Koch.

29 mars. Besançon. Congrès des Sociétés Savantes. Président : M. le Ministre de l'Instruction publique. — Inscriptions 2e bureau. Direction de l'enseignement supérieur, ministère de l'Instruction Publique.

Mars. Rabât. XXXVIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française.

Mars. Montpellier. Réunion hydrologique et climatologique. — Secrétaire général : Professeur agrégé A. Puech, 32, rue Aiguillerie, Montpellier.

Mars. Paris. Société d'hydrologie médicale. Séance annuelle. — Secrét. gén. : Dr J. Galup, 59, rue Bonaparte, Paris 6e.

Avril..... Avril. Paris. XIIIe Salon des Médecins. — Président : M. le Professeur Hayem ; Secrét. gén. ; Dr Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris.

Avril. Ligue française contre le rhumatisme. — Réunion clinique à l'hôpital Saint-Antoine et réunion générale de la Ligue. — Secrétariat : 51, rue Bonaparte, Paris 6e.

Mai....... 19-24 mai. Rome. Congrès international de la Ligue contre le Rhumatisme. — Pour l'Italie : Secrét. gén. : Prof. A. Lunedei, Via Venezia, à Florence. — Secrét. gén. permanent : Dr J. Van Breemen, Keizersgracht 489, Amsterdam.

Mai. Madrid. IXe Congrès universel de Chimie pure et appliquée.

Mai. Paris. 18e Congrès de médecine légale. — Président : M. Raviart (de Lille).

Mai. Catane. IXe Congrès médical sicilien.

Juin...... 20-25 juin. East London. XXVIe Congrès médical Sud-Africain. — Président : Dr J. Bruce Bays. — Secrétariat : Medical Association of South Africa (B. M. A.). The Southern Life Buildings, St-George's Street. Capetown. Unione Sud Africana.

25-26-27-28 juin. Bruxelles. XIIes Journées médicales belges. — Secrét. gén. : M. René Beckers, au *Bruxelles Médical*; Bruxelles.

Juillet.... Juillet. Nancy. Société d'orthopédie. — Réunion sous la présidence de M. Frœlich.

Paris. XIIe Réunion neurologique annuelle. — Secrét. gén. : Docteur O. Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.

Août...... 15-18 août. Copenhague. Congrès de la Lumière. Présidence : Prof. Reyn. — Secrét. gén.: Dr A. Kissmeyer. — Finsen Lysinstitut. — Strandboulevarden, Copenhague.

Septembre. 12-17 septembre. Amsterdam. IIe Congrès international de médecine tropicale. — Cotisation 12 florins hollandais. Nederlandsche bank, Amsterdam.

19-22 septembre. Vichy. Congrès de la Lithiase biliaire. — Président : Professeur Carnot ; Secrétariat général : 24, boulevard des Capucines, Paris.

20-25 septembre. Marseille. Congrès international d'hygiène méditerranéenne. — Président: M. Marchoux. — Secrét. gén. : M. Violle, laboratoire d'hygiène, faculté de médecine de Marseille, 40, allées Gambetta, Marseille.

27-30 septembre. Madrid. IIe Congrès international d'oto-rhino-laryngologie. — Président : Professeur A.-C. Tapia.

Septembre. Bucarest. IXe Congrès international d'histoire de la médecine. — Secrét. gén. : Bucarest II, Strada Stirbel Voda 86.

Octobre... 3 octobre. Paris. XLIe Congrès français de Chirurgie. Président : M. Pierre Duval. — Vice-président : M. Leriche. — Secrét. gén. : M. Grégoire, 20, rue de l'Université, Paris.

4 octobre. Congrès de l'Association française d'urologie. — Secrét. gén. : M. O. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris 7e.

5 octobre. Paris. Congrès français d'orthopédie. — Secrét. gén. : M. Paul Mathieu, 74, rue Vaneau, Paris 7e.

Octobre. Paris. XXIIIe Congrès français de médecine. Président : M. F. Bezançon. — Secrét. gén. : M. Abrami, 9, rue de Lille, à Paris. — Secrét. gén. adjoint : MM. Mathieu, Pierre-Weill et Moreau. — Trésorier : M. N. Fiessinger.

30-31 octobre. Paris. VIe Conférence des Psychanalistes de Langue française, 1, rue Cabanis, Paris.

Octobre. Paris. VIIe Congrès français de Stomatologie. — Président : M. Bozo (Paris). — Secrét. gén. : M. A. Lattès, 54, boulevard Saint-Michel, Paris 6e.

Octobre. Paris. Association des membres du corps enseignant des facultés de médecine de l'Etat.

Octobre. Paris. XXIVe Congrès d'hygiène. — Secrét. gén. : M. Dufaure, à l'Institut Pasteur, Paris.

Octobre. Paris. XIIIe Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Novembre. Novembre. Milan. IVe Congrès italien de microbiologie. — Secrét. gén. : Professeur Dessy et Professeur Arnaudi, Via Darwin 20, Milan.

VIIIe Congrès de l'Association des pédiatres de langue française. Président : M. Ombredanne. — Secrét. gén. : M. Jean Hutinel, 7, rue Bayard, Paris 8e.

Montpellier. Ier Congrès international d'oto-neuro-ophtalmologie.

Ottawa Hull. XIIe Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Italie. XIVe Congrès international de physiologie.

Bucarest. XIIe Congrès roumain de neurologie.

Nancy. XXVIIe réunion de l'Association des anatomistes. — Président : Professeur Jolly, du Collège de France, et vice-président : Professeur Roussy (Paris).

1933

Avril. Rome. XIVe Congrès international d'ophtalmologie. — Secrét. gén. ; Prof. E. Marx, Invichting voor oghyders Oostmolenwerf 5. Rotterdam (Hollande).

Septembre. La Bourboule. Congrès international du Lymphatisme.

Rome. XVe Congrès italien de pédiâtrie.

Londres. IVe Congrès international d'urologie. — Président : Sir Thompson Walkes.

IIe Congrès de la Société internationale d'orthopédie. — Président : Professeur Nové-Josserand.

France. Ville non désignée. XIVe Congrès international d'hydrologie.

1934

2e Conférence de la Société internationale de pathologie géographique. — Siège de la conférence non encore fixé.

Société d'orthopédie : Réunion à Bordeaux, sous la présidence de M. Rocher.

Bologne. Congrès international de stomatologie.

Palerme. VIIe Congrès international de Thalassothérapie.

1935

Société d'orthopédie. — Réunion à Lille sous la présidence de M. Le Fort.

PROCHAINS CENTENAIRES

1932. — Centenaire de la naissance de *Léon Labbé*, chirurgien à Paris ; de *William Crookes*, physicien et chimiste anglais; de *Kœnig*, chirurgien allemand.

— Centenaire de la mort de *Cuvier*, et de *Delpech*, chirurgien à Montpellier.

1933. — Centenaire de la mort du baron *Boyer*, chirurgien à Paris.

1934. — Centenaire de la naissance du professeur *Tillaux* (de Paris), du professeur Alphonse *Dubrueil* (de Montpellier) ; de *Klebs* (de Königsberg) ; de *Deiters*, anatomiste allemand ; de *Heidenhain*, anatomiste allemand ; de *Rasmüssen*, médecin danois.

1935. — Centenaire de la naissance de *Ranvier*, à Lyon ; de *Politzer*, à Vienne ; de *Parkinson*, à Londres ; d'*Eberth*, à Halle.

Centenaire de la mort de *Dupuytren*, à Paris ; de *Foderé* à Strasbourg.

1936. — Centenaire de la naissance de *Waldeyer*, anatomiste allemand.

1937. — Centenaire de la naissance de *Terrier*.

1938. — Centenaire de la mort de *Broussais*.

CROISIÈRES ET VOYAGES MÉDICAUX

Croisière de la *Revue générale des Sciences* dans le monde polaire, Norvège, Spitzberg et Banquise (28 juillet-21 août 1932). — Inscriptions et renseignements au Secrétariat de l'*Association de la Presse médicale* française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris 6e. — Tél. Littré 13-61.

Croisières médicales organisées par le Dr Loir, 12 *bis*, rue de Coligny, Le Havre.

Croisière du *Bruxelles Médical* aux îles du Solenl (27 juillet-21 août 1932). — Inscription : Section des Voyages de *Bruxelles Médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

Croisières médicales françaises de la *Gazette médicale de France*. Croisière de Pâques aux Iles Hispano-Africaines, Espagne, Portugal, Maroc. Comité d'organisation : 9, rue Soufflot, Paris 5e.

Croisière de Vacances de Pâques de la Compagnie des Chargeurs Réunis. — 26 mars-11 avril 1932 : Bordeaux, Portugal, Madère, Ténériffe, Maroc, Baléares, Marseille. — Renseignements et adhésion : *Journal de Médecine de Bordeaux*, 57, rue des Trois-Conils, Bordeaux.

Voyages de la Société médicale du Littoral méditerranéen : 1° Pâques ; 2° Noël ; 3° Eté : La Côte d'Azur, la Corse, les Alpes. — Secrét. gén. : 24, rue Verdi, Nice.

Voyages de la Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne : Cévennes-Pyrénées (de Lamalou à Lourdes) ; Pyrénées-Océan. — Renseignements : docteur M. Faure, La Malou.

Voyage en Italie de « la Nomade ». — 23 mars-3 avril 1932. — Ecrire Docteur Cavro, 15, rue Jules-Ferry, Paris 15e arr.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR DES PROCHAINS CONGRÈS

1932

Conférence des Psychanalistes de Langue française. — RAPPORTS. — *L'hystérie de conversion, l'hystérie au point de vue psychiâtrique.*

Congrès de la Lumière. — Questions à l'ordre du jour : *Le rôle du pigment dans la biologie de la lumière et dans l'effet thérapeutique des bains de lumière.* — Rapporteurs : M. Brody (France) et M. Miescher (Suisse).

Comment l'effet des bains de lumière dans la tuberculose peut-il s'expliquer ? — Rapporteurs : Sir Henry Gauvain (Angleterre) et M. Jesionek (Allemagne).

Bases et organisation des recherches hélioclimatiques en relation avec les mesures d'hygiène publique. — Rapporteurs : M. W. Hausmann (Autriche) et M. A. Rollier (Suisse).

Compte rendu du Comité international de fixation d'une unité de mesure pour les rayons ultraviolets, présenté par M. Saidman (France).

Congrès français de chirurgie (Paris). — RAPPORTS. — *Chirurgie du cœur (traumatismes exceptés).* — Rapporteurs : MM. Lenormant (de Paris) et Leriche (de Strasbourg).

Traitement opératoire des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche. — Rapporteurs : MM. Cunéo (de Paris) et Rocher (de Bordeaux).

Traitement chirurgical des maladies du sang. — Rapporteurs : MM. Jean Quénu (de Paris) et Santy (de Lyon).

XXIIIe Congrès français de médecine. — Questions à l'ordre du jour :

1° *Indications et traitement médico-chirurgical des abcès du poumon ;*

2° *Lymphogranulomatose ;*

3° *Acrocyanose.*

Congrès français de médecine légale. — RAPPORTS : *Les lésions du foie dans la submersion.* — Rapporteur : M. Etienne Martin.

La psychanalyse dans la pratique médico-légale. — Rapporteur : M. Genil-Perrin.

Maladie de Parkinson de cause traumatique. — Rapporteur : M. Naville.

Congrès français d'orthopédie. — RAPPORTS. — *Traitement chirurgical des scolioses.* — Rapporteur : M. Fèvre (Paris).

Traitement précoce de l'ostéomyélite aiguë non traumatique des membres. — Rapporteur : M. Ingelrans (Lille).

Congrès des Sociétés Savantes. — Questions médicales à l'ordre du jour :

Les résultats de la vaccination antituberculeuse ;

La néphrose lipoïdique ;

L'opothérapie hépatique dans les anémies ;

Les ressources hydrologiques de la Franche-Comté au point de vue alimentation en eau potable ;

Considérations sur l'étiologie et la prophylaxie du cancer ;

La fièvre ondulante d'origine bovine en Franche-Comté ;

Rougnon et l'angine de poitrine ;

Le foyer jurassien de l'échinococcose alvéolaire.

Congrès international de Chirurgie (Madrid). —1° *Diagnostic et traitement des tumeurs intrarachidiennes.* Rapports par MM. Elsberg (New-York) ; Yirasek (Prague) ; Olivares (Madrid) ; Beriel (Lyon) ; de Martel et Robineau (Paris) ; Dominici (Pérouse) ; Goldstein (Varsovie).

2° *Suppurations pulmonaires non tuberculeuses.* — MM. Lilienthal (New-York) ; Lopez Sancho (Valence) ; Baumgartner (Paris) ; Coquelet (Bruxelles) ; M. Ascali (Rome) ; Sauerbruch (Berlin).

3° *Chirurgie de l'œsophage.* — MM. Henschen (Bâle) ; Zaaiser (Leyde) ; Cardenal (Madrid) ; Grégoire (Paris) ; Jiano (Bucarest) ; Lusena (Gênes).

4° *Progrès récents de l'anesthésie en chirurgie.* — MM. Ischikawa (Kazanawa) ; Jurasz (Poznan) ; Goyanes (Madrid) ; Trias-Pujol (Barcelone) ; Meriel (Toulouse) ; Monod (Paris) ; Fredet (Paris) ; Uffreduzzi (Turin) ; Lorenzini (Milan) ; Anschutz (Kiel).

Congrès international d'hygiène méditerranéenne. — RAPPORTS. — *La spirochétose espagnole.* — M. Sadi de Buen.

La dengue. — M. Blanc.

La fièvre ondulante. — M. Burnet.

La fièvre exanthématique méditerranéenne. — M. Olmer.

Les procédés modernes de dératisation des navires. — M. Lutrario.

Inscriptions. Cotisation : 100 fr. M. G. Baillière, trésorier, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Renseignements auprès des secrétaires généraux : MM. Violle, laboratoire d'hygiène de la Faculté, 40, allées Léon-Gambetta, à Marseille ; Ch. Broquet, 195, boulevard Saint-Germain, à Paris.

IIe Congrès international d'oto-rhino-laryngologie de Madrid. — Questions à l'ordre du jour :

Otosclérose. — Rapporteurs : Fraser (Edimbourg, Angleterre) ; Gordon Wilson (Chicago, U. S. A.) ; Otto Mayer (Vienne, Autriche).

Ozène. — *a)* Etiologie, pathogénie, bactériologie.

Résultat d'une enquête internationale. Rapporteurs : Leroux-Robert (Paris, France) ; Costiniu (Bucarest, Roumanie). — *b)* Traitement médical. Rpporteur : Viggo Schmidt (Copenhague, Danemark). — *c)* Traitement chirurgical. Rapporteur : Lautenschlager (Berlin, Allemagne). — *d)* 1° Anatomie pathologique. Rapporteur : Torrini Luigui (Florence, Italie) ; 2° Recherches bactériologiques et expérimentales. Rapporteurs : P. Marlogis (Italie), Alphonso Trimarchi (Cremona, Italie).

Sclérome. — Les résultats de l'enquête internationale, en ce qui concerne le scléromе (géographie, statistique, épidémiologie). Rapporteur : Belinoff (Sofia, Bulgarie). Co-rapporteurs : Szmurlo (Pologne) ; Sercer (Danemark). — Bactériologie : Lasagna (Parme, Italie). — Clinique et thérapeutique : Bourack (Mins, Russie). — Histoire : Hajek (Vienne, Autriche). — Légis.

Ligue contre le Rhumatisme, Conférence internationale de Rome. — Questions : *Médico-scientifiques : les symptômes initiaux du rhumatisme chronique. — Rhumatisme et tuberculose médico-sociale. — Le Rhumatisme et la profession.*

XIIe Réunion neurologique. (Juillet 1932). — 1° *Les épilepsies.* — Rapporteurs : MM. Abadie, Crouzon et Pagniez.

2° *Les arachnoïdites.* — Rapporteurs : MM. Claude, Barré, Petit-Dutaillis et Forster.

Réunion de la Société d'orthopédie, à Nancy. — Pas de rapports. — Présentation de malades et d'instruments.

Association française de pédiatrie. — *Congrès des pédiatres de langue française.* — Rapports : 1° *La pathologie du diverticule de Meckel.* — Rapporteurs : MM. Fèvre et Semelaigne.

2° *Les répercussions médicales liées aux variations météorologiques, saisonnières et climatiques.* — Rapporteurs : MM. Mouriquand, P. Woringer et Armand-Delille.

3° *Les virus filtrants tuberculeux en pathologie infantile.* — Rapporteur : M. G. Paisseau.

1933

IIe Congrès de la Société internationale d'orthopédie. — Président : M. le Professeur Nové-Josserand (Lyon) ; vice-président : M. le professeur Murk-Jansen (Leyde). Rapports:

Mécanisme des mouvements articulaires en général. — M. von Bayer (Heidelberg).

Le traitement des ostéites tuberculeuses. — M. Sorrel (Paris).

D'autres rapporteurs seront désignés par les comités nationaux.

Ve Congrès de la Société internationale d'urologie. (Londres) :

1° *La maladie du col vésical (hypertrophie prostatique exceptée) ;*

2° *Les tumeurs du bassinet et de l'uretère ;*

3° *La pyélographie par voie descendante.*

1934

Congrès de Thalassothérapie (Palerme)

Action physiologique de la cure marine sur le système lymphatique et son action curatrice sur les tuberculoses pulmonaires.

Chemin de fer Paris-Lyon-Méditerranée

Côte d'Azur Pulmann Express. — Nous avons annoncé récemment la mise en marche du train « Côte d'Azur Pullmann Express » (Hiver), qui circulera tous les jours, jusqu'à nouvel avis, entre Paris et Vintimille, à partir du 18 décembre au départ de Paris et du 19 décembre au départ de Vintimille.

Composé de wagons-salons de 1re et de 2e classe, type « Pullmann », ce train ne prend que des voyageurs effectuant un parcours d'au moins 500 kilomètres.

En outre, y sont admis, à l'aller, à tous ses points d'arrêt, dans la limite des places disponibles, les voyageurs pour Avignon et au delà, sous condition d'un parcours d'au moins 100 kilomètres en 1re classe et 200 kilomètres en 2e classe, ainsi que les voyageurs de Marseille pour Cannes et au delà.

Au retour, y sont admis, à tous ses points d'arrêt, dans la limite des places disponibles, les voyageurs effectuant un parcours d'au moins 150 kilomètres en 1re classe et 300 kilomètres en 2e classe.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Classement des candidats.* — Ont été nommés dans l'ordre suivant :

MM. Depierre, Dreyfus, Lassaux, Morel-Fatio, 63;

Picard, 62;

Mousseau, Dugrenot, Debelut, Biardeau, 61;

Vallade, Weill, Mozziconaci, Sevileano, Fretet, Sikora, 60;

Sahou, Mlles Aldou, Olivier, M. Rault, 59;

Mlle Dubois, MM. Joly, Tulou, Mlle Barnaud, MM. Reignier, Cauchoix, Neveu, Schapira, 58;

Droguet, Schneider, Mlle Carlet, M. Cornet, Mlle Eyraud, MM. Soubirano Delhaye, Guenon des Mesnards, Raynaud, François, Mlle Couty, MM. Adam, Lartigues, 57;

Le Cudonnec Colletas, Bouche, Dos Ghali, Turpin Rotival, Mlle Adda, MM. Laquintinie, Vatner, Mlles Duss, Teodoresco, MM. Faure, Rougier, Lavoué, Prunel, Carasso, Billard, Martmon, Lucas, Fischer, Debost, Mlle Marquius, MM. Bergeron, Ollier, 56;

Mlle Lefèvre, MM. de Stoppani, Anger, Schiller, Touati, Lazar, Faye Eyriès, Froissart, Lambert, Pierre François, Oudol, Mlle Durraude, MM. Mestrier, Lervi, Mlle Saint-Paul, MM. El Baz, Lemainsner, Mlle Stalhand, MM. Schaefer, Souriac, Azouz, Laik, Mlle Aubin, MM. Denoix, Bellin, 55;

Chabanou, Laure, du Lac, Winierzki, Gouffier, Sierra, Marim (Joseph), Thaon, Nonique, Huber, Mlle Hervé, MM. Auslander, Bouvier, Chevallier, Pizon, Krenner, Pocoulé, Ben Brahim, Rault, Baussand, Faugeroux, Meyer, Mlle Monin, MM. Duret, 54;

Friez, Mlle Besorard, M. Gaudin, Mlle Casalis, MM. Vitangi, Picot, Garelly, Gouzé, Mercadier, Luy, de Nobilé, Loiseau, Lucquin, Fourniol, Fouassier, Butzbach, Doudeuil, Bécuwe, Lignon, Ferrari, Bakhouche, Chassagne, Warré, Mlle Barret, MM. Aharfi, Teyssier, Destouches, Sénéchal, Mlle Dubail, MM. Beaufils, 53;

Dupertout, Jalladeau, Janeau, Liermain, Leblond, Gazel, Demarquet, Laubry, Mlle Grinblatte, MM. Zahler, Vassal, Deguillaume, Paingault, Mlles Dreulle, Abraham, MM. Aubert-Champerret, Duflot, Lafont, Carrière, Prialnick, Chastagnol Goulma, Grandin, Charpentier, Davidouci, Saïdi, Tétreau, Silberstein, Crescendi, Mannoni, Delort, Vionnet, Dervaux, Pinet, Debray, Artisson, Cahen, Royer, Lesca, Delabroise, Campagne, Vialatte, Rougé, Eudel, Bancaud, Marre, Tardieu, Lenoir, Raymondeau, 52;

Dietrich, Mlle Loloum, MM. Poirier, Gany, Cénac, Chausselat, Loze, Walther, Boureau, Reinert, Monhras, Léon, Mayaud, Le Sourd, Couturier, Cerf, Mlle Joos, MM. Bugaut, Stutinsky, Conte, Grand, Dramez, Delaur, Mlle Duclaux, MM. Boutzolakis, Landau, Mlles Thévenot, Wirz, Latran, MM. Fayet, Bargain, Rousset, Bachelier, Mlle Vidal de la Blache, MM. Girard (Louis), Audry, Roche, Gibon, Grégoire, Champagne, Mlle Juster, M. Deroide, Mlle Blairon, 51.

MM. Friszberg, Merle, Ayrignac, Defougy, Arsitch, Corrion, Longraye, Sallé, Feinmann, Leprêtre, Rougeau, Monier, Mlle Fournier, MM. Sorin, Hadudima, Tollak, Carle, Anglade, Bourier, Dorey, Demarquest, Laurence, Dauville, Mlle Sagnez, MM. Moreau, de Chirac, Drouet, Dénès, Misserey, Schechter, Deschamps, Mme Argeolet, née Renault d'Allanes, M. David Rubin, Mlle Huard, MM. Daniels, Feuillette, Mouchot, Canetti, Lesieur, Livory, Persatre, Coupin, Magne-Rouchaud, Mlle Commerson, MM. du Mattée, Guiot, Toulouse, Galimard, Cesara, Petit (Camille), Musset, Mlle Vigneron, MM. Milliez, Juguet, Lafon, Mlle Cabessa, MM. Goldman, 50.

Bourdon, Mlle Aghion, MM. Giraud, Baron, Agieriaguerra, Jouannard, Brunet, Albaric, Arrighi, Lanauville, Valletta, Lazarovici, Mlle Canet, MM. Tarchiani, Legros, Schaffer, Mlle Thieullen MM. Vercier, Perdrix, Mlle Augée, MM. Le Tensorer, Dupond (Pierre), Boulland, Badinier, Depardieu, Ennecyer, Etienne (Roger), Degand, Fouilloy, Grain, Geismar, Dennesvald, Motte, Danmezon, Azvelor, van Kim,

Weydert, Hanoune, Thaler, Rouveix, Korner, Arnoux, Wagner, Andréata, Dufour, Dufour-Lamartine, Gallant, Boulenger, Wiehn, Girault, Desclaux, Tenuine, Sénéchal, Lenoir, Barbier, Zuckermann, Feld, Mlle Bonnot, MM. Gout, Hacker, Mlle Saulnier, M. Nespoulos, 49.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — M. le docteur Bousquet, atteint par la limite d'âge, a été nommé médecin honoraire.

M. le docteur Creyx, médecin titulaire à l'hospice général, est nommé à l'hôpital Saint-André, en remplacement de M. le docteur Bousquet.

M. le docteur Dubourg, médecin titulaire de l'hôpital-hospice des Enfants, est nommé à l'hospice général, en remplacement de M. le docteur Creyx.

M. le docteur Augistrou, médecin adjoint, est nommé médecin titulaire et affecté à l'hôpital-hospice des Enfants, service de dermatologie, en remplacement de M. Dubourg, passé à l'hospice général.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'obstétrique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, s'ouvrira le jeudi 20 octobre 1932 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — (Réserve.) *Au grade de commandeur*. — M. le médecin général du Roselle.

INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier*. — MM. les docteurs Levesque Wilfrid, conseiller général de l'Orne; Francq, conseiller municipal d'Amiens.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — BUREAU POUR 1932. — Président : M. Pierre Duval; vice-président : M. Albert Mouchet; secrétaires annuels : MM. Küss et Sorrel; trésorier : M. Toupet; archiviste : M. Mocquot.

Ont été élus : membres correspondants nationaux, MM. Charbonnel, Paître, Moiroud, Coureaud, Lecercle et Bachy; membres correspondants étrangers, MM. Lauwers, Cutler, Mirizzi et Jacobovici.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. le docteur Godlewski a été nommé auditeur au Conseil supérieur, en remplacement du docteur Lortat-Jacob, décédé.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Le *Journal officiel* du 31 décembre publie un décret fixant la rémunération des médecins des services de Paris du ministère des Pensions.

TRIBUNAUX DES PENSIONS. — Le *Journal officiel* du 30 décembre 1931 publie un arrêté nommant des médecins membres titulaires et suppléants des tribunaux départementaux des pensions pour l'année 1932.

STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES. — Le *Journal officiel* du 30 décembre publie la liste des stations hydrominérales et climatiques arrêtée à la date du 1er janvier 1932.

UNION DES MÉDECINS MUTILÉS DE GUERRE. — L'assemblée générale de l'Union des médecins mutilés de guerre a eu lieu le 7 décembre 1931, au siège social, hôtel des ingénieurs civils de France, 19, rue Blanche, Paris.

Ont été élus : président, docteur Schneider; vice-présidents, docteurs Leroux, Villetard de Laguerie; trésorier, docteur Menetrel; secrétaire, docteur O'Followell; conseil d'administration, docteurs Beau, Lesire, Luizy, Masmonteil, Roch de Peretti, Somen.

Le président sortant, docteur Landolt, est nommé président honoraire.

Nous rappelons que l'Union des médecins mutilés de guerre a pour but de venir en aide aux médecins blessés et mutilés de guerre, ainsi qu'à leurs veuves et orphelins.

Cotisation annuelle : 20 fr.

Pour toutes communications, s'adresser au docteur O'Followell, 10, rue d'Alger, Paris.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LUMIÈRE (BIOLOGIE. BIOPHYSIQUE, THÉRAPEUTIQUE). (Copenhague, 15-19 août 1932.) — Questions à l'ordre du jour :

1° *Comment l'effet des bains de lumière dans la tuberculose peut-il s'expliquer?* — Rapporteurs : Sir Henry Gauvain, à Alton (Angleterre), professeur Jesionek, à Giessen (Allemagne).

2° *Le rôle du pigment dans la biologie de la lumière et dans l'effet thérapeutique des bains de lumière.* — Rapporteurs : docteur Brody, à Grasse (France), professeur G. Miescher, à Zurich (Suisse).

3° *Bases et organisations des recherches hélioclimatiques en relation avec les mesures d'hygiène publique.* — Rapporteurs : professeur W. Haussmann, à Vienne (Autriche), professeur Rollier, à Leysin (Suisse).

4° *Compte rendu du Comité international de fixation d'une unité de mesure pour les rayons ultraviolets.* — Rapporteur : docteur Saidman, à Paris.

Cotisation : 30 couronnes d'or danoises = 8 dollars or U. S. A.

Pour tous renseignements concernant l'organisation, les séances de travail, les logements et les excursions, s'adresser au secrétariat général : Finsen Institut Strand boulevard Copenhague.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur André Lapointe, chirurgien des hôpitaux de Paris.

HOPITAL FOCH (60, rue Vergniaud). — Le docteur Léon Giroux reprendra ses conférences de cardiologie pratique le dimanche 17 janvier, à 10 h., et les continuera les dimanches suivants, à la même heure. Présentation de malades. Examen clinique, radioscopique et électrocardiographique.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. (Ecole Lailler. Service du docteur LOUSTE.) — *Leçons sur les maladies du cuir chevelu* (janvier-février 1932) avec le concours de MM. les docteurs Sabouraud, Pignot, Rivalier, Rabut, Thibaut, Lévy-Franckel, Juster.

Les cours auront lieu les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, de 11 à 12 h., à partir du 18 janvier 1932, salle des cours, Ecole Lailler (hôpital Saint-Louis), avec présentation de malades, de moulages, de photographies, examens microscopiques directs et cultures.

Un diplôme de l'Association d'enseignement médical des hôpitaux sera délivré.

Le droit d'inscription est de 200 fr.

S'adresser pour inscription et renseignements au docteur Rivalier, Ecole Lailler.

LES PLEURÉSIES PURULENTES DU NOURRISSON ET LEUR TRAITEMENT[1]

Par M. le professeur P. LEREBOULLET.

Les pleurésies purulentes constituent un chapitre important de la pathologie du nourrisson ; chapitre quelque peu décevant, il faut le reconnaître, car ces affections se présentent en clinique avec une gravité exceptionnelle. Leur traitement est toujours délicat ; il ne donne pas dans tous les cas les résultats souhaités ; il peut toutefois, s'il est bien conduit, amener parfois des améliorations considérables et même être couronné de succès inespérés.

Ces pleurésies purulentes sont toujours graves ; en effet, si l'on examine les statistiques récentes, telles que celles de Lesné, on voit que la mortalité s'élève à 75 ou 80 % au cours de la première année. Cette quantité exceptionnelle de décès tient à ce fait capital, dont on ne saurait trop souligner l'importance, que les *pleurésies purulentes sont parabronchopneumoniques*, évoluant en même temps que l'affection pulmonaire déjà grave en elle-même, ou *métabronchopneumoniques*, survenant alors à la suite de la même affection. Leur évolution est liée à celle de la maladie pulmonaire ; on ne peut pas l'en dissocier, et l'on connaît la loi de Tuffier et Janssen, qui veut qu'une pleurésie soit d'autant plus grave qu'il existe une lésion pulmonaire associée, et que le malade n'ait de chances de guérison que si la lésion pulmonaire est améliorée et la localisation pleurale très localisée.

Ces pleurésies sont d'un diagnostic difficile ; leur séméiologie est assez fruste, et le meilleur signe est encore la *matité franche, compacte*, en un point des champs pulmonaires. En dehors de cette matité, les autres signes cliniques sont inconstants et leur valeur bien moins considérable. C'est pourquoi, quand on constate au cours de l'examen clinique une matité franche, compacte en un point du thorax, on aura soin de demander toujours une *radiographie* du thorax, et de pratiquer le plus rapidement possible une *ponction exploratrice*, qui donnera à elle seule la preuve de l'épanchement pleural et permettra d'en connaître la nature et l'agent causal.

Une fois le diagnostic posé, on mettra en œuvre le traitement de la pleurésie purulente. Ce traitement est, comme je vous l'ai dit, délicat et complexe chez le tout jeune enfant. La résection costale, la thoracotomie sont toujours extrêmement graves chez ces petits malades, et de plus, il est utile de savoir à quel moment, et comment l'on doit opérer.

Les observations suivantes sont assez démonstratives à ce sujet et me permettent de reprendre, après leur exposé, d'une manière plus précise, l'étude de ces pleurésies.

Observation I. — C... (Michel), né le 14 octobre 1930, est amené à la nourricerie Parrot le 10 février 1931. Il a fait dans les jours qui ont précédé l'entrée à l'hôpital une varicelle normale dans son évolution, et il présente une otite moyenne gauche. C'est un enfant bien constitué, mesurant à l'âge de quatre mois, 60 centimètres et pesant 5.570 grammes. On ne trouve rien à l'examen général, à part l'otite mentionnée. Les divers appareils sont normaux, et l'enfant n'est pas rachitique.

Deux jours après l'entrée à Parrot, la température s'élève à 38°4 le matin, 38°6 le soir : cette ascension thermique passagère est mise sur le compte d'une rhinopharyngite légère. L'enfant a augmenté de 70 grammes en trois jours.

Quatre jours après l'entrée, le 14 février, la température s'élève à 39°8 et l'on constate à la base gauche, à l'auscultation, une rudesse respiratoire, sans souffle ni matité. L'otite moyenne évolue sans complications.

Le 16 février, on entend nettement à la base gauche un léger souffle avec des foyers de râles sous-crépitants ; la percussion révèle à ce niveau de la submatité.

Le lendemain, la matité est devenue franche, compacte, hydrique, et le souffle est intense aux deux temps de la respiration.

Durant ces trois jours, la température se maintient élevée, oscillante, à maximum vespéral, aux environs de 39°.

On pratique aussitôt une ponction exploratrice au niveau de la matité, avec une aiguille de fort calibre, et l'on retire aisément 150 centimètres cubes de liquide jaune verdâtre, très louche, à l'examen duquel on trouve de nombreux polynucléaires altérés et des pneumocoques. On donne à cet enfant tous les soins habituels, sinapisation, enveloppements humides, injections sous-cutanées de strychnine, de solucamphre, inhalations d'oxygène, injections de sérum glucosé à haute dose et l'on pratique pendant quatre jours de suite des injections sous-cutanées de sérum antipneumococcique à la dose de 40 cc. chaque jour.

Le 18 février, après avoir évacué de la plèvre la plus grande quantité possible de pus, on fait l'injection intrapleurale de 40 cc. de sérum. Ce procédé n'influence pas favorablement, semble-t-il, la marche de la maladie, car on note le lendemain une recrudescence fébrile, une augmentation du pus, qui devient épais, verdâtre, une aggravation de l'état local pulmonaire et pleural, et de l'état général de l'enfant qui a perdu 200 grammes.

Les jours suivants, du 19 au 22 février, devant l'insuccès de la sérothérapie, on se décide à pratiquer des injections de 1/4 de cc. de Propidon, répétées tous les deux jours. Les ponctions évacuatrices quotidiennes ramènent encore plus de 120 cc. d'un pus de plus en plus épais, passant difficilement par l'aiguille.

L'état local reste donc sans changement, mais on observe une amélioration générale de l'enfant qui est moins dyspnéique, moins fatigué, et qui après avoir perdu 300 grammes en huit jours commence à reprendre un peu de poids ; la température est tombée progressivement aux environs de 37°5.

Devant l'impossibilité de modifier l'épanchement purulent par le seul traitement médical et devant l'amélioration survenue dans l'évolution fébrile, on se décide à passer l'enfant en chirurgie le 23 février, neuf jours après le début des accidents pulmonaires.

L'intervention est pratiquée le 25 février après radiographie. Celle-ci a montré une ombre dense occupant toute la base gauche et remontant à mi-hauteur du champ pulmonaire gauche ; on fait une pleurotomie limitée dans le 9e espace intercostal, sans résection costale, sans drainage,

(1) Leçon faite à l'hospice des Enfants-Assistés, par M. le Professeur Lereboullet, en avril 1931 et recueillie par M. Garnier, interne de service. Depuis cette leçon, la question des pleurésies purulentes de l'enfant et spécialement des pleurésies du nourrisson, a été très complètement étudiée au 14e Congrès des pédiatres italiens à Florence (septembre 1931) et les rapports très complets des professeurs Nasso, Castronovo, Laurinsich et Cocchi, ainsi que de nombreuses communications ont apporté de très intéressantes précisions, qui ne changent toutefois pas les conclusions de cette leçon.

Le pus s'écoule en abondance les jours suivants et l'amélioration de l'état général est surprenante.

Mais, le 3 mars, la fièvre apparaît de nouveau. Il s'agit d'accidents sériques avec éruption morbilliforme apparaissant 14 jours après le début de la sérothérapie, et l'enfant est ramené à la nourricerie Parrot.

Après les accidents sériques qui ne durent pas, la température est toujours à 38°5 ; l'enfant reste pâle, fatigué, il a perdu en tout près de 600 grammes malgré les injections quotidiennes de sérum glucosé à fortes doses et une ration alimentaire très suffisante de 850 grammes de lait de femme. L'évolution des accidents pleuraux et de la plaie opératoire est très satisfaisante ; il n'en est pas de même de l'état général qui décline peu à peu. L'enfant perd du poids, devient anorexique, et présente une anémie marquée. Il a de plus mal résorbé une injection sous-cutanée de sérum glucosé, et l'abcès qui en est résulté explique la température oscillante qu'il présente. L'enfant, dans les semaines qui ont suivi, a continué à présenter une anorexie extrêmement accusée, d'où absence de reprise de poids et cachexie progressive. Néanmoins, localement le pus ne s'est pas reformé et, même si la pneumococcie purulente a persisté, ce qui est possible, la localisation pleurale semble actuellement terminée (1).

Cette première observation est instructive à plusieurs points de vue : il n'est pas douteux que l'otite suppurée que présentait cet enfant a joué un certain rôle dans l'apparition de son foyer bronchopneumonique de la base pulmonaire gauche. Ce foyer s'est très rapidement compliqué d'un épanchement purulent de la grande cavité, et la pleurésie purulente est ici parabronchopneumonique.

Nous avons traité cet enfant par les moyens médicaux. D'abord par du sérum antipneumococcique, dont je vous dirai l'action, et ensuite, nous avons employé le Propidon à petites doses échelonnées de deux en deux jours. Il est à remarquer que chez le nourrisson le Propidon est bien toléré et n'expose pas à de fortes réactions thermiques comme il est de règle chez l'adulte et le grand enfant.

Enfin, nous avons passé le malade au chirurgien quand la maladie a été localisée à la plèvre. L'intervention a été faite sans incidents, et a été suivie d'un bon écoulement du pus sans drainage. Le traitement médical a préparé l'acte chirurgical et celui-ci a été réduit au minimum : pas de résection costale, simple pleurotomie dont le résultat immédiat a été excellent.

Par contre, les suites de cette pleurésie purulente ont été riches en incidents ; d'une part des accidents sériques, d'autre part la suppuration d'une injection de sérum glucosé, enfin l'anorexie, l'anémie et l'hypotrophie persistante de l'enfant : de sorte que si le petit malade est actuellement en voie de guérison de sa pleurésie, l'on doit toujours redouter une complication inattendue. Enfin, cette observation montre bien le rôle de premier plan que jouent les infections générales suppuratives prolongées dans l'apparition de l'anémie et de l'anorexie intenses, qu'on observe chez ces petits malades.

(1) L'enfant est resté plusieurs mois anorexique, cette anorexie tenace provoquant une cachexie progressive qui en faisait au début d'août une véritable athrepsique ; c'est à ce moment que l'usage de lait de vache cru (recueilli de manière irréprochable), a permis la reprise de l'alimentation, la disparition de l'anorexie et la guérison définitive (Lereboullet, Benoist et Mlle Sainton, Soc. de Pédiatrie, octobre 1931.)

Ob. II. — V... (Louis), dix-huit mois, entre en médecine aux Enfants Assistés le 9 juin 1929, avec une adénite cervicale suppurée. La température est à 38° le matin, 39° le soir ; la cuti-réaction est positive.

Le 15 juin, on incise l'adénite : la fièvre persiste et s'accompagne de dyspnée et de toux.

Le septième jour, après l'incision de l'abcès ganglionnaire, la température monte à 39°2 et l'on trouve des signes d'épanchement à la base droite. Le 24 juin, ponction exploratrice : liquide trouble dans lequel on trouve à l'examen direct de nombreux cocci prenant le gram et, après ensemencement sur bouillon, des chaînettes de streptocoques. On fait quatre injections de propidon de 1/4, 1/2, 3/4 et 1 cc. à deux jours d'intervalle.

La température descend progressivement à partir de la deuxième injection de Propidon : elle est à 37°2 après la quatrième injection.

Cependant, une nouvelle ponction exploratrice, pratiquée deux jours après la quatrième injection décèle encore du pus dans la plèvre, et l'on constate encore la présence de streptocoques.

L'état de l'enfant s'améliore ensuite peu à peu, les signes d'épanchement disparaissent progressivement et la température se maintient à 37°2 avec une légère élévation vespérale. L'enfant s'alimente et prend du poids. Il quitte le service complètement guéri le 31 août 1929.

Ob. III. — S... (Gustave), deux ans, habituellebent bien portant, sans passé pathologique.

Le 1er juillet 1930, début brutal d'une infection pulmonaire aiguë. L'examen révèle un double foyer congestif, à gauche et à droite.

Malgré les soins nombreux, la température d'abord en plateau, se maintient pendant tout un mois largement oscillante à 40°.

On amène l'enfant à l'hôpital le 30 juillet. Il présente une fièvre à 38°5, de la toux, de la dyspnée, et une grosse matité de la base gauche avec abolition des vibrations, diminution du murmure vésiculaire.

A la radio, on constate une opacité des deux tiers inférieurs du poumon gauche. L'opacité est surtout marquée à la partie moyenne ; la limite supérieure est convexe, le semis diaphragmatique est seulement à moitié obscurci.

Une ponction ramène 70 centimètres cubes de pus verdâtre à pneumocoques. On fait après la ponction une injection d'air dans la plèvre d'où une image de pyopneumothorax à la radio.

Le 1er août, nouvelle ponction de 70 centimètres cubes de pus.

Le malade est repris et conduit en chirurgie à Trousseau pour y subir l'intervention qui semble nécessaire. Celle-ci n'est pas pratiquée et l'on fait seulement 3 nouvelles ponctions, puis on renvoie l'enfant dans sa famille.

Douze jours après, la fièvre réapparaît et une *vomique* se produit. L'enfant revient à l'hôpital. La fièvre est de 38°. Il n'y a ni toux, ni expectoration, mais l'haleine est fétide et l'on trouve à la base gauche une matité franche mais très localisée, s'accompagnant d'un gros souffle tubaire aux deux temps de la respiration.

Une ponction ramène seulement quelques gouttes de liquide.

La radio montre alors une image de pyopneumothorax, moins nette que précédemment, et des lésions pulmonaires précises, sous forme de taches disséminées dans la partie inférieure du poumon.

Ultérieurement, la guérison est survenue, avec disparition des signes physiques, éclaircissement à la radio, le tout en une quinzaine de jours.

Voici donc trois observations de pleurésie purulente chez des nourrissons d'âge différent. Toutes trois ont guéri, grâce à un traitement bien conduit. Il ne faut pas cependant se leurrer d'espoir, car, si l'on étudie les statistiques des divers auteurs, on s'aperçoit que celles-ci traduisent la haute gravité de la maladie.

C'est ainsi que Comby donne les chiffres suivants : (1)

100 %	de mortalité	de 0 à	6 mois.
76 %	—	6 à	12 mois.
70 %	—	1 à	2 ans.
85 %	—	2 à	3 ans.

Cette mortalité s'abaisse ensuite rapidement et tombe à

33 % de 3 à 5 ans.

La statistique du Baby's Hospital de New-York donne :

66 %	de mortalité	de 0 à	3 mois.
76 %	—	3 à	6 mois.

Finkelstein donne un chiffre de 80 % voisin de celui de Lesné.

L'*opération d'une pleurésie purulente est grave* chez le nourrisson, et Zybell, sur 34 opérés donne seulement deux guérisons. Il s'agit d'ailleurs d'une statistique déjà ancienne (1913). Les plus récentes sont moins mauvaises.

Cette gravité opératoire est liée à l'*état du poumon* sous-jacent, siège de la bronchopneumonie initiale. La condition essentielle d'un bon résultat opératoire est la disparition de cette bronchopneumonie, ou son aptitude à disparaître dans un court laps de temps.

Il est un autre fait à retenir, c'est qu'*il faut évacuer le pus*. Qu'on intervienne chirurgicalement, ou qu'on pratique seulement des ponctions répétées, il faut de toute façon évacuer le pus, car l'épanchement ne se résorbe pas spontanément et l'on n'a pas d'intérêt à attendre une évacuation spontanée.

Les difficultés du diagnostic. — Le diagnostic d'un épanchement pleural chez le tout jeune enfant se fait, non pas sur l'ensemble symptomatique qui est de règle chez l'adulte, mais, ainsi que je vous l'ai dit et que j'y ai maintes fois insisté (2), presque uniquement sur la *matité compacte, franche*, constatée en un point des poumons. C'est sur ce signe important, et sur lui seul en règle générale, qu'on s'appuiera avec la plus grande certitude (3).

Les renseignements fournis par l'auscultation sont assez trompeurs. Si chez l'adulte, il est de règle de trouver le silence respiratoire, on ne peut chez l'enfant jeune constater ce signe avec netteté. Ce que l'on trouve fréquemment, ce sont des râles humides et des bruits pseudocavitaires. Ces bruits d'ailleurs ne viennent pas du poumon sous-jacent à l'épanchement : ils ne sont que la *transmission des bruits pulmonaires du côté opposé*, transmission qui se fait par le plan osseux costal et vertébral.

C'est là un fait très particulier chez le nourrisson, et la constatation de ces signes doit toujours inciter à rechercher la lésion du poumon opposé. Il faut alors, dans ce cas, redouter l'intervention chirurgicale, qui ne peut être que peu favorable, étant donné l'importance des lésions pulmonaires en évolution.

La constatation d'une matité compacte n'est que la première étape du diagnostic. Le plus tôt possible, on demandera une *radiographie* du thorax. Celle-ci révélera quelquefois chez l'enfant des lésions que la clinique seule ne peut arriver à déceler avec certitude ; telles sont les pleurésies médiastines, les pleurésies médiastino-diaphragmatiques, ainsi que M. Duhem l'a montré récemment.

La troisième étape du diagnostic est la *ponction exploratrice*. Y a-t-il danger à la pratiquer ? On a signalé divers accidents observés chez l'enfant, à la suite ou au cours de ponctions exploratrices. Ces faits sont heureusement exceptionnels, et l'on ne doit pas se priver d'un tel moyen de diagnostic qui, dans la règle générale, et en s'entourant des précautions usuelles, reste sans aucun inconvénient. Non seulement la ponction fait la preuve de l'épanchement, mais elle permet d'en établir la nature, d'en déterminer l'*agent causal*. Il s'agit le plus souvent de *pneumocoques*. C'est assurément le germe le moins mauvais, celui dont la virulence est le plus vite épuisée, et l'on sait depuis longtemps qu'une pleurésie à pneumocoques est susceptible de guérir, par de simples ponctions, à la condition qu'elles soient faites en nombre suffisant.

Le *streptocoque* est un agent plus redoutable. Cependant la guérison peut s'observer dans ce cas ; il n'est pas rare d'ailleurs de constater l'association de la pleurésie purulente à d'autres localisations de la suppuration.

Le *staphylocoque* est plus rarement rencontré que les deux germes précédents. Certains auteurs ne l'admettent pas comme cause d'une pleurésie purulente. On en connaît cependant des exemples, et j'ai pu observer avec M. Lelong plusieurs cas de suppurations pulmonaires, où le staphylocoque semblait en cause.

Il est enfin une pleurésie purulente exceptionnelle chez le nourrisson, c'est la pleurésie *tuberculeuse*, amicrobienne et d'allure torpide. Il ne faut dans ce cas *jamais opérer*, mais se contenter de ponctions évacuatrices inlassablement répétées, et qui sont d'ailleurs susceptibles d'amener un jour ou l'autre la guérison.

Comment traiter les pleurésies purulentes du nourrisson ? — LES PONCTIONS. — En présence d'une pleurésie purulente, que doit-on faire ? Je vous ai dit que l'épanchement n'a pas de tendance à se résorber spontanément. Il faut donc évacuer le pus et l'on se heurte à la difficulté suivante : à quel moment faut-il l'évacuer ?

(1) J. Comby. La pleurésie purulente dans la première enfance. Arch. de Méd. des Enf., 1922, p. 548-557.

(2) P. Lereboullet. Traitement des pleurésies purulentes de l'enfance. *Progrès médical*, 30 novembre 1927.

(3) Récemment le professeur Mouriquand insistait à Florence sur l'importance de la matité axillaire dans certains cas de pleurésie purulente.

Il faut en effet éviter l'intervention trop précoce, alors que la maladie est davantage pulmonaire que pleurale ; il faut d'autre part ne pas attendre l'altération trop profonde de l'état général du petit malade, en se laissant aller à une temporisation excessive. En règle générale, l'épanchement doit être évacué lorsque le poumon sous-jacent est susceptible de guérir rapidement et de remplir à nouveau sa fonction respiratoire. Le poumon trop longtemps collabé, comprimé par l'épanchement n'a plus d'expansion et devient incapable de remplir cette fonction.

De toute façon, il faut savoir que, chez le nourrisson, l'intervention est une chose grave, même en la réduisant au minimum, et c'est pourquoi l'on devra toujours, en premier lieu, tenter les *ponctions évacuatrices.*

On les fera avec une aiguille d'assez fort calibre, car le plus souvent le pus est épais, et ne peut s'écouler dans une aiguille trop fine. Le meilleur appareil est la seringue d'assez grande capacité (20 c.c.).

Ces ponctions, suffisantes à elles seules dans la pleurésie tuberculeuse, sont rarement capables d'amener la guérison dans les autres pleurésies purulentes, réserve faite de quelques cas de pleurésie pneumococcique comme celui que je vous ai relaté. M. Nobécourt a rapporté avec M. Saint-Girons, le cas d'un enfant de 14 mois, qui fit une pleurésie purulente, localisée au sommet et qui guérit après une ponction unique ayant permis d'évacuer 500 grammes de pus.

De tels faits sont rares et c'est pourquoi l'on a tenté de compléter l'action de la ponction, en l'accompagnant d'injections modificatrices dans la plèvre.

Les injections modificatrices. — Les ponctions accompagnées d'injections modificatrices ont été pratiquées pendant la guerre par M. Nobécourt. L'injection intra-pleurale de la solution de *bleu de méthylène* à 5 0/0, répétée à plusieurs reprises, a donné quelques résultats, mais l'activité en est souvent trop faible, et elle ne dispense pas de l'intervention.

MM. Nobécourt et Paraf ont injecté dans la plèvre le *sérum antipneumococcique.* L'action du sérum in situ me paraît être très douteuse et chez notre petit malade de l'observation 1 elle n'a amené aucune amélioration.

Les résultats les plus satisfaisants ont été obtenus dans les pleurésies pneumococciques par M. Woringer (de Strasbourg) qui injecte dans la plèvre une solution d'*optochine* (1). Il s'agit d'un dérivé de la quinine : c'est un chlorydrate d'éthylhydrocupréine. L'optochine est un antiseptique puissant qui tue in vitro le pneumocoque au millionième. Woringer pratique d'abord des lavages répétés de la cavité pleurale avec une solution à 5 pour 1.000, jusqu'à ce que le liquide injecté ressorte clair. De plus, il laisse dans la plèvre une solution à 5 % à la dose de 25 milligrammes d'optochine par kilogramme de poids de l'enfant, sans toutefois dépasser la dose de cinquante centigrammes chez les jeunes enfants. Chez un nourrisson de 3 kilogrammes, la dose sera donc d'un centimètre cube et demi de la solution, ou sept centigrammes et demi. On peut éviter les lavages et se borner aux injections qu'on répète pendant trois ou quatre jours de suite. Il est bon d'attendre alors la résolution qui doit se faire assez rapidement et de pratiquer une deuxième et même une troisième série d'injections, si l'état local le demande (en cas de persistance du liquide, ou de cloisonnement de l'épanchement) ou si l'on observe une rechute avec constatation nouvelle de pneumocoques dans le liquide.

Woringer donne dans ses statistiques les chiffres suivants : sur 36 enfants atteints de pleurésie purulente, il note :

24 guérisons par l'optochine seule.
6 guérisons par intervention après échec de l'optochine.
1 échec dans une pleurésie à staphylocoques où l'optochine n'eut pas d'action.
6 morts.

Ces cas se répartissent au point de vue de l'âge de la façon suivante :

0 à 1 an, 7 cas, 2 morts, soit 26,6 %.
2 ans, 11 cas, 4 morts, soit 36,4 %.
3 ans, 11 cas, 0 mort.
7 ans et plus, 7 cas, 0 mort.

On voit d'après ces chiffres que le taux de la mortalité s'élève à 33 au cours des deux premières années de la vie.

M. R. Debré n'a pas eu avec l'optochine les mêmes résultats heureux. Celle-ci, en effet, ne s'applique qu'aux pleurésies purulentes à pneumocoques et n'influence pas les autres germes. Elle n'a, d'autre part, qu'une action locale, limitée à la cavité où se fait l'injection, aussi est-il indispensable d'atteindre directement tous les foyers infectieux.

Les échecs sont dus aux cas réfractaires à l'optochinothérapie, à une bronchopneumonie concomitante, soit à des localisations extrapulmonaires de l'infection, soit à des infections par d'autres germes.

Lorsqu'on ne peut s'adresser à la méthode des injections modificatrices, il faut avoir recours aux interventions chirurgicales.

Le siphon drainage. — Cette méthode consiste à mettre dans la plèvre un tube aboutissant et s'ouvrant à la paroi costale et mis en communication avec un siphon aspirateur permettant un facile écoulement du pus. MM. Ribadeau-Dumas et Rocher dans leur rapport au quatrième Congrès des Pédiatres (1) ont fait l'historique de cette méthode d'origine française, perfectionnée en Amérique et en Angleterre, et qui a donné chez les nourrissons de bons résultats.

La pleurotomie. — La pleurotomie est l'intervention de choix à la condition de « *faire vite et peu* » (Martin). Il est très dangereux chez le nourrisson de

(1) P. Woringer. Les résultats de traitement de la pleurésie purulente par l'optochine (*Rev. Française de Pédiatrie*, n° 1, 1929). Cet article groupe tous les résultats de l'auteur.

(1) Ribadeau-Dumas et Rocher. Rapport au *IVe Congrès des Pédiatres*, sept.-oct. 1924.

faire une opération aussi complète que chez l'adulte et la condition du succès réside ici dans la rapidité de l'acte opératoire et sa limitation à sa plus simple expression. Cette intervention minima, simple incision de la plèvre, avec le minimum d'anesthésie locale, sans résection costale (1), est le plus souvent suffisante et le drainage du pus sera fait par le procédé très simple de la « touffe de crins » (Rocher, Lasserre et Rioux). Ce mode de drainage est couramment employé par M. Martin qui indique lui aussi les mêmes règles opératoires « *réduire au minimum la durée de l'intervention, ne pas faire de résection costale* ».

Comme je vous l'ai dit, le résultat opératoire dépend en grande partie de l'état du poumon du côté de l'épanchement et de l'autre côté. Le pronostic sera toujours mauvais, si l'on constate l'évolution d'un foyer de bronchopneumonie qui ne s'améliore pas rapidement.

Les moyens adjuvants. — Existe-t-il, en plus de ces moyens thérapeutiques, d'autres procédés de traitement des pleurésies purulentes du jeune enfant ? Assurément, et je veux vous indiquer maintenant les moyens médicaux que l'on peut mettre en œuvre, tant pour lutter contre l'infection et soutenir l'état général, que pour préparer le malade à l'intervention du chirurgien.

Que peut-on attendre de la *sérothérapie ?*

A une époque passée, on a cru pouvoir accorder au sérum antipneumococcique une valeur assez considérable. En réalité, chaque fois que nous avons eu recours au sérum, les résultats n'ont pas été ceux que l'on attendait et dans les pleurésies purulentes du nourrisson, le sérum semble avoir vraiment peu d'action. Dans notre observation I, le sérum, employé à doses suffisantes, par voie sous-cutanée et par voie pleurale, n'a modifié en rien l'abondance de l'épanchement et son action n'a guère été appréciable.

Les *vaccins* sont à utiliser, surtout dans les pleurésies traînantes, où ils donnent de bons résultats en général. Woringer a pu guérir par un autovaccin antistaphylococcique, une pleurésie à staphylocoque rebelle au traitement par l'optochine. Il semble préférable d'employer les autovaccins plutôt que les stock-vaccins. Mais la vaccinothérapie paraît surtout intéressante, dans la phase aiguë, employée à titre de choc. Elle peut permettre de *localiser l'infection à la plèvre* alors que l'on redoute qu'elle ne soit généralisée à tout l'appareil respiratoire. Elle constitue une thérapeutique préalable à l'action chirurgicale. Si on veut l'employer ainsi, il faut recourir au *propidon ;* il nous a rendu de grands services en réalisant une véritable protéinothérapie bactérienne. A la condition de l'employer à petites doses, 1/4, 1/2 c. cube, de deux en deux jours, nous avons remarqué que la réaction fébrile, si intense chez l'adulte, est peu accentuée chez le nourrisson et le jeune enfant qui supportent bien le propidon. Il est rare en effet de voir la température dépasser de beaucoup 39° ou même atteindre ce chiffre le jour de l'injection. Et surtout, après cette réaction, on peut voir la température baisser progressivement et revenir jusqu'à l'apyrexie, ce qui permet d'intervenir dans de meilleures conditions.

Quelles conclusions doit-on tirer de l'étude de tous ces traitements ?

C'est avant tout qu'il faut *varier les moyens* thérapeutiques : essayer d'abord les moyens médicaux : vaccinothérapie, ponctions simples ou avec injection modificatrice, ne pas hésiter à employer le propidon si la température reste élevée, remettre ensuite le malade au chirurgien, au bon moment, pour que la pleurotomie minima puisse donner les résultats que l'on escompte, sans toutefois attendre trop longtemps.

Les accidents menaçants passés, peut-on dire que la guérison est complète ? Non. Sans insister sur les séquelles respiratoires, il est à remarquer que ces enfants se débarrassent très lentement et très difficilement de leur suppuration. Celle-ci se prolonge plus ou moins longtemps et peut récidiver au même niveau au bout d'un laps de temps parfois considérable. M. Comby a vu chez une fillette de 4 ans une suppuration pleurale récidiver 19 mois après la guérison. Cette persistance de l'infection expliquait l'anémie, l'anorexie et l'amaigrissement de notre petit malade. Il faut, chez ces très jeunes enfants convalescents, lutter avec tous nos moyens contre ces complications tardives. Ces malades sont des sujets fragiles, à la merci d'une autre infection et leur guérison peut n'être obtenue qu'au bout d'un temps fort long. Leur traitement est difficile et demande beaucoup de persévérance.

Les résultats obtenus dans le traitement des pleurésies purulentes du nourrisson, étant donné la gravité exceptionnelle de ces affections, autorisent toutefois un certain espoir. L'abstention thérapeutique aboutissant toujours à une terminaison fatale, il importe de réaliser une collaboration médico-chirurgicale judicieuse, qui seule a quelques chances de sauver le malade ; l'observation rapportée au début de cette chronique met en lumière notamment l'utilité des chocs vaccinaux avant l'intervention chirurgicale (1). Bien d'autres exemples montrent les avantages de cette méthode ; mais ici ils sont particulièrement nets. Chez les enfants plus grands, une semblable méthode est de mise et j'en ai vérifié récemment, chez un enfant de 9 ans, atteint de pleurésie purulente grave, l'efficacité. Sans doute il convient de n'être pas trop optimiste, mais, ici comme si souvent en pédiatrie, il faut se garder de scepticisme et savoir agir. Quelques guérisons comme celles que je vous ai relatées suffisent à prouver l'opportunité de cette action.

---

(1) C'est également la pleurotomie sans résection costale que recommandent, dans un travail basé sur 186 cas de pleurésies infantiles dont 32 au-dessous de deux ans. MM. E. Dubé et Vigeaut (de Montréal). (*Annales médico-chirurgicales de l'Hôpital Sainte-Justine*, mai 1931.)

(1) Les faits cités dans cette leçon ont été récemment l'objet de la thèse de Dewid Blamm. *Traitement des pleurésies purulentes aiguës dans la première enfance.* Paris. Décembre 1931. (M. Vigné.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1931)

L'excrétion urinaire des corps cétoniques dans l'inanition chez les diverses espèces animales. — MM. Emile F. TERROINE et H. TRIMBACH.

Cytologie du colibacille « Bacterium coli » Escherich. — M. A.-Ch. HOLLANDE et Mme G. HOLLANDE.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1931)

La Propriété scientifique. — M. BEZANÇON au nom de la Commission de la propriété scientifique donne lecture d'un nouveau rapport sur la question.

Il rappelle que le 23 juin 1931, Mme Curie avait fait un premier rapport dont nous avons publié les conclusions. (Voir *Gaz. des Hôpit.* 1931, N° 52, p. 1.023.)

Le 7 juillet, M. Fourneau ayant abouti à des conclusions différentes, la Commission s'est réunie à nouveau et il lui a paru que la thèse soutenue par M. Fourneau visait en réalité un autre ordre de faits et en particulier la réorganisation des Facultés.

La Commission constate une fois de plus l'insuffisance des laboratoires en matériel et en personnel, et elle demande à l'Académie de voter, pour confirmer les conclusions de Mme Curie, un article unique que voici :

« L'Académie se déclare favorable à la création du droit du savant, et exprime le vœu que la reconnnaissance de ce droit soit hâtée par l'initiative des pouvoirs publics. »

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

Comment nous sommes menacés par la variole. — M. Lucien CAMUS fait connaître que deux cas de variole viennent de se produire à Montpellier dans des conditions très inattendues. Ce sont en effet des germes transportés d'abord du Maroc à Tours et ensuite de Tours à Montpellier qui ont causé l'infection de ces personnes.

Deux personnes sur trois personnes infectées sont mortes à Tours ; quant aux deux victimes de Montpellier, elles ont survécu.

La Commission permanente de vaccine va se charger d'indiquer les mesures qu'il convient de prendre pour éviter de nouveaux transports de la variole du Maroc en France.

Ammoniogenèse rénale. — M. A. DESGREZ présente une note de MM. Michel Polonovski et P. Boulanger sur l'ammoniogenèse dans les néphrites et les néphroses, dans laquelle ces auteurs étudient le mécanisme de la formation de l'ammoniaque au niveau des reins et montrent l'importance du dosage de l'ammoniaque urinaire dans le diagnostic des formes anatomo-pathologiques des affections rénales.

Résultats fournis par l'emploi d'un sérum antidiphtérique antitoxique et antimicrobien concentré et désalbuminé. — M. R.-A. MARQUÉZY a suivi d'avril 1930 à novembre 1931, dans le service de la diphtérie à l'hôpital Trousseau, 200 cas de diphtérie, chez lesquels il a employé un sérum préparé avec de la toxine et des corps microbiens diphtériques, sérum privé de ses albumines et concentré suivant une technique particulière. La concentration atteint 500 ou 1.000 unités antitoxiques par centimètre cube.

Les résultats, dans l'ensemble, ont été excellents. La mortalité n'a été constituée que par les formes de diphtérie hypertoxique. Toutes les formes d'angine grave et de diphtérie maligne commune ont guéri, même avec des doses de sérum souvent assez minimes. A ce propos, l'auteur insiste sur l'inutilité des doses très élevées et rappelle la nécessité primordiale de la précocité de la première injection.

Il insiste d'autre part sur les avantages d'ordre pratique de ce sérum : la désalbumination poussée très loin, grâce à l'électroosmose facilite la résorption du sérum et diminue les accidents sériques sinon de fréquence, au moins d'intensité ; en outre, à égalité d'unités antitoxiques, la concentration réduit considérablement la quantité de sérum à injecter.

A propos d'un cas de paralysie faciale périphérique chez un porteur sain de bacilles de Löffler. — M. CHANTRIOT.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1931)

Présentation d'un kymomètre. — MM. VEQUEY, GLEY et BONNE.

Transmission héréditaire d'un caractère acquis : doigts hippocratiques : M. CROUZON.

Etude anatomo-clinique d'un cas d'insuffisance cardiaque en apparence primitive. — MM. BEZANÇON, DE GENNES, DELARUE et CILICE.

Syndrome parkinsonien et troubles mentaux dans un cas d'intoxication chronique par le véronal. — MM. MUSSIO-FOURNIER, Garcia AUSTT et ARRIBELTZ (de Montevideo).

Influence de la traversée du foie par les albumines du sérum sanguin. Recherches expérimentales. — MM. BINET et CODOUNIS.

Ostéome du ligament latéral interne du genou. — MM. ROUILLARD et BOUSSU.

Sur un cas d'oblitération de l'aorte abdominale. — MM. ROUILLARD et LOUVET.

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1931)

Un cas de Kala-azar autochtone de l'adulte, splénectomie, guérison. — MM. P. ABRAMI, GRÉGOIRE, ROBERT-WALLICH rapportent un cas de Kala-azar de l'adulte, contracté dans nos pays, d'un diagnostic d'autant plus difficile qu'il survenait chez un sujet paludéen ancien.

Les auteurs ont retrouvé dans ce cas, d'une part une formo-leucogel-réaction positive et des modifications humorales portant sur les albumines sanguines et sur les lipides. Ils ont constaté d'autre part l'intégrité du système réticulo-endothélial, tous phénomènes qui n'ont pas été modifiés par la splénectomie.

Cette opération, suivie d'injections intraveineuses de sels d'antimoine organiques (néostibosane), a amené une véritable résurrection d'une maladie cachectique, par suite de la longue méconnaissance de son affection.

Calcifications périarticulaires et ossification, type Pellegrini-Stieda, de la région de l'épaule, après traumatisme. — MM. R.-J. WEISSENBACH et P. TRUCHOT rapportent un cas d'association de calcifications périarticulaires et d'une ossification, type Pellegrini-Stieda, de la région de l'épaule. Ils montrent l'importance de la radiographie stéréoscopique pour préciser le siège et la forme des lésions.

Observation clinique, bio-chimique et anatomique d'un cas d'amylose viscérale et rénale avec lésions de néphrite chronique. — MM. L. LANGERON, M. PAJET et Mlle SENVELART (Lille).

Sclérose amyloïde du rein à forme albuminurique. Simple azotémie terminale. — MM. A. LEMIERRE, M. LÉON-KINDBERG, COTTET et D. MAHOUDEAU-CAMPOYER.

A propos d'un cas de néphrite chronique. — M. ABRAMI voit se confirmer une fois de plus cette opinion qu'il n'existe aucun rapport entre les œdèmes et les modifications du taux des protéines du sérum.

Sur un cas d'encéphalite léthargique. (*Présentation du malade*). — M. HALLÉ.

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1931)

Un cas de méningite purulente primitive à gonocoques. — MM. P. T. WEILL, DUCHON et BERTRAND.

Ablation d'adénome parathyroïdien pour lésions diffuses du squelette avec décalcification évolutive. Guérison. — MM. Et. MAY et J. LIÈVRE.

Sous-nitrate de bismuth et kaolin. — M. HAYEM.

Agranulocytose bismuthique. — MM. JSÉZARY et BOUCHER rapportent un cas d'agranulocytose bismuthique remarquable par son étiologie. L'intoxication bismuthique était due à l'usage prolongé pendant trois ans de suppositoires contenant ce métal et celui-ci avait été absorbé à la faveur de saignements quasi permanents des hémorroïdes sur lesquelles ils étaient appliqués. Après une stomatite bismuthique typique, le malade eut une agranulocytose (10 % de leucocytes granuleux dans le sang, accompagnée d'anémie et d'hémorragies, contre laquelle trois transfusions demeurèrent inutiles.

Les auteurs insistent sur l'étiologie insolite de ce cas et pensent que l'intoxication bismuthique a provoqué ce syndrome non seulement à cause de sa longue durée, mais encore et surtout en raison de l'état général antérieur précaire du malade et peut-être aussi du long séjour qu'il avait fait plusieurs années auparavant dans une usine où il respirait des vapeurs de benzol.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1931)

Les pyréthrines dans le traitement de la gale. — MM. LEMAIRE et O. GAUDIN (Communication présentée par M. PERROT). — Les auteurs traitant la gale avec les solutions de pyréthrines présentent les résultats de leurs recherches :

Les sarcoptes meurent rapidement (1/2 heure environ) dans une émulsion de pyréthrines très diluée à 1/10.000 et même 1/50.000.

Les essais ont été infructueux avec une émulsion hydro-alcoolique, même insuccès avec les émulsions savonneuses et les préparations faites avec des corps gras.

Les A. se sont adressés à une gelée fluide qui leur a donné toute satisfaction ; cette gelée laisse sur la peau une mince cuticule adhérente. Le dosage est à 5/1000 de pyréthrines.

La technique du traitement de la gale est la suivante :

1er jour, grand bain de propreté, suivi d'une onction de la gelée sur les sièges d'élection. Avant le coucher, légère onction sur les mains et les régions les plus atteintes.

2e et 3e jours : application générale sur tout le corps, le soir avant de se coucher.

Le 4e jour : nouvelle application générale, suivie d'un grand bain savonneux.

En résumé, la méthode est :

1° d'une efficacité certaine ; 2° d'une innocuité absolue ; 3° d'une parfaite propreté (la gelée est incolore ; de plus, l'odeur est agréable, la préparation n'est pas grasse et sèche rapidement).

A propos du traitement chirurgical du goitre exophtalmique. — MM. H. WELTI et Sigismond BLOCH. M. H. Welti rapporte sa statistique personnelle d'interventions pour goitre : 152 opérations ont été pratiquées. Dans 60 cas il s'agissait de goitre simple, mais dans 63 cas, ayant nécessité 92 opérations, les malades présentaient des accidents d'hyperthyroïdisme souvent très graves. Dans tous ces cas, une thyroïdectomie subtotale a été réalisée.

Cette longue série opératoire ne comporte qu'une seule mort, chez un malade présentant une thyrotoxicose particulièrement sécère. Le traitement chirurgical du goitre exophtalmique, à condition d'être pratiqué par des chirurgiens entraînés à une technique un peu spéciale, ne présente donc plus aucun danger.

Les résultats opératoires sont surprenants, et la guérison après thyroïdectomie est particulièrement stable. La plupart des malades de cette statistique avaient absorbé, sans succès durable, de fortes doses d'iode, ou n'avaient pas été soulagés d'une façon prolongée par la radiothérapie.

Dans les goitres sans hyperthroïdisme, l'exérèse chirurgicale est le seul traitement logique. L'iode, les extraits thyroïdiens sont inefficaces et souvent mal tolérés.

L'unité de l'appareil respiratoire (*A propos de la thèse du Dr Kanony*). — M. Georges ROSENTHAL signale les idées essentielles de cette remarquable thèse, qui réunit en une même étude la tuberculose laryngopulmonaire. C'est le poumon qui contamine le larynx, par voie surtout lymphatique. La lésion laryngée révèle la lésion pulmonaire, encore inapparente ; le pneumothorax guérit le larynx et le poumon.

Dans une synthèse rapide, le commentateur rappelle qu'il a toujours soutenu l'unité de l'appareil respiratoire qui, chez le nourrisson par la glossoptose, chez l'adolescent par l'atrophie thoracique de l'obstrué du rhino-pharynx, chez l'adulte par l'emphysème des respirateurs buccaux, unit l'intégrité des fosses nasales à celle du lobule pulmonaire.

De même, il a, dans une série d'articles, posé les conditions de cure de la laryngite tuberculeuse, dont la première est l'hospitalisation de ce grand malade.

Avitaminoses et mutilations. — MM. Auguste MARIE et ZABOROWSKI présentent une note sur les avitaminoses, en rapport avec certains syndromes neuropsychiques (onnichophagies, trichophagies, géophagie, coprophagies, pica).

Ces mêmes syndromes, observés sur l'animal sauvage, se développent à l'occasion de déficiences alimentaires et se corrigent par l'emploi de vitamines totales.

Chez l'homme, il en est de même, comme le montrent certaines observations d'insuffisants constitutionnels à croissance physique et psychotroublée.

Il n'y a pas jusqu'à certains cas pathologiques de mutilations et cannibalisme morbides qu'on ne puisse rapprocher (peut-être même traiter) comme on le fait des animaux qui mutilent ou dévorent leurs progénitures ou leurs mâles en cas d'avitaminoses.

L'action intestinale du camphre chez l'homme. — MM. H. Busquet et A. Jaurou ont démontré que le camphre exerce une action modératrice sur les mouvements de l'intestin isolé du lapin. Cet effet expérimental, extrêmement net, incitait à essayer le camphre contre les diarrhées chez l'homme.

L'emploi systématique de ce médicament chez divers diarrhéiques a montré qu'à la dose de 0 gr. 25 par jour, il calme en 24 ou 48 heures les douleurs intestinales et supprime la fréquence des selles. Il faut utiliser le camphre en solution aqueuse, ce qui est possible, puisqu'il est soluble dans l'eau, en proportion de 1 p. 1.000 environ. Mais, en raison du goût très désagréable de l'eau camphrée, il faut lui adjoindre un correctif, par exemple le sirop de menthe.

A noter que le camphrosulfonate, qui ressemble au camphre naturel à de nombreux points de vue, n'exerce aucun effet modérateur sur l'intestin, ni expérimentalement, ni cliniquement.

Le traitement médico-chirurgical de l'occlusion intestinale aiguë et suraiguë. Indications, techniques, résultats, par Pierre Moiroud, chirurgien des hôpitaux de Marseille, chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté de médecine. Collection médecine et chirurgie pratiques. Un volume de 122 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES ÉPANCHEMENTS DU GENOU

Les épanchements liquides du genou se rencontrent très souvent ; leur diagnostic étiologique est fréquemment malaisé.

DIAGNOSTIC POSITIF

Signes fonctionnels. — Le malade peut accuser :
— des douleurs ;
— de la gêne fonctionnelle.
Souvent cependant, c'est une découverte d'examen.

Signes physiques. — Il est nécessaire d'examiner complètement *les deux membres inférieurs* (examen comparatif) et, lorsque cela est possible, d'examiner d'abord le sujet *debout* puis *couché*.

Inspection. — Genou globuleux, saillies et méplats effacés ; Quadriceps déjà amyotrophique (mensuration).

Palpation. — Sensation de résistance élastique ; mais surtout :

Choc rotulien : caractéristique, clef du diagnostic.

Rechercher en outre :

Une diminution d'amplitude des mouvements, surtout flexion-extension, avec latéralité plus ou moins augmentée ;
— l'état de la *synoviale ;*
Les *points douloureux osseux ;*
L'existence de *ganglions* inguinaux et surtout sus-cruraux,
Tous signes qui peuvent donner des renseignements précieux.

Enfin, ne jamais oublier :
LA PONCTION,
LA RADIOGRAPHIE.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

A. Eliminer *ce qui n'est pas articulaire :*

— *kystes synoviaux* poplités ; *hygromas* surtout prérotulien : diagnostics faciles.

— *tumeurs* (ostéosarcomes du fémur ou du tibia), *anévrysmes* poplités : mais peuvent s'accompagner d'épanchement.

B. Parmi les affections du genou, celles qui ne donnent *pas de choc rotulien :*

— les *rhumatismes chroniques*, souvent déformants ;

— les *arthropathies nerveuses*, avec leurs déformations et les signes nerveux les rattachant au tabès, à la syningomyélie ;

— enfin les *tumeurs blanches*, dont les fongosités donnent une sensation de résistance toute différente ; mais il y a des stades intermédiaires.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Eliminons tout d'abord les hydarthroses des granuliques, des asystoliques ou des rénaux, des phlébitiques, d'un diagnostic évident.

Il peut s'agir d'une *affection aiguë* ou d'une *affection lente.*

L'épanchement est survenu brusquement.

A. **Après un traumatisme.** — Il est facile de reconnaître :

a) les *épanchements réactionnels :*

— après *fracture du fémur* (col ou diaphyse) le plus souvent hydarthrose qui rétrocède vite.

b) les *épanchements secondaires* à :

— *fracture basse du fémur* (sus ou intercondylienne, avec fissure, condylienne) ;

— *fracture de la rotule ;*

— plus rarement rupture du tendon rotulien ou arrachement de la tubérosité du tibia.

Ce sont alors des épanchements hématiques. S'il y a peu de déformation osseuse, ou gros épanchement, le diagnostic peut être plus délicat.

c) les *traumatismes articulaires :*

Mais discrimination plus difficile entre :

— *Contusion simple*, penser alors à l'hémophilie.

— *Entorse du genou* au rupture d'un croisé.

— *Rupture d'un ménisque :* c'est l'épanchement séro-sanguin contemporain de l'arrachement ; plus tard épanchements séreux à répétition après phénomènes de blocage.

B. **Au cours d'un syndrome infectieux aigu.** — Penser :

a) *aux épanchements réactionnels :*

— au cours d'ostéite ou d'*ostéomyélite* de voisinage, mais seule la *ponction* permet d'affirmer ce diagnostic.

b) *aux arthrites aiguës du genou :*

Survenant :

1° Au cours du *rhumatisme articulaire aigu* avec ses arthrites fugaces, mobiles, à tendance polyarticulaire, influencées par le traitement salicylé.

2° Au cours des *pseudo-rhumatismes infectieux* ou de la maladie sérique.

3° Au cours de la *gonococcie articulaire* à forme pseudo-rhumatismale, qui n'est souvent que le prélude d'une mono-arthrite.

S'il s'agit d'une *monoarthrite*, non pas sa *forme pseudo-phlegmoneuse* classique qui ne donne presque aucun épanchement, mais surtout : 1° *l'arthrite aiguë avec hydarthrose*, évoluant avec un plus léger cortège de s. g., avec quelques signes inflammatoires (peau rosée, empâtement).

A la ponction liquide louche, séro-purulent, à leucocytes, avec de rares gonocoques.

2° Parfois la *pyarthrose*, évoluant, soit insidieusement, soit à grand fracas, diagnostic difficile avec :

L'arthrite suppurée du genou

compliquant un traumatisme local, une ostéite de voisinage ou venant signer une septicémie ou une endocardite. Très grave de toute façon, sauf chez le nourrisson ou forme spéciale à pneumocoque.

L'épanchement est survenu de façon insidieuse.

Ce sont les *arthrites chroniques.*

A. Penser tout d'abord à des **causes mécaniques :**

— *corps étranger articulaire :* blocage et phénomène de la souris articulaire ».

Radiographie.

— *Rupture de ménisque* méconnue, mais phénomènes périodiques de blocage.

— *Tumeur poplitée* (à rechercher).

B. Mais le plus souvent, **la cause est infectieuse.**

a) Il existe des épanchements séreux au cours :

— des **arthrites chroniques hémophiliques :** mais notion d'accidents hémorragiques ;

— des **arthrites chroniques gonococciques :** c'est l'*hydarthrose* blennorrhagique, évoluant lentement, sans presque de douleurs, sans adénopathie.

La *ponction* ramène un liquide séreux à poly ou lymphocytes, sans microbes. Importance de la recherche de la *gonorrhée.*

b) Mais au premier rang :

Tuberculose, Syphilis.

soit qu'il s'agisse d'ostéites para-articulaires avec réaction ou d'arthrite proprement dite.

A) **Les ostéites para-articulaires** siègent sur le tibia, le fémur ou la rotule (radiographie). Intérêt de ce diagnostic, car il implique au cas de *tuberculose* une décision chirurgicale.

B) **Les arthrites chroniques** avec hydarthrose réalisent un épanchement de moyen volume, jamais sous tension comme l'hémarthrose.

1. **Dans la Tuberculose :**

— *indolence,*

— *chaleur locale,*

— *synoviale épaissie,*

— *points douloureux osseux*, sur le condyle fémoral interne, le plateau tibial externe, au-devant de la tête du péroné.

— *Hyperextension diminuée ;* souvent déjà des *adénopathies.*

Enfin, si la radio est encore muette, LA PONCTION permet de rattacher cette arthrite à la tuberculose :

— lymphocytose abondante.

— pas de BK à l'examen direct, mais *inoculation au cobaye* positive.

2. **Dans la Syphilis** (plus rare). — *Hydarthrose peu tendue ;*

Synoviale irrégulièrement épaissie ;

Evolution par poussées, à *bascule* ou *bilatérale ;*

Terrain spécifique ou hérédo :

— recherche des signes σ ou des stigmates Hσ ;

— réactions sérologiques ;

— épreuve du traitement.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Un concours pour la nomination à sept places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 22 février 1932, à 8 h. 30.

Les candidats seront avisés ultérieurement du lieu de l'épreuve écrite anonyme.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 h., du lundi 25 janvier au lundi 8 février 1932 inclusivement.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 8 février 1932, à 9 h. du matin, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 h., du vendredi 15 janvier au lundi 25 janvier 1932 inclusivement.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE. — Ont été nommés :

Internes titulaires : Mlle Laporte (Simone), MM. Carrié, Hamel, Martin (André), Ingrand, Gruchet (Wilson), Gossart.

Internes provisoires : MM. Valet, Abrassart, Blanguernon.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le *concours de l'internat* s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires en médecine : MM. Jouve, Arnaud, Murat, Escarras, Capus, Artaud, Sarradon, Tissot, Donnet, Ponthieu.

Externes en premier : MM. Granjon, Sivan, Le Forestier, Mingardon, Vague, Ventre, Bouillon, Haimovicci, Salme et Provansal.

Le *concours de l'externat* s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes en médecine : MM. Guidoni, Soyer, Palluel, Ho Ta Khanh, Henry, Lumbroso, Mockers, Haim, Lombard, Prudhomme, Valles, Berte, Chabœuf, Michel, Daniel, Offant, Le Flem, Caubet, Authié, Foucard, Colleter, Munter, Campestre, Zananiri, Rastit, Lassays, Gariel, Poucel, Bausset, Mlle Cantin, MM. Colonna, Waskovit, Bus, Monod, Mistral, Le-Ba Kim, Aviérinos, Ferrand, Chauvin, Sérafino.

Stagiaires en premier : MM. Claustre, Sild, Migozzi, Peretti, Mlle Rouit, MM. Filhol, Martin, Ozil, Fiat, Grégoire, Astesiano.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Le Conseil de la Faculté a désigné comme agrégé d'oto-rhino-laryngologie M. Emile Halphen, et comme agrégé de pathologie expérimentale M. Jean Troisier.

— MARSEILLE. — M. Régli est chargé, pour l'année scolaire 1931-1932, des fonctions de préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Mallet, démissionnaire.

M. Rolland est chargé des fonctions d'assistant de travaux pratiques de chimie analytique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. le docteur Metzger, professeur suppléant libre, chef des travaux anatomiques, a été nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. le docteur Ch. Martin.

— CAEN. — Il est créé à l'Ecole de médecine de Caen un emploi de professeur titulaire d'anatomie pathologique et un emploi de professeur suppléant de médecine expérimentale.

— GRENOBLE. — M. Louis Grandmaison, médecin des hôpitaux de Grenoble, a été nommé professeur suppléant de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de médecine de Grenoble.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. le professeur Lemoine, titulaire de la chaire de géologie au muséum, est

nommé directeur de cet établissement, en remplacement de M. le professeur Mangin, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

JUSTICE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Guy. médecin de la maison d'éducation surveillée d'Eysses.

INSTRUCTION PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Abram, directeur du théâtre national de l'Odéon.

GUERRE (officiers rayés des cadres). — *Au grade d'officier.* — M. Lacat.

Au grade de chevalier. — MM. Gougis, Temin, Leroy.

(Réserve.) *Au grade d'officier.* — MM. Berchoud, Henry, Gares, Chrétien, Lemaire, Louis, Jauréguiberry, La Mouche, Joxe, Delage, Bassaget, Garnier, Adam, Rouch.

Au grade de chevalier. — MM. Vieilledent, Lhez, Barraud, Trainar, Léorat, Dumesy, Gardes, Gaubert, Mercier, Biar, Henry, Larquier, Adam, Picquenard, Izard, Brunel, Verlac, Baudry, Monier, Cazaillet, Le Comte, Crépin, Coqueret, Lavedan, Oudot, Thomas, Dauthuile, Gatineau, Tuffery, Goiffon, Gaujoux, Gavard, Mistral, Goujat, Ravaut, Giret, Fidon, Priou, Boscq, Prunier, Letulle, Seulliet, Viard, Franchin, Kahn, Bret, Mauger, Thibault, Giret, Boisseau, Mailhes, Wery, Durville, Blanc, Marquet, Dumousseau, Lafay, Martin, Blanches, Blanchard, Vernie, Peyrot, Schil, Faige, Brizard, Jacobsohn, Gerbier, Pierson, Placet, Darrasse, Lombard, Lemercier, Duvelleroy, Lapeyre, Bernard, Saltet de Sablet d'Estières, Joyes-Nouguier, Lebouvier, Courtieu, Bidault, Broca, Lerouge, Tassigny, Chollet, Abou, Callouedec, Coudray, Penther, Chatenoud, Binard, Hippert, Buffet, Quesnel, Deschamps, Mirgon, Ollivier, Dupuy, Gotty, Comte, Delorme, Picheire, Ray, Poulin, Colleri-Leduc, Dupré, Raoul, Lubin, Balme, Briend, Larget, Jubert, Plazenet, Hermann, Huet, Bonnecaze, Romieu, Jeannemey, Vautrin, Sarlabous, Panis, Matry.

(Troupes coloniales.) M. Fouchet.

TRAVAIL. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Lestage (de Gradignan), Paucot (de Saint-Omer).

PRÉFECTURE DE POLICE. — Un examen sur titres pour l'admission à un emploi de médecin radiographe à la Maison départementale de Nanterre aura lieu à la Préfecture de police le jeudi 28 janvier 1932.

Le registre d'inscription des candidats, ouvert dès à présent, sera clos définitivement le lundi 18 janvier 1932, à 16 h.

Les conditions d'admission et d'examen, ainsi que tous renseignements utiles sur le service, sont tenus à la disposition des candidats à la Préfecture de police, sous-direction du personnel, caserne de la Cité.

Indemnité annuelle : 9.000 fr.

MINISTÈRE DES FINANCES. — M. le docteur F. Bordas, chef du service des laboratoires du ministère des Finances, est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Métra, directeur de 1re classe des contributions indirectes, est nommé chef du service des laboratoires au ministère des Finances.

MÉDECINS PARISIENS DE PARIS. — Le 16 décembre 1931 s'est tenue l'assemblée générale annuelle au restaurant du « Bœuf à la Mode », à l'issue du 39e dîner, sous la présidence du docteur Schaeffer.

Après approbation des rapports du secrétaire général et du trésorier, le président sortant fit voter sur la constitution du bureau pour 1932 :

Président d'honneur : professeur Charles Richet; président : docteur Pierre Prost; vice-présidents : docteurs Deniker et Baillière; secrétaire général : docteur Jules Bongrand; trésorier : docteur Lutaud.

Etaient présents : MM. Aubertin, Baillière, Blondel, Boisseau, Bongrand, Boussi, Boutet, Brunerye, Crocquefer, Dartigues, David, Fasquelle, Fège, Fournier, Friedmann, Gallet, Girard, Guébel père, Guébel fils, Guillemin, Guillet, Mlle Lévy, MM. Lutaud, Merville, Mlle Meurs, MM. Piot, Prost, Rouget, Schaeffer, Thalheimer, Thuillant, Valentin.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, écrire au secrétaire général, M. Jules Bongrand, 6, rue Villaret de Joyeuse, Paris (XVIIe).

SYNDICAT DES MÉDECINS FRANÇAIS ÉLECTRO-RADIOLOGISTES. — Le bureau pour 1932 est ainsi composé :

Président : docteur Gauducheau (de Nantes); vice-présidents (Paris) : docteurs Dariaux et Aubourg; vice-présidents (province) : docteurs Paschetta (de Nice) et Bobrie (de La Rochelle); secrétaire général : docteur Moutard; secrétaire général adjoint : docteur Coliez; trésorier : docteur Gilson.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — L'assemblée générale annuelle de l'Association pour le développement des relations médicales aura lieu le mardi 19 janvier, à 17 h., dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique.

HOPITAL BRETONNEAU. — M. H. Grenet a repris ses conférences cliniques de médecine infantile le vendredi 8 janvier 1932, à 10 h. 45, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

La première conférence portera sur un sujet de déontologie.

REVUE GENERALE

LES PLEURÉSIES DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Par M. Ch. TOINON,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Marseille.

Depuis la diffusion par Forlanini et Dumarest de l'emploi du pneumothorax artificiel dans le traitement de certaines formes de tuberculose pulmonaire, le pronostic de cette redoutable maladie a été nettement amélioré. Mais si cette méthode thérapeutique procure des améliorations très nombreuses et même des guérisons, elle présente des complications fréquentes, parfois graves, dont les conséquences influent directement sur l'évolution du PN lui-même : ce sont les épanchements pleuraux.

Ces pleurésies du PN artificiel ont une importance capitale. Sans elles, on pourrait considérer la collapsothérapie comme un moyen idéal de lutte contre la tuberculose pulmonaire. Avec elles, il faut redouter des incidents, des accidents et des échecs. Les statistiques, en effet, ont établi qu'à elles seules, elles sont la cause de 25 à 30 p. 100 des cas défavorables de la méthode de Forlanini.

Au point de vue bibliographique, les travaux abondent sur cette question. Nous ne citerons que les plus importants d'entre eux, auxquels nous avons fait des emprunts :

1° Le livre de Dumarest et Murard, puis Dumarest et Brette, sur « *La pratique du pneumothorax thérapeutique et de la collapsothérapie chirurgicale* » (Masson, Paris, 1929).

2° Le livre de Dumarest, Guilleminet et Rougy sur les « *Pleurésies purulentes tuberculeuses. Traitement médico-chirurgical* » (Doin, Paris, 1930).

3° Les travaux de Burnand, Weil et Loiseleur sur l'oléothorax, et surtout ceux de Kuss et Bernou parus sur cette même question dans la *Revue de la tuberculose*, dans des monographies séparées et dans les *Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*.

4° Les articles de Burnand, de Rist et Weber dans les *Annales de Médecine* de 1928, les thèses de G. Rossel (Lausanne, 1920) et J.-P. Lelong (Lyon 1921) sur les pleurésies du PN artificiel.

5° Les discussions de Sergent, Léon Bernard, Rist et Bezançon, en 1929, à la Section d'études scientifiques de l'œuvre de la tuberculose.

6° Enfin, du point de vue chirurgical, les travaux de Dumarest, Bérard et Guilleminet, Maurer et Rolland, et le remarquable rapport de Bérard et Lardennois au congrès de chirurgie de 1929.

Et, tout d'abord, quelques généralités sur la fréquence et la date d'apparition de ces pleurésies.

Fréquence. — Tous les cliniciens ont signalé la grande fréquence des complications pleurales au cours du PN artificiel.

Voyons quelques statistiques :

Celle de Dumarest, en 1923. Sur 265 cas de PN réalisés et continués, cet auteur a rencontré 186 fois des complications pleurales, soit environ 70,38 p. 100 des cas, parmi lesquels 42 pleurésies purulentes, soit 22,58 p. 100.

R. W. Matson, R. C. Matson et Bisaillon signalent l'épanchement pleural dans 100 p. 100 des cas sur une statistique de 500 cas.

Maendel arrive au chiffre de 50 à 60 p. 100 des cas.

Saugman signale l'épanchement pleural dans 67 p. 100 des PN au cours de 13 années de pratique.

Rist et Naveau indiquent une moyenne de 52 p. 100 des cas (et ils ne comptent que les pleurésies cliniquement décelables, excluant de leur statistique les pleurésies découvertes seulement aux rayons X).

Léon Bernard et Baron fixent le chiffre de 60 p. 100.

On voit par ces statistiques, malgré la divergence des appréciations, l'extrême fréquence des pleurésies au cours du PN artificiel.

Pour schématiser la question, retenons que la fréquence de ces épanchements varie, suivant les auteurs, de 50 à 70 p. 100 des cas. C'est dire que, dans l'hypothèse la plus favorable, on observera l'épanchement au moins dans la moitié des cas de PN artificiel, et souvent dans les trois quarts des cas.

Date d'apparition. — Ces épanchements pleuraux peuvent survenir à toutes les périodes du PN artificiel.

Aux deux extrêmes, Dumarest en a constaté dès les premières semaines ou même dès les premiers jours, ou au contraire après deux ou trois ans d'un PN entretenu et resté normal jusqu'à ce moment-là.

Cependant, dans la majorité des cas, l'épanchement pleural est une complication précoce, apparaissant du *deuxième au huitième mois* du traitement.

Les statistiques indiquent comme pourcentage, suivant l'ancienneté du PN :

— De zéro à six mois : 76 % ;
— De six à dix-huit mois : 21 % ;
— Au delà de dix-huit mois : 3 %.

Rist et Weber, dans leur article sur les pleurésies tuberculeuses du PN artificiel (*Annales de Médecine* de juillet 1928), fournissent les indications suivantes :

— De un à six mois : 90 % avec maximum les 1er et 2e mois ; 41 % dans ces deux premiers mois ;
— De sept à dix mois : 8 % ;
— Au delà de dix mois : 2 %.

On peut donc conclure que l'épanchement aura d'autant moins de chance de se produire que le PN artificiel sera plus vieux, la période élective, je le répète, étant réalisée du deuxième au huitième mois après le début de la collapsothérapie.

Ces généralités étant terminées sur la fréquence et la date d'apparition des pleurésies au cours du PN artificiel, nous allons envisager l'étude clinique proprement dite de ces pleurésies.

Nous étudierons successivement :

Les symptômes cliniques de ces pleurésies ;
Leur évolution et leur action sur le PN artificiel ;
Leur pronostic ;
Leur pathogénie ;
Leurs caractéristiques cytologiques, bactériologiques et chimiques, enfin leur traitement.

ÉTUDE CLINIQUE

La physionomie clinique des épanchements pleuraux au cours du PN artificiel est des plus variables.

Certains auteurs ont individualisé des types cliniques suivant la *nature* du liquide, le plus souvent *séro-fibrineux* ou *purulent*, très rarement *hémorragique* (quelques cas exceptionnels signalés par L. Bernard, Baron et Valtis, puis par Hinault dans la *Presse Médicale* du 2 avril 1927).

D'autres cliniciens, avec Léon Kindberg, ont adopté une description symptomatique surtout basée sur *l'abondance* de l'épanchement : petits, moyens et gros épanchements.

D'aucuns, parmi lesquels Léon Bernard, ont proposé une classification d'après *l'évolution* de ces pleurésies et leurs conséquences sur l'entretien et l'avenir du PN artificiel.

Enfin Dumarest a adopté une classification qui tient compte à la fois de l'allure évolutive de ces pleurésies, de leur signification pronostique, et de leurs caractères pathogéniques et anatomo-cliniques.

La classification de Dumarest est la suivante :

1° **Les pleurésies bénignes,** silencieuses, dites *idiopathiques*, qui sont le plus souvent une découverte radiologique et ne sont vraisemblablement pas de nature tuberculeuse.

2° **Les pleurésies tuberculeuses proprement dites,** dues à une tuberculisation de la plèvre par des processus variés.

Suivant la nature de l'épanchement, on peut distinguer :

Les pleurésies séro-fibrineuses ;

Les pleurésies purulentes.

Suivant l'évolution, toutes les modalités sont observables :

Tantôt épanchements spontanément résorbables ;

Tantôt épanchements chroniques ;

Tantôt épanchements graves d'emblée.

3° **Les pleurésies septiques** consécutives soit à une infection générale, soit à une perforation pulmonaire, avec germes d'infection aiguë associés au bacille de Koch.

4° **La perforation pulmonaire** sous ses diverses formes.

Nous adopterons cette classification de Dumarest car elle correspond le mieux aux différentes modalités cliniques que l'on peut observer depuis la petite goutte de liquide qui passe inaperçue jusqu'à l'épanchement volumineux à grand fracas.

Les diverses pleurésies peuvent survenir sans aucun signe prémonitoire et n'être découvertes qu'à la radioscopie. Mais souvent en observant de près le malade, on note l'apparition d'un certain nombre de symptômes qui précèdent l'exsudat.

Ces signes de début peuvent être rangés sous quatre chefs :

La température ;

La douleur ;

Les râles congestifs du côté opposé ;

Les renseignements manométriques.

1° **La température.** — Son importance est grande mais son interprétation difficile.

Deux cas sont à distinguer suivant que le malade est sans fièvre ou fébrile.

Chez le malade sans fièvre, cette poussée thermique prémonitoire peut présenter tous les degrés : tantôt crochet minime de 1 à 2 dixièmes, tantôt crochet plus important de 1 à 2 degrés, pendant un seul jour après quoi tout rentre dans l'ordre, tantôt onde fébrile durant 8 à 15 jours, tantôt enfin brusque clocher à 39° pendant un ou plusieurs jours.

Même discrète, toute élévation thermique devra être surveillée avec soin car une insufflation intempestive faite à ce moment-là peut déclencher une pleurésie sérieuse.

Chez le malade fébricitant, le plus souvent la poussée thermique passera inaperçue ou sera attribuée à un foyer insuffisamment comprimé ou évoluant du côté opposé.

2° **La douleur** est d'interprétation souvent difficile car on peut la mettre sur le compte de tiraillements d'adhérences par le PN. Elle doit cependant être prise en considération.

3° **Les râles congestifs du côté opposé.** — Dans la moitié des cas on peut percevoir à l'auscultation du poumon opposé de petits râles congestifs localisés surtout dans la région axillaire, le long d'une scissure ou à la base.

Ils seraient dus à une réaction inflammatoire de voisinage et doivent être connus pour qu'on ne porte pas à tort le diagnostic de foyer évolutif du côté opposé. Ces râles peuvent précéder de plusieurs jours l'apparition de l'exsudat.

4° **Les renseignements manométriques.** — Normalement il doit y avoir augmentation de la pression intrapleurale par rapport à la pression précédente finale ou même initiale.

Mais cette surpression peut manquer au début de l'épanchement. Il peut même y avoir diminution de pression initiale par rapport à la précédente, ce fait s'expliquant par une résorption plus active due à l'hypérémie temporaire de la séreuse enflammée.

Voyons maintenant les différentes formes cliniques à leur période d'état.

PLEURÉSIES BÉNIGNES, TORPIDES ET SILENCIEUSES, encore appelées petits épanchements idiopathiques.

Ces petits épanchements dont la nature n'est pas tuberculeuse, apparaissent en général dès les premières insufflations, un jour ou deux après l'une d'elles.

Souvent aussi, chez la femme, la pleurésie apparaît au moment des règles : c'est la pleurésie menstruelle bien étudiée par Dumarest et Mme Rougy.

Les signes généraux sont variables. Tantôt le malade éprouve un malaise avec petite poussée thermique, tantôt, il n'y a rien. Le plus souvent l'état général ne subit aucune atteinte : le malade n'éprouve aucune gêne, aucune fièvre.

Les signes fonctionnels sont aussi très discrets : point de côté, endolorissement de la base sans grande valeur diagnostique, parfois rien.

Les signes physiques enfin sont réduits au minimum. La zone de matité correspondant à l'épanchement peut être perçue parfois sur une zone étroite vers la ligne axillaire postérieure, le malade étant penché sur le côté pour collecter le liquide. Mais souvent cette zone est absente car le tympanisme du PN descend toujours plus bas que la sonorité normale du poumon en raison de l'abaissement du diaphragme.

Le bruit de flot peut être perçu grâce à la manœuvre de Chauffard ou du salut brusqué de Mantoux.

Mais souvent la quantité de liquide est tellement faible qu'il n'y a même pas de bruit de succussion.

On conçoit dans ces cas toute l'utilité de la *radioscopie*, certains épanchements très minimes n'étant décelés que par elle (épanchements radiologiques de Léon Kindberg).

Le fond du cul-de-sac est occupé par du liquide dont le niveau supérieur, nettement horizontal, oscille avec les mouvements brusques du thorax. Ce liquide est toujours séro-fibrineux.

Quand l'épanchement est très minime, la surface du liquide est si petite que l'on ne peut provoquer de flot : on constate alors simplement que le sinus est émoussé.

En général cet épanchement disparaît rapidement en un mois ou deux sans laisser de trace.

« Précocité d'apparition, résorption spontanée dans un délai relativement court, caractère silencieux et bénin, existence fugace, telles sont, dit Dumarest, les caractéristiques de ce petit épanchement. Ce n'est le plus souvent que par l'examen à l'écran que l'on pourra le diagnostiquer et vérifier son évolution. »

PLEURÉSIES TUBERCULEUSES

Ces pleurésies constituent la majorité des épanchements du PN artificiel. Leur liquide peut être séro-fibrineux ou purulent et leurs modalités évolutives, très diverses.

On peut envisager les formes cliniques suivantes :

1° Les pleurésies fébriles, à épanchement séro-fibrineux d'abondance variable mais de résorption spontanée.

2° Les pleurésies fébriles à grand épanchement séro-fibrineux récidivant, devenant secondairement purulent.

3° Les pleurésies tuberculeuses graves purulentes d'emblée ou pyothorax malins de Burnand et Jacod.

1° **Pleurésies fébriles à épanchement séro-fibrineux d'abondance variable mais de résorption spontanée.** — Tantôt il s'agit d'un petit épanchement qui s'accroît avec léger fébricule de 37°5 à 38° avec quelques douleurs.

Tantôt l'épanchement apparaît d'emblée : le PN était resté sec jusque-là et brusquement la fièvre monte à 38°, 39° ; elle persiste de 10 à 15 jours, puis redescend en lysis en une ou deux semaines.

Les premiers jours, l'état général est très touché. Mais à mesure que le liquide se forme tout rentre dans l'ordre, la fièvre tombe, dyspnée et tachycardie disparaissent.

A la période d'état les *signes subjectifs et généraux* sont réduits au minimum. La douleur est très atténuée et siège soit à la base du thorax, soit au sommet, au niveau d'une zone d'adhérences.

Quant à la dyspnée, elle est exceptionnelle.

Les signes physiques et radioscopiques de cet épanchement séro-fibrineux sont classiques. Ce sont ceux de l'*hydropneumothorax* avec zone de matité inférieure surmontée d'une zone tympanique, silence respiratoire sur toute la hauteur de l'épanchement, succussion hippocratique, niveau supérieur du liquide nettement horizontal, avec vagues perceptibles lors des secousses imprimées au thorax.

L'évolution de ces épanchements séro-fibrineux de moyenne abondance est en général bénigne.

Le liquide augmente peu à peu pour atteindre le niveau de la pointe de l'omoplate. Il reste stationnaire 2 à 3 mois puis se résorbe lentement. Il se maintient séro-fibrineux pendant toute la durée de son évolution. La ponction évacuatrice n'est presque jamais nécessaire.

Parfois il y a des poussées successives avec alternances de périodes d'assèchement et de périodes liquidiennes. Mais de toutes façons il n'y a pas de retentissement fâcheux sur l'état général, et il faut signaler même que beaucoup de malades sortent améliorés de cet épanchement, véritable pleurésie bienfaisante.

Un point sur lequel il faut insister avant de quitter cette catégorie de pleurésies, c'est la fréquence de leur développement après un petit épanchement idiopathique par réinsufflation intempestive sur une poussée fébrile. C'est dire combien il est important de déceler le plus petit épanchement pleural, de faire précéder chaque insufflation d'un examen radioscopique et de surseoir à toute réinjection en cas d'élévation thermique d'origine pleurale.

2° **Pleurésies fébriles à grand épanchement séro-fibrineux récidivant, devenant secondairement purulent.** — La forme clinique précédente était d'évolution favorable. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Parfois, loin de se tarir, l'épanchement séro-fibrineux augmente et devient petit à petit séro-purulent, puis nettement purulent.

Cette évolution vers la purulence n'a pas, dans ce cas, de gravité particulière. En effet, la transformation se fait à froid, par vieillissement de l'épanchement devenu chronique dans une cavité privée d'oxygène et non par inflammation aiguë. A la longue l'abcès froid pleural est constitué.

Le début de cette forme est comparable à celui de la forme précédente ; mais il peut être plus aigu, avec fièvre presque toujours d'emblée à 39°, se maintenant à ce chiffre pendant plus ou moins longtemps.

Les *signes subjectifs* sont plus importants : la dyspnée est fréquente et nécessite parfois l'évacuation d'une partie du gaz du PN.

Les troubles gastriques sont de règle avec anorexie, amaigrissement, dyspepsie atonique. En général, ils disparaissent à la période d'état, quand l'épanchement s'accroît.

A cette période, en général la fièvre baisse et le malade supporte remarquablement son pyopneumothorax sans douleur, ni dyspnée réflexe, sauf en cas d'épanchement très abondant ou de refoulement important du médiastin nécessitant alors la ponction évacuatrice.

Les signes physiques et radiologiques sont les signes classiques d'un hydro ou d'un pyopneumothorax.

L'évolution de ces épanchements est longue.

La pleurésie persiste pendant des mois et même des années, nécessitant des ponctions répétées, avec comme conséquence presque inévitable, la formation d'un nodule tuberculeux puis d'un abcès froid sur le trajet ou à l'orifice de la ponction.

A mesure qu'il vieillit le liquide se transforme et devient purulent.

Diverses éventualités sont alors possibles :

Dans certains cas des *adhérences* fibreuses se forment qui gènent l'action du pneumothorax.

Dans d'autres cas, plus rarement d'ailleurs, *l'épanchement* se tarit. Ce fait s'observe surtout dans les pneumothorax partiels où la cavité suppurante est de faibles dimensions.

Mais cette régression de l'épanchement s'accompagne en général de l'oblitération progressive de la cavité par cloisonnement et pachypleurite.

Enfin dans quelques cas survient une *perforation pulmonaire avec vomique*. La fistule pleuro-pulmonaire détermine alors une symptomatologie tensiométrique particulière sur laquelle nous reviendrons.

3° **Pleurésies tuberculeuses graves purulentes d'emblée, ou pyothorax malins de Burnand et Jacod.** — Ici on assiste à une inoculation massive de la plèvre le plus souvent par rupture d'adhérences.

L'épanchement est d'emblée purulent. Les signes généraux sont graves avec ascension thermique brusque au delà de 39°, frissons, vomissements, dyspnée, rapidité et faiblesse du pouls.

En général ces symptômes dramatiques s'atténuent en 8 à 10 jours, mais la fièvre persiste, le malade maigrit et son état décline peu à peu.

Indépendamment de leur action néfaste sur l'état général et de la reproduction rapide du liquide en cas de ponction, ces pyothorax malins sont caractérisés par la fréquence :

1° De l'atteinte tuberculeuse du poumon sous-jacent ;

2° De la perforation pleuro-pulmonaire à laquelle ils aboutissent quand ils n'ont pas été causés par elle ;

3° De l'invasion tuberculeuse du poumon opposé.

PLEURÉSIES SEPTIQUES

Ces pleurésies résultent d'une infection secondaire par le pneumocoque, le streptocoque surtout ; et parfois les anaérobies. Rarement consécutives à une infection générale (fièvre typhoïde, grippe, angine), elles succèdent le plus souvent à une perforation pleuro-pulmonaire.

Après un début brutal, le tableau clinique est alors celui d'une pleurésie purulente aiguë grave ou d'une pleurésie putride.

Ici encore diverses modalités évolutives sont réalisables :

Parfois l'inoculation septique reste limitée, ne se renouvelle pas, par exemple en cas de perforation étroite à fermeture rapide. La virulence alors s'épuise, et la pleurésie primitivement septique évolue par la suite comme une pleurésie tuberculeuse simple.

Malheureusement ces cas heureux sont rares.

Le plus souvent les lavages de plèvre restent inefficaces et il faut recourir à la pleurotomie. Mais fréquemment après cette opération une suppuration pleurale intarissable se produit et le malade atteint de fièvre hectique meurt de cachexie au bout de quelques mois.

PERFORATION PULMONAIRE

C'est l'accident le plus grave au cours de la collapsothérapie. Il est heureusement rare.

En compulsant diverses statistiques, nous relevons les chiffres suivants, 8 fois sur 139 cas (Forlanini) ; 14 fois sur 300 cas (Burnand) ; 11 fois sur 265 cas (Dumarest). Soit en moyenne 5 % des cas.

La perforation succède soit à l'arrachement d'une adhérence pleurale qui déchire les alvéoles pulmonaires sur lesquelles elle s'insère, soit à l'ulcération d'un foyer tuberculeux pulmonaire cortical qui vient s'ouvrir dans la cavité pleurale, soit enfin à la piqûre accidentelle du poumon lors d'une insufflation.

La symptomatologie est variable suivant que la perforation se produit dans un pneumothorax avec ou sans liquide.

En plèvre saine, le début est dramatique : c'est celui d'un pneumothorax spontané. Après la période de shock, les signes s'amendent, puis l'épanchement se constitue au bout de quelques jours.

En cas de pneumothorax avec épanchement, les signes fonctionnels de perforation sont au contraire réduits au minimum.

Souvent c'est une vomique plus ou moins abondante qui constitue le premier et unique symptôme : le malade crache son liquide pleural, ce qui est caractéristique de la perforation.

Quant au syndrome tensiométrique, il est variable. Si la fistule est ouverte dans le liquide, aucun symptôme manométrique particulier n'est perceptible puisque la cavité gazeuse reste close.

Si la fistule est ouverte dans la poche gazeuse, les signes manométriques dépendent de la forme et des dimensions de la fistule :

Une fistule largement ouverte donne une pression oscillant autour de zéro.

Une fistule étroite formant clapet peut, par un mécanisme de soupape, entretenir une surpression intrapleurale constante, l'air étant sans cesse admis dans la cavité gazeuse et ne s'en échappant jamais.

L'évolution des perforations pulmonaires est variable. Il existe des formes bénignes *temporaires* avec fistule étroite rapidement cicatrisée par rétractilité du poumon. Dans ces cas, après les accidents dramatiques du début, l'épreuve manométrique montre l'oblitération de la fistule. Une pleurésie séro-fibrineuse ou purulente apparaît ultérieurement.

Il existe aussi des formes *intermittentes* qui se cicatrisent, puis redeviennent perméables.

Le plus souvent enfin il s'agit de perforation *permanente* avec fistule irréparable.

Si l'orifice fistuleux est étroit avec trajet sinueux, le liquide ne s'infectera que très lentement.

Si au contraire l'orifice est large, l'évolution sera beaucoup plus rapide.

De toutes façons ces formes évoluent vers la suppuration pleurale ouverte avec réexpansion partielle du moignon pulmonaire, vomiques incessantes, fièvre à grandes oscillations et mort par cachexie après des mois ou des années si un traitement approprié ne peut pas être institué.

Avant de clore cette étude clinique, nous pouvons maintenant schématiser de la façon suivante les différentes variétés d'épanchements pleuraux au cours du PN artificiel :

1° **Les pleurésies séro-fibrineuses avec 3 sous-groupes.** — A. Les pleurésies S.F. bénignes, torpides et silencieuses, encore appelées petits épanchements idiopathiques.

B. Les pleurésies S.F. fébriles d'abondance variable mais de résorption spontanée.

C. Les pleurésies S.F. fébriles à grand épanchement récidivant, devenant secondairement purulent.

2° **Les pleurésies purulentes,** avec encore trois sous-groupes d'après Bérard et Lardennois, dans leur rapport au congrès de chirurgie de 1929.

A. Les épanchements puriformes. Ce sont les pleurésies S.F. devenues secondairement purulentes, de Dumarest, que nous venons de mentionner. Elles forment la transition entre les pleurésies séro-fibrineuses et purulentes.

B. Les épanchements tuberculeux infectants sans surinfection.

Dans ce groupe rentrent :

— Les pleurésies S.F. secondairement purulentes de Dumarest ;

— Les pleurésies tuberculeuses graves purulentes d'emblée de Dumarest ou pyothorax malins de Burnand et Jacod.

C. Les épanchements septiques ou surinfectés.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC DE CES PLEURÉSIES

Leur action sur le pneumothorax artificiel.

Quand la pleurésie évolue rapidement, avec fièvre légère ou sans fièvre, elle laisse des traces cicatricielles atténuées. Au stade le plus discret, c'est la persistance d'un exsudat fibrineux dans le sinus costo-diaphragmatique qu'il comblera plus ou moins complètement.

A un degré de plus, c'est un épaississement lent de la plèvre avec *sclérose* inflammatoire des tissus sous-pleuraux, surtout du côté du médiastin qui se laissera moins refouler, d'où tolérance plus grande pour des pressions intrapleurales élevées. D'autre part cette sclérose pleurale diminue le pouvoir de résorption des gaz par la plèvre, d'où nécessité d'espacer les insufflations.

Dans le cas précédent, les feuillets pleuraux se sont épaissis, sclérosés ; mais ils ne se sont pas soudés. Dans d'autres cas, au contraire, l'épanchement aboutit à la soudure ou *symphyse* des deux feuillets pleuraux. Au sein du liquide, le plus souvent à la base du thorax, des flocons fibrineux s'organisent, tirant sur le lobe inférieur du poumon qui peu à peu vient reprendre contact avec la paroi costale. Petit à petit le processus d'accolement gagne en hauteur, faisant remonter le niveau du liquide. La poche gazeuse se rétrécit alors à chaque insufflation et on constate, au bout d'un temps plus ou moins long, la symphyse complète des deux feuillets pleuraux.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Le processus adhésif n'a pas fatalement une évolution progressive. Parfois les brides adhérentielles peuvent s'étager sur toute la hauteur de la cavité pleurale qu'elles divisent en une série de logettes.

D'autres fois la symphyse reste localisée à la base du poumon. Le pneumothorax ne sera pas supprimé, les insufflations pourront être continuées.

Cette symphyse partielle ne sera pas dangereuse pour les lésions apicales qui resteront bien comprimées.

Mais si la collapsothérapie a été instituée pour une lésion de la base, celle-ci ne sera plus collabée, et il faudra alors recourir à des opérations complémentaires, phrénicectomie ou thoracoplastie.

Quand c'est la symphyse totale qui est réalisée, il est impossible de continuer les insufflations, l'arrêt du pneumothorax est inévitable, cela arrive dans 10 à 12 % des cas. On constate alors une rétractation plus ou moins marquée de l'hémithorax avec tassement des espaces intercostaux, véritable affaissement de tout l'hémithorax, et attraction du cœur et du médiastin.

Après l'arrêt du pneumothorax causé par la symphyse, deux éventualités peuvent se produire :

1° Parfois les signes évolutifs pulmonaires réapparaissent ;

2° D'autres fois au contraire la durée du collapsus pulmonaire a été suffisante pour déterminer de la sclérose des lésions, c'est-à-dire un véritable processus de cicatrisation.

La symphyse pleurale n'a donc pas forcément une action défavorable sur les lésions pulmonaires. Elle peut être suivie de guérisons durables aussi bien qu'avec un pneumothorax artificiel longtemps entretenu sans incident.

PRONOSTIC

Le pronostic est très variable suivant la forme d'épanchement que l'on observe.

Dans le cas de pleurésie bénigne et silencieuse ou petit épanchement idiopathique, le malade, après résorption de cet épanchement, présente une légère pachypleurite, c'est-à-dire de la sclérose pleurale, qui bloque son moignon pulmonaire dans une forme définitive, le met à l'abri d'incidents nouveaux et permet d'espacer les insufflations. On assiste alors parfois à une amélioration de l'état général. On peut vraiment parler dans ces cas de pleurésie bienfaisante.

A l'inverse de cette éventualité heureuse, la pleurésie fébrile, surtout quand elle est précoce, est une complication fâcheuse.

En effet, là poussée fébrile qui l'accompagne affaiblit l'état général. Et il n'est pas rare de voir débuter à ce moment-là l'évolution progressive de lésions du poumon opposé jusqu'alors latentes, ou une poussée d'entérite tuberculeuse si redoutable.

En dehors de cette action néfaste de la fièvre sur l'organisme, la pleurésie par elle-même est une source d'ennuis. En effet elle gêne la conduite du pneumothorax. Très abondante, elle nécessite des ponctions toujours fâcheuses. Sa transformation septique oblige à des interventions chirurgicales graves. Enfin la soudure progressive des feuillets pleuraux ou *symphyse pleurale*, empêche les réinsufflations et oblige à interrompre le PN.

Il reste aussi à envisager une autre évolution possible, toujours fâcheuse : *l'envahissement du moignon pulmonaire* par des lésions fibro-caséeuses d'origine pleurale. La tuberculose pleurale se communique par contiguïté aux portions de parenchyme pulmonaire qui étaient encore saines. Après interruption du pneumothorax par symphyse post-pleurétique, on perçoit des signes d'infiltration fibro-caséeuse corticale de la base. Cette complication, toujours grave, est même souvent funeste.

Quant à la *perforation pulmonaire*, elle entraîne la mort dans 6 à 7 % des cas traités par le PN artificiel.

En définitive, comme le dit Dumarest, on peut attribuer aux pleurésies du PN artificiel environ 25 à 30 % des cas défavorables de la méthode.

Par bonheur, le tableau n'est pas toujours aussi sombre. Les malades qui ont résisté obtiennent souvent une amélioration réelle, ils bénéficient en quelque sorte d'une immunité pleurale.

Comme l'indique Rist : « On ne peut guère douter que certaines pleurésies survenant au cours du pneumothorax artificiel n'exercent une action favorable sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire, et que leur apparition ne coïncide en particulier avec la disparition des bacilles de l'expectoration. »

— En résumé, les conséquences de la pleurésie du PN artificiel sont des plus variables.

— Ces conséquences sont tantôt *graves* : c'est rare d'ailleurs, soit que la pleurésie soit le premier signe d'une perforation pleuro-pulmonaire, soit que, par la suite, il y ait transformation purulente à chaud du liquide tout d'abord séro-fibrineux.

— Tantôt tout se passera comme si le PN artificiel n'avait pas été entrepris. Il a été arrêté très tôt par symphyse pleurale post-pleurétique et n'a pas eu le temps d'agir.

— Tantôt les conséquences de la pleurésie du PN sont *meilleures* qu'on ne pouvait l'espérer. Ce cas est assez fréquent. En même temps que se constitue la symphyse, des travées fibreuses pénètrent dans le poumon, et la capacité thoracique diminue. C'est ainsi que Lowys, dans sa thèse de Montpellier de 1924, signale 50 % de bons résultats dans les pleurésies adhésives (thèse sur la « Contribution à l'étude des complications pleurales au cours du PN artificiel. La pleurésie adhésive »).

— Tantôt les conséquences sont *nulles*. C'est le cas le plus fréquent. La pleurésie disparaît sans séquelle ou presque.

— Tantôt enfin les conséquences sont *favorables*. La pleurésie a entraîné une amélioration des lésions pulmonaires.

PATHOGÉNIE

Les recherches effectuées pour expliquer le mode de formation des pleurésies au cours du PN artificiel ont montré la nature toujours inflammatoire de ces exsudats. Mais ces exsudats sont déclanchés par des pathogénies diverses. Aussi plusieurs théories ont-elles été émises.

1° **Infection septique de la plèvre.** — Elle intervient chez les porteurs de PN artificiel comme chez les individus normaux.

Un manque d'asepsie, un défaut de technique, les maladies infectieuses intercurrentes les plus diverses (angine, pneumocoque, streptocoque) peuvent infecter la plèvre.

Mais hormis certains cas de pleurésies purulentes d'emblée et les petits épanchements idiopathiques précoces et bénins, les pleurésies du PN artificiel sont toujours avec ou sans bacilles de Koch, des pleurésies tuberculeuses.

2° **Tuberculisation pleurale par voie directe. Théorie de Bard.** — Par quelle voie d'accès le B. de Koch ensemence-t-il directement la plèvre ?

Bard en 1913 a prétendu que la cause la plus fréquente des pleurésies du PN serait l'ouverture d'un tubercule sous-pleural, créant une fistule pleuro-pulmonaire. Cette déchirure d'un tubercule sous-pleural serait due très rarement — presque jamais même — à la blessure du poumon par le trocart de ponction, beaucoup plus souvent à la rupture d'adhérences pleurales dont on sait la fréquence au cours de la tuberculose pulmonaire.

3° **Tuberculisation pleurale par voies sanguine ou lymphatique.** — A côté de l'infection pleurale par voie directe, on a imaginé aussi l'infection par voie sanguine ou lymphatique due à un fléchissement de l'immunisation de l'organisme. Mais ce ne sont là que des hypothèses.

4° **Réaction inflammatoire tuberculeuse de la plèvre.** — Pour expliquer certaines pleurésies légères et bénignes souvent récidivantes, comme les pleurésies menstruelles chez la femme, Dumarest a admis que la séreuse pleurale, sensibilisée par le traumatisme du PN artificiel, réagissait au refroidissement par une manifestation fluxionnaire exsudative, ressortissant au rhumatisme toxinique de Poncet. Il a donné à ces épanchements le nom de pleurésies réactionnelles ou toxiniques pour les opposer aux pleurésies par tuberculisation véritable de la plèvre.

5° **Traumatisme pleural.** — Enfin, dans la genèse des pleurésies du PN artificiel on a invoqué le traumatisme permanent de la séreuse qu'occasionne la présence d'azote, véritable corps étranger, dans la plèvre. Il y aurait hypersécrétion pleurale de défense, non tuberculeuse.

Cette pathogénie s'applique aux petits épanchements dits idiopathiques du PN artificiel, dont l'évolution silencieuse, bénigne et rapide, la symptomatologie fruste, sans fièvre, confirment l'idée de pleurésies primitives aseptiques, non tuberculeuses.

ÉTUDE DU LIQUIDE PLEURAL

Nous serons très bref sur ce chapitre.

Indiquons seulement que, mis à part les petits épanchements idiopathiques caractérisés par une cytologie spéciale avec éosinophilie (ce qui indique qu'ils sont aseptiques puisque l'éosinophilie n'accompagne que les épanchements non infectieux), les pleurésies du PN artificiel ont tous les caractères cytologiques, bactériologiques et chimiques des pleurésies tuberculeuses.

Le liquide renferme presque toujours des bacilles de Koch décelables par examen direct sur lame, par culture ou par inoculation.

TRAITEMENT

C'est là un gros chapitre de la question.

Le traitement varie avec les diverses formes cliniques observées. Nous étudierons successivement le traitement :

— Des pleurésies séro-fibrineuses ;
— Des pleurésies purulentes et septiques ;
— De la symphyse pleurale.

Envisageons tout d'abord les :

PLEURÉSIES SÉRO-FIBRINEUSES

I. Pleurésies séro-fibrineuses, bénignes sans fièvre ou avec fièvre peu élevée.

Le traitement n'a pas changé du fait de la complication pleurale et consiste toujours dans le collapsus régulièrement poursuivi du poumon malade. L'indication fondamentale du traitement de la pleurésie doit donc être l'entretien soigneux du PN.

Une insufflation intempestive pratiquée au début de l'évolution d'une pleurésie méconnue, peut aggraver celle-ci et lui donner une évolution fébrile qu'elle n'avait pas encore.

Aussi dès la constatation d'un état inflammatoire de la plèvre doit-on suspendre les insufflations jusqu'à nouvel ordre, et mettre le malade au repos.

L'évolution de l'épanchement doit être suivie à l'écran. Si la radioscopie montre que l'épanchement reste stationnaire et ne dépasse pas le sinus, il ne faut pas rester trop longtemps sans insuffler. Après 8 à 10 jours de repos plus complet du malade, on fera une exploration de la pression gazeuse intrapleurale et on injectera la quantité d'azote nécessaire. Il faudra terminer par une pression inférieure à la pression habituelle car la plèvre est irritable, quitte à réinsuffler un peu plus tôt que d'habitude. On ne reviendra à la pression terminale coutumière que lorsque toute fièvre et toute douleur de la base du thorax auront disparu.

II. Pleurésies séro-fibrineuses fébriles à épanchement récidivant ou de résorption spontanée.

Comme pour une pleurésie tuberculeuse banale, il faut imposer l'immobilisation au lit, l'aération de la chambre, une alimentation aussi large que possible.

Le double problème qui se pose est celui de l'entretien du pneumothorax d'une part, de la conduite à tenir vis-à-vis de l'épanchement d'autre part.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1931)

Etude des spirochètes des trois premiers cas de fièvre récurrente hispano-africaine rencontrés en Tunisie. — MM. Charles NICOLLE, Charles ANDERSON et Jean LAIGRET.

Considérations générales sur la circulation des sangs artériel et veineux dans les cœurs à trois cavités des vertébrés et mesure du degré de leur mélange. — MM. F. MARCEAU et L. ACOLAT.

Sur la durée de conservation des solutions de tuberculine. — M. E. FERNBACH.

Contribution à l'étude de la multiplication microbienne. Modifications apportées à la composition de différents milieux de culture liquides par le croît microbien (bacille pyocyanique). — MM. Jean REGNIER et Robert DAVID.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 5 JANVIER 1932)

Installation du Bureau. — M. de LAPERSONNE, président sortant, prononce le discours habituel fréquemment interrompu par des applaudissements sympathiques, puis il cède le fauteuil présidentiel à M. MEILLÈRE, président pour 1932, qui prononce à son tour l'allocution d'usage, très applaudie aussi. M. le Docteur SOUQUES, vice-président, prend place au bureau.

Recherche des corps bi-réfrigérants dans la lipoïdose rénale. — MM. ACHARD et CODOUNIS remarquent que la lipoïdurie, qui caractérise chez les malades le dépôt de lipoïdes dans les reins, peut être décelée par deux méthodes, physique et chimique.

La méthode physique consiste dans la recherche microscopique des croix de polarisation dans le culot de centrifugation de l'urine fraîche. La constatation de ces croix est nécessaire pour distinguer les éthers du cholestérol d'autres corps qui brillent aussi en champ obscur, mais ne donnent pas les images de croix caractérisant la bi-réfringence.

La méthode chimique consiste dans la séparation et le dosage des divers lipides de l'urine, opérations toujours longues.

Dans le parenchyme rénal, à l'autopsie, on recherche les lipoïdes surtout dans les coupes par congélation, et au moyen de colorants spéciaux (Soudan, bleu de Nil).

Mais on peut aussi, dans le suc rénal recueilli par râclage ou expression, rechercher les croix de polarisation extemporairement, ou encore faire les colorations spéciales sur lames, après dessiccation rapide. Ce procédé peut rendre service au médecin pour le contrôle anatomique de la lipoïdose rénale.

L'Indican du lait de femme. — M. HERVIEUX donne lecture d'un travail sur la présence du chromogène dérivant de l'indol (indican) dans le lait de la femme.

Extrait post-hypophysaire. — MM. DROUET et SIMONIN étudient l'action de l'extrait post-hypophysaire sur la sécrétion gastrique. Ils en ont fait l'application avec nous au traitement de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcus gastrique.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1931)

Influence de l'hyperthermie sur la production et la variation du taux du pouvoir agglutinant. — MM. J. DAVESNE et P. HABER, en étudiant l'hyperthermie provoquée par l'injection au lapin de β tétrahydronaphtylamine, arrivent aux conclusions suivantes :

1° Le titre agglutinant d'un sérum préparé est d'autant plus élevé que la réaction thermique qui a suivi l'injection d'antigène a été plus forte.

2° Il est possible de renforcer cette réaction thermique par une injection intramusculaire de β tétrahydronaphtylamine, précédant de quelques instants l'injection intraveineuse d'antigène ; mais cette pratique n'est pas sans danger : l'hyperthermie provoquée par la β tétrahydronaphtylamine se surajoute à celle provoquée par le vaccin et amène souvent la mort de l'animal.

3° Chez l'animal immunisé, à la suite de l'injection de β tétrahydronaphylamine, on constate une élévation parallèle de la température et du pouvoir agglutinant du sérum.

Sur la vaccine spontanée épizootique du lapin. — M. S. NICOLAU et Mme M. KOPCIOWSKA. Certains faits font supposer que la maladie peut exister en dehors des Instituts et des locaux contaminés par le virus vaccinal de laboratoire. Chez les animaux en apparence normaux et vivant en milieu contaminé, l'irritation de la peau (rasage, badigeonnage des oreilles au goudron) occasionne la localisation du germe vaccinal d'infection spontanée. Les souches de virus isolées

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

RELATIONS ENTRE PARIS ET LA RÉGION DES MONTS DU CANTAL. — De Paris aux Monts du Cantal, la voie de Clermont-Ferrand-Arvant est desservie par des trains de toutes classes comportant, durant la nuit, entre Paris et Arvant, des places de couchettes.

Départ de Paris P.-L.-M., 20 h. 55 ; Clermont-Ferrand, 3 h. 55.

Arrivée à Arvant, 5 h. 13 ; Murat, 7 h. 15 ; Le Lioran, 7 h. 40 ; Vic-sur-Cère, 8 h. 18 ; Aurillac, 8 h. 53.

En sens inverse :

Départ d'Aurillac, 9 h. 32 ; Vic-sur-Cère, 10 h. 11 ; Le Lioran, 11 h. 07 ; Murat, 11 h. 46 ; Arvant, 14 h. 14.

Arrivée à Clermont-Ferrand, 15 h. 19 ; Nevers, 18 h. 35 ; Paris P.-L.M., 23 h.

Wagon-restaurant entre Nevers et Paris.

par les *t.* se comportent comme le virus neurovaccinal de Levaditi et Nicolau. A l'exemple de ce dernier, le germe de la maladie spontanée a une charge électrique négative (électrophorèse). Dans l'organisme des lapins morts de la maladie spontanée, le virus peut être trouvé dans divers tissus : ovaires, capsules surrénales, poumons, rate, foie, cerveau, sang (énumération par ordre de richesse en germes) ; il est absent dans les reins et dans les muscles. *N.* et *K.* donnent une brève description d'anatomie pathologique microscopique, illustrée avec 4 figures. L'immunité spontanée antivaccinale, née à la suite de l'infection inapparente, dans un milieu contaminé, est fréquente.

Etude comparée de l'aptitude encéphalitogène pour le lapin de diverses sources herpétiques humaines au moment de leur isolement. — M. P. Lépine et Mlle R. Schoen ont recherché, chez 22 malades atteints d'herpès à localisations diverses, si les virus herpétiques humains présentaient par eux-mêmes des particularités traduisant leur virulence variable. L'inoculation à la cornée du lapin de virus provenant de sujets en état de primo-infection a, dans 5 cas sur 9, déterminé chez cet animal une encéphalite mortelle transmissible en série, alors que le virus herpétique prélevé sur 13 malades atteints d'herpès récidivant s'est montré, quoique constamment kératogène, beaucoup plus faiblement encéphalitogène ; lorsque la localisation névraxique a pu entraîner la mort de l'animal, les passages ont été impossibles ou n'ont pu être pratiqués longtemps du fait de la fréquence inaccoutumée de neuro-infections mortelles autostérilisables, attestant ainsi un état particulier du virus dès son isolement sur le lapin.

Préparation des sacs de collodion pour les cultures in vivo et in vitro. — M. A. Calmette. La préparation assez délicate de ces sacs est rendue très facile par un procédé fondé sur l'emploi d'un manchon de gélatine déshydraté par l'alcool absolu, puis enrobé de collodion. Si on plonge le manchon dans l'eau chaude, le sac se détache d'une seule pièce, sans un seul pli et aussi mince qu'on le désire.

Contribution à l'étude du déterminisme de la formation des métastases ganglionnaires dans la greffe du lymphadénome massif du poumon de la souris. — MM. L. Mercier et L. Gosselin montrent que des souris greffées avec des métastases ganglionnaires forment plus facilement des métastases dans les ganglions que les souris ayant reçu des greffes de la tumeur type. Il y a une adaptation des cellules cancéreuses à vivre dans les ganglions.

Cette notion explique la généralisation des métastases ganglionnaires. En effet, dès qu'une première métastase est formée, les cellules cancéreuses qu'elle libérera seront adaptées à leur milieu et elles pourront coloniser facilement d'autres ganglions sans produire de réaction inflammatoire comme on en constate souvent lors de l'apparition de la première métastase.

Présence simultanée d'un épithélioma dendritique de la mamelle et d'un lymphadénome chez une souris. Hérédité des cancers multiples. — MM. L. Mercier et L. Gosselin. L'étude de l'hérédité d'une souris ayant présenté simultanément un épithélioma dendritique de la mamelle et un lymphadénome du poumon conduit les auteurs à admettre la nécessité de la réunion, chez un même individu, d'au moins deux facteurs différents pour déterminer l'apparition de deux types de cancer. De plus, ces facteurs étant récessifs, on peut ainsi expliquer la rareté des cas de cancers primitifs multiples relevés dans les statistiques humaines.

LIVRES NOUVEAUX

La Folie au XXe siècle. Etude médico-sociale (1), par A. Rodiet, médecin des Asiles de la Seine, et G. Heuyer, médecin des hôpitaux de Paris, médecin adjoint de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de la Seine.

L'aliénation mentale a-t-elle progressé à Paris depuis la guerre ? A-t-on découvert de nouvelles formes de psychopathies ? Les réactions des aliénés sont-elles différentes ? En un mot, le bouleversement social de 1914 à 1918 a-t-il modifié l'évolution de la folie dans la capitale au xxe siècle ? C'est ce que les auteurs, grâce à une documentation énorme et soigneusement classée, étudient et traitent dans cet ouvrage.

Après avoir résumé les conclusions d'une étude sur la folie aux armées, pendant la guerre, examiné la société issue de la guerre et les nouvelles mœurs parisiennes, les auteurs ont orienté leurs recherches vers le centre psychiatrique où sont groupés les aliénés avant leur internement ; ainsi ils ont pu se procurer les chiffres, statistiques et observations permettant d'étudier la question de la folie à Paris.

Après avoir, dans une première partie, examiné les causes possibles de recrudescence de la folie au xxe siècle, les auteurs étudient dans la deuxième partie les statistiques et les tableaux d'entrée des sujets envoyés à l'infirmerie spéciale pour expertise psychiatrique, ils recherchent la provenance de ces malades ainsi que les causes sociales de leur envoi aux fins d'examen mental.

Dans la troisième partie, ils étudient les psychopathies les plus fréquemment observées, et, après avoir rappelé les symptômes essentiels de chacune de ces psychopathies, d'après le cadre nosographique encore admis en France depuis Magnan, ils observent les réactions médico-légales habituelles aux malades, réactions qui ont nécessité l'examen et l'internement.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 14 janvier. — Jury : MM. Achard, président ; Sergent, Tanon et Chevassu. — M. Jobin. La vie et l'œuvre de Maillot, 1804-1894. — M. Tran Minh Phuong. Le début de la tuberculose rénale chirurgicale. Rôle de l'urétéropyélographie ascendante dans son diagnostic. — M. Lecœur. Contribution à l'emploi du bleu de méthylène en psychothérapie. — M. Batier. L'amélioration du collapsus pulmonaire dans le pneumothorax artificiel, par l'injection sous-cutanée de cinnamate de benzyle cholestérinée.

Mercredi 13 janvier (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Lemierre, président ; Panisset et Vergé. — M. Pflieger. Vaccination intradermique contre le charbon bactéridien chez le cheval.

Guide-Formulaire des Produits de Régime et de Diabétique, par le Dr M. Legrand. Un volume in-16 de 936 pages. Prix : 56 fr. J.-B. Baillière et fils, Paris.

(1) Un volume de 360 pages. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Sont désignés comme membres du jury du prochain concours d'ophtalmologiste des hôpitaux : MM. Bourdier, Dupuy-Dutemps, Bollach, Velter, Cerise, Darré et Auvray.

Comme censeurs : MM. Lagrange et Brelat.

— Concours d'électroradiologiste des hôpitaux. — Jury (après acceptation) : MM. Belot (E.), Darbois, Guilbert, Lehmann, Milian, Martin, Cadenat.

Lecteurs : MM. Galby et Coliez.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — M. Eugène Pollosson a été nommé chirurgien des hôpitaux de Lyon.

HOPITAL NOTRE-DAME DE BON-SECOURS. — Un concours pour deux places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires sera ouvert le lundi 15 février 1932, à l'hôpital Bon-Secours, 66, rue des Plantes (XIVe).

Les étudiantes en médecine sont admises à ce concours.

Les épreuves sont au nombre de deux et toutes deux théoriques.

Une écrite comprenant trois questions (anatomie avec ou sans physiologie, pathologie interne et pathologie externe), 45 points.

Une orale comprenant deux questions (pathologie externe et pathologie interne), 20 points.

Les internes en fonctions prennent à l'hôpital le petit déjeuner et le repas de midi ; l'interne de garde seul y couche et y prend le repas du soir.

Ils reçoivent un traitement annuel de 5.600 fr. la première année ; 5.900 fr. la deuxième et 6.200 fr. la troisième.

Pour les renseignements et demandes d'inscriptions, s'adresser à M. l'administrateur-délégué, 66, rue des Plantes, le mardi et le vendredi, de 14 à 17 h.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — M. Etienne, professeur sans chaire, agrégé, est nommé professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie.

M. Rimbaud, professeur de pathologie et clinique propédeutique, est nommé professeur de clinique médicale.

Rappelons que cette permutation a été l'objet d'un vote unanime du Conseil de la Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie, clinique chirurgicale et clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens s'ouvrira le mardi 25 octobre 1932 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

— Un concours pour un emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens s'ouvrira le lundi 24 octobre 1932 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

— Nantes. — M. Picard, professeur suppléant des chaires de médecine, est nommé professeur de médecine légale, en remplacement du professeur M. Bureau (retraite).

M. Robert Bureau, docteur en médecine, est institué pour une période de neuf ans, à dater du 1er novembre 1931, professeur suppléant de la chaire de clinique chirurgicale.

M. Rivoallan est nommé pour un an, à dater du 1er novembre 1931, préparateur de physique, en remplacement de M. Selin.

M. Libaud, étudiant en pharmacie, est nommé pour un an, à dater du 1er novembre 1931, préparateur de matière médicale.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GRANDE CHANCELLERIE. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur René Verneau, professeur honoraire au Muséum.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Marietti, ancien médecin chef de l'hôpital civil d'Ajaccio.

MARINE MILITAIRE. — Des concours pour les emplois de chargés de cours dans les écoles de médecine navale et pour l'obtention du titre de spécialiste des hôpitaux maritimes, indiqués ci-après, auront lieu à Brest dans la deuxième quinzaine du mois de juillet 1932 à des dates qui seront fixées ultérieurement.

A. *Chargés de cours.* — *a.* Ecole d'application des médecins et pharmaciens chimistes stagiaires à Toulon : I. Chef de travaux pratiques de bactériologie.

b. Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux : I. Physiologie et hygiène.

c. Ecoles annexes de médecine navale : I. Histologie et embryologie aux écoles annexes de Brest et Toulon.

II. Séméiologie et petite chirurgie aux écoles annexes de Rochefort et Toulon.

Ces concours auront lieu dans les conditions fixées par les décret et arrêté des 20 et 22 décembre 1930 réglementant l'enseignement dans les écoles de médecine navale.

B. *Spécialistes des hôpitaux.* — Le nombre des nominations ne pourra excéder celui indiqué en regard de chacune des catégories ci-après :

a. Concours de médecine : dermato-vénéréologie, 1.

b. Concours de chirurgie : ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie : 1.

Ces concours auront lieu dans les conditions fixées par les décret et arrêté des 21 et 23 décembre 1930 portant organisation des services hospitaliers de la marine.

— Liste des élèves du Service de santé de la marine reçus docteurs en médecine ou pharmaciens désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Toulon (promotion 1927) :

Médecins. — MM. Loumaigne, Picard, Flandrin, Moncourier, Hebraud, Gensollen, Malavoy, Auregan, Brun, Bluteau, Gautier, Coulanges, Blein, Le Faou, Tarello, Courtier, Rivaud, Delacoux des Roseaux, Boubée, Regimbaud, Carn, Baloux, Mevel, Cevaer, Dantec.

Pharmaciens. — MM. Chapheau, Buffe, Morand.

AVIS DE CONCOURS. — Un emploi de médecin inspecteur d'hygiène adjoint de circonscription dans le département du Calvados s'ouvrira à la fin de janvier.

S'inscrire *avant* le 25 janvier à la Préfecture du Calvados (1re division).

TROISIÈME ANNIVERSAIRE DU DÉCÈS DU PROFESSEUR WIDAL. — Pour commémorer le souvenir de F. Widal, M. le docteur Brulé, professeur agrégé à la Faculté, fera le jeudi 14 janvier, à 10 h. 1/2, dans l'amphithéâtre de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (service du professeur Bezançon) une conférence pour montrer l'œuvre de Widal dans la question des ictères hémolytiques acquis.

A l'issue de cette conférence, à midi, les élèves et amis de F. Widal se réuniront au cimetière de Montmartre pour déposer des fleurs sur sa tombe.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Rémond, de Metz, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Toulouse; Lefebvre (de Lille), Féval (de Pontchâteau), Falliès, décédé à Pau; Cordier (de Souvigny, Allier), Georges Vinot (de Juvisy), décédé victime du devoir professionnel.

CHRONIQUE

DE LA PLÉTHORE MÉDICALE

On a beaucoup parlé de la pléthore médicale, qui est un fait indiscutable : on a montré les conséquences désastreuses de cette pléthore au point de vue des intérêts tant moraux que matériels à la fois des malades et du corps médical français ; mais il conviendrait peut-être d'envisager quelques chiffres qui auraient l'avantage de mieux préciser les dégâts actuels et surtout ceux qu'il faut prévoir pour l'avenir.

Le nombre des médecins, en France, n'a cessé de croître depuis quelques années : il s'élève actuellement à 28.000 environ ; au cours de cette année, il a été distribué 1.120 diplômes d'Etat.

Où allons-nous ainsi ? Il est aisé de s'en rendre compte par une simple opération d'arithmétique.

On peut considérer qu'un médecin exerce en moyenne pendant trente années ; pour maintenir le chiffre actuel de 28.000, il suffirait donc de 933 nouveaux diplômés par an ; il s'ensuit, que cette année, il a été délivré 187 diplômes supplémentaires.

1.120 diplômes par an correspondent à 33.600 médecins : mais, si le chiffre actuel de 28.000 représente, pour notre population, 1 médecin pour un peu plus de 1.400 habitants, celui vers lequel nous tendons, 33.600, représente 1 médecin pour un peu moins de 1.200 habitants : la proportion actuelle étant déjà trop élevée, que sera-ce lorsque nous serons 33.600 ?

Ce qu'il faut en outre remarquer, c'est que, la progression ayant été de plus en plus forte au cours de ces dernières années, la majorité est composée de praticiens jeunes et l'âge moyen s'en trouve abaissé, et qu'ainsi les résultats que nous donnons sont encore au-dessous de la réalité ; la situation est donc plus grave que ce que nous disons et le Corps médical ne saurait accorder trop d'attention à cette question.

C'est pour ne pas avoir fait des calculs aussi simples, qu'à propos de la loi Milan-Rio, tant de choses inexactes ont été dites à la tribune de l'Académie de médecine et qu'il en est résulté le vote singulier que l'on sait.

Il y a, en France, environ 6.000 chirurgiens-dentistes et de tous côtés, les syndicats de ces praticiens s'élèvent contre cette pléthore.

Si on admet, pour les médecins, trente ans d'exercice, on est bien obligé de considérer que les études des chirurgiens-dentistes commençant beaucoup plus tôt et étant beaucoup moins longues, leurs possibilités d'exercice se trouvent prolongées d'autant : il n'est donc point exagéré de dire que leur pratique commencera 5 ans plus tôt et se poursuivra ainsi pendant 35 ans. Dans ces conditions, pour maintenir le chiffre actuel de 6.000, il suffirait de promotions annuelles de 175 et non pas de 600 comme il a été dit dans les discussions précitées. 600 par an correspondent à 21.000 dentistes et il suffit de citer ce chiffre pour souligner la grave erreur qui a été commise et devant laquelle le corps médical ne saurait rester indifférent.

Caveant consules ! A. HERPIN.

RENSEIGNEMENTS

CONSIDÉRATIONS ET CONCLUSIONS SUR LE CHOIX DU RÉGIME DANS LE DIABÈTE [1]

Par T. IZOD BENNETT,
M. D. (Lond.), F. R. C. P. (Lond.)
Traduit par le docteur MAX VAUTHEY (de Vichy).

Dans l'établissement du régime chez un diabétique, il est deux questions auxquelles le clinicien doit s'efforcer d'apporter une réponse satisfaisante :

1° Le régime une fois institué, le malade se maintient-il en excellente santé ?

2° Le malade est-il satisfait de son régime ?

Tant que la réponse à ces deux questions n'est pas affirmative, on ne peut dire que les efforts du médecin aient abouti à une solution convenable.

***

En ce qui concerne la première de ces deux questions, nous avons trois critériums qui permettent de se rendre compte si le sujet présente réellement un bon état général ; nous les envisagerons l'un après l'autre.

1° *Le malade ne doit présenter d'état d'hyperglycémie à aucun moment du jour ni de la nuit.* — Pour se rendre compte de ce phénomène, il faut connaître le taux du sucre sanguin à différentes heures de la journée. Il est de pratique courante de doser la glycémie trop fréquemment au début du traitement et pas assez à la fin de celui-ci. La suppression de la glycosurie n'a pas de valeur dans le cas qui nous occupe, car il arrive que beaucoup de diabétiques graves — surtout les jeunes sujets et les individus âgés atteints de diabète depuis longtemps — présentent une « élévation du seuil rénal » révélant la mise en jeu d'un véritable mécanisme protecteur.

C'est pourquoi des sujets diabétiques ne présentent pas de glycosurie avec des taux glycémiques atteignant 2 gr.; 2 gr. 30 et même 2 gr. 50, alors que des individus normaux présentent de la glycosurie dès que le taux du sucre sanguin dépasse 1 gr. 80. Dans ces conditions, un sujet peut être hyperglycémique, tout en n'ayant plus de sucre dans les urines ; il résulte de ce fait que le pancréas n'est pas mis au repos, et qu'une diminution progressive dans la tolérance aux hydrates de carbone peut continuer à se produire.

Pour se rendre compte d'un tel état persistant d'hyperglycémie et pour le prévenir, il faudrait faire des prélèvements de sang à différentes heures du jour et de la soirée ; bien plus, il serait bon d'habituer les malades à aller faire régulièrement des prises de sang au laboratoire à des jours et des heures différents (par exemple 11 h. du matin, 4 h. de l'après-midi et 10 h. du soir), surtout au cours de la période qui suivra la disparition de la glycosurie.

En effet, les diabétiques présentent des variations individuelles considérables du métabolisme, aussi bien du point de vue de la vitesse d'absorption des aliments au niveau de l'intestin, que de la vitesse d'action de l'insuline injectée. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de rencontrer des cas dans lesquels l'injection d'insuline du matin provoque des symptômes d'hypoglycémie peu après le petit déjeuner, hypoglycémie suivie immédiatement d'une phase d'hyperglycémie ; dans ce cas, le phénomène de l'absorption du petit déjeuner présente un retard par rapport à l'injection d'insuline et se produit alors que l'effet de l'insuline est en décroissance. Le remède consiste en un changement d'horaire des injections, et aussi peut-être dans l'administration avec le petit déjeuner d'hydrates de carbone facilement et rapidement assimilables, tels que le lait ou même le jus d'orange.

2° *Le malade doit être capable d'accomplir un bon travail journalier et de mener d'une façon générale une vie active.* — Dans ce but, le malade doit recevoir une ration alimentaire suffisante, mais sans que cette ration atteigne la valeur calorifique de celle d'un homme sain. Les régimes alimentaires habituellement prescrits aux diabétiques comportent environ 2.000 calories, alors que la ration d'un individu normal est souvent deux fois plus forte (3.000 calories chez la femme ; 4.000 calories chez l'homme).

Dans la généralité des cas, il n'est pas nécessaire de prescrire un régime comportant plus de 2.000 calories, sauf si le malade effectue un travail manuel qui soit particulièrement exténuant, tel que le métier de terrassier ou de mécanicien ; mais l'on ne doit pas oublier que les divers travaux manuels très fatigants sont contre-indiqués chez un diabétique, comme ils le sont chez un malade atteint de pied bot ou de lésions valvulaires cardiaques bien compensées.

D'autre part, l'exercice physique constitue une pratique excellente pour les diabétiques ; en effet, l'exercice a des conséquences des plus heureuses en augmentant la combustion du glucose circulant dans l'organisme, et en diminuant par ce fait l'hyperglycémie. Tout diabétique devrait être habitué à faire de l'exercice, dont la dose quotidienne équivaille à peu près à une marche de plusieurs kilomètres.

A ce sujet, l'on doit faire remarquer la fréquence avec laquelle un exercice fatigant, tel que le golf, peut entraîner des accidents graves d'hypoglycémie, soit simple étourdissement, soit perte de connaissance vraie. Graham rapporte le cas d'un malade qui devait diminuer sa dose d'insuline avant d'aller jouer au golf et qui devait sucer une orange à mi-parcours ; Lawrence mentionne un autre malade qui avait l'habitude de diminuer sa dose d'insuline le dimanche matin avant d'aller jouer au tennis. Ces exemples, correctement interprétés, illustrent d'une façon saisissante les effets heureux de l'exercice, car l'exercice physique constitue une méthode essentiellement physiologique de réduction du taux du sucre sanguin, d'autant plus que les risques d'hypoglycémie sont facilement évitables.

3° *Le malade doit se maintenir à un poids corporel constant.* — Les malades atteints de diabète, lorsqu'ils ne sont pas suivis ni traités soigneusement, ont tendance à devenir, ou trop gras, ou trop maigres. On comprend facilement une diminution de poids excessive chez un sujet qui perd la plus grande partie des

(1) Extrait de *The practical treatment of diabetes.* Constable and Co., London, 1931.

hydrates de carbone alimentaires sous forme de sucre urinaire ; et, d'ailleurs, une telle perte de poids est facilement enrayée, dès que la glycosurie est supprimée. L'assimilation des hydrates de carbone peut être rétablie grâce à un régime convenable, avec ou sans emploi d'insuline.

D'un autre côté, dans les cas sévères qui nécessitent des doses d'insuline relativement élevées, il est souvent difficile d'empêcher une augmentation de poids marquée. Cette augmentation de poids doit être enrayée, si l'on veille à ce que le malade fasse suffisamment d'exercice et réduise la quantité de son alimentation aux besoins stricts de son organisme.

Le mécanisme par lequel l'*obésité* peut être un facteur étiologique du diabète n'a jamais été démontré d'une façon satisfaisante. Il est certain qu'il existe une association de l'obésité et du diabète et que le diabète chez les obèses tend à être un diabète bénin. Un abus prolongé d'hydrates de carbone est sans aucun doute un facteur étiologique de ces deux syndromes ; en effet, les hydrates de carbone en excès permettent une mise en réserve de tous les corps gras apportés par l'alimentation et peuvent même être transformés eux-mêmes en graisses dans une certaine proportion. S'il est négligé, le diabète des obèses peut certainement évoluer vers le diabète grave consomptif. De tels malades doivent être prévenus, dès le début du traitement, qu'il doit se produire une chute marquée de poids et que c'est là un fait heureux.

***

Dans l'établissement du régime définitif d'un diabétique, nous n'avons jamais remarqué que des calculs compliqués, basés sur les besoins théoriques du sujet en calories, soient d'une grande utilité ; car de tels calculs négligent trop souvent de tenir compte de la mentalité et de l'appétit de chaque sujet. Les individus nerveux et énergiques ont toujours besoin de plus de calories que les lymphatiques, bien que, souvent, l'appétit de ces sujets varie en sens inverse des besoins de leur organisme.

***

Enfin, nous devons nous informer si le malade lui-même est satisfait de son régime. C'est là une considération des plus importantes et trop souvent négligée. *Il est plus nuisible qu'utile de prescrire à un malade un régime qu'il n'a pas l'intention de suivre régulièrement, à tort ou à raison.* Les sujets atteints de diabète doivent comprendre les raisons exactes des restrictions imposées et doivent avoir la volonté de les accepter pour un laps de temps indéterminé. Le médecin, de son côté, doit s'assurer que les exigences de l'appétit sont satisfaites, tout en évitant d'encourager la gloutonnerie ; il doit enfin apprendre, soit au malade lui-même, soit à sa femme, soit à son infirmier, la manière par laquelle un « régime » diabétique peut être rendu éminemment sapide et agréable au goût, grâce à un peu d'habileté culinaire.

Il serait trop long de rapporter ici un certain nombre de recettes pour diabétiques ; d'autre part l'on ne saurait recommander l'usage de mets spéciaux pour diabétiques, car ils présentent beaucoup des inconvénients des préparations spécialisées du commerce, et surtout parce qu'ils tendent à limiter l'indépendance du malade dans le choix et la variété des aliments.

Il est de beaucoup préférable de faire l'éducation du malade, et de lui apprendre à utiliser convenablement les matériaux alimentaires ordinaires et à obtenir à n'importe quel moment des mets agréables au goût, par l'emploi intelligent des ressources qu'il a à sa disposition. Une bonne cuisine, aussi bien pour les individus normaux que pour les diabétiques, est coûteuse, mais la personne qui prépare les aliments, si elle est intelligente, comprendra vite qu'il est facile de satisfaire le goût exigeant des diabétiques, car pratiquement, elle a à sa disposition à peu près tous les légumes, toutes les espèces de gibiers, les poissons, les volailles, les viandes et les épices.

***

Fortes rations hydro-carbonées dans le diabète. — Le lecteur remarquera peut-être l'absence ici de formules mathématiques et de raisonnements serrés destinés à déduire les proportions exactes d'hydrates de carbone, d'albuminoïdes et de graisses qui doivent être données dans chaque cas particulier. Cette omission est volontaire, car nous pensons qu'à l'heure actuelle nos connaissances sont insuffisantes pour établir des règles diététiques absolues dans le diabète, règles qui ne peuvent être basées sur autre chose que de très larges généralisations. L'on se rappelle, maintenant encore, l'époque où les malades arrivant à l'hôpital sous la menace d'un coma étaient immédiatement privés d'hydrates de carbone et alimentés uniquement en albuminoïdes et en graisses, et cette manière de procéder avait des résultats désastreux. Aujourd'hui, nos résultats sont infiniment meilleurs, mais nous sommes encore incapables de déterminer avec certitude la constitution du régime idéal.

C'est ainsi qu'au cours de ces deux dernières années, s'est fait jour une tendance consistant à donner des quantités d'hydrates de carbone beaucoup plus importantes qu'il y a cinq ans par exemple. Deux faits expliquent jusqu'à un certain point cette tendance : d'abord l'expérience que l'on a maintenant de l'emploi de l'insuline, et la connaissance des précautions susceptibles d'assurer son innocuité ; en second lieu le fait d'observation suivant : des malades, obligés de suivre un régime très strict, afin de pouvoir se passer d'insuline, se portent incomparablement mieux avec un régime plus large, et plus riche en hydrates de carbone, associé à l'insuline.

D'autre part, on peut constater souvent qu'un malade soumis à un régime pauvre en hydrates de carbone, — par exemple HC : 55 ; Alb. : 110 ; Gr. 140, associé à 40 unités quotidiennes d'insuline, — peut supporter un régime plus riche en hydrates de carbone, par exemple HC : 100 ; Alb. : 110 ; Gr. : 100, non seulement sans avoir à augmenter la dose d'insuline, mais encore avec la possibilité réelle de diminuer dans une certaine proportion la quantité d'insuline quotidienne.

Quelques médecins, en particulier ceux de l'École viennoise, donnent même des proportions d'hydrates de carbone plus élevées que celles indiquées ci-dessus, et affirment qu'il existe une relation étroite, dans le

métabolisme, entre les hydrates de carbone et les graisses, relation qui oblige à diminuer les unes lorsque l'on augmente les autres.

Ces questions sont encore trop obscures et trop sujettes à controverse, mais si l'on observe les règles générales établies au commencement de ce chapitre, il ne doit pas y avoir de difficultés insurmontables, dans n'importe quel cas donné, pour l'établissement d'un régime absolument compatible avec la santé et le bien-être du sujet. Les seules remarques qui peuvent être faites, avec juste raison, à l'heure actuelle, au sujet des régimes *riches en hydrates de carbone, pauvres en graisses*, sont les suivantes : 1° Il est difficile de réaliser un tel régime qui soit agréable au goût, sans atteindre une proportion de graisses qui puisse constituer une menace d'obésité ; 2° le juste milieu constitue le guide le plus sûr dans tout cas de diabète, quel qu'il soit.

JOURNÉE DE PROTECTION DE L'ENFANCE

(*Strasbourg, 4 octobre 1931.*)

Le Comité français de l'Union internationale pour la protection de l'enfance avait, pour cette journée, mis à l'ordre du jour le sujet suivant : Organisation de la protection maternelle et infantile en France.

La réunion tenue dans la salle du Conservatoire de musique de Strasbourg sous la présidence de M. Roland Marcel, préfet du Bas-Rhin, assisté du professeur Rohmer, président du Comité d'organisation de la Journée, avec le docteur Lesage, secrétaire général du Comité français, professeurs Marfan et Lereboullet, docteur Woringer, secrétaire du Comité d'organisation, avait attiré un très nombreux public composé de médecins de la région, de toute la France et de l'étranger, de philanthropes, de présidents d'œuvres de l'enfance en grand nombre, ainsi que d'infirmières visiteuses, très nombreuses également.

Le soir, une très brillante soirée fut offerte dans les beaux salons de la Préfecture par M. le Préfet et Mme Roland Marcel.

La séance, après le discours du préfet, du professeur Rohmer et du doyen de la Faculté de médecine, professeur Merklen, comportait une série de rapports très documentés, dont, faute de place, nous ne donnerons ici qu'un trop bref exposé.

Le docteur Rocaz (de Bordeaux), le premier rapporteur, traite de **l'organisation rationnelle de la protection de l'enfance en France.** Il décrit les institutions actuellement en vigueur en montrant leurs bienfaits et les modifications qu'il serait utile d'y apporter. Il reconnaît que pour la surveillance hygiénique de la mère et de l'enfant, ce sont les œuvres privées qui ont été le plus efficaces jusqu'à présent. Il faudrait que les organes officiels développent ou organisent ce qui a été trouvé de meilleur dans ces institutions.

L'organisme essentiel de la protection de l'enfance devrait être le centre de protection maternelle et infantile urbain ou rural, avec consultation de nourrissons, médecin et infirmière visiteuse.

Cette organisation existe déjà en Alsace, grâce à l'Association alsacienne et lorraine de puériculture, fondée en 1920 par M. le docteur Rohmer. Il existe un centre de protection par chef-lieu de canton.

Pour la création des centres dans les départements, l'administration doit se servir des œuvres, là où elles existent, et créer et faire fonctionner des organismes de protection, là où il n'y a rien. Mais, quelle que soit la formule employée, il faut tenir compte de la mentalité française et n'imposer aucune compression, pour laisser libre l'initiative individuelle.

En l'absence du docteur Pigot (de Paris), Mlle Delagrange lit son rapport sur **l'Assistance maternelle et la protection infantile par les Assurances sociales.**

Les Assurances sociales donnent à l'assuré et à la femme de l'assuré le bénéfice des prestations médicales et pharmaceutiques au cours de la grossesse et pendant les six mois qui suivent l'accouchement. Elles donnent à l'assurée droit à l'indemnité journalière de maladie pendant six semaines avant et après l'accouchement, mais les femmes d'assurés en sont exclues.

Mlle Delagrange (de Paris), directrice générale des infirmières visiteuses, parle de **l'utilisation des institutions publiques et privées de protection maternelle et infantile par les caisses d'assurances sociales.**

Elle émet le vœu que les caisses passent un contrat avec les sections de protection maternelle et infantile pour la surveillance des assurées et de leurs enfants. Les caisses ne doivent créer des services de protection maternelle et infantile que là où les institutions privées et publiques font défaut.

Le docteur Rodolphe Strauss, secrétaire général adjoint de l'Association alsacienne et lorraine de puériculture, parle ensuite de **l'organisation rurale de la protection de l'enfance.**

Il base son rapport sur l'organisation rurale de protection de l'enfance visant l'ensemble du territoire et de la population qui existe en Alsace. Les difficultés de cette organisation à la campagne viennent de l'ignorance et de la routine des populations en matière d'hygiène, du surmenage de la mère par les travaux des champs dans les derniers temps de la grossesse, de la dispersion des villages et de leur difficulté d'accès, surtout à la mauvaise saison. Il faut organiser des consultations pré-natales et des consultations de nourrissons nombreuses et dispersées, pour pallier autant que possible à l'éloignement. Leur action sera complétée par des infirmières visiteuses disposant de moyens de locomotion rapides, si possible d'une automobile.

M. le professeur Combas (de Florence) parle ensuite des **œuvres de protection maternelle et infantile en Italie.**

Assistance à la mère. Consultation prénatale gratuite dans toutes les communes assez grandes, complétée par la visite de l'infirmière visiteuse. Accouchement fait gratuitement à la maison ou dans une maternité pour les personnes de condition modeste. Consultation de nourrissons. L'œuvre nationale pour la protection de la mère et de l'enfant favorise avant tout l'allaitement maternel et cherche à éviter la séparation de la mère et de l'enfant. Elle intervient souvent pour régulariser la situation de la fille-mère et a ainsi des résultats satisfaisants. Les enfants abandonnés sont élevés dans des instituts spéciaux jusques et y compris l'apprentissage. L'Œuvre nationale italienne a dépensé pendant les quatre dernières années 315 millions de lire au total.

M. le docteur Lesage remercie le docteur Combas de sa venue et de son intéressant exposé. Nous avons beaucoup à apprendre des œuvres italiennes de puériculture.

Le professeur Mouriquand (de Lyon) parle des **centres d'élevage et de la protection du premier âge contre la tuberculose.**

Il faut séparer l'enfant de la mère tuberculeuse dès la naissance ; on y arrive en disant à la mère que l'éloignement est nécessaire pour le bien de l'enfant et son bien à elle, jusqu'à ce qu'elle soit guérie.

Mais que faire des enfants séparés de leur mère ? A Lyon, on les met dans des services spéciaux où ils peuvent être nourris au sein par des nourrices jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de trois mois. On leur fait pendant ce temps la vaccination au B. C. G. Ensuite, on place les enfants dans des centres d'élevage. Les gardiennes sont soigneusement choisies, et surveillées par une infirmière visiteuse.

Sur 210 des enfants suivis par le docteur Mouriquand, aucun n'a présenté des signes de tuberculose. D'autres enfants ont été trois semaines en contact avec la mère tuberculeuse. Il y a eu beaucoup de cas de tuberculose et 50 p. 100 de décès, chiffre énorme.

Le docteur WONDERWEIDT (de Mulhouse) expose **l'organisation de la protection de l'enfance à Mulhouse,** qui réunit tous les desiderata. Centre de protection maternelle et infantile que les caisses des industries ont chargé de la surveillance de leurs assurées.

Après ces divers exposés, une **discussion** s'est engagée à laquelle ont pris part le professeur ROHMER, M. ROCAZ, M. BONVOISIN, les professeurs MARFAN et LEREBOULLET, M. SCHREIBER, Mlle DELAGRANGE, M. ARMAND-DELILLE, etc., et pour terminer, a été voté, à l'unanimité, un vœu de M. ROCAZ félicitant le ministre pour sa récente circulaire et en souhaitant la rapide réalisation et un **projet de résolution** soumis à l'assemblée par le professeur Rohmer, tendant à l'organisation dans toute la France de centres de protection groupant les œuvres dans chaque canton et administrés par un comité local sous le contrôle du préfet.

JULIEN HUBER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1931)

Les concentrations galactosuriques fractionnées comme méthode d'exploration fonctionnelle du foie dans les ictères. — MM. Noël FIESSINGER et François THIÉBAUT précisent une technique d'étude de galactosurie basée plus sur les concentrations partielles que sur les éliminations globales. Ils montrent que dans les hépatites dégénératives aiguës ou subaiguës la galactose est éliminée surtout dans les premières heures en concentrations élevées qui tombent aussitôt à des chiffres très bas.

Par contre, dans les cirrhoses mal tolérées, l'élimination à concentration moindre s'étale sur les 24 heures et ne descend que lentement.

L'étude des concentrations galactosuriques associe deux renseignements : le passage du galactose, le passage de l'eau.

La répétition de cette épreuve permet non seulement de reconnaître l'existence de l'hépatite, mais encore d'en prévoir l'importance.

Les arthropathies hémophiliques. — Le rhumatisme hémophilique, par M. P.-E. WEILL.

Quelques exemples pour prouver l'efficacité du Sapoïde d'Or et d'Osmium (Orosmiol) dans le traitement des tuberculoses osseuses et ganglionnaires. — M. Maurice RENAUD met en évidence l'heureuse influence de l'Orosmiol en étudiant quelques observations choisies dans la série des cas qu'il a traités dans ces deux dernières années et où il semble possible d'éviter toute erreur d'interprétation, en raison des conditions particulières dans lesquelles se présentait la maladie.

Tous ces faits se rapportant à des tuberculoses de l'adulte, évoluant depuis longtemps et pour lesquelles on ne pouvait espérer de guérison spontanée, apportent d'après l'auteur de solides arguments en faveur de l'influence favorable qu'a exercée l'Orosmiol dans les cas déjà très nombreux, où les succès qu'il a enregistrés pourraient paraître plus discutables.

Diabète insipide d'origine syphilitique : obésité, troubles génitaux, troubles de la régulation thermique et du métabolisme hydrocarboné. — MM. WEISSENBACH, GILBERT-DREYFUS et BRISSET rapportent un cas de diabète insipide dont l'étude leur a paru intéressante à deux points de vue :

1° Au point de vue étiologique, car le diabète s'est installé subitement, le même jour qu'une hémiplégie, par artérite ;

2° Au point de vue physiopathologique, en raison de l'association à la polyurie d'un syndrome adiposo-génital caractéristique, d'un trouble net du métabolisme hydrocarboné, d'une netteté remarquable.

Septicémie colibacillaire au cours d'une uréthrite blennorragique. — Pyélonéphrite secondaire avec azotémie légère et hypochlorémie. — MM. LEMIERRE, P. AUGIER et D. MAHOUDEAU-CAMPOYER.

Double anévrisme du ventricule gauche. — M. Romulo-H. SILVA (de Montevideo) rapporte une intéressante observation où le diagnostic d'anévrisme ventriculaire gauche fut porté d'après les constatations radiologiques faites pendant la vie du malade. L'autopsie et l'examen histo-pathologique ont montré que l'anévrisme se composait de deux poches distinctes, et qu'il n'y avait aucune lésion coronarienne; par contre, il existait des lésions importantes de myocardite interstitielle sur toute l'étendue du myocarde.

Traitement de l'angine de poitrine par les injections intra-veineuses iodées intensives et par les injections sous-cutanées d'acide carbonique. — MM. C. LIAN, A. BLONDEL et RACINE : 1° Injections intra-veineuses iodées intensives réalisées avec une iodaseptine iodurée (une ampoule de 5 centi-cubes 3 fois par semaine pendant 6 semaines) ;

2° Injections sous-cutanées d'acide carbonique, injections quotidiennes à doses progressives de 50 à 500 centi-cubes, série de 20 à 30 injections.

Ces deux méthodes ont fourni assez souvent un bon résultat et n'ont pas causé d'incidents. Amélioration grande dans 17 cas, moyenne ou légère dans 17 cas, nulle dans 10 cas.

Ataxie cérébelleuse aiguë syphilitique. — M. Jacques DECOURT.

Myélite suraiguë du cône terminal apparue chez un ancien poliomyélitique au cours d'une vaccinothérapie et coexistant avec une éruption zostériforme fessière. — St-DRAGANESCO et St. CHISER.

Ulcère de l'estomac avec hémorrhagies profuses. Transfusions massives. Opération. Guérison. — MM. TZANCK et VIVIER.

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1931)

Décès. — M. LENORMANT, président, a le regret d'annoncer la mort de M. Vincent (d'Alger).

Abcès du poumon. — Ce travail de M. Bressot (de Constantine), est rapporté par M. BAUMGARTNER. Cinq cas ont été

traités par pneumotomie. Les deux premiers cas, abcès putrides, ont abouti à une mort, une guérison. Le troisième cas concerne une pleurésie localisée symptomatique d'un abcès. M. Baumgartner n'est pas partisan de la ponction, dangereuse parfois, souvent inutile, et parfois infidèle. En résumé, sur quatre cas traités chirurgicalement, les trois cas opérés précocement ont guéri, celui opéré tardivement est mort.

Patellite post-traumatique. — Ce travail, de M. Courcaud (marine), est rapporté par M. MOUCHET : après un traumatisme, un épanchement persistait deux mois après. La rotule, un peu élargie, présentait un état pommelé. Guérison par immobilisation.

Volvulus du colon pelvien. — M. OKINCZYC réunit en un seul rapport une série de travaux de M. Lecercle (de Damas), de M. Vanlande (armée) et de M. Bachy (de Saint-Quentin). Le malade de M. Lecercle fut opéré à la cinquième crise, ceux de M. Bachy à la première. M. Vanlande avait affaire à un mégasigmoïde. M. Okinczyc rappelle les récidives après simple détorsion et conseille l'extériorisation suivie de résection de l'anse tordue et, dans un temps ultérieur, on fermera l'anus en canon de fusil.

M. GERNEZ approuve les dires de M. Okinczyc.

M. MÉTIVET conseille d'être prudent dans la largeur de la résection.

Résection précoce dans l'ostéomyélite. — M. MATHIEU estime que la résection d'une diaphyse dépend des lésions. Elle est indiquée dans des nécroses étendues diffuses de la diaphyse, celle-ci baignant dans le pus. Par contre, M. Mathieu estime qu'on ne doit pas faire de résection avant séparation du mort et du vif, car il faut toujours craindre l'absence possible de réfection osseuse ou des déviations durant celle-ci.

Résection osseuse précoce dans l'ostéomyélite. — M. d'ALLAINES, faisant une résection à la troisième semaine, n'a pas obtenu de régénération. Il s'agissait d'une malade de dix-huit ans qui fut très fatiguée dans la suite, et la zone de conjugaison avait été touchée.

Technique de la parathyroïdectomie. — M. LERICHE donne des détails techniques sur la voie antérieure et sur la voie latérale. Cette dernière ne doit être employée que dans le cas d'intervention unilatérale. La parathyroïde apparaît parfois nettement dans les branches ou sous la courbe de l'artère thyroïdienne. Parfois elle n'est pas nette et c'est alors qu'on doit faire la résection artérielle, rabattre cette artère vers le corps thyroïde et enlever ce qui paraît être la parathyroïde.

M. CUNÉO estime que pour trouver les parathyroïdes, il faut être dans le plan celluleux qui les contient. C'est en ouvrant la gaine thyroïdienne et en la décollant qu'on se trouve dans l'espace où sont les parathyroïdes inférieures. Elles sont en général bien isolées dans cet espace.

M. BROCQ approuve les techniques de MM. Leriche et Cunéo.

M. CHIFOLIAU insiste sur la sorte de bourse séreuse périthyroïdienne qui constitue un excellent plan de clivage.

M. MOULONGUET opère sur les malades assis, et à l'anesthésie locale.

M. LERICHE conclut que la chirurgie parathyroïdienne s'inspire de la chirurgie thyroïdienne.

Présentation de malades :

M. BERNARD. Récidive de néoplasme de l'amygdale opéré par ablation du pilier antérieur et du rebord de la branche montante.

M. BRAINE. Cancer du rein : présentation de la pièce et du malade.

M. SCHWARTZ. Rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire guéri par vaccination par la porte d'entrée (méthode de Poincloux).

M. SORREL. Astragalectomie pour tumeur blanche tibio-tarsienne, exécutée sept ans avant. Il s'agit d'un enfant qui court avec facilité.

M. ROUHIER. Cystoadénome polikystique du foie. Bon résultat.

M. CHEVASSU. Gangrène scrotale avec septicémie, guérie par le sérum antistreptococcique de Vincent.

Présentation de radiographies :

M. LERICHE. Tumeur du médiastin. Récidive six mois après.

Présentation de pièces :

M. SOUPAULT. Tumeur du fémur.

Présentation d'instruments :

M. HEITZ-BOYER. Rugine pour décoller la plèvre.

(SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1931)

M. LENORMANT, président, fait part à la Société du décès de M. Vallas, membre correspondant national.

Maladie de Dupuytren. — M. ROUHIER insiste sur la nécessité d'une dissection fine des lambeaux cutanés et sur l'importance ou l'absence de toute suture.

Spondylite typhique. — M. BAZY rapporte une observation de M. Yves Delagenière, qui aborda le corps de la IIIe lombaire par voie postérieure et put curetter un abcès et enlever les séquestres. Guérison rapide.

Sympathectomie périartérielle. — Ce travail de MM. Charbonnel et Massé (de Bordeaux) est rapporté par M. ROBINEAU. Dans un premier cas, les auteurs obtinrent un excellent résultat dans une maladie de Raynaud. Un autre malade fut opéré pour faux syndrome de Raynaud avec asystolie et le résultat fut mauvais. Une sympathectomie périartérielle des deux axillaires pour sclérodermie ne donna aucun résultat sinon une disparition d'une pigmentation cutanée anormale.

Aucun résultat après sympathectomie pour rétraction de l'aponévrose palmaire. Résultat peu probant dans une ostéoporose post-traumatique. Une gangrène des orteils, par contre, fut stabilisée par la sympathectomie. Cette même opération donna une diminution des douleurs et une diminution de la flexion dans une maladie de Volkmann.

Infarctus mésentérique au cours d'une hernie étranglée. — M. MOULONGUET rapporte ce travail de M. Bachy (de Saint-Quentin). Opérant une hernie crurale, ce chirurgien trouve que l'intestin est infarci sur une grande longueur. Une diarrhée sanglante survint le lendemain et la malade mourut. M. Moulonguet essaie de préciser quelles sont les lésions anatomiques dans les infarctus herniaires, et signale quatre cas d'infarctus mésentérique avec étranglement herniaire.

M. SAUVÉ remarque qu'il s'agissait ici de lésions précoces.

Infarctus mésentérique. — M. MOULONGUET rapporte une seconde observation de M. Bachy, qui a trait à un infarctus par thrombose mésentérique, dont les lésions ont été essentiellement veineuses. La mort est survenue par thrombose extensive ayant gagné le tronc porte.

Hernies compliquées du diverticule de Meckel. — M. AUVRAY rapporte deux travaux, l'un de M. Conniot (d'Alger), l'autre de M. Morice (de Caen). Dans le premier cas, chez un homme adulte, existait un phlegmon herniaire, et M. Conniot découvrit une ouverture intestinale. Une hernio-laparatomie permit de constater qu'il s'agissait d'un diverticule qui fut réséqué. Dans le cas de M. Morice, on constata un peu de sang dans une selle. Au-dessus d'un testicule ectopique, on découvre un diverticule et l'enlève par résection du diverticule à sa base.

Infarctus intestinal. — M. MOULONGUET apporte une observation de son maître Lecène. Le malade guérit. La pièce ne présentait pas de lésion mésentérique et M. Lecène porta le diagnostic d'entérite ulcéreuse segmentaire avec menace de sphacèle.

M. MOURE estime que sous le terme d'infarctus intestinal, on groupe des faits très différents.

Présentation d'instruments :

M. BOEVER (de Namur) présente un fixateur externe pour fractures et rappelle 39 cas ainsi opérés avec de bons résultats. Il insiste sur la nécessité d'un appareillage rigoureusement fixe et inoxydable. Un guide ingénieux permet de bien placer les vis et le fixateur.

Présentation de malades :

M. DREYFUS : phlegmon des gaines. Bon résultat.

M. SCHWARTZ : Luxation traumatique ancienne de la hanche opérée par reposition avec résection de la tête. Excellent résultat.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1931)

Macrogénitosomie précoce chez un enfant hydrocéphale sans néoplasme intracranien. — MM. ANDRÉ-THOMAS et Henri SCHAEFFER. Un enfant, dont l'hydrocéphalie progressive remontait aux premiers mois de la vie, présenta, à l'âge de onze ans, une poussée d'hydrocéphalie accompagnée de signes pyramidaux et surtout d'une hyperplasie sexuelle marqués. A cet âge, l'enfant présentait les organes génitaux d'un adolescent.

L'examen anatomique montra une épiphyse normale, l'absence de néoplasme intracranien d'aucune sorte, et l'existence d'une hydrocéphalie très accentuée. Il existait des lésions inflammatoires étendues, vasculaires et périvasculaires, de la région infundibulo-tubérienne et une symphyse triméningée cervicale à peu près complète, qui était sans doute la condition de l'hydrocéphalie. L'hypophyse était un peu aplatie, mais histologiquement normale, et les testicules ne se distinguaient de ceux de l'adulte que par le moins grand nombre de spermatozoïdes ; ce fait montre que l'hyperplasie sexuelle peut s'observer même avec l'intégrité de l'épiphyse, et coïncide avec des lésions inflammatoires infundibulo-tubériennes. Il faut noter, de plus, le mécanisme très spécial de l'hydrocéphalie.

Ataxie cérébelleuse aiguë du type Leyden, suivie de guérison rapide. Sclérose en plaques probable. — M. Jacques DECOURT a observé, chez un jeune homme de vingt-huit ans, une ataxie cérébelleuse aiguë très intense, dont l'évolution se fit en moins d'un mois vers la guérison clinique complète. La présence d'une réaction du benjoin colloïdal fortement positive dans le liquide céphalo-rachidien, contrastant avec une réaction de Wassermann négative, plaide en faveur de la sclérose en plaques. Il existait par ailleurs une réaction méningée très intense, avec lymphocytose considérable, et une très forte hypertension intracranienne, qui rendait compte de la céphalée. La persistance des réactions humorales, malgré la régression des signes cliniques, fait redouter une reprise évolutive ultérieure de la maladie.

Main hypothalamique au cours d'un syndrome parkinsonien post-encéphalique. — MM. LAIGNEL-LEVASTINE et STERNE.

Syndrome de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. Trépanation décompressive. Rémission de huit années. Etude de quelques signes cérébelleux. — M. ANDRÉ-THOMAS présente un malade, chez lequel il avait constaté, il y a huit ans, un syndrome bien caractérisé de tumeur de l'angle : surdité, vertiges, nystagmus, hypertension intracranienne avec stase papillaire bilatérale. A ce moment, une trépanation décompressive simple fut pratiquée. La rémission qui suivit dura huit ans. Une reprise des accidents céda à un simple élargissement de la trépanation. Actuellement, les troubles recommencent à évoluer.

M. Cl. VINCENT reconnaît que les opérations plus radicales, avec extirpation de la tumeur, ne donnent souvent pas de résultat meilleur. Les tumeurs de l'acoustique ne doivent être extirpées qu'avec prudence. D'autre part, il faut tenir compte du type histologique de la tumeur et de sa situation. Les tumeurs vasculaires évoluent rapidement. Les tumeurs en dégénérescence graisseuse restent longtemps stationnaires. Les tumeurs médianes exposent, beaucoup plus que les tumeurs latérales, à des accidents graves de décompression après l'extirpation. Un des symptômes qui imposent le plus nettement l'opération est le trouble de déglutition, qui annonce presque toujours le danger imminent.

Compression médullaire par volumineux angiolipome extradural. Ablation chirurgicale de la tumeur. Guérison. — MM. PETIT-DUTAILLIS et S. CHRISTOPHE présentent une malade complètement guérie d'une paraplégie sévère par compression médullaire, grâce à l'ablation chirurgicale d'une tumeur extradurale exceptionnelle par ses grandes dimensions (12 centimètres de longueur en place, 9 centimètres après fixation) et par son type anatomique (angiolipome).

Paralysie post-sérothérapique. — MM. BAUDOUIN et HERVY présentent un malade qui a reçu une injection de sérum antitétanique à la suite d'une plaie insignifiante. Sans aucun phénomène urticarien associé, ce malade présenta une paralysie généralisée, amyotrophique avec R. D., qui s'améliore très lentement.

M. Baudouin insiste de nouveau sur les dangers de la sérothérapie, qui ne doit pas être employée inutilement, sans indication formelle.

Tumeur solitaire du nerf sciatique. Dissociation sans section du nerf. Guérison. — MM. ALAJOUANINE et PETIT-DUTAILLIS présentent un malade, qui souffrait d'une sciatique droite, avec un minimum de signes objectifs : légère hypo-esthésie du dos du pied, légère exagération du réflexe rotulien correspondant. Le début semblait avoir été traumatique, et la palpation mettait en valeur, en un point bien déterminé de la fesse, une douleur très vive avec irradiation jusqu'au bout du pied. L'intervention conduisit sur une tumeur multilobée, volumineuse, qui dissociait les

fascicules du nerf au niveau de sa bifurcation. On put disséquer la tumeur sans sectionner les fascicules nerveux, sauf un, qui fut aussitôt suturé. Les résultats fonctionnels furent parfaits.

Histologiquement, il s'agissait d'un fibro-gliome périphérique, avec fonte kystique partielle.

Spasme oculo-facio-cervical post-encéphalitique. — MM. Faure-Beaulieu et Cord montrent un mélange de cinquante-deux ans, ouvrier mineur, qui, à la suite d'un épisode fébrile survenu en 1918 et accompagné de symptômes de la série encéphalitique, a présenté d'abord des secousses des yeux, puis des spasmes de la face et du cou, déclenchés par l'impression de la lumière, contre laquelle il se protège par le port de verres fumés.

Actuellement, dès qu'il enlève ses lunettes, il est pris d'une crise d'agitation motrice désordonnée : les yeux roulent en tous sens ; la face grimace ; la tête exécute des mouvements de roulis ; les muscles respiratoires participent à la crise sous la forme d'une dyspnée haletante.

Après avoir exposé les raisons qui leur font rejeter le diagnostic de « tic mental photophobique » et celui de nystagmus des mineurs, les auteurs estiment que ce syndrome est une forme insolite des dyskinésies post-encéphalitiques ; car, outre les commémoratifs ci-dessus signalés, il existe un certain nombre de signes de la série extrapyramidale, qui, d'ailleurs, sont discrets et demandent à être recherchés : lenteur de la parole et des mouvements, tremblement léger qui se manifeste par l'écriture, et phénomène de la roue dentée qui, contrairement à la règle, s'observe non au coude, mais à l'épaule.

M. Velter discute la nature organique des accidents, que M. Meige admet au contraire.

Nouvelles contributions à l'étude des réflexes conditionnels dans l'hystérie. — MM. G. Marinesco, O. Sager et A. Kreindler. Les réflexes conditionnels de Pavlov permettent d'interpréter le mécanisme physio-pathologique de certains troubles hystériques. A propos de trois nouveaux cas, les auteurs montrent l'importance des processus d'induction réciproque entre les centres sous-corticaux et le cortex, qui se font d'une façon anormale chez l'hystérique, par le fait que l'excitabilité des premiers est troublée. Cette modification d'excitabilité des centres sous-corticaux chez ces malades est sous la dépendance des facteurs constitutionnels d'ordre végétativo-humoral.

Troubles vertigineux réflexes d'ordre vaso-moteur. Leurs caractéristiques. — MM. Haguenau et Vernet, à propos d'une observation de vertige provoqué par une sinusite maxillaire, présentent une classification des vertiges en trois catégories : les vertiges vaso-moteurs d'origine périphérique, les vertiges auriculaires proprement dits, par altération organique de l'oreille, les vertiges sus-labyrinthiques ou centraux.

Ils schématisent ces trois groupes de vertiges par l'étude : 1° des types de vertige ou de déséquilibre ; 2° du nystagmus et des troubles spontanés au niveau des membres ; 3° de la fonction auditive ; 4° de la fonction vestibulaire ; 5° des troubles associés.

Réaction méningée aseptique primitive chez un sujet porteur d'une tumeur kystique du troisième ventricule développée aux dépens de vestiges embryonnaires de la poche de Rathke. — M. A. Bouquier et Mlle G. Boenen. Un sujet jeune, sans antécédents, présente un épisode méningé avec lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, précédé de crises d'hypersomnie diurne, qui fait envisager l'hypothèse de névraxite, de méningite lymphocytaire curable. Il guérit, mais, quelques semaines après, se développe un syndrome d'hypertension cranienne à évolution rapide, et il meurt, trois ou quatre jours après le début de la seconde période. Le liquide céphalo-rachidien est normal à ce moment. La vérification a montré une tumeur kystique de 4 centimètres sur 5 centimètres environ, développée dans le troisième ventricule aux dépens de la tige de l'hypophyse. La paroi en est, par endroits, infiltrée de lympho-plasmocytes, attirés par le processus de résorption phagocytaire de calcosphérites, au niveau desquels on trouve cellules géantes et granulomes ; c'est ce processus histologique qui a causé la réaction méningée primitive.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1931)

Fracture sous-périostée du maxillaire inférieur invisible à la radio. — M. Dechaume indique combien sont importantes ces lésions qui se produisent chez les jeunes sujets ; il indique comment les dépister. Il présente ensuite l'observation d'un adamantinome solide dentifié.

Dent de sagesse incluse dans la branche montante de la mandibule avec carie et foyer d'ostéite. — M. Thibault insiste sur ce fait que la dent de sagesse présentait une carie très profonde, et pense que ce serait une preuve en faveur de l'origine interne de la carie dentaire.

Sur la résection bi-condylienne dans les déviations du maxillaire inférieur et le prognatisme. — M. Bourguet expose une technique opératoire personnelle, et insiste sur les complications qui, après cette intervention, peuvent toucher l'articulé dentaire.

Orthopédie consécutive à la résection bi-condylienne. — M. Cabrol indique comment on peut concevoir le traitement prothétique consécutif à l'opération ci-dessus exposée par l'emploi des ligatures en échelle.

Adénite génienne tuberculeuse. — MM. Crocquefer et Rochette indiquent comment, dans un cas particulièrement difficile, ils ont pu, éliminant les adénites d'origine dentaire, arriver à un diagnostic précoce d'adénite tuberculeuse.

Renseignements nouveaux sur les traitements dentaires par la haute fréquence. — M. Dechaume présente un appareil nouveau et indique ses applications.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1931)

Quelques cas d'ostéosynthèse chez l'enfant (*présentation de sujets et de radiographies*). — M. Billet présente trois enfants, auxquels il a pratiqué l'ostéosynthèse : deux fois pour fracture fermée de l'extrémité de l'humérus (fracture en T, avec gros déplacement du fragment inférieur), une autre fois pour fracture des deux os de l'avant-bras au tiers inférieur. Plusieurs tentatives de réduction, par les moyens ordinaires, avaient échoué complètement.

Chez l'enfant, comme chez l'adulte, l'ostéosynthèse a des indications formelles : toute fracture qu'on ne peut réduire, ou contenir, par les méthodes non sanglantes, doit être traitée chirurgicalement.

L'auteur fait justice de toute une série d'objections faites à l'ostéosynthèse par ses adversaires, et spécialement de la soi-disant intolérance de l'organisme ou du squelette vis-à-vis des corps étrangers métalliques.

Il fait aussi l'éloge de l'agrafe de Dujarier, qui se classe parmi les tout premiers matériels de l'ostéosynthèse et que l'on a tendance à délaisser aujourd'hui. Il l'utilise couramment depuis bientôt vingt ans. Elle est particulièrement commode chez l'enfant. Il s'en est servi dans les trois cas qu'il présente et dont les résultats, tant anatomiques que fonctionnels, sont véritablement parfaits.

Un cas d'ostéo-chondromatose du genou (*présentation de pièces et de radiographie*). — M. G. Vincent et M. J. Vincent (d'Armentières).

Corps étranger dégluti par un enfant de sept ans et rapidement évacué. — M. A. David. — Il s'agit d'un bracelet-chaînette avec médaille, du poids de 5 gr., d'une longueur totale de 7 centim. 1/2, la chaîne étant double. Une radioscopie faite une heure et demie après la déglutition montra que le corps étranger était déjà dans l'intestin grêle. Aucun trouble consécutif. Expulsion sans incidents en vingt-deux heures.

Les faits de ce genre sont assez fréquents et peu graves lorsqu'il s'agit de corps mousses. Il faut temporiser et rassurer la famille ; on ne devrait intervenir qu'au cas — bien hypothétique — d'une stagnation prolongée.

Les seuls éléments intéressants, en l'espèce, sont : l'âge de l'enfant : sept mois, — et la rapidité du transit digestif : vingt-deux heures.

Diphtérie grave chez un vacciné, en période d'allergie. — M. Reverchon. — Enfant de huit ans, opérée d'amygdalectomie. Une semaine après, diphtérie laryngée, ayant nécessité deux tubages : expulsion de fausses membranes dans lesquelles on trouve du bacille long. Guérison après 200 centimètres cubes de sérum.

L'enfant avait reçu, dix-sept jours avant l'opération, une première injection d'anatoxine de Ramon. L'auteur se demande quelle est, dans l'apparition de cette diphtérie laryngo-trachéale grave, la part de l'intervention et celle de la vaccination. Il conclut qu'il y a lieu de surseoir à toute opération sur le pharynx en période de vaccination antidiphtérique, à cause d'une allergie possible.

Un cas de délire alcoolique, traité par le sulfate de strychnine à forte dose et rapidement guéri. — M. Guibout.

REVUE DES THÈSES

Un nouveau procédé d'anesthésie générale (Etude clinique de cent anesthésies rectales par l'Avertine, par G. Perrin (1).

L'Avertine — couramment employée dans plusieurs pays, notamment en Allemagne — n'est connue en France que depuis les premières applications qui en furent faites par le professeur Gosset et par son élève Thalheimer. Depuis, d'assez nombreux travaux français ont été publiés et ont confirmé les bons résultats enregistrés ailleurs. La thèse de Perrin, qui porte sur cent narcoses à l'Avertine faites, pour la plupart, à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, est une intéressante contribution à l'application d'une méthode qui mérite d'être largement diffusée.

« Je n'aime pas opérer les gens qui ont peur... », disait un chirurgien récemment disparu. L'avertine permet de supprimer de façon idéale la peur de l'anesthésie si fréquente chez les opérés de tout âge ; mais elle a d'autres avantages. La narcose à l'avertine, narcose absolument inoffensive en tant que narcose de base ou, si l'on veut, de narcose mixte, doit être complétée par l'administration d'un autre anesthésique : éther, chlorure d'éthyle, protoxyde d'azote. On peut aussi la combiner à l'anesthésie locale. Cette association permet de n'user que de quantités très minimes d'anesthésique complémentaire et parfois même, de s'en passer pendant la plus grande partie de l'opération. La toxicité de l'avertine étant inférieure à celle de l'éther employé en inhalations, on conçoit l'intérêt que présente, en chirurgie gé-

(1) *Th. de Paris*, 1931.

nérale, l'adjonction à l'avertine de quelques bouffées d'éther réalisant une anesthésie complète d'environ deux heures, à laquelle succède une journée de quiétude parfaite pour l'opéré, qui ne vomit pas, qui ne tousse pas, chez lequel les complications broncho-pulmonaires sont exceptionnelles, et qui se réveille sans avoir conservé le moindre souvenir de l'intervention qu'il vient de subir. Ce réveil euphorique est un épisode aussi bienfaisant et de même ordre que le début de l'anesthésie : l'avertine, en effet, s'administre par voie rectale, ce qui permet de ménager les appréhensions du futur opéré et de supprimer de façon élégante le « traumatisme psychique » si redouté du malade, de son entourage, du médecin traitant et, bien entendu aussi, du chirurgien.

On trouvera dans le récent travail de Perrin un exposé détaillé et pratique de ce nouveau et intéressant mode de narcose trop peu connu en France, et dont les applications dépassent d'ailleurs le domaine chirurgical.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES PARAPLÉGIES

DIAGNOSTIC POSITIF

On appelle paraplégie la paralysie, plus ou moins complète, des membres inférieurs.

Paraplégie flasque. — Le grand symptôme en est l'abolition des réflexes tendineux. La paraplégie peut relever d'une lésion du neurone périphérique, c'est la règle, ou du neurone central, c'est l'exception.

Les paraplégies flasques par lésion du neurone périphérique sont caractérisées par l'absence de Babinski, l'amyotrophie, l'absence de troubles sphinctériens. Les paraplégies par lésion du neurone central, dans lesquelles l'impotence est absolue, se caractérisent par l'existence d'un signe de Babinski, l'abolition des réflexes tendineux et cutanés au-dessous de la lésion, la présence fréquente de réflexes de défense, l'anesthésie ou l'hypoesthésie au-dessous de la lésion, l'existence de troubles sphinctériens rectaux ou vésicaux et de troubles génitaux, la fréquence des troubles trophiques.

Paraplégie spasmodique. — Il s'agit nécessairement d'une atteinte du neurone central, il y a hypertonie musculaire, les troubles moteurs sont variables : simple fatigue qui fait racler le sol en marchant, démarche de gallinacé, impotence complète. Les réflexes tendineux sont vifs avec diffusion de la zone réflectogène, clonus du pied et de la rotule, fréquence des réflexes de défense, et automatisme médullaire, présence d'un signe de Babinski bilatéral ; les troubles sphinctériens sont importants, les troubles sensitifs et trophiques sont variables.

La paraplégie spasmodique peut se faire en extension, c'est le cas le plus fréquent, ou en flexion, c'est le type cutanéo-réflexe.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

a) *En cas de paraplégie flasque : il faut éliminer :*

1° *Le tabes*, dans les formes pseudo-tabétiques de certaines polynévrites, nous en verrons plus loin les éléments de diagnostic.

2° *Certaines myopathies*, mais leur début lointain, dans l'enfance, leur caractère familial, la prédominance à la racine des membres, la grande lenteur de leur évolution progressive font faire le diagnostic.

b) *En cas de paraplégie spasmodique :* le seul diagnostic que l'on puisse discuter est la paraplégie hystérique. Il n'y a pas de signe d'organicité et elle évolue capricieusement.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

I. Paraplégies spasmodiques. — Il y a trois grandes causes auxquelles il faut toujours penser : les compressions médullaires en tête desquelles le mal de Pott, la syphilis, la sclérose en plaques.

A. Les compressions médullaires et en particulier le Mal de Pott. — Ce sont des compressions lentes qui donnent les paraplégies spasmodiques.

Cliniquement deux sortes de symptômes :

a) *Les symptômes lésionnels.* — Ce sont souvent les premiers en date. Ils traduisent la suppression de toute activité médullaire par atteinte directe des centres et des racines comprimés : il s'agit surtout de *radiculalgies* subcontinues avec renforcement paroxystique. Objectivement, il y a de l'hyperesthésie par irritation de ces racines, et plus tard de l'anesthésie par destruction fonctionnelle, accessoirement l'on peut noter dans les compressions cervicales l'abolition des réflexes tendineux et de l'amyotrophie.

b) *Les symptômes sous-lésionnels.* — Ils relèvent de la libération du faisceau pyramidal par isolement du bout inférieur de la moelle, cela explique les contractures, la démarche particulière, l'exagération des réflexes tendineux avec clonus du pied et de la rotule, la diminution ou l'abolition des réflexes cutanés et des réflexes posture, le signe de Babinski et surtout l'exaltation de l'automatisme médullaire.

Il y a d'importants troubles sensitifs à tendance anesthésique et il est important de préciser la limite supérieure, soit dégressive, floue et variable en cas de lésions diffuses et étendues, soit fixe, nette et homogène en cas de compression localisée. Les troubles sphinctériens sont variables. Les troubles sympathiques sont très intéressants, car les modifications du réflexe pilomoteur permettent d'établir une topographie des troubles sympathiques différente de la topographie sensitivo-motrice.

A côté de ce type classique de paraplégie spasmodique en extension, il faut connaître d'autres variétés :

a. *Paraplégie en flexion, ou cutanéo-réflexe*, caractérisée par la dissociation entre les réflexes tendineux qui sont abolis et les réflexes de défense qui sont très augmentés.

b. *Paraplégie flasco-spasmodique*, où la flaccidité cache souvent une contracture latente et s'accompagne de vivacité des réflexes tendineux et des signes de Babinski. Le P. L. révèle la dissociation albumino-cytologique. Un degré de plus, c'est le syndrome de Frouin avec xantochromie et coagulation massive.

c. *Paraplégie hyperspasmodique ou tendinéo-réflexe*, où la rigidité est très marquée, les mouvements de défense à type de triple retrait ou de spasmes toniques d'hyperextension.

(*A suivre.*)

Le soufre en biologie et en thérapeutique, par M. Loeper, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de la Pitié et M. L. Bory, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. in-8° de 342 pages, avec 41 figures dans le texte. — Prix : 65 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Commission de classement des candidats aux postes de médecins chargés des consultations de médecine générale et de médecine infantile de l'annexe de l'hôpital Bichat (boulevard Ney) :

MM. les docteurs Lemierre, Boidin, Vallery-Radot, Chiray, Flandin, Darré, Babonneix, Moreau.

— CONCOURS DE RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve sur titre.* — Séance du 11 janvier. — MM. Surmont, 16; Devais, 9; Stuhl, 11; Huet et Piffault, 9; Kimpel, 8; Madal, 11.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Jury : MM. les docteurs Bourgeois, Grivot, Baldenweck, Lemaître, Halphen, Herscher, Rouhier.

Censeurs : MM. Bloch et Ramadier.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Le concours pour la nomination de quatre chefs de clinique adjoints à la Clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Tillé, Bernard, Gallois, Mastagli, *ex æquo*.

HOPITAL-HOSPICE DE SAINT-DENIS (SEINE). — Un concours pour l'obtention de cinq places d'internes titulaires aura lieu à l'hôpital-hospice de Saint-Denis les lundi 1er et mardi 2 février 1932, à 9 h.

Sont seuls admis à prendre part au concours les étudiants et étudiantes en médecine, Français ou naturalisés Français, pourvus d'au moins 16 inscriptions nouveau régime et âgés de moins de trente ans au 1er janvier de l'année du concours.

La liste d'inscription sera close huit jours avant l'ouverture du concours.

Chaque demande d'inscription devra être accompagnée des pièces ci-après :

1° Extrait d'acte de naissance;

2° Pièce établissant la situation du candidat au point de vue militaire;

3° Notice indiquant les titres scientifiques et hospitaliers du candidat;

4° Certificat de scolarité de date récente.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au directeur de l'hôpital de Saint-Denis, 7 *bis*, rue du Fort-de-l'Est, de 9 à 12 h. et de 14 à 17 h.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Il est créé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux une chaire de clinique dentaire (emploi d'Université).

— Le professeur Portmann s'est embarqué le mercredi 6 janvier sur le *Paris* à destination des Etats-Unis.

Invité par les universités de Georgetown et de Californie du Sud, il se rend à Washington et à Los Angeles pour donner des cours de perfectionnement.

Ces cours intensifs comprendront des matinées opératoires à raison de trois interventions semblables pratiquées et commentées devant trois séries d'assistants. L'après-midi, cinq heures de cours théoriques en anglais et d'exposés cliniques au lit du malade.

Le professeur Portmann, qui réduit au strict minimum la durée de son voyage en utilisant à l'aller et au retour l'avion pour traverser l'Amérique, sera en France le 15 février.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire d'anatomie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens s'ouvrira le mardi 25 octobre 1932 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

— Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine

et de pharmacie d'Amiens s'ouvrira le jeudi 27 octobre 1932 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

— ROUEN. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen s'ouvrira le mardi 11 octobre 1932 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Charles Laubry (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Landowsky (de Paris), Lebrun (de Bar-sur-Aube), le professeur Lereboullet, les docteurs Paul Sainton et Weissenbach (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bachmann (de Zuydcoote), Bordet (de Paris), Brusset (de Gray), Callegari (de la Haye-du-Puits), Cathala (de Carcassonne), Constantin (de Neuville-de-Poitou), Dariaux (de Paris), Delmas (d'Antibes), Divel (de Cancale), Duffourt (de Lyon), Durand (de Donzy), Durel (de Honfleur), de Gaudart d'Allaines (de Paris), Gilson (d'Angoulême), Girou (d Aurillac), Guéneau (de Coulmiers-le-Sec), Guilloire (d'Aubervilliers), Jacques (de Montceau-les-Mines), Lacaine (d'Aunay-sur-Odon), Laden (de Paris), Laplante (de Marseille), Julien Noir et Ramadier (de Paris), Roche (de Marseille), Tellier (de Boulogne-sur-Mer), Bartoli et Bernardin Rocca (de Marseille).

COLONIES. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Boyer de la Girauday et Pierre Vié (de Madagascar).

COMMERCE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Perrin, médecin assermenté du ministère.

P. T. T. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Cojan et Teisseire, médecins de l'administration des P. T. T.

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Daclin (de Vinay), Garnier (de Moulins-la-Marche) et Pomme (de Givors).

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. (Au titre étranger.) — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Daniel-Nata Eibendrath.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'argent.* — MM. les docteurs Armani, Pauty (Maroc), Lortet (d'Annecy).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Pla (de Toulouse), Bouchet (de Montpellier), Cavalle (de Béziers), Cazejust, Chardonneau et M. Dufoix, internes des hôpitaux de Montpellier; Baranger (de Beauvais), Grenier, interne des hôpitaux de Strasbourg; Kassel (de Hochfelden), Robert, Judet et Dieudonné, externes des hôpitaux de Paris; docteurs Barreau (de la Roche-sur-Yon), Ladjini Mohamed et Higué (Maroc).

MARINE MILITAIRE. — Liste des élèves du Service de santé de la marine reçus docteurs en médecine ou pharmaciens, affectés au Corps de santé des troupes coloniales pour compter du 31 décembre 1931 et désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Marseille (promotion 1927) :

Médecins. — MM. Marty, Bargues, Grall, Maria, Arnauld, Seguy, Tinard, Arquie, Breteau, Gras, Serre, Martin, Matriolet, Rioux, Debeugny, Gallais, Devoivre, Tessier, Bergouniou, Metereau, Rouge, Becuwe, Goulard, Lombard, Mazet, Pourtau, Mary, Serafino, Pecarrère, Bouisset, Cauvin, Delage, Nouaille-Degorge, Eymard, Marlette, Woitheler, Lutz, Domec, Guilhaumou, Chomet, Nicolas, Bouffier, Moulinier, Lagarde, Berthon, Duric, Diagne, Blanchet, Bories, Sagnard, Vesnat, Lambert, Mahoudo, Moran, Gaignaire, Rosec, Lacorne, Brunati, Nomdedeu, Martin, Creste, Soueix, Dupuy, Calvez, Queneudec, Faguet, Amigues, Bittore.

Pharmaciens. — MM. Auffret, Rivoalen, Giboin, Fagon Laviec, Jacquier, Bellec, Foerster, Clamen, Randier, Le Bouder, Albrand.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle, pour les dispensaires antituberculeux du Pas-de-Calais.

Le traitement du titulaire sera celui arrêté par le statut du Comité national, avec les avantages des fonctionnaires départementaux.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Le registre d'inscription reste ouvert jusqu'au 20 février.

BAL DE MÉDECINE. — Le comité général des fêtes des étudiants de Paris, dont le siège est 84, boulevard Saint-Germain, organise le samedi 23 janvier, à 22 h., le « Bal de médecine » qui aura lieu dans les salons de la Mutualité, 22, rue Saint-Victor (angle du boulevard Saint-Germain). Ce bal aura lieu avec le concours de Parisys, René Devilliers et Jaks Mitoon.

Le comité recevra les professeurs.

Prix des cartes : 20 fr. ; étudiants : 15 fr.

Rappelons que ce bal est destiné aux œuvres des étudiants de Paris. En s'y rendant en grand nombre nos confrères sont assurés de passer une bonne soirée mais aussi de participer à une bonne œuvre.

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE AORTIQUE

En s'appuyant sur les observations de plusieurs cas de cardiopathies diverses intéressant l'orifice aortique avec troubles plus ou moins importants de la compensation, Pasternatzky a cru pouvoir conclure que le chlorure de calcium — envisagé comme diurétique cardiaque — ne justifiait pas les espérances suggérées par les cliniciens anglais.

Il citait même deux cas où des aggravations sérieuses s'étaient traduites par des œdèmes, de l'albuminurie, de la dyspnée au cours du traitement par le chlorure de calcium. Il avait eu recours à l'adonis vernalis pour ramener une amélioration.

Dans un cas de rétrécissement pulmonaire avec insuffisance aortique, le même résultat heureux fut obtenu en prescrivant le Diurène ou extrait total d'adonis vernalis.


ERGORONE
SOLUTION HUILEUSE
D'ERGOSTÉROL PUR IRRADIÉ
Vitamine D
RACHITISME
Décalcification
Caries
etc...
Ostéomalacie
Fractures
etc...
TITRAGE
en unités physiologiques: 3.000 au cc pratiquement stable
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e
DRÉVILL

REVUE GENERALE

LES PLEURÉSIES DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL[1]

Par M. Ch. TOINON,

Chef de clinique à la Faculté de médecine de Marseille.

Entretien du pneumothorax. — C'est l'écran radioscopique qui montre à quel moment il faut insuffler. Mais l'insufflation doit être retardée autant que possible. On peut s'abstenir en général tant que le liquide augmente. En effet, il est exceptionnel de voir le poumon se développer pendant la période fébrile de la pleurésie.

Ce n'est que dans le cas où l'écran montrerait la réexpansion du poumon — cas exceptionnel — qu'il faudrait insuffler la quantité d'azote nécessaire mais en établissant une pression très modérée.

D'autres fois l'augmentation rapide du liquide entraîne une surpression gazeuse intrapleurale avec dyspnée, tachycardie, douleurs, déplacement du médiastin. Dans ce cas il faut alors extraire d'urgence du gaz. Mais, répétons-le, dans la grande majorité des cas aucune intervention n'est nécessaire jusqu'à ce que le liquide soit devenu abondant. D'une façon générale il faut insuffler dès que le niveau liquide reste stationnaire.

Conduite à tenir vis-à-vis de l'épanchement. — Le liquide doit être rigoureusement respecté pendant la période d'augmentation qui correspond en général à la période fébrile, à moins que son abondance même et les troubles mécaniques qu'il occasionne ne nécessitent son évacuation.

On peut schématiser les indications et contre-indications de la ponction évacuatrice de la façon suivante:

La ponction évacuatrice est contre-indiquée tant que le liquide augmente à moins qu'il ne refoule le médiastin et ne cause les troubles fonctionnels d'intolérance mentionnés plus haut.

En effet il faudrait recommencer la ponction très rapidement, et on irrite inutilement la plèvre.

La ponction évacuatrice est inutile : Dans les petits épanchements ne dépassant pas la coupole ;

— Dans les moyens épanchements ne dépassant la coupole que de 2 ou 3 travers de doigt, elle est encore inutile les 2 ou 3 premiers mois, à moins qu'ils n'aient une tendance au cloisonnement par formation d'adhérences fibrineuses, ce qui se vérifie par la diminution de la mobilité du liquide à l'écran avec les mouvements du malade.

La ponction évacuatrice est indiquée : Dans les volumineux épanchements atteignant la 2e ou la 1re côte, lorsqu'ils refoulent le médiastin et imposent une surcharge de travail inutile et dangereuse au côté opposé.

En dehors de l'existence de troubles fonctionnels Dumarest ponctionne tous les épanchements suppurés reconnus importants dont le niveau atteint en avant le deuxième espace, si bien tolérés qu'ils soient.

— Dans les moyens et gros épanchements, la ponction est encore indiquée dans deux circonstances :

a) Ou bien après le 3e mois de leur constitution lorsqu'ils n'ont aucune tendance à la résorption spontanée, parce qu'ils entraînent un épaississement pleural et parce qu'ils peuvent s'organiser et entraîner la formation d'une symphyse ;

b) Ou bien lorsqu'on assiste à la réexpansion du lobe inférieur qui se traduit par la réapparition de la sonorité et du murmure vésiculaire à la base pulmonaire.

Dans ce cas l'indication de ponction doit être posée dès que le niveau liquide atteint en avant le mamelon et en arrière la pointe de l'omoplate.

Un oléothorax peut alors devenir nécessaire pour assurer le collapsus pulmonaire par blocage huileux de la plèvre.

Technique de la ponction évacuatrice. — Cette ponction nécessite une technique bien réglée sous peine d'inconvénients ou même de danger.

Un point essentiel est de ne pas apporter de modification brutale à la pression intra-pleurale. Pour cela, il faut que le liquide extrait soit, au fur et à mesure, remplacé par du gaz.

Certains ponctionnent avec deux instruments :

Le trocart à la base pour évacuer le liquide, et une aiguille fine dans un espace supérieur en avant pour l'insufflation simultanée qui s'opère alors par aspiration spontanée. Mais cette technique nécessite un aide supplémentaire et est incommode pour le malade. Aussi s'est-on rallié aux ponctions et insufflations fractionnées et régulièrement alternées.

Pour réaliser la ponction et l'insufflation par le même instrument, on peut se servir du trocart de Potain ordinaire que l'on adapte successivement au récipient destiné à recevoir le liquide, puis à l'appareil à azote pour insuffler le gaz. On retire ainsi 200 à 300 cc de liquide et on réinjecte par le trocart une quantité équivalente de gaz, une forte pression étant nécessaire pour chasser le liquide qui s'engage naturellement dans le trocart.

On recommence l'opération aussi souvent qu'il est nécessaire.

D'autres dispositifs plus perfectionnés ont été créés. Signalons celui de Dumarest avec embout à quatre tubulures sur lequel s'adaptent tous les trocarts de l'appareil de Potain et qui reçoit, par ses deux olives latérales, d'une part le tuyau de l'appareil à azote, d'autre part le tuyau qui conduit au récipient aspirateur.

Signalons aussi le dispositif de Kuss et Duballen qui consiste en un appareil à insufflation avec trocart de Kuss auquel on adapte — par une pièce intermédiaire — l'appareil de Potain pour l'aspiration.

Quel que soit le dispositif employé, à la fin de l'opération on vérifiera au manomètre la pression intrapleurale. Celle-ci ne doit jamais être élevée, pour éviter la surpression qui résulterait de la nouvelle exsudation de liquide qui peut suivre immédiatement la ponction. La règle générale est de terminer cette dernière sur la pression O ou +I. Cette pratique réduit aussi le danger d'inoculation du trajet de ponction. A

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 3, p. 37.

ce sujet d'ailleurs disons qu'avant de retirer le trocart il faut toujours réintroduire le mandrin mousse pour refouler la goutte de liquide qui pourrait ensemencer le trajet.

Avant de terminer, donnons quelques indications sur le point où il faut ponctionner, sur la quantité de liquide à soustraire et sur les complications possibles.

Point de ponction. — Les règles usitées dans la pleurésie classique ne doivent pas être appliquées à la pleurésie du PN artificiel. On ponctionne suivant la situation du poumon d'après l'examen radiologique. Dans l'incertitude il faut ponctionner latéralement, sur la ligne axillaire, zone qui offre la garantie de l'éloignement maximum du poumon qu'il faut à tout prix ne pas toucher.

Si le malade est nerveux, émotif, il faut faire la ponction en position couchée.

Mais cette position est très incommode pour l'opérateur. Aussi, autant que possible, faut-il préférer la position assise.

La ponction sera faite un peu haut, à la limite du liquide pour que l'orifice de ponction ne soit pas baigné par le liquide résiduel après l'intervention. De plus cette mesure facilite à tout moment la mesure de la pression dans la poche gazeuse. En effet par un léger mouvement de bascule la pointe du trocart peut être amenée dans le gaz ou dans le liquide.

Quantité de liquide à évacuer. — Aucune règle ne peut être fixée car c'est une question de cas particulier.

On peut vider plus ou moins complètement la plèvre sans danger à condition d'observer les précautions précitées.

Complications. — Ce sont essentiellement :

1° L'inoculation de la paroi qui se traduit par le développement d'un abcès froid. Ce dernier en général s'ouvre à la peau et laisse une fistule qui suppure plus ou moins longtemps.

2° La fistulisation pleurale externe proprement dite, beaucoup plus redoutable puisqu'elle a les mêmes conséquences désastreuses que la perforation pulmonaire avec fistule interne, bronchique. Nous insisterons sur cette complication lors du traitement.

PLEURÉSIES PURULENTES

Nous passerons en revue tout d'abord les traitements médicaux et chirurgicaux que l'on peut employer, puis nous mentionnerons les différentes indications thérapeutiques suivant la forme clinique observée.

I. Traitements médicaux. — Ce sont :

Les ponctions ;

Les injections intrapleurales de liquides modificateurs ;

Les lavages de la plèvre ;

L'oléothorax.

1° Les ponctions. — En règle générale, elles seront espacées car elles n'empêchent pas la reproduction de l'épanchement, et présentent le danger d'ensemencement de la paroi. Pour éviter la tuberculisation du trajet, la ponction sera pratiquée haut sur la ligne axillaire. Le malade restera ensuite étendu sur le côté sain ce qui évite le contact du pus résiduel avec l'orifice de ponction. Plus encore que pour les pleurésies séro-fibrineuses, il ne faut pas manquer de réintroduire le mandrin avant de retirer le trocart. On peut même injecter dans le trocart une petite quantité de liquide antiseptique. Sergent et Turpin emploient une fine aiguille dans laquelle ils introduisent en fin de ponction un mandrin chauffé au rouge.

2° Les injections intrapleurales de liquides modificateurs. — Les liquides les plus employés sont : le sérum physiologique, le lipiodol, le morrhuate d'éthyle, les sels d'or ; du type sanocrysine (Rindberg et de Véricourt) ; Waters a utilisé une solution de violet de gentiane à 1 pour 5000 ; Rosenblatt et Stivelmann préfèrent l'injection intrapleurale de 2 à 3 cc d'une solution alcoolique saturée de bleu de méthylène.

Ces injections modifient peu le pronostic.

En effet, employées seules, elles ne suffisent en général pas à éviter la ponction. Employées en fin de ponction, elles ne modifient guère l'évolution de la maladie et n'empêchent pas la récidive de l'épanchement.

3° Les lavages de la plèvre. — Cette méthode de traitement qui au cours de la ponction d'un épanchement purulent, consiste à faire passer dans la cavité pleurale 2 à 3 litres de liquide antiseptique, a été surtout employée à l'étranger. Brauer et Spengler disent avoir obtenu des résultats remarquables dans le traitement des pyothorax. Michels, Ulruci, Geinitz, Von Muralt et Weiller se déclarent partisans de cette méthode, et Dumarest, en France, insiste sur les heureux effets de ce mode de traitement.

Le lavage sera pratiqué avec le trocart de Dumarest qui, par le jeu de ses trois robinets, permet d'évacuer complètement la plèvre avec l'appareil de Potain, d'y faire pénétrer le liquide de lavage contenu dans un bock injecteur, ou de pratiquer l'insufflation gazeuse.

Burnand emploie du sérum physiologique. Dumarest préfère le liquide de Jessen ou solution iodo-iodurée répondant à la formule suivante :

Iode : 0 gr. 50 ;
Iodure de potassium : 1 gr. ;
Eau stérilisée : 4.000 cc.

Dumarest emploie cette solution préalablement chauffée à 38° avec un bock injecteur placé à 0 m. 50 environ au-dessus du point de ponction.

Il pratique des évacuations et des remplissages successifs jusqu'à ce que le liquide ressorte clair.

Comme nous le verrons plus loin, le lavage de la plèvre est surtout indiqué dans les pyothorax septiques et dans les épanchements purulents tuberculeux fistulisés ou mal tolérés.

L'épanchement se reforme toujours beaucoup moins vite que précédemment. Et l'état général est parfois influencé d'une façon favorable. Dumarest signale aussi que dans plusieurs cas l'action du lavage a été remarquable sur les fistules pariétales dont il a pu obtenir la fermeture parfois transitoire mais souvent durable.

4° **L'oléothorax.** — Cette méthode consiste à remplir la cavité pleurale avec une huile antiseptique.

Elle a été préconisée par Bernou (de Châteaubriant) en 1921 et a fait l'objet de nombreux travaux et thèses de Thin, Tessin, Sainton, Le Lorrain, Mlle Fontaine.

Parmi les travaux les plus récents, citons : Indications et technique de l'oléothorax, par Bezançon, Braun et Azoulay (*Paris Médical*, 20 février 1926), Technique des oléothorax, par G. Kuss (*Revue de la tuberculose*, février 1926).

Indications, résultats et technique des oléothorax dans les tuberculoses pulmonaires et pleurales, par G. Kuss (*Archives Médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, tome 1, n° 3, juin 1926).

Contribution à l'étude des injections huileuses massives dans la plèvre, par Bernou (*Revue de la tuberculose*, juin 1926).

Nous renvoyons ceux que la question intéresse à ces diverses monographies et à l'article que nous avons publié en collaboration, le Pr Olmer et moi-même, dans le *Sud Médical et Chirurgical* du 15 sept. 1926 (numéro consacré à la tuberculose).

Nous ne pouvons donner ici que des indications schématiques sur la méthode.

Rappelons que l'oléothorax comporte trois grandes indications :

1° La désinfection des pleurésies ;

2° L'oblitération des fistules pleuro-pulmonaires ;

3° La lutte contre un processus symphysaire progressif.

En ce qui concerne la désinfection des pleurésies, on peut dire que relèvent de l'oléothorax :

1° Les épanchements purulents de la plèvre, qu'ils surviennent d'emblée ou qu'ils soient secondaires à un épanchement séro-fibrineux récidivant et secondairement suppuré.

Ce sont surtout les pleurésies purulentes riches en bacilles de Koch avec courbe de température fébricitante et mauvais état général qui relèvent de l'oléothorax.

2° Les épanchements pleuraux bacillaires secondairement infectés. Ici les échecs de l'oléothorax sont beaucoup plus fréquents. La méthode doit céder le pas aux lavages pleuraux sans dispenser toujours de recourir à la pleurotomie.

La technique consiste dans l'injection intra-pleurale d'une quantité importante d'huile antiseptique, huile d'olive goménolée de 4 à 10 % (Bernou) ; huile de vaseline goménolée (Kuss) ; huile irradiée par les rayons ultra-violets (Villaret, Bezançon et Fauvert) ; huile de foie de morue (Bezançon, Jacquelin et Etchegoin).

Après extraction totale du pus, on injecte l'huile chauffée à 38° avec une grosse seringue comme la seringue de Hinault et Guinard ou la seringue de Kuss, ou bien en reliant le récipient qui la contient au trocart par un tube de caoutchouc. On introduit une deuxième aiguille à la partie supérieure de la cavité pleurale pour permettre la mesure de la pression gazeuse intra-pleurale et l'évacuation du gaz.

Burnand fait précéder l'injection d'huile d'un lavage pleural au sérum physiologique.

La quantité d'huile injectée varie de 100 à 800 cc. Il faut recommencer l'extraction du pus dès que la courbe thermique s'élève à nouveau ou que du pus s'est reformé dans la cavité pleurale.

II. **Traitements chirurgicaux.** — Ils sont dominés par plusieurs conditions indispensables :

1° L'unilatéralité des lésions, habituelle chez les malades traités par le PN artificiel.

2° L'absence d'autres localisations graves de la tuberculose : localisations laryngées, intestinales, rénales.

3° L'intégrité relative des fonctions des divers appareils, cœur, foie et rein.

Ces traitements chirurgicaux sont de trois ordres :
Pleurotomie ;
Thoracoplastie ;
Phrénicectomie.

1° **La pleurotomie** ne sera en général que le prélude d'une thoracectomie ou sera employée comme un palliatif quand l'état du malade exige un drainage mais ne permet pas de pousser l'opération plus loin.

Il faut ponctionner avec une grosse aiguille sur la ligne axillaire après repérage radiologique sans qu'il soit indispensable de gagner le point le plus déclive. L'opération consiste en une petite incision cutanée sur l'aiguille, en forage de la paroi avec une pince de Kocher fermée, mise en place d'un petit drain, puis suture hermétique de la peau.

2° **La thoracoplastie** se fera toujours à plèvre vide. Elle sera donc précédée d'une pleurotomie à minima, préconisée par Dumarest, ou de ponctions évacuatrices d'après Roland et Maurer qui proscrivent la pleurotomie. Toussaint, dans la *Presse Médicale* du 18 juin 1930, décrit son procédé d'évacuation préalable de la plèvre, qui consiste à laisser un gros trocart en place pendant 4 à 5 semaines.

La thoracoplastie devra être le plus souvent très large. Il n'entre pas dans le cadre de cette étude de décrire les différentes et nombreuses techniques opératoires. Indiquons seulement que l'opération type minima est une thoracoplastie paravertébrale extrapleurale sur 11 côtes faite en deux temps avec interruption constante de la 1re côte, suivant les techniques de Sauerbruch et de Bérard.

Très souvent un troisième et quatrième temps compléteront l'effacement de la cavité pleurale.

La pleurothoracectomie n'est indiquée qu'après échec de la thoracectomie simple. C'est une opération très mutilante qui supprime le squelette, les muscles intercostaux, la plèvre pariétale atteinte d'épaississement par pachypleurite, et ne conserve de la paroi externe de l'empyème que les téguments et les muscles larges.

3° **La phrénicectomie** enfin n'est le plus souvent qu'un temps préparatoire de la thoracoplastie qui achève l'effacement de la cavité pleurale.

Indications thérapeutiques. — Elles dépendent essentiellement de l'existence ou de l'absence d'une surinfection du contenu pleural, de l'existence ou de l'absence d'une fistule pleuro-pulmonaire ou cutanée.

Nous adopterons donc les conclusions de Bérard et Lardennois au Congrès de Chirurgie de 1929 en ce qui

concerne les trois principales formes cliniques de pleurésies purulentes au cours du PN artificiel.

L'abcès froid pleural ou épanchement puriforme.

L'épanchement tuberculeux infectant sans surinfection ;

L'épanchement septique ou surinfecté.

1° Epanchement puriforme ou abcès froid pleural.— La plus sage des conduites à tenir est l'abstention même si la pleurésie date de plusieurs années, contrairement à Maurice Renaud qui, seul, préconise la pleurotomie systématique.

Les seules manœuvres légitimes sont des *ponctions évacuatrices* aussi rares que possible, et dirigées contre des troubles de surpression ou contre une forte déviation des organes médiastinaux.

En cas de reproduction très rapide on pourra essayer le *lavage pleural.*

Dans la crainte de réexpansion pulmonaire et de symphyse pleurale progressive, on pourra recourir au *blocage huileux de la plèvre.*

Signalons au passage que certains auteurs ont préconisé dans ce cas les injections intrapleurales de pepsine.

2° Epanchement tuberculeux infectant sans surinfection. — Dans cette forme le problème du traitement chirurgical se pose plus nettement bien que la majorité des médecins lui soient hostiles.

La ponction simple n'a que peu d'influence sur l'état général et la reproduction du liquide est rapide. Aussi a-t-on recours aux *injections de liquides modificateurs, aux lavages pleuraux, à l'oléothorax.*

Mais il ne faut pas s'obstiner en cas d'échec, étant donné les risques de chronicité des lésions, d'infection et de fistules pariétales engendrées par la multiplicité des ponctions, de perforations pulmonaires tardives et de pachypleurite, grandes causes d'aléas chirurgicaux.

Comme le dit Sauerbruch, *en principe le traitement médical d'un épanchement purulent infectant ne doit pas être poursuivi plus d'un an. A l'issue de ce délai il doit céder le pas, en cas d'insuccès, au traitement chirurgical.*

Dans ce cas, quelle doit être la technique employée? La pleurotomie isolée est non seulement inefficace mais dangereuse par infection secondaire possible et fistulisation.

Bérard et Dumarest envisagent l'indication d'une *thoracoplastie* sans autre thérapeutique préalable. Certains auteurs font précéder la thoracoplastie de ponctions ou d'une pleurotomie limitée, pour vider au maximum la collection purulente avant l'acte chirurgical.

Dans certains cas il sera indiqué de recourir aux *thoracoplasties totales élargies* (Brunner, Maurer et Roland). En effet, en présence de vastes cavités pleurales le désossement paravertébral risque de ne donner qu'un collapsus insuffisant. Il est indiqué alors de compléter ce désossement dans un délai peu éloigné par de nouvelles résections costales intéressant la zone antéro-latérale ou parasternale du thorax.

Entre temps, si l'épanchement n'est pas tari et s'il entretient des accidents, on peut substituer à des ponctions de plus en plus difficiles un drainage direct de la cavité soit par pleurotomie différée de Roland et Maurer, soit par drainage discontinu de Bulau-Playfair.

3° Epanchement septique ou surinfecté. — *Alors que. schématiquement, l'épanchement puriforme n'est pas du ressort chirurgical, que l'épanchement infectant peut exiger parfois une intervention, l'épanchement septique ou surinfecté par contre est strictement d'ordre chirurgical.*

En effet ici l'existence est menacée par la sévérité de l'infection aiguë surajoutée et par les dangers d'une septicémie pleurale lente entretenue par la fistulisation interne ou externe du pyopneumothorax. Quant à la perforation bronchique large et permanente abandonnée à elle-même, elle constitue un arrêt de mort. Aussi le seul remède efficace est-il dans une *thoracoplastie largement et rapidement exécutée.* Elle seule peut remplir la double indication : maintenir le collapsus pulmonaire et supprimer la cavité suppurante.

Les indications opératoires varient suivant que l'empyème est ou n'est pas fistulisé.

1er *cas :* L'EMPYÈME N'EST PAS FISTULISÉ. — La ponction sera pratiquée d'urgence à cause des signes graves d'infection et de la gêne mécanique apportée par l'épanchement. Elle sera suivie de *lavages pleuraux.* Parfois ce traitement est suffisant pour venir à bout de l'infection. Si celle-ci ne s'épuise pas, il devient dangereux de temporiser et il faut alors ouvrir la collection par *pleurotomie.* Ces collections, même surinfectées, s'accommodent souvent d'un drainage économique d'autant plus justifié que le pus de ces pleurésies ne contient pas de fausses membranes. Cette notion d'un drainage minimum à thorax fermé, voire même d'un drainage discontinu réalisable par certains appareils (Bérard, Santy, Louvet), c'est-à-dire possédant les avantages de la ponction sans les inconvénients de sa répétition, tend à être admise.

Mais la pleurotomie ne doit être regardée que comme le premier temps du traitement. Elle doit être complétée par *une thoracoplastie* paravertébrale en plusieurs temps, avec, au besoin, des résections costales complémentaires antéro-latérales ou parasternales. Ce drainage initial de la plèvre infectée apporte un gros élément de sécurité opératoire pour l'intervention plastique qui le suit. Le malade en effet est tout de suite amélioré par la pleurotomie et se trouve à l'abri des accidents mécaniques médiastinaux.

2e *cas :* L'EMPYÈME SEPTIQUE EST FISTULISÉ — Il peut s'agir d'une fistule interne, bronchique, après vomique, ou d'une fistule externe, pariétale, après ponctions.

A. *Il y a fistule interne, bronchique, c'est-à-dire perforation pleuro-pulmonaire.*

— S'il s'agit d'une *petite cavité pleurale,* comme dans les vieux pneumothorax en voie de symphyse ou les petits empyèmes dont on a tenté le blocage huileux, le drainage externe préalable peut être évité car l'état général est peu touché et l'on peut escompter un drainage interne suffisant par la fistule pulmonaire. Aussi, dans ce cas, faut-il pratiquer d'emblée *une thoracoplastie paravertébrale extrapleurale large.*

— S'il s'agit d'un *pyopneumothorax de grandes dimensions*, l'état général est inquiétant avec toux quinteuse, vomiques renouvelées, hecticité rapide. Il faut alors *opérer en deux temps* car les malades sont trop intoxiqués et trop peu résistants.

La thoracoplastie doit être précédée d'un drainage externe par pleurotomie minima qui donnera le répit nécessaire pour exécuter les opérations fractionnées et échelonnées sur plusieurs mois au minimum de la thoracectomie.

A ce drainage initial par pleurotomie il est utile d'associer une phrénicectomie. Cette dernière arrête les mouvements du diaphragme, ce qui supprime le coup de soufflet à l'inspiration et favorise la coalescence des parois de la poche que gênait jusque-là la mobilité du muscle.

Quant à la thoracoplastie paravertébrale et extrapleurale pratiquée ultérieurement, il est bien rare qu'elle réalise un collapsus complet de la poche suppurante à gangue épaissie par la pachypleurite. La cavité pleurale demeure le plus souvent, entretenant des accidents septiques avec poussées de rétention pleuro-pariétale massives.

C'est alors que s'impose la *pleurothoracectomie* inspirée du procédé de Schede, dont nous avons parlé plus haut.

On comprend par ce qui précède les difficultés matérielles considérables et les risques énormes de pareilles opérations auxquelles Bérard et Guilleminet donnent le nom de « thoracectomie héroïque » dans leur ouvrage.

Ces opérations ont des suites immédiates dramatiques. Elles nécessitent une surveillance attentive par un personnel expérimenté.

Aussi les rapporteurs au congrès de 1929 conseillent-ils de pratiquer ces interventions autant que possible en milieu sanatorial.

(B) *Il y a fistule externe pariétale.* — La fistulisation externe a toujours été considérée comme une complication souvent fatale à plus ou moins brève échéance. Le traitement chirurgical a cependant donné quelques succès entre les mains de Bérard et Dumarest. Disons d'ailleurs qu'ici encore tous les degrés peuvent être observés.

Les petites fistules peuvent provenir d'inoculations pariétales à la faveur des ponctions se tarissant souvent seules, comme l'ont signalé Rist et Dumarest.

Les fistules externes larges nécessitent toujours le traitement chirurgical de la cavité sous-jacente. Quand la poche est petite, une désinfection soigneuse par drainage et lavages pleuraux, puis une opération d'Estlander sont souvent couronnées de succès. Quand la cavité est grande, elle est justiciable des thoracoplasties extrapleurales en plusieurs temps auxquelles il faut même ajouter le plus souvent, des opérations pleuro-pariétales avec toute leur gravité.

Résultats. — Avec cette ligne de conduite chirurgicale Bérard, dans sa statistique au Congrès de Chirurgie de 1929, donne les résultats suivants :

Très bons résultats : 25 % ;
Résultats positifs : 50 %.

Il faut avouer que c'est là un pourcentage des plus optimistes qui est loin d'être signalé par la majorité des autres chirurgiens.

Nous en avons terminé avec le traitement médico-chirurgical des pleurésies séro-fibrineuses et purulentes au cours du pneumothorax artificiel.

Il nous reste maintenant à donner quelques indications sur :

Le traitement de la symphyse pleurale ;
Le traitement médical général de ces épanchements pleuraux de la collapsothérapie ;
Enfin sur leur traitement prophylactique.

TRAITEMENT DE LA SYMPHYSE PLEURALE

Ici se place l'utilisation de l'*oléothorax*. Son action d'ailleurs est controversée.

Thin, dans sa thèse, soutient que l'oléothorax aurait une action empêchante vis-à-vis du processus symphysaire car l'huile faciliterait le glissement des feuillets pleuraux.

A l'encontre de ces conclusions, Pissavy, Breger et Chabron, puis Bezançon et Mlle Archenska disent n'avoir jamais constaté que l'oléothorax ait un rôle antisymphysaire au cours du pyothorax.

Kuss et Bernou admettent une action mécanique d'écartement permanent des surfaces pleurales par la forte pression que réalise le blocage huileux de la plèvre, par véritable masse liquide incompressible.

Quoi qu'il en soit, la conduite de la cure est différente suivant que le malade a déjà été ou non traité par un oléothorax.

En cas d'oléothorax antérieur, la besogne est grandement facilitée. En effet, la plèvre ayant perdu en partie son pouvoir d'absorption de l'huile, celle-ci se comporte mécaniquement comme une masse liquide, et les réinjections huileuses peuvent ainsi être espacées.

Des injections d'entretien fréquentes, au contraire, sont indispensables quand on opère sur une plèvre qui n'a pas subi de traitement antérieur par l'oléothorax.

De toutes façons, pour réduire au minimum les chances de résorption de l'huile, Bernou et Kuss conseillent l'huile de paraffine goménolée au lieu de l'huile d'olive goménolée, à cause de la lenteur de sa résorption pleurale.

De plus, pour que l'oléothorax soit efficace, l'huile doit remplir complètement la cavité pleurale, la bloquer, ne laissant pas subsister de gaz résiduel qui offre un terrain libre au travail symphysaire. On comprend par là que la méthode est d'un emploi plus délicat dans les grandes cavités nécessitant un volume d'huile très important que dans les cavités minimes.

Dans quelques cas heureux, l'introduction de quelques centimètres cubes d'huile dans la poche d'air qui tend à se fermer, peut empêcher l'amorce de symphyse parce que les parois de la poche ne s'accolent plus par leur base.

Mais le plus souvent, il faut réaliser un blocage total. Dès lors, en même temps que ses avantages indiscutables, les dangers d'une pareille méthode apparaissent aussitôt : ce sont les accidents de surpression.

Ces accidents peuvent être dus à l'huile même. En effet on ne possède pas de moyens pratiques et exacts de mesurer la pression d'un liquide visqueux, alors que celle de l'air est si facilement mesurée par le manomètre à eau. Il existe bien l'oléamanomètre de Bernou, mais cet appareil n'est pas encore entré dans la pratique courante.

La surpression peut résulter aussi de la production d'une pleurésie qui se forme sur la poche d'huile. Un tel exsudat, fréquent, peut passer inaperçu. D'où la nécessité d'examiner à la radioscopie, presque quotidiennement, le malade. Il n'y a alors qu'à pratiquer une ponction pour écarter tout accident de surpression.

Malgré toutes ces précautions, si l'état inflammatoire pleural se prolonge des mois et n'est pas terminé avant que la résorption huileuse ait été sensible, la symphyse peut gagner du terrain.

Le résultat obtenu ne fera alors que retarder l'oblitération définitive de la plèvre. Il sera tout de même appréciable car il suffira parfois à maintenir la compression assez longtemps pour compléter la cicatrisation des lésions pulmonaires.

Traitement médical général des pleurésies tuberculeuses chroniques. — Nous serons très bref sur ce chapitre d'un traitement hygiéno-diététique, médicamenteux et tonique qui est celui de la tuberculose pleuro-pulmonaire en général.

Insistons seulement sur le fait que la pleurésie au cours du PN artificiel est le plus souvent une localisation tuberculeuse nouvelle. Aussi, tant que persistera l'épanchement, le malade devra être particulièrement surveillé et soumis à un traitement hygiénique général plus sévère. On ne considérera le malade comme cliniquement guéri que lorsque les symptômes de pleurésie auront aussi complètement disparu que les signes des lésions pulmonaires pour lesquelles le PN a été institué.

Traitement prophylactique. — Ce traitement n'est pas aussi illusoire qu'il pourrait sembler au premier abord. En effet parmi les causes favorisantes de ces pleurésies on trouve :

— La possibilité d'infection causée par l'opérateur;

— La rupture d'adhérences pleurales consécutives à une insufflation trop brutale ou trop rapide ;

— La réaction d'une plèvre irritée à une insufflation intempestive.

De ces données découlent les règles générales qui peuvent faire diminuer le nombre des pleurésies du PN artificiel. On peut les résumer comme suit :

1° Observer toujours une rigoureuse asepsie, comme pour un acte chirurgical, au cours des réinsufflations.

2° Faire toujours des insufflations lentes. Aux records de vitesse d'autrefois, opposer des records de lenteur. Malgré l'opinion de Dumarest qui n'accorde à cette lenteur aucune valeur réelle préventive, il est logique de penser qu'on évitera par ce moyen les ruptures brutales d'adhérences qui lèsent le parenchyme pulmonaire.

3° Ne pas faire d'insufflation trop abondante pour la même raison. Mieux vaut rapprocher les insufflations. Ne jamais, par conséquent, réaliser de fortes pressions positives au début du PN, et surtout quand l'insufflation détermine une réaction thermique même légère.

4° Ne jamais faire d'insufflation dans une plèvre irritée, c'est-à-dire chez un malade qui présente une poussée fébrile, même minime. Ces légères réactions thermiques sont souvent le prodrome d'une pleurite sans exsudat visible.

5° Enfin ne pas faire d'insufflation sur un début de pleurésie, mais attendre quelques jours pour voir ce que deviendra l'épanchement.

L'ACTION DE L'EAU DE VALS SUR LE pH URINAIRE

Par les docteurs MAURICE UZAN et BISMUTH
(de Vals-les-Bains).

Lorsque l'on est amené à utiliser des eaux dont l'élément primordial est un élément alcalin, le bicarbonate de soude, une des premières idées qui viennent tout naturellement à l'esprit du médecin est la recherche des modifications de l'acidité urinaire des sujets qui ingèrent de ces eaux.

Les anciens médecins de Vichy, par exemple, se contentaient d'apprécier au papier de tournesol de pareilles modifications. Les anciens médecins de Vals n'y ont point manqué non plus, et nous lisons dans le Traité des eaux minérales de Vals de M. Chabannes, paru à Aubenas en 1865 : « L'alcalinisation de l'urine s'obtient très facilement à Vals. Bien des fois, j'ai vu trois verrées de la Chloé rendre les urines alcalines deux heures après leur ingestion. Profitant des recherches de M. Durand-Fardel sur ce point, exécutées par lui plus facilement dans un hôpital que je ne puis le faire personnellement, j'ai observé des résultats identiques aux siens toutes les fois que j'ai répété quelques-unes de ses expériences ».

Depuis les progrès de la chimie actuelle les chercheurs ont voulu apprécier l'action des eaux dites alcalines sur l'acidité urinaire par l'étude du pH de l'urine. Quelques-uns se sont contentés de suivre les modifications de ce pH pendant la cure, d'autres ont cherché dans quelles conditions cette cure pouvait élever ce pH, d'autres enfin ont voulu déterminer la quantité d'eau (la dose-seuil) nécessaire pour alcaliniser l'urine d'un sujet donné.

Avec l'eau de Vichy par exemple, ce furent les travaux nombreux et remarquables de Bierry et Rathery, Mathieu de Fossey, Verdeau et Manceau, Roger Glénard, Goiffon et Nepveu, etc.

Avec les eaux de Vals, nous ne trouvons que le travail de Duhot et Polonowski paru dans la « Presse thermale et climatique » du 1er décembre 1930.

Ces auteurs se sont servis d'eau de Vals Saint Jean administrée à raison d'un litre par jour à des individus soumis à un régime mixte défini et constant ne permettant à l'état ordinaire que de faibles variations du pH urinaire. Ils ont constaté de petites variations de ce pH avec, dans l'ensemble, une chute graduelle se maintenant longtemps après la cessation de l'ingestion de l'eau.

Nous avons au début nous-mêmes fait des expériences du même ordre, en prenant des précautions d'étude préalable et de régime constant. Voici par exemple un premier sujet qui avec des eaux faibles (Saint Jean et Souveraine) nous a donné la courbe suivante (fig. 1).

Un second cas, un enfant de sept ans avec une eau plus forte (Précieuse) a réalisé cette autre courbe (fig. 2).

Enfin, un troisième cas encore avec la Précieuse montre des faits du même ordre (fig. 3).

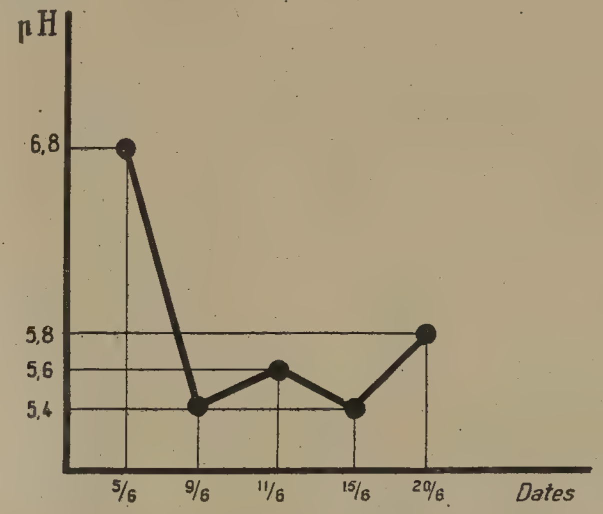


FIG. 1 — M B...

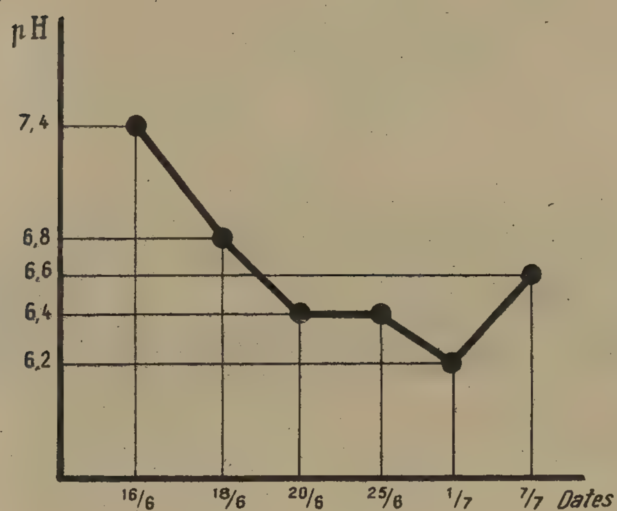


FIG. 2. — M. L...

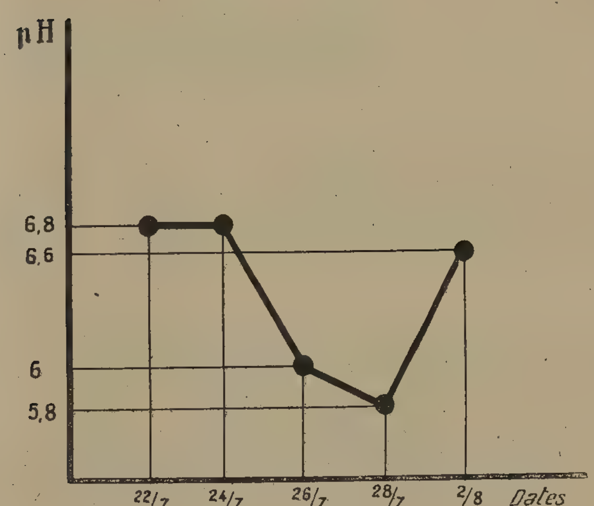


FIG. 3. — Mme P...

Toutes ces courbes montrent ce fait, paradoxal à priori, de l'abaissement passager du pH urinaire pendant au moins le début de la cure et la tendance en général ensuite au retour au chiffre primitif et dans certains cas au chiffre supérieur. Ces faits viennent à l'appui des constatations de nos confrères vichyssois.

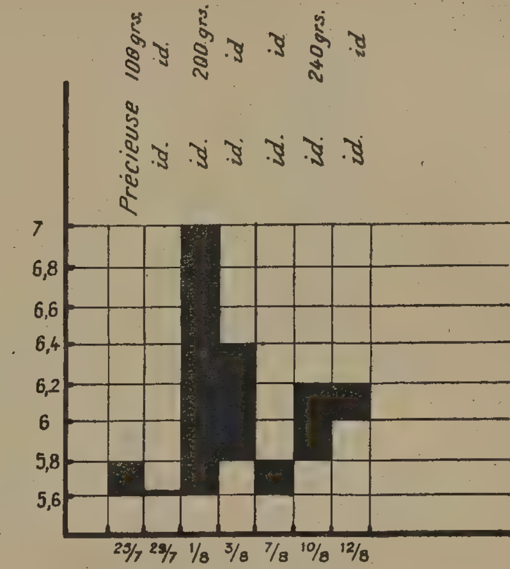


FIG. 4. — M. M...

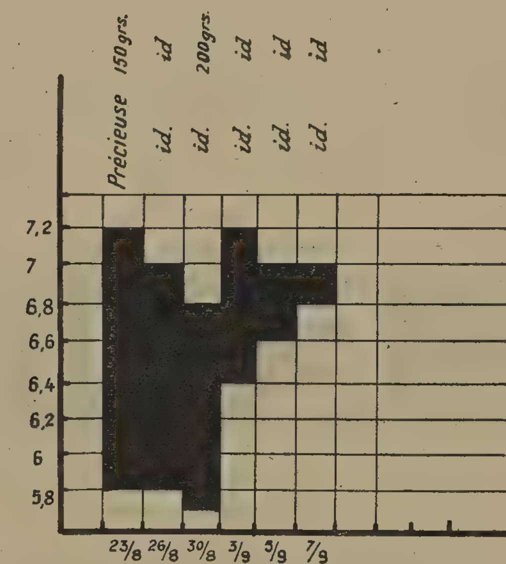


FIG. 5. — M. T...

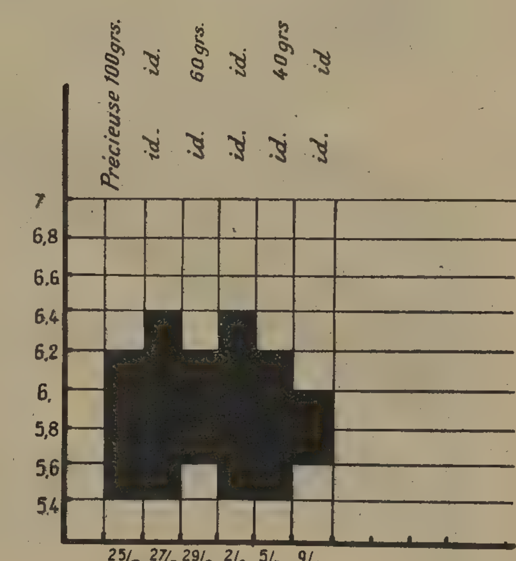


FIG. 6. — Mme A...

Mais si nous devions nous contenter d'expériences et d'observations au fond un peu simplistes, nous nous trouverions vite dans une impasse. Voulant alors rechercher, com-

me Bierry et Rathery, la dose-seuil, nous avons été frappés par un certain nombre de faits qui nous semblent maintenant intéressants à relater.

Après plusieurs tâtonnements, nous nous sommes arrêtés à une technique uniforme, à savoir : le sujet étant à jeun, sa première urine est immédiatement examinée et son pH déterminé ; il boit son eau et, une heure après, dans une urine fraîchement émise, on apprécie à nouveau le pH. Pour la clarté de l'exposition, nous limiterons cette étude aux observations faites avec la source Précieuse. Dès la première prise, on observe une élévation du pH de la seconde urine ; cette élévation reste égale les deux ou trois premiers jours pour une même quantité d'eau ; au bout d'un certain temps, elle devient moins importante et l'eau ingérée finit pour ainsi dire par ne plus modifier le pH urinaire. Si alors on augmente la ration d'eau, l'écart réapparaît de nouveau, se maintient quelques jours, s'atténue, disparaît. Il faut une nouvelle augmentation d'eau ingérée pour renouveler le phénomène qui va lui-même en s'affaiblissant, le pH initial s'élevant graduellement et allant à la rencontre du pH de réaction.

Tous les malades qui ont servi de base à ces observations étaient des hépatiques. Fait important à noter, les rares cas qui ne répondaient point à ce schéma correspondaient à des insuffisances hépatiques graves et les écarts étaient alors très larges, persistaient, grandissaient même et ne s'atténuaient qu'à la suite de diminutions importantes dans les rations d'eau prescrites.

A titre d'exemples, voici quelques courbes (fig. 4, 5 et 6).

Il nous semble alors légitime de nous demander si nous ne nous trouvons pas là devant une espèce de critère de la capacité d'absorption d'alcalins d'un individu donné.

On sait d'autre part que cette capacité d'absorption et d'élimination des alcalins est en quelque sorte contrôlée par l'activité de la glande hépatique. Dufourt ne montrait-il pas que l'ingestion de bicarbonate de soude enrichissait le foie en glycogène ? Carnot, avec Glénard et Mme Gruzewska, n'insistait-il pas sur le rôle d'émonctoire joué par la bile vis-à-vis des sels alcalins ? Enfin, Roger Glénard, avec un remarquable esprit de synthèse, ne voulait-il pas ajouter aux fonctions déjà nombreuses du foie, une fonction, inconnue avant lui, de régulateur de l'équilibre acide-base ? Et si nous nous rallions à cette hypothèse, hardie peut-être mais que des faits nouveaux viendront certainement étayer d'une façon plus solide, ne pourrions-nous pas conclure de nos modestes constatations, qu'il y a dans notre technique, qu'il faudra sans doute modifier et perfectionner, un procédé de mesure en quelque sorte des variations de cette nouvelle fonction du foie, et n'y aurait-il pas là encore, par la même occasion, un procédé plus rigoureux pour doser les rations d'eau minérale prescrites aux malades, rations gouvernées encore par un empirisme qui veut bien être tempéré par une observation indirecte et malaisée, mais qui reste un empirisme cependant ?

Loin de nous de vouloir généraliser et d'accepter pour définitives et vraies de pareilles conclusions, nous ne voulons y voir que des hypothèses encore conduisant à des recherches futures qui les vérifieront ou les modifieront. Mais d'ores et déjà, qu'il nous soit permis de dire que depuis que



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Relation rapide de nuit entre Paris et le Haut-Dauphiné. — Un rapide de nuit permanent de toutes classes comportant également des places de couchettes, relie Paris à Briançon par Valence, Die, Veynes et Gap.

Départ de Paris 21 h. ; Lyon-Perrache 4 h. 22 ; Valence 5 h. 55.

Arrivée à Die 7 h. 27 ; Veynes 9 h. 09; Gap 9 h. 45 ; Embrun 10 h. 48 ; Briançon à 12 h.

En sens inverse :

Départ de Briançon 17 h. 05 ; Embrun 18 h. 07 ; Gap 19 h. 14 ; Veynes 20 h. 21 ; Die 21 h. 57.

Arrivée à Valence 23 h. 28 ; Lyon-Perrache 1 h. 10 ; Paris 9 h.

systématiquement, nous avons combiné dans la pratique thermale ces épreuves avec les examens habituels, notre tâche de prescripteur d'eau alcaline s'est trouvée étrangement facilitée et cette conclusion d'ordre pratique nous semble encore la meilleure, car elle reste la plus près des faits et, partant, la plus sage.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 JANVIER 1932)

M. Louis de Launay, président sortant, prononce le discours d'usage et cède le fauteuil au général Bourgeois, président pour 1932.

M. Charles Richet, vice-président, prend place au bureau.

Spartéine et adrénaline : M. René HAZARD. — La spartéine amplifie et prolonge l'action hypertensive de l'adrénaline en inhibant le vague cardiaque jusque dans ses terminaisons et en sensibilisant à l'action de l'adrénaline les terminaisons du sympathique cardiaque et vasculaire.

Nouveau procédé de filtration et de stérilisation permettant d'obtenir une eau bactéricide : M. Georges LAKHOWSKY. — Ce procédé utilise le pouvoir bactéricide connu de certains métaux, notamment l'argent. En incorporant à la pâte qui sert à fabriquer les bougies filtrantes une quantité convenable de chlorure d'argent, on obtient, après cuisson des bougies à 1.200° C. environ pendant 24 heures, une matière poreuse contenant de l'argent très divisé à travers laquelle filtre l'eau.

Après plus de 225 expériences en collaboration avec Nicolas Métalnikov, l'auteur a pu constater que l'eau ainsi filtrée est non seulement stérile, mais devient bactéricide pendant quelques jours.

LIVRES NOUVEAUX

Tuberculose. Contagion, hérédité (1), par Auguste LUMIÈRE, correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Il n'y a guère plus d'un an que M. Auguste Lumière a publié la première édition de son livre : *Tuberculose. Contagion, hérédité*. Cet ouvrage a suscité, dans les milieux médicaux et dans le public lui-même, une vive émotion. C'est que l'auteur y a soutenu, en l'appuyant sur des raisonnements scientifiques rigoureux, sur des faits précis et des statistiques éloquentes, une conception hardie, qui va diamétralement à l'encontre des idées communément admises dans les sphères officielles. Pour l'éminent biologiste lyonnais, en effet, la contagion de la tuberculose, enseignée comme un dogme dans les traités classiques et dans les chaires universitaires, assez fréquente, peut-être, chez les enfants du premier âge, est à peu près inexistante chez l'adulte. L'affection bacillaire, à cette époque de la vie, n'est en aucune façon imputable à une contamination récente. Elle est essentiellement due à la reviviscence de germes microbiens introduits dans l'organisme dès la naissance, par voie congénitale, demeurés à l'état latent pendant de longues années et qui recouvrent leur virulence sous l'influence de causes favorisantes diverses. Parmi ces causes, l'alcoolisme paraît jouer un rôle prépondérant, comme le démontre la fréquence impressionnante de la tuberculose chez les personnes adonnées à ce vice.

A cette thèse, étayée par une argumentation impeccable, des phtisiologues distingués ont opposé des objections diverses dont l'auteur a fait état dans la deuxième édition que nous présentons aujourd'hui et auxquelles il a répondu, point par point, par des faits matériels, par des considérations objectives d'une valeur incontestable.

A qui reviendra le dernier mot dans ce débat émouvant, dont l'enjeu n'est autre que l'orientation définitive à donner à la lutte contre le fléau le plus meurtrier de notre époque ?

Aux doctrinaires officiels enfermés dans des notions toutes faites, trop souvent acceptées sans contrôle ?

Ou au savant indépendant, dont la science dégagée de toute influence étrangère, n'est faite que de données rigoureusement fondées sur la méthode expérimentale directe et dont les conceptions originales ont porté la réputation aux quatre coins du monde ?

Depuis les polémiques ardentes soulevées par les géniales découvertes de Pasteur, aucune discussion scientifique n'avait à ce point, ni à plus juste titre, passionné l'opinion.

I. G.

(1) Deuxième édition, revue et complétée. — In-8 illustré. — Prix : 35 fr. — Joannès Deseignes et ses fils, 36 à 42, passage de l'Hôtel-Dieu, Lyon.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 18 janvier. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Gosset, Portes, Quenu. — M. COHEN DEFORS. La dilatation du col de l'utérus sans rachi-anesthésie. — M. PECAN. L'étude de la senestra position du gros intestin avec dextroposition du grêle par arrêt de torsion de l'anse intestinale embryonnaire. — A. PADOVANI. L'arthrite chronique déformante de la hanche.

Mercredi 20 janvier. — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Lemierre, Loeper, Philibert. — M. DELIE. Contribution à l'étude de l'aménorrhée chez les tuberculeuses pulmonaires. — M. VAUDOUR. L'étude des pleurésies, survenant au cours de la tuberculose pulmonaire chronique ; valeur pronostique. — M. GRÜNBERG. Etude du bactériophage antityphique. — M. SUFRIN. Etude de l'engraissement des tuberculeux pulmonaires par le fenugrec.

Jeudi 21 janvier. — Jury : MM. Bezançon, président ; Carnot, Lenormand, Moure. — M. TRAN VAN MINH. Au sujet de quelques observations concernant certaines manifestations dites arthritiques. — M. AUGEREAU. La stase intestinale chronique, étude clinique thérapeutique. — M. ROGER ROY. Essai de traitement de l'ictère du « catarrhal », par le drainage médical des voies biliaires. — M. ARNAULD. Sur une modification dans le procédé antifuniculaire de la cure radicale des hernies inguinales.

Jeudi 21 janvier (Thèses vétérinaires). — Jury : MM. Rathery, président ; Tanon, Robin, Maignon, Nicolas, Dechambre, Vergé. — M. LAFAYE. Tension artérielle du cheval et du chien. — M. MARTIN. Diagnostic radiesthétique en médecine vétérinaire. — M. GAULTIER. Les rapports du vétérinaire avec la production laitière.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hopitaux de Paris. — Article premier. — L'article 223 du règlement sur le Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 223, § 24. — .... Les candidats classés à la suite des épreuves théoriques et cliniques anonymes sont déclarés admissibles ; ce titre leur conférera le privilège de passer, à point égal, avant les autres candidats, dans les concours ultérieurs. Ils perdront, toutefois, ce privilège s'ils ne se soumettent pas à l'obligation de participer avec les médecins des hôpitaux au service des remplacements pendant la période des vacances et de remplir éventuellement les fonctions de médecin de la consultation ....

§ 30. — Le jury de onze membres ne peut procéder qu'à la nomination de trois médecins des hôpitaux au maximum.

(Le reste sans changement.)

— Article premier. — Les articles 225 *bis* et 225 *ter* du règlement général sur le Service de santé sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 225 *bis*. — Les épreuves d'admissibilité du concours de chirurgien des hôpitaux sont réglées comme suit :

1° Une composition écrite anonyme sur un sujet d'anatomie et sur un sujet de pathologie chirurgicale.

Il sera accordé trois heures et demie pour cette épreuve, la première demi-heure étant toutefois consacrée à la réflexion et à l'élaboration du plan de la composition définitive.

Ces notes ne peuvent être écrites que sur un papier de couleur spéciale remis aux candidats au début de la séance. Une demi-heure après, les candidats reçoivent le cahier destiné à la composition définitive pour la rédaction de laquelle il leur reste trois heures.

Les compositions devront être écrites à l'encre et ne porter ni signature, ni signe distinctif. L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour le concours de médecin des hôpitaux.

La lecture des copies sera faite durant le temps dont le jury disposera pendant les épreuves de consultations écrites anonymes par un chirurgien des hôpitaux désigné par voie de tirage au sort parmi les chirurgiens des hôpitaux comptant moins de huit années d'ancienneté, à compter du 1er janvier qui a suivi leur nomination.

Toutefois, le jury aura la faculté de faire procéder à la lecture des épreuves théoriques anonymes au cours d'une séance spéciale.

Les copies seront numérotées dans l'ordre des lectures. En aucun cas les membres du jury ne prendront en mains les copies des candidats. A cet effet, les lecteurs se tiendront à leur disposition jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance les notes sont votées après délibération et inscrites en toutes lettres au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'Administration.

2° Une épreuve de médecine opératoire classique comportant deux opérations sur le cadavre. Pour cette épreuve le jury ne sera pas tenu d'établir trois questions parmi lesquelles sera tiré au sort le sujet de l'épreuve.

3° Une épreuve de consultation écrite anonyme.

(Le reste sans changement.)

17e alinéa. — 4° Une deuxième épreuve de consultation écrite anonyme.

Cette épreuve sera subie dans les mêmes conditions et sous la même forme que celle prévue ci-dessus.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves d'admissibilité est fixé ainsi qu'il suit :

1° Composition écrite anonyme (anatomie, 15 points, pathologie, 15 points).........	30 points
2° Epreuve de médecine opératoire (5 points pour chaque opération), soit au total.....	10 points
3° Première consultation écrite anonyme...	20 points
4° Deuxième consultation écrite anonyme ..	20 points

Une fois les quatre épreuves du concours d'admissibilité terminées, le jury se réunit en séance publique pour procéder à l'identification des copies de l'épreuve écrite et des épreuves de consultations écrites anonymes et au relevé des points attribués à chacune d'elles; les trois notes obtenues par chaque candidat aux épreuves anonymes sont publiées séparément puis additionnées pour le classement avec celles obtenues à l'épreuve de médecine opératoire.

(Le reste sans changement.)

27e alinéa. — Le nombre des candidats déclarés admissibles sera égal à six.

En aucun cas il ne pourra toutefois être supérieur à la moitié des candidats ayant effectivement pris part aux épreuves d'admissibilité ; en cas de nombre impair le quantum des admissibles sera arrêté au chiffre immédiatement inférieur à la moitié.

Mesure transitoire. — Par mesure transitoire le nombre des candidats déclarés admissibles sera, à compter de la mise en vigueur du présent règlement et pendant deux ans, égal à huit, quel que soit le nombre des concours de nomination ouverts dans l'année.

(Le reste sans changement.)

Article 225 ter : Sont appelés à prendre part aux épreuves de nomination :

— Les admissibles définitifs.

Toutefois, lorsque le nombre des admissibles définitifs sera inférieur à six, la liste des candidats aux épreuves de nomination sera complétée jusqu'à concurrence de ce chiffre par l'adjonction d'un ou plusieurs candidats titulaires d'une seule admissibilité, la priorité étant déterminée en ce qui les concerne conformément aux dispositions de l'article 225 *bis*. Il sera tenu compte en conséquence pour leur classement.

— Du plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été classé *ex æquo* avec les admissibles.

— Du plus grand nombre de concours auxquels le candidat aura pris part, le fait d'avoir participé à toutes ses épreuves acquérant seul à ce dernier le bénéfice d'un concours.

Si à la suite de ce classement des candidats se trouvaient encore *ex æquo* pour le ou les deux dernières places, il sera fait application, en vue de les départager, des dispositions insérées à l'article 213.

La cote sera ramenée à zéro après les épreuves d'admissibilité.

Les épreuves de nomination comprennent :

1º Une épreuve clinique sur un malade. Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen du malade et la réflexion et quinze minutes pour la dissertation orale devant le jury.

2º Une épreuve de médecine opératoire classique comportant deux opérations sur le cadavre.

Le jury ne sera pas tenu d'établir trois questions parmi lesquelles sera tiré au sort le sujet de l'épreuve.

3º Une deuxième épreuve clinique sur un malade qui sera subie dans les mêmes conditions et sous la même forme que celle prévue au § 1.

4º A la suite de cette épreuve quatre candidats seront admis à prendre part à la quatrième épreuve qui consistera en une épreuve orale de thérapeutique chirurgicale qui comportera avec démonstration au tableau une dissertation sur le traitement qu'il conviendrait d'appliquer à un malade choisi par le jury immédiatement avant l'ouverture de la séance.

Le jury arrêtera et rédigera le diagnostic qui sera communiqué à chaque candidat au début de son examen ; ce document contiendra les indications que le jury décidera de porter à la connaissance des candidats (radiographie, examen de laboratoire, etc...)

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour chacune des épreuves cliniques.......	20 points
Pour l'épreuve de médecine opératoire classique (15 points pour chaque opération), soit au total...........................	30 points
Pour l'épreuve de thérapeutique chirurgicale..............................	30 points

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin adjoint au sanatorium de la Fédération des P. T. T. de Montfaucon (Lot).

Outre les avantages en nature et le traitement ordinaire des médecins adjoints des sanatoriums publics, le titulaire recevra une indemnité de 4.000 à 5.000 fr., suivant la classe à laquelle il aura été nommé.

Adresser les demandes et les dossiers au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

UNE RUE CHARLES NICOLLE. — Le Conseil municipal de Rouen a décidé de donner à une rue de la ville le nom de Charles Nicolle, l'illustre Rouennais, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gilbert Lasserre, ancien chef des travaux d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Bordeaux; Henri Pierman (de Marbais-Brabant); Wilson Prévost, médecin de l'hôpital américain de Neuilly; Denis Desplans (de Séguret, Vaucluse), Robert Garnier (de Paris); Antonio Vidal (de Buenos-Aires), décédé à Paris; Léon Louis, médecin de l'assistance marocaine à Azrou; Otto Haab, ancien professeur de clinique ophtalmologique à Zurich.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Le groupement des syndicats généraux de médecins spécialisés réuni le 17 décembre 1931,

Mis au courant des projets de réforme des études médicales, actuellement en discussion et en particulier de celui du professeur Carnot,

Approuve ce dernier projet dans ses grandes lignes ;

Mais,

Considérant que pour faire un bon spécialiste, il est indispensable d'avoir une culture médicale aussi poussée que possible,

Demande que le temps consacré aux études médicales générales soit porté à quatre années au lieu de trois,

Qu'en ce qui concerne la stomatologie, les Facultés de médecine organisent son enseignement pour les seuls étudiants en médecine,

Demande également que le groupement soit consulté pour l'organisation des spécialités.

MALADIE FAMILIALE A TYPE CONVULSIF

PAR MM.

CHARLOT (de Jargeau) et DESHAYES (d'Orléans).

L'observation que nous présentons concerne une famille dans laquelle une série d'enfants a succombé de la même manière à la suite d'accidents convulsifs très particuliers datant de la naissance de ces enfants.

Nous décrirons d'abord la maladie du dernier enfant décédé tout récemment et qui a été suivi de plus près encore que les autres.

L'enfant L... est né le 22 juillet 1931. Accouchement par le Dr Charlot, de Jargeau. Accouchement facile, sans traumatisme obstétrical : cependant l'enfant naît cyanosé, contracturé ; la respiration s'établit par saccades avec un cri grêle ; et quelques heures après la naissance, il présente sa première crise convulsive et décrire celle-ci est décrire toutes les suivantes.

Début brusque sans prodromes par un cri ou un renversement de la tête en arrière ; puis tout le corps se contracture en flexion, plus fortement à gauche qu'à droite ; les yeux sont révulsés, présentant du nystagmus vertical. Il y a du trismus. Ces contractures sont tantôt toniques tantôt cloniques ; la face est suivant les crises, soit pâle, soit cyanosée, mais il y a toujours perte de connaissance et arrêt de la respiration. Après une durée variable, parfois d'une longueur inquiétante, la respiration se rétablit et les contractures cessent.

Il y a ainsi un certain nombre de crises chaque jour entre lesquelles le corps est souple, sauf les doigts qui sont habituellement contracturés en flexion.

L'examen de l'enfant ne montre pas de malformations, mais seulement une hernie inguinale avec hydrocèle ; il se nourrit difficilement au biberon, car dès la première minute, les mouvements de déglutition deviennent difficiles et une crise se déclenche ; on reprend ensuite mais péniblement et toujours insuffisamment, si bien qu'à un mois le poids n'est que de 2 kg. 700, au lieu de 3 kg. 700 à la naissance.

Le traitement de début a consisté en chlorure de calcium à la dose de 1 gramme environ avec suppargyres deux jours sur trois. Aucun résultat n'étant obtenu, nous tombons d'accord après une consultation à Orléans pour mettre en œuvre le sulfarsénol à doses progressives, une piqûre tous les trois jours. L'effet paraît satisfaisant, car malgré la petitesse des doses, les crises disparaissent dès la troisième piqûre qui n'est pourtant que de 1 centigramme 1/2. Il reste par moments de petits soubresauts, surtout à la face et aux mains ; dans sa première semaine de traitement, l'enfant augmente de 135 grammes.

Mais au bout de peu de jours, la mère remarque une légère bouffissure de la face et quelques pétéchies ; la nuit suivante, l'enfant pousse de petits cris et brusquement, à 6 heures du matin, il meurt à peu près subitement, âgé de deux mois et 7 jours.

L'intérêt de cette histoire clinique se double du fait que d'autres enfants ont présenté le même tableau ; en effet, la mère a eu huit grossesses :

1° un garçon mort à sept semaines de crises éclamptiques ;

2° une fille qui a actuellement 11 ans et est bien portante, mais a eu vers 15 mois des crises convulsives de grande intensité pendant 3 jours ;

3° une fille âgée de 10 ans, bien portante ;

4° un garçon décédé à 15 jours : il présentait des crises continuelles étiquetées spasme de la glotte par le médecin qui l'a observé ;

5° une fille morte à 4 ans presque subitement ;

6° une fille âgée de 5 ans, bien portante ;

7° un garçon mort à deux mois avec des phénomènes exactement semblables à ceux présentés par le numéro 8 dont l'histoire est détaillée ci-dessus.

Les trois filles qui sont vivantes ne présentent aucun stigmate de syphilis héréditaire. On note que toutes les filles ont survécu et que les quatre garçons ont présenté le syndrome détaillé plus haut : raideur dès la naissance, respiration s'établissant difficilement, puis crises convulsives ayant entraîné la mort en quelques semaines. Est-ce seulement une coïncidence ?

Cette observation serait très incomplète si nous n'ajoutions quelques lignes sur les antécédents héréditaires.

Le père de cette famille a actuellement quarante ans ; il est éthylique. Né jumeau d'une sœur actuellement bien portante, il a présenté des crises convulsives jusqu'à l'âge de 6 mois. Il a eu trois frères ou sœurs décédés l'un à la naissance et les deux autres à quelques mois.

La mère est cousine germaine de son mari ; elle a eu deux frères, l'un était prématuré et est décédé à un mois ; l'autre est mort à trois mois.

Ajoutons enfin qu'une tante de cette femme a perdu deux enfants en bas âge dont une jumelle.

Le Dr Charlot qui a suivi le petit malade et qui a rassemblé tous les éléments d'information sur les antécédents a également examiné les père et mère sans trouver de signes de syphilis et les commémoratifs sont également négatifs à cet égard.

Nous sommes assez embarrassés pour étiqueter la curieuse maladie présentée par les enfants de cette famille ; en relisant certains chapitres publiés par le Dr Crouzon, cette maladie familiale nous paraît se rapprocher des observations relatées par Krabbe de Copenhague ; on y trouve en effet comme dans celles-ci la rigidité généralisée, les spasmes toniques, les attaques épileptiformes, le nystagmus ; par contre, le début des accidents n'y est apparu que quelques mois après la naissance. L'auteur danois a pu donner des résultats d'autopsie, il relate des lésions diffuses et accentuées de sclérose cérébrale.

Nous devons malheureusement nous borner à une description clinique, espérant que, telle quelle, elle pourra être discutée et utilisée par les spécialistes en la matière.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE

Paris, 14-17 octobre 1931 (1).

Faits relatifs à la pathogénie et à la thérapeutique des helminthiases.

Par MM. Ch. Joyeux et J.-G. Baer (rapport).

L'action pathogène des helminthes sur l'organisme est encore assez mal connue. On envisage généralement deux points de vue différents : d'une part, les accidents mécaniques causés par les parasites, soit comme corps étrangers, soit comme agents vulnérants ; d'autre part, les accidents d'ordre général qu'on attribue aux toxines émises par les helminthes.

L'emploi des méthodes sérologiques pour le diagnostic des heminthiases est loin d'avoir la même valeur que la constatation directe, à l'œil nu ou au microscope, des helminthes et de leurs produits. C'est seulement dans les cas où cet examen est impuissant à déceler les parasites que les réactions humorales seront employées.

L'action pathogène des helminthes présente des variations souvent très marquées, non seulement d'un groupe zoologique à un autre, mais aussi entre des espèces rapprochées. On ne peut, en l'état actuel de nos connaissances, se fier aux affinités morphologiques des parasites pour conclure, par analogie, que les faits observés à propos d'un helminthe doivent exister chez ses voisins.

Après constatation qu'un trop grand nombre de médicaments, après des succès éphémères, longuement commentés, tombent dans un oubli mérité, l'auteur porte son examen spécialement sur les anthelminthiques possédant une action propre sur les parasites, lesquels justifient seuls une étude scientifique, à l'exclusion de ceux qui, par leur action irritante sur la paroi intestinale, peuvent détacher les helminthes, mais n'atteignent qu'indirectement le but. Le rapporteur termine par l'examen microscopique des selles, l'étude directe de l'action du produit sur l'helminthe et celle des anthelminthiques appropriés à chaque parasite.

Le parasitisme intestinal des indigènes coloniaux en France.

Par le médecin lieutenant-colonel Stevenel (rapport).

La proportion des indigènes parasités par une ou plusieurs espèces de parasites est très élevée. Les variétés de races se sont montrées parasitées dans des proportions très variables.

Le traitement de déparasitage doit, en principe, intoxiquer les parasites à l'exclusion du porteur ; il importe que les parasites soient touchés par une dose suffisante de médicament pour qu'expulsion s'ensuive et que le médicament soit le moins possible absorbé par la muqueuse intestinale du porteur. Des examens de dépistage, puis de contrôle des traitements, devront être renouvelés jusqu'à ce qu'on ne trouve plus d'œufs de parasites aux examens de contrôle. Ces opérations exigent l'intervention d'un microbiologiste expérimenté. Les collectivités indigènes devraient être examinées et traitées dans un camp de passage avant leur envoi au lieu de leur emploi.

Parasitisme intestinal en Afrique noire française.

Par le docteur Lefrou, médecin inspecteur général des colonies (rapport).

En Afrique noire, le nombre des porteurs de parasites intestinaux est considérable. D'une part, le climat tropical favorise le développement des œufs de parasites ; de l'autre, le manque de toute hygiène de la part des habitants permet une facile contagion.

L'auteur présente plusieurs tableaux donnant des statistiques sur le pourcentage des parasites de chaque espèce, sur les sujets examinés dans chaque pays (Sénégal, Guinée, Côte d'Ivoire, Dahomey, Togo, Haute-Volta, Soudan, Cameroun, Congo, Afrique équatoriale française, Oubangui, Tchad).

Il résulte des constatations de l'auteur que les zones de forêts dessinent exactement les grands foyers d'ankylostomiase de l'Afrique, que le *Tœnia* le plus fréquent est le *Tœnia saginata* et se rencontre en abondance partout où les indigènes ont de grands troupeaux (Sénégal, Soudan, Tchad) tandis que la bilharziose intestinale est surtout l'apanage du domaine sahélien.

La prophylaxie, en Afrique, n'a de particulier que la difficulté de la réaliser en raison de la routine des peuples.

La seule façon de combattre les helminthiases est de traiter les porteurs de parasites et soumettre les indigènes à une cure polymédicamenteuse.

Discussion.

M. le professeur Marcel Labbé, remettant à plus tard la discussion du rapport de M. le professeur Joyeux, parle du peu de valeur diagnostique que l'on doit attribuer à l'éosinophilie dans les helminthiases. Il fait remarquer que dans des cas de parasitisme bien identifiés, l'éosinophilie manque souvent. Il estime que le diagnostic doit surtout reposer sur la mise en évidence des parasites ou de leurs œufs et il souligne l'intérêt des signes cliniques qui permettent souvent d'avoir une présomption sur la nature du parasite en cause.

Il rappelle que l'on doit toujours penser à la possibilité d'une infestation parasitaire dans de nombreuses infections, même banales, du tube digestif, en particulier dans l'entérocolite, dans le déterminisme de laquelle le trichocéphale joue un rôle si important dans nos régions, sans que toutefois l'on puisse dire avec certitude pour quel degré d'infestation parasitaire l'affection peut apparaître.

Au point de vue thérapeutique, il insiste sur la difficulté que les médecins éprouvent à débarrasser l'intestin des parasites qui l'infestent.

Discutant le rôle du parasitisme dans la pathogénie de l'appendicite, il dit que si ce rôle a été surestimé par certains, il ne doit cependant pas être considéré comme négligeable, soit que l'helminthiase agisse comme cause directe de l'infection, soit qu'elle détermine une irritation favorisante.

Il termine en montrant l'importance que le parasitisme a pris en gastro-entérologie depuis 1914-1918.

M. Joyeux se montre entièrement d'accord avec M. Labbé sur la variabilité de l'éosinophilie, qui manque d'ailleurs dans certaines helminthiases.

Il dit quelques mots du grand intérêt théorique et pratique que présente l'étude expérimentale des anthelminthiques d'après les méthodes exposées par M. Gomes da Costa.

Le lait agent pathogène.

Par M. E. Lesné et Mlle G. Dreyfus-Sée (rapport).

I. La sécrétion lactée. — Les oscillations quantitatives et qualitatives des éléments constitutifs de la sécrétion lactée sont souvent considérables et peuvent devenir nocives pour le nourrisson.

Les *composants chimiques* du lait varient d'une espèce à l'autre et chez un même sujet, sous de multiples influences. Ces variations sont à étudier en ce qui concerne les graisses, les protéines, le sucre, les sels minéraux.

(1) Séance d'inauguration du IIe Congrès international de pathologie comparée. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, nº 83, p. 1542.)

De ces notions découle la nécessité d'utiliser pour l'alimentation des enfants ou des malades, non pas le lait d'un seul animal, mais un lait de mélange, plus stable. La supériorité du lait maternel, adapté à l'organisme infantile, ressort plus nettement encore de cette étude.

Des *éléments biologiques*, ferments et vitamines, augmentent encore la valeur nutritive du lait maternel, absorbé cru et provenant d'une même espèce animale.

Les vitamines, normalement contenues dans le lait, peuvent être altérées au cours des diverses manipulations qu'il subit. Parfois, on aura l'occasion d'utiliser une méthode d'enrichissement de la sécrétion lactée en vitamines, afin de lutter contre la carence d'un de ces éléments indispensables au développement du nourrisson.

Des *éléments anormaux* peuvent apparaître éventuellement dans le lait, substances toxiques, virus ou toxines élaborés par l'organisme maternel sous l'influence de facteurs pathologiques. Certains produits : poisons ou médicaments, absorbés en abondance par la nourrice, seraient capables de passer dans le lait. En fait, la constance de la sécrétion lactée, nécessaire au maintien des qualités de l'espèce, est assurée par l'imperméabilité quasi absolue du filtre mammaire vis-à-vis des substances étrangères, qu'il ne laisse passer qu'en quantités infimes, et généralement non toxiques. Pourtant, du fait de certaines sensibilités individuelles, rendant des nourrissons sensibles à de très faibles doses de produits nocifs ingérés sous une forme extrêmement assimilable, il est préférable d'éviter les doses médicamenteuses élevées chez les nourrices.

Les *anticorps* : antitoxines, agglutinines, etc..., peuvent être transmis par le lait à l'enfant très jeune, et l'alimentation naturelle constitue ainsi un moyen de défense important pour le nourrisson.

II. Pollution du lait ultérieure à la traite. — Le lait peut être souillé par des malpropretés introduites au cours des diverses manipulations auxquelles il est soumis pendant et après la traite. Ces souillures introduisent dans le lait des *microbes* multiples : les uns sont *saprophytes*, modifient le milieu et déterminent la fermentation puis la putréfaction du lait ; les autres sont *pathogènes* et transforment le lait en agent vecteur d'infections parfois graves. C'est ainsi que des aliments lactés ont été incriminés dans la propagation de la tuberculose, de la fièvre typhoïde et des infections typhiques, de la fièvre aphteuse, des pneumococcies, des streptococcies, des infections intestinales, dysenterie, choléra infantile, diarrrhées estivales, etc.

Certains troubles relèvent des *falsifications*, par addition au lait de substances introduites dans un but frauduleux.

III. Affections dues au lait. Thérapeutique par le lait. — L'étude de la sécrétion lactée et des souillures du lait montre qu'il peut être la cause efficiente ou déterminante de diverses affections.

La propagation des microbes par le lait est un facteur épidémiologique à considérer.

Les troubles dus au lait véhiculant des produits toxiques sont plus rares.

Le déséquilibre des éléments constitutifs du lait est plus fréquemment à l'origine de réactions pathologiques : on observe ainsi des troubles cutanés, digestifs, fébriles, se manifestant sous l'influence de laits mal adaptés à l'organisme infantile, ou administrés incorrectement (sous ou suralimentation équilibrée ou déséquilibrée).

Enfin, le rôle du terrain intervient de façon primordiale dans les accidents d'intolérance à des laits normaux, présentés par certains sujets (grande et petite anaphylaxie au lait).

L'intolérance lactée peut s'observer aussi dans la seconde enfance et chez l'adulte au cours de certaines affections du tube digestif. En *thérapeutique*, le lait est un aliment de régime précieux, et il est possible, en outre, de lui faire subir artificiellement certaines modifications qui le transforment en aliment-médicament.

La nécessité d'avoir un bon lait s'impose donc aussi bien pour les malades que pour les enfants, et il est capable de réunir toutes les conditions qui éviteront l'introduction d'éléments nocifs et permettront d'utiliser en toute sécurité les produits lactés livrés à la consommation.

Les maladies d'origine animale transmissibles à l'homme par le lait.

Par MM. les professeurs Ch. Porcher et A. Tapernoux (de Lyon) (rapport).

1° Le lait, aliment exclusif de l'enfant et aliment primordial de l'homme adulte en état de santé ou de maladie, est susceptible d'être l'agent de transmission de nombreuses maladies graves. Ces maladies proviennent soit d'un contage d'origine animale, soit de pollutions qui ont leur origine dans les manipulations multiples et malpropres auxquelles cet aliment est soumis.

2° Le lait est également susceptible de provoquer des intoxications lorsque, dans certaines circonstances, il renferme des toxines microbiennes.

3° La prophylaxie des maladies transmissibles par le lait ne peut être sérieusement envisagée sans que la surveillance des étables de production soit organisée d'une façon obligatoire et permanente, ce qui permettrait aux services compétents l'application efficace et en temps utile des méthodes de prophylaxie spéciale à chacune des maladies transmissibles d'origine animale. Cette surveillance doit être étendue au personnel de l'étable et des laiteries où est manipulé le lait de consommation.

4° Les méthodes d'exploitation de l'industrie laitière doivent être améliorées, et certaines, notamment la pasteurisation, très étroitement contrôlées, comme les règlements le prescrivent d'ailleurs.

5° En l'absence actuelle de mesures permettant de surveiller efficacement la production laitière, la pasteurisation obligatoire du lait constitue un palliatif dont l'application éventuelle mérite d'être retenue.

6° Les souillures, au moment de la livraison, peuvent être efficacement évitées par l'usage de récipients hermétiquement clos, qui, par surcroît, donnent au consommateur une garantie supplémentaire en ce qui concerne la composition chimique du produit.

7° L'organisation méthodique d'un contrôle hygiénique du lait à la consommation, déjà réalisée dans de nombreux pays étrangers, est éminemment souhaitable en France. La classification des laits, fondée sur le standard bactériologique, permettrait, par une adaptation rationnelle aux coutumes locales, d'élever le niveau hygiénique des laits de consommation et de lutter efficacement contre la mortalité infantile. Doit être poursuivie impitoyablement au point de vue de l'hygiène la fraude coutumière par addition de bicarbonate de soude au lait et, plus généralement, l'addition de substances alcalines.

8° Les mesures préconisées et dont l'application ne peut être réalisée que progressivement et par persuasion impliquent parallèlement l'éducation méthodique des producteurs et des consommateurs par les moyens aussi puissants que divers qui sont à la disposition de la collectivité et des pouvoirs publics.

La vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G.

Par le professeur A. Calmette (de Paris) (rapport).

Pour mesurer la valeur du BCG comme instrument de prophylaxie antituberculeuse, il faut évidemment attendre que nous soyons mieux fixés sur les effets protecteurs,

à longue échéance, de la première vaccination faite à la naissance et des revaccinations ultérieurement pratiquées, qui nous paraissent recommandables. Mais, avec les éléments de comparaison actuellement fournis, il est possible de se rendre compte des effets du vaccin sur la décroissance de la mortalité tuberculeuse et de la mortalité générale des enfants du premier âge.

D'une statistique faite par le Comité national de défense contre la tuberculose, il résulte que, sur 5.075 enfants nés ou élevés en contact tuberculeux, *vaccinés* et suivis dans 114 dispensaires, le taux de mortalité générale par toutes causes, de un mois à un an, a été de 4,6 p. 100, alors que chez les *non-vaccinés*, cette mortalité générale toujours supérieure à 16 p. 100, dépasse fréquemment 25 p. 100. En outre, sur 579 vaccinés depuis plus de quatre ans, demeurés en milieu familial contagieux, la mortalité a été nulle, ce qui prouve combien le BCG s'est révélé manifestement inoffensif et protecteur vis-à-vis des contacts bacillaires auxquels ces enfants se sont trouvés exposés pendant plus de quatre années.

On ne risque rien à prémunir un enfant au moyen du BCG qu'on sait inoffensif plutôt que de laisser cet enfant exposé aux contaminations bacillaires virulentes, qui s'offrent fatalement à lui dans son milieu familial ou ailleurs et qui constitueront pour lui une menace permanente de tuberculose évolutive.

La vaste expérience qui s'est étendue à presque tous les pays civilisés depuis sept ans et qui porte sur près d'un million d'enfants vaccinés sans qu'aucun accident ou incident ait pu être mis valablement au compte du BCG est suffisante pour rassurer les plus hésitants.

La vaccination antituberculeuse chez les animaux.

Par le professeur G. Gerlach (de Vienne) (rapport).

L'accord n'est pas encore fait autour de la méthode de vaccination antituberculeuse par le BCG.

A côté d'adversaires intransigeants, parmi lesquels Watson, d'autres auteurs de plus en plus nombreux se montrent partisans de cette méthode d'immunisation. Ascoli, notamment, a publié des résultats très intéressants sur la préservation des veaux vaccinés par voie sous-cutanée et buccale, malgré leur cohabitation dans des milieux contaminés.

Les expériences de l'auteur entreprises après les accidents de Lubeck ont été faites sur des petits animaux de laboratoire inoculés avec des souches de BCG cultivées sur différents milieux ; elles aboutissent à la conclusion de l'immunité de cette vaccination.

Il apparaît, d'une part, que c'est l'*état pathogène* et non la *virulence* du BCG qui peut parfois et exceptionnellement subir une exaltation par le passage sur les petits animaux et que, pour les veaux et les bovidés, le BCG se montre avirulent.

D'autre part, l'animal vacciné acquiert pour un temps encore indéterminé une sensibilité vis-à-vis de la tuberculine, et la durée de l'allergie est sous la dépendance directe de la dose de BCG administrée. Cette propriété a d'ailleurs une grande importance pratique, puisqu'elle peut entraver temporairement la vente du bétail. L'auteur, d'accord avec Berger et Frenkel, propose donc un signe distinctif international pour indiquer la vaccination et sa date.

En ce qui concerne la résistance des animaux vaccinés vis-à-vis du virus tuberculeux, elle a été établie par des expériences de l'auteur sur les singes d'abord, ensuite sur le cobaye et le lapin. Des cobayes âgés de une à trois semaines, vaccinés avec une dose totale de 20 milligrammes de BCG administré en plusieurs fois par voie sous-cutanée, résistèrent à l'injection conjonctivale d'une souche bovine « Vallée » très virulente, et la même constatation fut faite sur des cobayes immunisés par voie buccale et infectés par la même voie.

Chez le lapin, l'immunisation ne se montra possible que chez un lot d'animaux ; l'autre lot ne résista pas à l'infection.

Les veaux et les bovidés vaccinés de l'Institut se montrèrent réfractaires vis-à-vis de la souche bovine « Vallée » très virulente, et l'autopsie ne révéla pas d'affection tuberculeuse. Mais, sur deux bovidés vaccinés et infectés avec des bacilles humains, tandis que l'un d'eux ne réagit pas à l'infection, le second succomba à une tuberculose pulmonaire grave.

Deux mille vaccinations ont été exécutées en Autriche, et leur nombre augmente tous les jours.

Seize veaux d'âge différent, du nombre total des vaccinés, durent être éliminés pour cause de maladies intercurrentes ; aucun de ces veaux ne présenta de lésions tuberculeuses, sauf un seul qui était porteur de ganglions bronchiques tuberculeux.

Trois autres veaux, qui appartenaient aux premiers vaccinés et qui furent en contact constant au cours de la période post-vaccinale avec des vaches tuberculeuses, furent abattus au bout d'un an et ne présentèrent que des ganglions bronchiques et intestinaux tuberculeux. Quant aux animaux vaccinés qui avaient subi des infections massives, ils présentèrent à l'autopsie des lésions tuberculeuses limitées aux ganglions. Ces tubercules diffèrent des lésions tuberculeuses habituelles en ce qu'ils présentent surtout des cellules épithéliales avec de rares cellules géantes; d'ailleurs, après six mois, les recherches histologiques témoignent de la disparition de ces tubercules.

Toutes les vaccinations réalisées en Autriche témoignent d'une parfaite tolérance pour la vaccination et pour la répétition de la vaccination ; la réaction locale est minime ; le développement de sujets vaccinés quatre fois et mis en milieu infecté est plus favorable que celui des témoins. Il faut noter que les veaux ont été soumis à des épreuves de contamination plus sévères que celles fixées à la conférence de Paris sur le BCG, et c'est le cas le plus général dans les conditions particulières à l'élevage en Autriche.

L'auteur se demande également si on ne pourrait pas obtenir de meilleurs résultats de cette vaccination en adoptant la voie veineuse, cette voie étant démontrée inoffensive même à doses massives, et en augmentant éventuellement la dose vaccinale chez les veaux. Il suggère qu'il est indispensable que la manipulation du vaccin, l'obtention des émulsions et la division des doses vaccinales soient centralisées dans des Instituts déterminés, afin d'éviter la répétition des incidents de Lubeck.

En résumé, les résultats obtenus par l'auteur en Autriche sont nettement favorables, et l'auteur conclut à la parfaite innocuité de la vaccination au BCG chez le veau et de la revaccination chez les adultes.

Un certain effet immunisant est hors de doute, et les résultats seront incontestablement meilleurs si les prescriptions hygiéniques sévères concernant les premières semaines de la vie des veaux sont observées.

Dans le cas contraire et si les vaccinés sont en rapport avec des animaux atteints de tuberculose ouverte, on ne peut attendre des résultats aussi favorables. Il n'est d'ailleurs aucune méthode de vaccination qui puisse donner du 100 p. 100, surtout pour une maladie dont la prévention est aussi difficile à réaliser.

Recherches sur la vaccination antituberculeuse curative par les sérums et les plasmas tuberculeux toxiques. Etude comparée chez l'homme et chez l'animal.

Par le docteur Philippe Kfouri (de Paris) (rapport).

Le mode de phtisiothérapie qui fait l'objet de ces travaux sur la séro-vaccination toxique consiste dans l'administration intraveineuse répétée de sérums ou de plasmas sanguins provenant d'individus (homme et animal) tuberculeux pulmonaires évolutifs.

Selon les conceptions qui ont conduit à ces recherches expérimentales et cliniques, les sérums et les plasmas tuberculeux qui sont utilisés agiraient au moyen des toxines microbiennes qu'ils supportent. Ces toxines humorales élaborées par le bacille tuberculeux au niveau du foyer évolutif, ainsi que les toxines qui sont issues des agents infectieux associés à ce bacille, posséderaient un pouvoir antigénétique vaccinant. L'injection intraveineuse de ces toxines, sous la forme de sérums ou de plasmas tuberculeux, exalte les défenses naturelles de l'organisme en suscitant, sans aucun trouble clinique, le déclenchement de processus actifs de vaccination équivalente.

Les diverses recherches de vérification qui ont été pratiquées comparativement chez l'homme et chez l'animal tuberculeux pulmonaires tendent à démontrer : 1° l'innocuité entière, pour l'homme comme pour l'animal, de ces sérums et de ces plasmas tuberculeux toxiques ; 2° les propriétés vaccinantes antituberculeuses des toxines humorales d'origine microbienne qu'ils contiennent.

L'efficacité antituberculeuse qui fut constatée chez l'homme et chez l'animal tuberculeux, s'est montrée indépendante : 1° de l'apport par les sérums utilisés d'antitoxines spécifiques toutes formées, comme par certains sérums de convalescents ; 2° de toute intervention bienfaisante imputable aux chocs protéiniques. Car les sérums les plus actifs, ceux qui ont donné les meilleurs résultats thérapeutiques, sont ceux les plus toxiques, provenant de sujets tuberculeux pulmonaires très graves ou avancés et en période toxémique. Tandis qu'aucune action antituberculeuse durable ne put être réalisée par l'administration comparative (tel que ce fut pratiqué particulièrement chez l'animal) de sérums ou de plasmas peu toxiques ou atoxiques, provenant soit d'individus normaux, soit de tuberculeux non évolutifs ou de ceux en état de guérison clinique.

1° Chez l'animal tuberculeux pulmonaire ou généralisé (cobaye, lapin, chien), les résultats de cette séro-vaccination toxique se sont montrés en rapport avec la gravité de la tuberculose expérimentale et, d'autre part, avec la résistance antibacillaire individuelle de l'animal traité et de celle qui est propre à son espèce. L'administration répétée par les différentes voies (principalement par la voie intraveineuse) des sérums et des plasmas tuberculeux toxiques homogènes ou hétérogènes, soit d'origine humaine, soit d'origines animales diverses (de cobaye, de lapin, de chien ou de cheval tuberculeux-pulmonaires), a déterminé des résultats thérapeutiques manifestes : modifications cliniques, et longue survie sur les témoins non traités.

2° Pour l'homme tuberculeux également, les sérums tuberculeux les plus toxiques se sont montrés les plus actifs. Leur administration a été pratiquée exclusivement par la voie intraveineuse. Ce sont les sérums et les plasmas tuberculeux d'origine humaine qui ont été principalement utilisés pour l'homme tuberculeux pulmonaire. Cette séro-vaccination toxique homogène, en plus de son innocuité absolue, ne provoque aucun trouble séro-toxique et ne crée chez le malade aucune sensibilisation anaphylactique. Les résultats thérapeutiques ont varié selon l'état de résistance du sujet et selon la phase de sa maladie. Ils ont été d'autant plus solides et durables que le tuberculeux traité était moins gravement atteint.

A. — Chez le tuberculeux très grave dont la résistance organique et humorale a définitivement fléchi, les résultats thérapeutiques, quoique très appréciables, sont uniquement symptomatiques, par suite d'une neutralisation incomplète de la toxémie microbienne. Ainsi, ces résultats ont toujours été caractérisés chez cette catégorie de malades : 1° par leur influence plus ou moins profonde, mais manifeste, sur les signes présents subjectifs et objectifs d'origine toxémique ; 2° par leur inaction sur l'infection bacillaire en cause et sur les lésions pulmonaires.

B. — Tandis que, chez les tuberculeux peu gravement atteints, ou chez ceux qui sont évolutifs mais dont la résistance organique et humorale est encore en puissance suffisante, les résultats thérapeutiques immédiats et éloignés qui furent obtenus par cette séro-vaccination toxique homogène ont été des plus encourageants. Ils ont été représentés par la modification progressive et rapide de l'ensemble des signes cliniques et anatomiques. Et ces résultats se sont montrés solides et durables. Les états de guérison clinique qui en sont résultés, au bout de deux à quatre mois de traitement, se maintiennent encore chez ces malades depuis deux à neuf ans de recul, et en l'absence de toute thérapeutique d'entretien.

Les ultravirus.

Par le docteur Paul Hauduroy (rapport).

L'auteur, dans ce rapport, étudie un certain nombre de questions générales relatives au problème si important des ultravirus.

Il définit d'abord le terme lui-même d'ultravirus, définition nécessaire pour de multiples raisons Ces germes en effet, ont été découverts à une époque relativement récente. Leur nombre s'accroît de jour en jour ; mais les progrès rapides de la science montrent que, parfois, certains microbes, mis dans ce groupe, n'en font pas partie ; qu'ils sont, en réalité, des microbes visibles et cultivables en leurs formes filtrantes.

La découverte très récente de cette dernière variété de germes a amené une confusion des plus regrettables, et contre laquelle l'auteur s'élève. Les ultravirus sont une variété de germes, les formes filtrantes des bactéries une autre. Les ultravirus ont une physiologie bien spéciale ; ils ne sont pas cultivables sur les milieux usuels ; ils ne possèdent pas de cycle évolutif. Les formes filtrantes des bactéries visibles possèdent un cycle évolutif ; elles sont cultivables sur les milieux usuels. Tout différencie ces deux variétés de germes, comme le montre l'auteur dans son rapport.

L'auteur examine ensuite la question des microbes de sortie. Il émet différentes hypothèses qui tendraient à faire de ces germes une forme terminale d'un cycle évolutif. La phase filtrante, invisible, serait la phase pathogène.

La fausse invisibilité des ultravirus constitue un chapitre spécial. L'auteur étudie les dimensions des ultravirus et les différentes techniques qui permettent de les rendre visibles. Certaines de ces techniques sont, à l'heure actuelle, bien établies, et il est probable que bientôt la morphologie de tous les ultravirus nous sera connue.

Une notion courante en bactériologie veut que les ultravirus soient incultivables. L'auteur montre qu'il est possible, cependant, d'obtenir des cultures abondantes praticables, etc., à condition de se servir d'un milieu particulier, les tissus vivants (culture de tissus).

Enfin l'auteur examine dans le dernier chapitre de son rapport les différentes hypothèses faites sur l'origine des ultravirus.

La fièvre ondulante d'origine bovine.

Par M. Martin Kristensen (de Copenhague) (rapport).

Nous avons, dans un exposé d'ensemble, traité de la fièvre ondulante d'origine bovine, en nous fondant spécialement sur les observations recueillies au Danemark, où la question a été étudiée depuis le 1er avril 1927 : c'est en effet à partir de cette date que les échantillons de sang envoyés à l'Institut sérothérapique pour la réaction de Widal ont été examinés à la fois avec le bacille typhique, le bacille paratyphique B et le *B. abortus* Bang (*Brucella abortus*). Jusqu'à la fin de 1930, on a constaté de la sorte, chez 1.647 malades, l'agglutination de *B. abortus* à une dilution d'au moins 1 p. 100 ; presque tous ces sérums ont égalment donné une fixation du complément avec le même microbe.

En même temps qu'on enregistrait ces réactions positives, on recueillait des renseignements sur les malades, tant sur les sources possibles de contagion que sur le processus de la maladie ; on effectuait, en outre, de nombreuses recherches sérologiques de contrôle, des essais de culture et un examen approfondi des souches isolées.

La première moitié de notre rapport groupe un ensemble de faits qui tendent à prouver que les séro-réactions positives sont en général l'expression d'une fièvre ondulante provoquée par l'infection par *B. abortus* provenant du bétail infecté par l'avortement épizootique, infection transmise soit par contact, soit par absorption de lait ou de crème contaminés. L'infection de sujets humains par d'autres types de *Brucella* (*B. melitensis*, *B. suis*) est inconnue au Danemark.

Nous avons donné ensuite une brève description du processus clinique de la maladie, qui ressemble à la fièvre méditerranéenne, mais qui en diffère cependant en ce qu'elle a généralement un processus plus léger et présente moins de complications diverses. Nous examinons d'assez près divers faits concernant la statistique épidémiologique de la maladie.

Enfin, nous avons discuté certains problèmes relatifs surtout au diagnostic sérologique et à la nature épidémiologique de la maladie.

Les brucelloses animales.

Par le professeur Oluf Bang (de Copenhague) (rapport).

Il se présente, parmi les animaux domestiques, trois variétés du groupe *Brucella*, savoir : le *Brucella abortus* chez les bovins, le *Brucella melitensis* chez les caprins et le *Brucella suis* chez les porcins. Ces variétés peuvent se distinguer les unes des autres par l'effet que produisent sur elles certaines substances colorantes (violet de méthyle et thionine), et leur faculté différente de former de l'H^4S et de faire fermenter la glucose. Il est probable qu'il existe aussi plusieurs sous-variétés ; c'est ainsi que, d'après les recherches de Martin Kristensen, les souches *suis* danoises se différencient clairement des souches américaines aussi bien par leurs caractères biochimiques que par leur virulence.

Dans les régions où se rencontre le *B. melitensis*, les bovidés peuvent aussi en être infectés. Schow a ainsi cultivé le *B. melitensis* du lait de vache dans l'île de Malte. D'après les recherches d'Huddleson, le *B. suis* se rencontre, en Amérique, aussi chez les vaches. Expérimentalement, par injection intraveineuse, les vaches peuvent être infectées aussi bien par le *B. melitensis* que par le *B. suis* et alors les animaux en état de gestation avortent.

La chèvre peut facilement être infectée par le *B. abortus*, par voie digestive, par voie conjonctivale et par inoculation intraveineuse. Les truies en gestation peuvent être infectées par le *B. abortus* par injection intraveineuse. Le symptôme principal de l'infection par le *B. abortus* et par le *B. suis* chez les animaux en gestation est l'avortement. Chez les mâles, les vésicules séminales sont quelquefois infectées, de même que l'on rencontre des orchites. Chez les chèvres, le *B. melitensis* paraît ne provoquer l'avortement que lorsque la maladie est introduite dans les régions où jusque-là elle n'avait pas encore régné.

La mamelle et les ganglions lymphatiques mammaires se trouvent fort souvent contaminés par suite d'infection par le *B. melitensis* et par le *B. abortus*, et les bacilles persistent souvent pendant des années. Le lait des animaux ainsi atteints contient le *B. melitensis* et le *B. abortus*.

Chez le porc, on a aussi décelé la présence de *B. suis* dans le lait des truies qui ont avorté. Alors que, par infection *melitensis* chez la chèvre, l'utérus, en général, ne paraît pas infecté, il est normal que les vaches, qui éliminent le *B. abortus* avec leur lait, ont avorté ou, en tout cas, ont eu le placenta infecté. On doit cependant souligner le fait que l'on peut trouver le *B. abortus* dans le lait de vaches qui n'ont pas eu d'infection du placenta.

Les microorganismes du groupe *Brucella* ne sont habituellement la cause d'aucun changement apparent du lait, même s'ils s'y trouvent au nombre de plusieurs milliers par centimètre cube. On a, toutefois, pu montrer, après coup, que, chez la vache, ils provoquaient, en réalité, des altérations dans la sécrétion de la mamelle, identiques à celles que l'on voit dans les infections latentes provoquées par les microbes habituels de la mamelle (microcoques, bâtonnets de gram-positifs, streptocoques). De véritables mammites n'ont pas été constatées par l'infection spontanée due au *B. abortus* ; il semble, par contre, que le *B. melitensis* provoque quelquefois chez la chèvre de graves affections de la mamelle.

En dehors de l'avortement, les brucelloses n'occasionnent pas, en général, de symptômes apparents de maladie ; on peut néanmoins observer des arthrites et des synovites. Chez la chèvre, le *B. melitensis* se trouve souvent dans la rate et dans les ganglions lymphatiques quelquefois dans le sang et dans l'urine. Chez la vache, la stérilité se montre fréquemment en relation avec l'avortement épizootique.

En ce qui concerne le *B. abortus*, on suppose ordinairement que l'infection s'opère par le tube digestif ; Cotton, Bang et Bendixen ont cependant montré qu'elle pouvait aussi avoir lieu, chez la vache, par la peau rasée et provoquer l'avortement. Il est probable que, chez la vache, la peau est une importante voie de contamination dans les infections de *Brucella*, comme c'est le cas pour les chèvres et probablement aussi pour l'homme. Chez les porcins et les caprins, le mâle infecté transmet souvent la maladie, tandis que ce mode de contamination semble avoir moins d'importance chez les bovins.

Carences et déséquilibres minéraux.

Par Mme L. Randoin et M. H. Simonnet (rapport).

On ne peut aborder les questions relatives aux carences et aux déséquilibres minéraux sans avoir constamment en vue les deux ordres de faits suivants :

1° Il existe, dans le métabolisme des substances minérales, des troubles qui sont dus à des erreurs alimentaires, soit qu'il s'agisse d'apports minéraux réellement insuffisants, soit qu'il s'agisse d'un déséquilibre manifeste entre les divers éléments minéraux de la ration ou entre un élément minéral et un élément non minéral (substance énergétique ou vitamine).

En un mot, chaque fois qu'un problème de carence minérale se pose, il faut toujours avoir présente à l'esprit la notion d'un équilibre nécessaire entre les constituants de la ration.

2° Il existe, dans le métabolisme des substances minérales, des troubles qui sont d'origine interne, soit qu'une absorption intestinale défectueuse intervienne pour déséquilibrer le régime convenable ingéré, soit qu'un certain organe (par exemple une glande endocrine), jouant un rôle dans le métabolisme minéral en question, présente des troubles dans son fonctionnement.

En un mot, toutes les fois que des troubles minéraux, qui semblent pouvoir être rapportés à des carences minérales, sont observés chez l'homme ou les animaux domestiques, il faut songer à un défaut d'utilisation ou à un trouble endocrinien.

A l'appui de cette manière de voir, nous citerons l'exemple suivant : le rachitisme, qui est un trouble de la morphogenèse du tissu osseux, est caractérisé essentiellement par une diminution du taux des phosphates minéraux dans le sérum sanguin.

Il peut être causé par un rapport défectueux du Ca et P de la ration, c'est-à-dire une insuffisance de Ca (ou de P), ou par excès de Ca (ou de P). Il peut être causé par un manque absolu ou relatif de vitamine D joint à un déséquilibre minéral. Il peut être déterminé par des conditions qui provoquent une diminution de l'absorption intestinale des matièresminérales (par exemple une élévation du pH du milieu intestinal). Nous pourrions encore citer d'autres causes de rachitisme.

La manière la plus rationnelle de déterminer la nature des équilibres alimentaires, — des équilibres minéraux en particulier, — serait de s'appuyer sur la connaissance approfondie de l'utilisation cellulaire et du rôle physiologique des principes nutritifs.

La recherche du rôle précis des diverses matières minérales (catalytiques principalement) dans l'utilisation de toutes les autres substances, de tous les autres principes, représente, nous devons en convenir, une tâche extrêmement ingrate ; mais ce qui peut soutenir l'effort des chercheurs dans cette voie d'accès difficile, c'est l'idée que cette étude conduira peut-être à l'explication de phénomènes vitaux essentiels.

Les carences minérales et leurs relations avec les syndromes caractérisés par des troubles minéraux.

Par M. le professeur B. SJOLLEMA (d'Utrecht) (rapport).

Maladies de carences minérales des animaux domestiques.

Par M. le professeur docteur J. WESTER (d'Utrecht) (rapport).

Recherches américaines relatives aux maladies végétales dues aux carences minérales.

Par M. Harry B. HUMPHREY (de Washington) (rapport).

Etude cytologique des plantes affectées de maladies de carences.

Par M. J. DUFRÉNOY (rapport).

Influence du pH sur le développement de quelques bactéries phytopathogènes.

Par M. le docteur W. KOTTE (Freiburg-in-B., Deutschland) (rapport).

Sur l'hibernation et la réapparition de maladies cryptogamiques chez les végétaux.

Par Jakob ERIKSON (de Stockholm) (rapport).

Les maladies à virus de diverses plantes cultivées.

Par M. le docteur VON BREHMER (rapport).

Pathologie comparée et méthodes biologiques de traitement des maladies à virus en général.

Rapport de M. VON BREHMER (de Berlin).

La transmission du virus de la mosaïque du haricot par le pollen.

Rapport de M. DONALD REDDICK (de Cornell University).

Les maladies des plantes causées par des hématodes.

Rapport de M. le docteur VAN SLOGTEREN (de Lisse).

La mosaïque à virus de la vigne.

Par M. Fr. STRANAK (de Prague) (rapport).

Cytologie des plantes affectées par des virus ou des plantes carencées.

Par M. J. DUFRÉNOY (rapport).

Les maladies à virus des plantes cultivées.

Par M. QUANJER (de Wagenniger) (rapport).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1932)

Traitement de la gangrène pulmonaire. — MM. H. VINCENT et G. STODEL. « La gangrène pulmonaire vraie (qu'il ne faut pas confondre avec les affections pulmonaires avec sécrétion plus ou moins fétide) comporte un pronostic habituellement grave. D'après Villiers, Curschmann, etc., la mortalité est comprise entre 55 et 70 p. 100.

Le traitement de la gangrène pulmonaire doit être étiologique, c'est-à-dire fondé sur la nature des microorganismes qui la déterminent. Les auteurs qui ont étudié la flore de cette infection (et nous-mêmes) y ont rencontré des microbes variés : *Bac. fusiformis*, qui est constant (S. Rona, Feldmann, Kuster, Arnheim, Dupérié et Cadenaule, Kline et Blankenhorn, J. Pilot et D.-J. Davis, Franchini, etc.) ; le streptocoque (surtout le type *viridans*), qui est presque constant ; des *spirochètes* variés, parfois extrêmement abondants, mais cependant absents chez un cinquième des malades, ce qui montre qu'il n'existe pas de spirochète spécifique de la gangrène pulmonaire ; des *anaérobies* autres que le bacille fusiforme, signalé par Veillon, Rist, Bezançon, etc., etc., mais non constants. On peut trouver aussi dans l'expectoration l'*entérocoque*, le *pneumocoque*, le *bac. pyocyanique* (H. Vincent), etc...

Il n'existe pas de médication capable de détruire tous ces germes à la fois. Les antiseptiques internes sont peu actifs. C'est pourquoi il convient d'utiliser une thérapeutique complexe, fondée sur l'examen bactériologique de l'expectoration, et qui s'adapte à chacun de ces principaux microbes pathogènes.

Le traitement de base est la sérothérapie antigangréneuse multivalente : dans 19 observations de gangrène pulmonaire très grave, et chez des malades traités souvent *in extremis*, le sérum antigangréneux multivalent (H. Vincent et G. Stodel) que nous préparons depuis la guerre, a été injecté seul, à la dose de 60 à 80 cent. cubes par jour, parfois moins. Sur ces 19 cas, il y a eu 12 guérisons et 1 malade stationnaire. Si on défalque les malades n'ayant pu recevoir qu'une injection de sérum, ou morts peu après de complications telles qu'endocardite ulcéreuse (1 cas), pneumonie double (1 cas), hémorragie foudroyante au deuxième jour du traitement (1 cas), etc., la mortalité chez les malades traités par notre sérum a été seulement de près de 16 p. 100.

Chez les malades guéris, on signale l'amélioration parfois très précoce, l'accroissement du poids, parfois énorme (20 kilogs en un mois), la chute thermique, la disparition ra-

pide de la putridité des crachats (Drs Bolot, A. Flaum, prof. Karl Petren, etc.).

Mais, lorsque le microscope décèle la présence de spirochètes, c'est-à-dire dans les quatre cinquièmes des cas, on doit associer les arsénobenzènes au sérum antigangréneux multivalent. Si la culture donne le streptocoque, il importe de combiner un sérum antistreptococcique actif aux traitements précédents ; si le pneumocoque est présent, on injectera aussi le sérum antipneumococcique.

Par cette médication mixte, on abaissera la mortalité de la gangrène pulmonaire.

Les microbes qui interviennent si gravement dans cette affection existent dans la cavité naso-bucco-pharyngée et en proviennent certainement. La gangrène pulmonaire, et aussi la streptococcie, la pneumococcie, qui succèdent parfois à l'anesthésie chirurgicale, sont dues à l'écoulement passif des liquides buccaux dans les bronches, le réflexe tussipare étant aboli. En conséquence, avant toute opération, il est très utile de désinfecter très soigneusement les fosses nasales et surtout la bouche, les dents, le pharynx du futur opéré, afin de neutraliser préventivement les microbes si dangereux qui existent dans ces régions. »

L'invisibilité radiologique des calculs vésicaux uriques. — M. Pierre BAZY. — Dans le cas apporté par l'auteur, une ombre est visible, quoiqu'il s'agisse d'un calcul urique ; cela viendrait donc infirmer la thèse soutenue par Louis Bazy. Mais cette visibilité tient à ce que le calcul urique était revêtu d'une mince couche de gangue de sels de chaux qui sont, comme on sait, opaques aux rayons X, mais dont l'épaisseur était trop faible pour donner une ombre nette et facilement visible. Si la couche eût été plus épaisse ou le calcul uniquement formé de phosphates, cette ombre eût été aussi nette que celles des os voisins.

Le patient opéré il y a 15 jours, sous anesthésie locale, est actuellement guéri.

Radioactivité des eaux de Plombières. — M. DESGREZ présente une étude d'ensemble sur ce sujet, due à MM. Delaby, Charonnat et Janot, le régime des eaux ayant pu être modifié par suite des travaux d'amélioration des anciens captages et par la découverte récente d'un important collecteur romain. Les auteurs ont enregistré une augmentation très générale de la radioactivité et la discussion des résultats leur permet d'invoquer l'heureuse influence des aménagements nouveaux du terrain thermal. Ils ont aussi observé une relation entre la teneur en émanation et la pression atmosphérique. Une autre relation entre la radioactivité et la nature géologique du terrain d'émergence a été mise en évidence : les eaux de granit sont les plus radioactives, les eaux de grès ont une radioactivité faible ou nulle. En vue des applicatiens crémothérapiques, ils ont enfin constaté que les gaz spontanés de la source Vauquelin sont les plus riches en radon (111,3 millimicrocuries par litre) et que les nouvelles étuves individuelles ont une radioactivité quadruple de celle des étuves totales ou partielles.

La gastro-photographie. Moyen de diagnostic précoce des affections gastriques. — MM. VICTOR-PAUCHET et A. BÉCART. — Ce procédé, d'une efficacité remarquable, ne détrô-





ne nullement les autres méthodes d'exploration (radiographie, chimisme, clinique) auxquelles il se surajoute à titre complémentaire, facilitant ainsi le diagnostic précoce de la lésion par vue directe de la muqueuse gastrique. Une double camera métallique, introduite dans l'estomac au moyen d'une sonde semi-rigide du diamètre d'un tube Faucher, permet de prendre d'un seul coup en plein jour et en un vingtième de seconde (grâce à une lumière bleue très photogénique de 20.000 bougies), 16 photos stéréoscopiques, donc plastiques, des neuf dixièmes de l'estomac, y compris l'entrée du pylore. C'est ainsi que les ulcères et les cancers peuvent être reconnus dès le début, qu'il s'agisse de la petite courbure, de la grande courbure ou des deux faces de l'estomac.

Nombre de cas traités ensuite ont permis de vérifier l'exactitude et la précision des lésions reconnues par l'appareil. Cela constitue un progrès important.

Les auteurs rapportent une quinzaine de cas vérifiés opératoirement et M. A. Bécart projette à l'épidiascope 80 gastrophotos qu'il a eu l'occasion de prendre dans les derniers mois.

Le diagnostic précis des lésions tuberculeuses du rein au moyen de l'urétéro-pyélographie rétrograde. — M. Maurice Chevassu. — Le diagnostic de la tuberculose rénale est fait souvent aujourd'hui de façon tellement précoce que le chirurgien arrive à regretter presque d'avoir dû sacrifier la totalité d'un rein dont un seul ou deux rénicules à peine étaient tuberculeux.

Savoir diagnostiquer avec précision ces lésions commençantes permettra sans doute un jour de les soumettre avec succès à un traitement purement médical, lorsque celui-ci aura atteint une puissance qu'il n'a malheureusement pas encore aujourd'hui.

L'urétéro-pyélographie rétrograde permet d'obtenir cette précision. Méthode employée depuis quatre ans dans le service du docteur Chevassu à l'hôpital Cochin, elle réalise un véritable moulage radiographique des cavités urétéro-rénales, une sorte d'anatomie pathologique sur le vivant des lésions chirurgicales du rein et de l'uretère. En matière de tuberculose, elle établit le bilan précis de l'atteinte tuberculeuse du rein.

Une série de clichés projetés en fait la démonstration.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES PARAPLÉGIES[1]

II. Causes. — I. Causes vertébrales. — a. *Le Mal de Pott.* — Il faut toujours y penser, c'est la cause la plus fréquente. Il agit par compression pachy-méningée, plus rarement abcès ossifluent, exceptionnetllement compression vertébrale brusque.

La *forme dorso-lombaire* est la plus fréquente, le début de la paraplégie est généralement progressif après une phase plus ou moins longue de radiculalgies. La paraplégie peut être légère, le malade l'ignore et se plaint de fatigue des membres inférieurs, et l'on découvre par la recherche systématique des réflexes leur abolition et le signe de Babinski, ces manifestations pouvant être intermittentes ou récidivantes. A un degré de plus, c'est la paraplégie spasmodique typique telle que nous l'avons décrite, où l'on pourra s'attacher à préciser la limite supérieure de la compression. Les formes hyperspasmodiques sont beaucoup plus graves, les formes en flexion beaucoup plus tardives.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 4, p. 62.

L'examen clinique de toute paraplégie doit comporter l'examen du rachis ; tandis que chez l'enfant, la gibbosité est fréquente, elle est chez l'adulte beaucoup plus rare, et il faut s'attacher à rechercher les douleurs localisées à la mobilisation des vertèbres, leur rectitude segmentaire et surtout à la radio les signes de pincement du disque intervertébral, à la P. L. la dissociation albumino-cytologique.

Dans le *mal de Pott sous-occipital*, beaucoup plus rare, il peut y avoir quadriplégie, le danger est au bulbe.

Le pronostic de ces paraplégies, souvent plus curables chez l'enfant que chez l'adulte, est très variable ; l'on a opposé chez celui-ci la paraplégie *à constitution lente*, pour laquelle le pronostic serait très sombre, aux paraplégies *rapidement constituées* dans lesquelles il serait bien meilleur.

b. *Cancer vertébral.* — C'est une paraplégie douloureuse que provoque la métastase vertébrale. Il faut toujours penser à chercher le cancer primitif en pareil cas, examiner les seins, l'estomac, et faire une radiographie du rachis qui montre la vertèbre d'ivoire sans altération des disques intervertébraux.

II. Tumeurs extra-médullaires énucléables. — Elles réalisent des compressions localisées débutant par une phase de radiculalgie.

La paraplégie est hyperspasmodique, parfois précédée d'un syndrome de Brown-Sequard. Les troubles sensitifs, très importants, sont à limite supérieure fixe et nette.

Le diagnostic ne saurait être confirmé que par l'examen radiologique après injection de Lipiodol. La nature de la tumeur ne saurait être présumée cliniquement, il peut s'agir d'un fibrome ou d'un fibro-sarcome.

III. Autres causes de compression médullaire. — Il peut s'agir de tumeurs intra-médullaires (gommes, gliomes, tubercules), souvent difficiles à distinguer des tumeurs extra-médullaires ; les compressions intra-médullaires donnent peu ou pas de douleurs, une moindre spasmodicité, et souvent de la dissociation syringomyélique. Il est beaucoup plus rare que l'on soit en présence d'une pachyméningite séreuse circonscrite.

En présence de toute compression médullaire, il est très important de préciser le :

DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE

a. Topographie en hauteur. — Pour la déterminer, il faut toujours faire état des phénomènes radiculalgiques qui ont une valeur absolue lorsqu'ils sont nets, abolition des réflexes, amyotropie localisée, troubles objectifs de la sensibilité. La limite de la zone normalement sensible indique la limite supérieure de la compression, la limite de la zone réflexogène de défense indique la limite inférieure de la compression. Les modifications du réflexe pilomoteur ont également un intérêt topographique, mais ne cadrent pas avec celles des centres sensitivo-moteurs.

On complétera ce diagnostic topographique par la ponction lombaire que l'on pourra faire double au-dessus et au-dessous de la lésion. On comparera la teneur en albumine et la pression sus et sous-lésionnelle, la manœuvre *Queckenstedt Stookey*, est également d'un appréciable intérêt localisateur. Le *Lipiodol*, descendant ou ascendant, viendra donner des précisions encore plus grandes.

b) *Topographie en largeur.* — Elle est plus difficile à déterminer : une lésion longue est presque toujours extra-duremérienne, une courte presque toujours intra-duremérienne. Enfin, en vue d'une intervention, les classiques lois de Chipault permettent le diagnostic de la topographie médullo-vertébrale.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Prix exceptionnel de ce numéro : 1 franc.

Nº 7. — SAMEDI 23 JANVIER 1932. 105e ANNÉE. SAMEDI 23 JANVIER 1932. — Nº 7.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuves écrites anonymes.* — Séance du 13 janvier. — *Electrologie.* — Question donnée : « Traitement de la sciatique par les courants électriques. »

MM. Devois, 9; Huet, 8; Kimpel, 5; Nadal, 7; Piffault, 5; Stuhl et Surmont, 7.

Radiodiagnostic. — Question donnée : « Radiodiagnostic des sténoses pyloriques. »

MM. Devois et Huet, 11; Kimpel, 9; Nadal, 11; Piffault, 7; Stuhl, 8; Surmont, 11.

Radiothérapie. — Question donnée : « Traitement rœntgenthérapique de la lymphogranulomatose maligne (mode d'emploi). »

MM. Devois, 13; Huet, 9; Kimpel, 5; Nadal et Piffault, 9; Stuhl, 10; Surmont, 8.

Epreuve pratique. — Séance du 19 janvier. — Question donnée : « Appliquer sur un sujet atteint de teigne étendue à tout le cuir chevelu la méthode d'épilation par les rayons X. Exposer les résultats et les dangers. » (Le candidat n'aura à effectuer, ni mesures de rayonnement, ni irradiations réelles.)

MM. Piffault, 9; Surmont, 11; Stuhl, 9; Devois, 11; Nadal, 13.

HOPITAUX DE PROVINCE. — NIMES. — Un concours pour quatre places d'interne en médecine et en chirurgie aura lieu le 4 mars 1932, à l'hôpital Ruffi, 12, rue de Montpellier, à Nîmes. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 24 février 1932 inclus, dernier délai.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CAEN. — Le concours pour l'emploi de professeur suppléant des deux chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de Caen, qui devait s'ouvrir le 1er avril 1932 devant la Faculté de médecine de Paris, est reporté au lundi 11 avril 1932.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — (Réserve.) *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général du Roselle.

JUSTICE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Declaux (de Nantes).

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont chargés de mission au cabinet du ministre : M. le docteur Girel, conservateur du musée d'anatomie de la Faculté de Lyon; M. le docteur Lassablière, chef de laboratoire à la Faculté de Paris.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — M. le docteur Godlewski a été nommé auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France (catégorie des médecins), en remplacement de M. le docteur Lortat-Jacob, décédé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. — Sont élus à l'unanimité pour l'année 1932 :

Président : M. Marcel Labbé; vice-président : M. Apert; secrétaire général : M. Rivet; trésorier : M. Marchal; secrétaires annuels : MM. Coste et Decourt; membres du Conseil d'administration : MM. Laederich, Brulé, Pilod (du Val-de-Grâce); membres du Conseil de famille : MM. Rathery et Hallé; membres du Comité de publications : MM. Léon-Kindberg et Carrié.

CONSEIL GÉNÉRAL DES SOCIÉTÉS MÉDICALES D'ARRONDISSEMENT DE LA SEINE. — Le bureau pour 1932 est ainsi composé :

Président : M. le professeur M. Labbé; premier vice-président : M. Devé; deuxième vice-président : M. Hartmann;

secrétaire général : M. d'Ayrenx; secrétaire général adjoint : M. Lebègue; trésorier : M. Colanéri; secrétaires annuels : MM. Séjournet et Sénéchal; Comité de publication : MM. Poujol, Spéville, Barbier, Capette.

CRÉATION D'UN CENTRE D'ÉTUDES D'ÉDUCATION PHYSIQUE. — Par décret du 12 janvier 1932, est approuvée la délibération du Conseil de l'Université de Grenoble portant création d'un centre d'études d'éducation physique annexé à l'Université et relevant, au point de vue scientifique, de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Grenoble.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALE DE PARIS. — La séance solennelle de la « Société d'hydrologie et de climatologie médicale de Paris » aura lieu le lundi 15 février 1932, 12, rue de Seine, à 16 h. Elle sera commune avec la séance de la « Ligue française contre le rhumatisme ».

Le sujet traité sera : *Les rhumatisants chroniques aux stations thermales françaises.* Deux rapports seront déposés :

Premier rapport : professeur Fernand Bezançon et docteur Mathieu-Pierre Weil.

Deuxième rapport : MM. A. Barrau (de Dax), H. Flurin (de Cauterets), Jacques Forestier et François Francons (d'Aix-les-Bains), J. Gay (de Bourbonne-les-Bains).

Le matin aura lieu à 10 h., à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le professeur Bezançon et sous les auspices de la « Ligue française contre le rhumatisme », une réunion clinique de présentation de malades par M. le professeur Bezançon et M. Mathieu-Pierre Weil.

Les membres des deux sociétés sont cordialement invités à assister en grand nombre à ces deux séances scientifiques. Les médecins étrangers à la « Société d'hydrologie » qui désireraient recevoir les rapports et prendre part à leur discussion sont priés de s'inscrire auprès du docteur Sérane, secrétaire général de la « Société d'hydrologie », 3, rue Léon-Delhomme, Paris (XVe).

COLLÈGE DE FRANCE. — PROTISTOLOGIE PATHOLOGIQUE. — M. Nattan-Larrier, professeur, commencera son cours le samedi 23 janvier, à 15 h. 3/4, et le continuera les jeudis et samedis, à la même heure.

Objet du cours : « Caractères généraux des protozoaires pathogènes. »

UMFIA. — L'assemblée générale de l'Union médicale latine ou UMFIA est fixée au samedi 30 janvier 1932, et se tiendra à l'Hôtel Chambon, maison des Syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe), à 20 h. 3/4 très précises.

VIe BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Nous rappelons que le VIe bal de la médecine française au profit des veuves et orphelins du Corps médical aura lieu le Lundi Gras 8 février, à 22 h., sous le haut patronage de M. le Président de la République, à la Maison de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor (Ve).

UN CONCOURS DE « LA MEILLEURE ANALYSE LITTÉRAIRE ». — L'Argus médical *J'Analyse* organise un concours « de la meilleure analyse littéraire » doté de 6.000 fr. de prix.

Les médecins et étudiants désireux d'y prendre part obtiendront tous renseignements en s'adressant à notre collègue Crouzat, 71, rue de Rennes, Paris (VIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Pierre Nicoleau, décédé victime du devoir professionnel, aux Sables-d'Olonne; Paul Courmont, directeur de l'Institut bactériologique de Lyon; Mouisset, président du Comité départemental du Rhône contre la tuberculose.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. Paul CARNOT.) — *Leçons du dimanche* sur des sujets d'actualité médicale, à l'amphithéâtre Trousseau, à 10 h. 1/2.

CONFÉRENCES DU DIMANCHE. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1931-1932, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saints-Pères).

Ces conférences sont publiques et gratuites.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 26 janvier. — Jury : MM. Jeannin, président ; Laignel-Lavastine, Lévy-Valensi, Vandescal. — Mlle VERSINI. Etude du traitement par voie haute dans les insertions vicieuses du placenta. — M. TELLIER. Un aventurier médical au XVIIe siècle, Nicolas de Bligny. — M. VIGNERON D'HENCQUEVILLE. Traitement des grands syndromes d'excitation nerveuse par les nouveaux alcaloïdes hypotoxiques de Polonowski.

Mercredi 27 janvier. — Jury : MM. Baudouin, président ; Lœper, Chiray, Harvier. — M. PECHTHOLD. La névrite ischémique des membres inférieurs. — M. BERGENSTEIN. Essai de pathogénie de l'ulcère de l'estomac, déductions thérapeutiques. — M. LÉOM. Contribution à l'étude du mal de mer.

Jeudi 28 janvier. — Jury : MM. Achard, président ; Bezançon, Gougerot, Sézary. — M. HOROWITZ. Etude thérapeutique et pathogénique des crises gastriques du tabès. — Mlle LANDOWSKI. L'état du sang dans la diphtérie. — Mlle LÉVY. Les convulsions essentielles du nourrisson et leur pronostic.

Mercredi 27 janvier. — (Thèses vétérinaires). — Jury : MM. Marcel Labbé, président ; Tanon, Dechambre, Lesbouyries, Henry. — M. LOUET, Résidus de féculerie dans l'alimentation du porc. — M. CUVELLIER. Alimentation du renard argenté.

Vendredi 29 janvier (Thèses vétérinaires). — Jury : MM. Couvelaire, président ; Strohl, Coquot, Lesbouyries, Maignon, Nicolas. — M. COLLE. Castration de la jeune truie. — M. CROIZE. Influence de l'électrolyse sur les solutions de diastases.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE

DES CHEFS DE CLINIQUE

DES INTERNES ET EXTERNES

POUR L'ANNÉE 1932-1933

A. HÔTEL-DIEU. — 1. Médecin : M. le prof. Carnot ; chefs de clinique : MM. Caroli, Delalande, Véran, Thiroloix ; chefs de labor. : MM. Leval, Coquoin, Dioclès, Dumont, Dognon, Simonnet, Mlle Tissier ; internes : Mrs Cachera, Paul ; externes : MM. Aussanaire, L'Hirondel (J.), Rossier (A.), Léger (L.), Giaume (M.), Mlle Renié (O.), MM. Dauphin (P.), Maury, Monsaingeon (A.), Fornari (Constantin), Grossiord (G.), Lefebvre (R.).

2. Médecin : M. Sainton ; assistant : ; interne : Mme Arager ; externes : MM. Tanret (P.), Corcos, Delattre, Laurian, Caudrou.

3. Médecin : M. Baudouin ; assistant : ; interne : M. Busson ; externes : MM. Chambon, Weiss, Bourel (M.), Le Roy (A.).

4. Médecin : M. Halbron ; assistant : ; interne : M. Didier-Hesse ; externes : Mlles Rotté, Helman, MM. Camus (P.), Mouchotte (M.), Gaume, Makache.

5. Médecin : M. Stévenin ; assistant : ; interne : M. Bous (G.) ; externes : MM. Maillard, Laboureix, Brun (M.), Golse, Coustenoble, Traut.

6. Chirurgien : M. le prof. Cunéo ; assistant : ; chefs de clinique : MM. Meillère, Banzet ; chef de labor. : M. Nicolas ; internes : MM. Gosset, Zagdoun, Mouchet, Cordier, Baumann ; externes : MM. Gillet (P.), Aharfi, Simon (E.-P.), Mlle Bonnenfant, MM. Fauré, Denoix, Carasso, de (E.-P.), Mlle Bonnenfant, MM. Fauré, Denoix, Carasso, de Stoppani, Martin (J.), Rault (A.), Fouassier, Destouches, Vassal, Mlle Abraham, MM. Duflot, Prialnick.

7. *Ophtalmologie.* — Médecin : M. le prof. Terrien ; chefs de linique : MM. Blum, Renard, Veil ; adjoints : MM. Dupuy-Dutemps, Mlle Braun ; chefs de labor. : MM. Hudelo, Gaultier ; internes : MM. Aboulker (P.), Guillaumat (L.) ; externes : MM. Rocher (J.), Bousseau, Desseigne, Quentin, Mlle Vigneron, M. Pellier (externe en premier) : M. Le Tensorer.

8. Accoucheur : M. Chirié ; assistant : ; internes : MM. Gahinet, Camelot ; externes : MM. Brochard (R.), Vincent (G.), Auclair (D.), Losay (P.), Lecat, Lannegrace (C.).

9. *Consultation (Médecine).* — M. Gutmann ; assistant : M. Beaugeard ; externe en premier : Mlle Abadi ; externes : MM. Arnous (J.), Pouliquen (Y.), Viennot, Djian.

10. *(Chirurgie).* — M. Cahen ; assistant : ; externes : MM. Dangauthier, Fournié, Hacker.

11. *Consultation dentaire.* — M. Béliard ; assistant : Merville ; adjoint : Vilenski ; externes : Mlle Marion, M. Bornet (G.).

12. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lagarenne ; chef adjoint : M. Dioclès, fais. fonct. ; MM. Moulard, Chenilleau, Colombier.

13. *Hydrothérapie et thermothérapie.* — Chef de labor. : M. Daussel ; externe : M. Lauriat (Ch.).

B. LA PITIÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Rathery ; chefs de clinique : Mlle Dreyfus-Sée, MM. Boltanski, Rudolf ; chefs de labor. : Mlle Dubois, M. Doubrow ; interne : M. Terrenoire ; externe en premier : Mlle Jannet (interne faisant provisoirement fonction d'externe en premier) ; externes : Mlles Sainton, Thierry, Mme Maury ; MM. Tiffeneau, Ducros, Debouvry (J.).

2. Médecin : M. le prof. Labbé ; chefs de clinique : MM. Azerad, Besançon, (J.), Dreyfus (G.) ; chefs de labor. : MM. Nepveux, Escalier ; interne : M. Goldberg ; externes : MM. Mallet (R.), Milovanovitch, Vincent (P.), Reynaud (L.), Mathey (P.), Gringoire, Creusot (J.).

3. Médecins : MM. Laignel-Lavastine ; assistant : ; internes : MM. Cacuira (V.), Reyt (P.). ; externes : Mlle Maire, MM. Blumenfeld, Picquart (A.), Gaillard (R.), Mlle Rohlfs (G.), MM. Boquet (H.), Cochème (R.), Fildermann (M.), Martin (P.).

4. Médecin : M. Loeper ; assistant : ; interne : M. Merklen ; externes : MM. Turlotte (J.), Roche (J.), Beurdeley, Picard (R.), Gillet (G.), Truelle (E.), Desbre (R.).

5. Médecin : M. Aubertin ; assistant : ; interne : M. Wester ; externes : MM. Horeau, Campesco, Grenet (P.), Beauchef (J.), Viault (P.), Kasatzker.

6. Médecin : M. Vincent ; assistant : ; interne : M. Lemoyne ; externes : MM. Daum (S.), de Chabert-Ostlaud ; Winter (J.), Duflo (J.), Baudard (A.), M. Daverne.

7. Chirurgien : M. Lenormant ; assistant : ; internes : MM. Merigot, Guibé, Contiadès ; externes : MM. Devoucoux (P.), Monti (M.), Mlle Cottineau, MM. Bonnel, Forget, Barria, Marchak, Barcat, Costet.

8. Chirurgien : M. Fredet ; assistant : ; interne : MM. Simon (N.), Béchet (A.), Rousset ; externes : MM. Rougier, Bergeron, Laure, Bouvier, Baussan, Gaudin, Lucquin, Teyssier.

9. Chirurgien : M. Chevrier ; assistant : ; internes : MM. Mutricy, Elbim, Coen ; externes : M. Champsaur, Mlle Dreille, MM. Auslander, Krenner, Mlle Barret, MM. Beaufils, Gazel, Deguillaume.

10. Accoucheur : M. le prof. Jeannin ; chefs de clinique : Mlles Boegner, Choquart, M. Luzuy ; chef de labor. : M. Minvielle ; interne : Mlle Gautheroy ; externes : Mlles Besnard et Huard.

11. *Consultation (Médecine)* : M. Boulin ; assistant : ; externe en premier : M. Bour ; externes : MM. Bakulm (B.), Batail (R.), Maury (J.).

12. *(Chirurgie)* : M. Métivet ; assistant : ; externes : MM. Grèze, Lemaire (R.), de Chirac.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Ramadier ; externes : MM. Bousquet (J.), Fekete, Maillard (J.), Jamet.

14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Cerise ; assistant : ; externes : M. Motte, Mlle Bonnot.

15. *Consultation dentaire.* — M. Bozo ; assistant : Cabrol ; adjoint : Lattes ; externe : M. Friez (P.).

16. *Electro-radiologie.* — M. Delherm, chef du service central ; chefs adjoints : MM. Thoyer-Rozat, Morel-Kahn ; assistants : MM. Deliencourt, Chenot, Codet, Devois, Stuhl, Boileau ; externes : MM. Salaun (O.), Friszberg.

C. CHARITÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Sergent ; chefs de clinique : MM. Lonjumeau, Imbert, Vibert, Launay ; chefs de labor. : MM. Durand H.), Couvreux ; interne : M. Moricard ; externes : MM. Cler (R.), Ferrieu (G.), Mlle Bernai, MM. Tissandié (A.), Suire (P.), Hector (J.).

2. Médecin : M. Abrami ; assistant : ; interne : M. Bernal ; externes : MM. Doger de Spéville, Michaëlidès (G.), Dreyfus (M.), Mlle Simon (A.), M. Bauvais (J.).

3. Médecin : M. Fiessinger ; assistant : ; interne : M. Arnaudet ; externes : MM. Feldstein, Laurence (G.), Ramadier (F.), Fleys (B.).

4. Médecin : M. Tixier ; assistant : ; interne : Mme Poulain ; externes : MM. Salleron (P.), Boulard (P.), Saillant (H.), Trouvé (J.), Lajouanine (P.).

5. Médecin : M. Henri Bénard ; assistant : ; in-

terne : M. Sallet (J.) ; externes : MM. Lambert (A.), Zarachowitch, Kolpenitzki, Escaré.

6. Chirurgien : M. Baumgartner ; assistant : ; internes : MM. Postel, Cuvillier, Joly (H.) ; externes : MM. Joly, Colletas, Schneidex, Droguet, Soubiran, Raynaud, François.

7. *Service temporaire de chirurgie.* — Chirurgien : M. Monod (R.) ; internes : MM. Demirleau, Lejeune (R.), Lance ; externes : MM. Giordan, Schneyder, Mozziconacci ; Ben Brahim, Doudeuil, Duret, Butsbach.

8. Accoucheur : M. Vignes ; assistant : ; interne : M. Arnal ; externes : MM. Bouteau (P.), Mlle Perrier. MM. Lejeune (F.), L'Huillier (J.).

9. *Consultation (Médecine).* — Mme le Dr Bertrand-Fontaine ; assistant : ; externe en premier : M. Pecher ; externes : MM. Malartic (J.), Canet (J.), David (E.).

10. *(Chirurgie).* — M. Girode ; assistant : ; externes : MM. Boros (E.), Guny.

11. *Consultation dentaire.* — M. Gérard-Maurel.

12. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Ronneaux ; chef adjoint : M. Desgrez ; assistants : MM. Gadreau, Quivy, Piffault, Couvreux ; externes : MM. Nitti (F.), Coupin.

D. SAINT-ANTOINE. — 1. Médecin : M. le prof. Bezançon ; chefs de clinique : MM. Oumansky, Delarue, Duruy, Mlle Pau, Mme Ragu, adjointe ; chefs de labor. : MM. Tribout, Weill, Guillaumin, Duchon; internes : MM. Langlois, Meyer (A.) ; externes : MM. Fay (R.), Parrot, Sarradin, Meyer (J.), Mlle Delaage.

2. *Service des tuberculeux.* — Médecin : M. le prof. Bezançon ; externes : Mlles Barré, Rouard.

3. *Centre de triage.* — M. le prof. Bezançon ; externes MM. Sacquepée, Falk, Le Cœur (Pol).

4. Médecin : M. P. Weil ; assistant : ; interne : M. Brisset ; externe en premier : M. Brincourt (interne faisant fonction provisoirement d'externe en premier ; externes : MM. Blumen, Bardery, Polak, Dragomiresco, Laumonnier, Maynardier.

5. Médecin : M. F. Ramond ; assistant : ; interne : M. Dany ; externes : Mlles Renier, Claudet, Goudot. Laplagne, Broustein, Gouraud.

6. Médecin : M. Comte ; assistant : ; interne M. Brandy ; externes : MM. Cauvy (J.), Rudich (L.), Magder (E.), David (I.).

7. Médecin : M. Pagniez ; assistant : ; interne M. Koang ; externes : MM. Pottier (M.), Bourdeau, Achard. Jalk, Le Picard.

8. Médecin : M. Chabrol ; assistant : ; interne : M. Cottet ; externes : MM. Soullard, Bourgin, Allos, Boudoux, Glénard, Doreau.

9. Médecin : M. Faure-Beaulieu ; assistant : ; interne : M. Lançon ; externes : MM. Petit (M.), de Maulmont, Porret, Mlle Demtchenko.

10. Chirurgien : M. le prof. Lejars ; assistant : ; chef de clinique : M. Hussenstein ; chef de labor. : M. Giet ; internes : MM. Olliner (H.), Thorel, Périer (E.) ; externes : MM. Jalley (J.), Hébert, Chabanon, Lignon, Mlle Daubail, MM. Silberstein, Artisson.

11. Chirurgien : M. Bréchot ; assistant : ; internes : MM. Pergola (J.), Villechaise, Grivaud ; externes : MM. Goico, Karabourbonnais, Schapira, Laquintinie, Azouz, Loiseau (J.), Fournial.

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Grivot ; assistant : ; internes : MM. Fournié, Illaire ; externes : MM. Julien (J.), David (R.), Martin (A.), Mlle Petit (P.), M. Fichet (P.).

13. Accoucheur : M. Lévy-Solal ; assistant : ; internes : MM. Lellouch, Fort (R.) ; externes : M. Doukan, Mlle de Loeschmig, MM. Pannet (R.), Mouchotte (J.), Vannier.

14. *Consultation (Médecine)* : M. Jacquelin ; externe en premier : M. Bonnet ; externes : MM. Siraga, Viatz, Jean Martin, Florence.

15. *(Chirurgie).* — M. Braine ; assistant : ; externes : MM. Grenet, Ganot, Bouillé, Boutrou.

16. *Ophtalmologie.* — M. Velter ; assistant : ; externes : MM. David, Metzquer, Gros.

17. *Consultation dentaire.* — M. Thibault ; adjoint : M. Lacaille.

18. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Solomon ; chefs adjoints : MM. Marchand et Gibert ; assistants : MM. Corbier, Proust, Jandel, Tribout ; externe : M. Landau.

19. *Service temporaire de médecine.* — M. Weismann ; externe en premier : M. Fourestier (interne faisant fonction provisoirement d'externe en premier) ; externes : Mlle Lautmann, MM. Mathiot, Beaugendié, Broutman, Aschkenasy.

E. HÔPITAL NECKER. — 1. Médecin : M. Brouardel ; assistant : ; interne : M. Guilly ; externes : M. Pinchasowicz, Mlle Laurens, MM. Bazot (R.), Grupper (I.), Jan (R.).

2. Médecin : M. Villaret ; assistant : ; interne : M. René Fauvert ; externes : MM. Duval (A.), Fonteneau, Guermann, Brosson, Lurié.

3. Médecin : M. Lœderich ; assistant : ; interne : M. Beauchesne ; externes : MM. Fabre (A.), Cailleux, Roy (A.), Cormelié.

4. Médecin : M. Binet ; assistant : ; interne : M. Messimy ; externes : MM. Bzowski, Ménétrier, Laigle (L.), Rabourdin.

5. Chirurgien : M. le prof. Legueu ; assistant : ; chefs de clinique : MM. Lieutaud, Maximin ; chefs de labor. : MM. Chabanier, Verliac, Fisch, Lumière, Truchot ; internes : MM. Fayot, Beuzart ; externes : MM. Raisonnier, Poirier, Gilbert, Moreau, Thésée, Lefkovitsch, Davidovici, Karcher, Sachs, Petresco, Mme Sachs.

6. Chirurgien : M. Robineau ; assistant : ; internes : MM. Asselin, Blanquine, Stérin ; externes : MM. Lebouchard, Joly (M.), Mlle Adda, MM. Schiller (J.), El Baz, Bakhouche, Chassagne.

7. Chirurgien : M. Schwartz ; assistant : ; internes : MM. Mariau, Herbert ; externes : M. Botreau-Roussel, Mlle Trocmé, Mme Mangenest, née Cuvier ; MM. Mangenest, Baulande.

8. *Consultation (Médecine).* — M. Hagneneau ; assistant : ; externe en premier : M. Lanthier ; externes : MM. Weil (V.-J.), Lacheny.

9. *(Chirurgie).* — M. Rouhier ; assistant : ; externes : MM. Osenat, Duflos.

10. *Consultation dentaire.* — M. Gornouec ; assistant : M. Chufard.

11. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Guibert ; chef adjoint : M. Petit ; assistants : MM. Baude, Truchot, Gally ; externe : M. Israëlovici.

F. ENFANTS-MALADES. — 1. Médecin : M. le prof. Nobécourt ; chefs de clinique : MM. Liège, Martin, Kaplan ; chefs de labor. : M. Bidot ; interne : M. Veslot ; externes : MM. François-Dainville, Bismut, Strensand, Temerson, Bret, Nardi.

2. Médecin : M. Weill-Hallé ; assistant : ; interne : M. Aubert (R.) ; externes : MM. Gesta, Morhange, Peretz, Mlle Tauzy, M. Gérard (P.).

3. *Crèche ancienne et nouvelle.* — M. Weill-Hallé ; externe en premier : M. Livieratos (interne faisant fonction provisoirement d'externe en premier).

4. Médecin : M. Apert ; assistant : ; interne : M. Garnier ; externes : Mlle Solente, M. Picquart, Mlle Girel, MM. Green, Molard, Mlle Laporte.

5. *Sélection.* — M. Apert ; externe en premier : Mlle Lyon (externe en premier) ; M. Lichtenberg (interne faisant fonction d'externe en premier).

6. Médecin : M. Hallé ; assistant : ; interne : M. Odinet ; externes : M. Courtin, Mme Rambert ; MM. Faugeron, Rendu, Jeulin, Mlle Courrier (externe en premier).

7. Médecin : M. Darré ; assistant : ; interne : Mme Kourilsky ; externes : MM. Pouhen, Gautreau, Corrèze, Mlles Helme-Lévy, Paley, Cauchy.

8. Chirurgien : M. le prof. Ombrédanne ; assistant : M. Lance ; chefs de clinique : M. Garnier ; chef adjoint : M. Armingeat ; chef de labor. : M. Saint-Girons ; internes : MM. Longuet, Dreyfus le Foyer ; externes : Mlle Delaroche, M. Bricage, Mlles Cottin, Cazamian, Dumery, M. Rouyer, Mlle Ghinsberg, M. Laboureau.

9. *Service médical d'Antony.* — M. le prof. Ombrédanne ; externe en premier : M. Bréhaut (interne faisant fonction prov. d'externe en premier) ; externes : MM. Mathey, Raulot-Lapointe.

10. Chirurgien : M. Berger ; assistant : ; interne : Mlle Delahaye ; externe en premier : M. Varangot (interne fais. fonc. prov. d'externe en premier) ; externes : MM. Bonamy, Champault, Hascoët, Pizon, Cenac.

11. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Monthus ; assistant : ; interne : M. Chevallier (R.) ; externes : MM. Petrignani, Durandy, Audoux, Juriaguerra.

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Le Mée ; assistant : ; internes : MM. Guillon, Suchmann ; externes : Mlle Picard, MM. Chazelle, Borgida, Mlle Lavit, MM. Calmanas, Kiszelnich, Goebel.

13. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Duhem ; assistants : M. Goubert, Mme Baude ; externes : MM. Moro (J.), Perdrix.

14. *Service temporaire contagieux pour enfants,* Pavillon Maria-Richard. — Médecin : M. Levesque ; externe en premier : Mlle Spire (interne faisant fonction d'externe en premier) ; externes : MM. Tribalet, Ribert.

15. *Service temporaire poliomyélite.* — M. le prof. Nobécourt ; externe en premier : M. Bonnet (P.) (interne faisant fonction prov. d'externe en premier) ; externes : M. Martel (J.), Mlle Lorsignol.

G. COCHIN. — 1. Médecin : M. le prof. Achard ; chefs de clinique : MM. Moussoir, Poumailloux, Cahen, Rivoire ; chefs de labor. : MM. Busy, Verne, Bariéty ; internes : MM. Loisel (G.), Bissery, Regaud (J.) ; externes : MM. Gautier (J.), Siguier (F.), Mlles Marcelot (I.), Levaillant, Ferrieu, Philippe, M. Masse, Mlles Riche, Paillé, Harispe, M. Rouyer (R.), Mme Legoux.

2. Médecin : M. Pinard ; assistant : ; internes : MM. André (R.), Fiehrer ; externes : MM. Guili (P.), Lecointre (P.), Fardet (R.), Salamon, Boussard, Marquès.

3. *Service de malariathérapie.* — Médecin : M. Pinard ; externes : MM. Turbé (M.), Cazettes de Saint-Léger.

4. Médecin : M. Ameuille ; assistant : ; interne : M. Mézard (J.) ; externes : MM. Parrique (G.), Courtin (P.) ; Mme Debay, Mlle Simon, MM. Jouon, Nouaille.

5. *Service du dispensaire.* — Interne : M. Salles (P.) ; externes : MM. Vincent (P.), Halpern, Gout, Bembarou.

6. *Service temporaire tuberculeux.* — Externe en premier : M. Hanaut (interne faisant fonction prov. d'externe en premier) ; externes : M. Gelbert (ext. en premier), Mlle Jooss, Mme Nouaille, née Hervé.

7. *Pavillon tuberculeux (femmes).* — Médecin : M. Ameuille ; externes : Mlle Casalis, M. Delabroise.

8. Médecin : M. Chevallier ; assistant : ; interne : M. Bernard (J.) ; externes : MM. Buffard, Ormstein, Domart, Desmonts, Kern, Dhery (P.).

9. Chirurgien : M. le prof. Delbet ; assistant : ; chef de clinique : M. Rouquès (P.) ; chefs de labor. : MM. Beauvy, Herrenschmidt ; internes : MM. Dulot, Rodier, Bourdial ; externes : MM. Dussouil, Dubois (externe en premier) ; Boutzolakis, Landau, Hermann, Bargain, Merle, Arsitch.

10. *Annexe de la clinique chirurgicale.* — Chirurgien : M. Leveuf ; internes : Mlle Faguière, M. Bridot ; externes : M. Debray, Mme Jacowski, Mlle Stalhaud, M. Dervaux, Mlle Loloum.

11. (*Chirurgie*). — M. Mathieu ; assistant : ; internes : MM. Rousseau, Vuilième ; externes : MM. Ugo-Quoc, Vallade, Mlles Couty, Duss, MM. Levvi, Lavoué.

12. Chirurgien : M. Chevassu ; assistant : ; internes : MM. Gaudy (M.), Jullien ; externes : MM. Ciaudo, Vincent (P.), Bernard (P.), Remert, Rousset, Hadjidimo, Laurence, Douville.

13. *Consultation (Médecine).* — M. Debray ; assistant : ; externe en premier : M. Roy ; externes : MM. Sérane, Curéveaux (M.), Gireaux.

14. (*Chirurgie*). — M. Quénu ; assistant : ; externes : MM. Dufour, Bietrix, Jassin, Fischmann.

15. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Bollack ; assistant : ; externes : MM. Moreau, Van Kim. assistant : M. Lebedinsky (G.-G.) ; adjoint : Chatelier ; internes : Schultz-Thibault ; externes : Aboulker (G.) ; Dufour-Lamartine.

16. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Harret ; chef adjoint : M. Toubert faisant fonction ; assistants : MM. Prévost, Busy, Mme Kaufmann, M. Moret ; externe : M. Veysset.

H. BEAUJON. — 1. Médecin : M. Troisier ; assistant : ; interne : M. J. Dubois ; externes : MM. Avenard (R.), Nico (P.), Aubert (R.), Hanoun, Thomas (F.), Victor-Copreaux (M.).

2. Médecin : M. Harvier ; assistant : ; interne : M. Maison ; externes : MM. Claisse (R.), Mlle Luneau (F.), MM. Touzé (J.), Amphoux (A.), Cernéa (P.), Vignalou (J.-V.).

3. Médecin : M. Faroy ; assistant : ; interne : M. Voillemin ; externes : Mlle Feydit, MM. Matras (F.) ; Martini (P.), Pertus (J.), Sénéchal (P.-L.-R.).

4. Médecin : M. Debré ; assistant : ; interne : M. Sée ; externes : MM. Ledoux-Lebard, Malinsky, Mlles Sabetay, Oechmichen, M. Thieffry (S.).

5. Chirurgien : M. Basset ; assistant : ; internes : MM. Mialaret, Rouher ; externes : MM. Gany, Bachellier, Mlles Juster, Blairoir, MM. Schlechter, Ayrignac, Roche.

6. Chirurgien : M. Alglave ; assistant : ; internes : MM. Catalette, Soubrane ; externes : MM. Campagne, Rougé, Vialatte, Lenoir (J.-P.), Diétrich, Chausselat.

7. Chirurgien : M. Okinczyc ; assistant : ; internes : MM. Allard, Calvet ; externes : Mlle Montrozier, M. Faugeroux, Mlle Aubert-Champerré ; MM. Delort, Vionnet, Pinet, Grandin.

8. *Service des chroniques.* — M. Okinczyc ; interne : M. Boudreaux ; externe : M. Lesca.

9. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Coutela ; assistant : ; interne : M. Caby ; externes : MM. Masson (R.), Lefer (R.).

10. Accoucheur : M. Levant ; assistant : ; internes : MM. Richard (A.), Weill (A.) ; externes : MM. Chagnon, Boursans (R.), Deloge (G.), Mlle Krichewski.

11. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Baldenweck ; internes : M. Vandenbossche ; externes : MM. Pineau, Mouchot, Benveniste, Lutrot.

12. *Consultation (Médecine).* — M. Decourt ; assistant : ; externe en premier : M. Moulinier ; externes : MM. Bouwens, Van der Boyen, Mlle Wix (M.), M. Ayrignac (J.).

13. *(Chirurgie).* — M. Leibovici ; assistant : ; externes : Mlle Lévy, MM. Le Beau, Le Sourd (M.).

14. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Aubourg ; chef adjoint : MM. Joly, Porcher ; assistants : MM. Gauillard, Barreau, Mignon, Mme Delaplace, M. Surmont ; externes : M. Magne-Rouchaud, Mlle Augée.

15. *Consultation dentaire.* — M. Schoefer.

I. LARIBOISIÈRE. — 1. Médecin : M. Gandy ; assistant : ; interne : M. Tavennec ; externes : MM. Catz, Burel, Gossart, Mendelsohn, Oger, Poncet, Maleyrie.

2. Médecin : M. Garnier ; assistant : ; interne : M. Bréhier ; externes : MM. Lévy (P.), Izraël Salvator, Franchel, Leschi, Besson (J.), Mitrani.

3. *Service des tuberculeux.* — M. Garnier ; externes : MM. Lobel, Barry.

4. Médecin : M. Clerc ; assistant : ; interne : M. Sterne ; externes : MM. Gérard (R.) ; Jacquet, Olivier, Neyraud, Rabant, Rozée-Belle-Isle, Baudouin.

5. Médecin : M. Herscher ; assistant : ; interne : M. Puymartin ; externes : MM. Michaut (J.), Martel, Charlot, Gross, Mlle Chessebeuf, MM. Rovéanu, Saïe, Chancerel.

6. Médecin : M. Rivet ; assistant : ; interne : M. Valensi (G.) ; externes : MM. Mignon, Tardiveau, Monin, Bour, Mlles Lorain, Bataille, Haguenauer.

7. Chirurgien : M. Heitz Boyer ; assistant : ; internes : MM. Laffaille, Vialle (P.) ; externes : MM. Sobieski, Peretou, Cohen-Solal, Fénichel, Bercovici, Brami, Puybaret, Danart, Pupko (S.).

8. Chirurgien : M. Wiart ; assistant : ; internes : MM. Hepp, Falaise, Chauveau ; externes : M. Morin (M.) ; Mlle Barnaud, M. Lazar, Mlle Durrande, MM. Meyer (J.-H.) ; Bellin.

9. *Service des chroniques.* — M. Wiart ; externe : Mlle Eyraud.

10. Chirurgien : M. Cadenat ; assistant : ; internes : MM. Bertrand (P.), Lebel, Palmer ; externes : MM. Jouanneau, Moïsesco, Gerbert, Bauer, Bombiger, Combes, Bardon.

11. Chirurgien : M. Sauvé ; assistant : ; internes : MM. Moyse, Capandji, Barrier ; externes : Mlles Saint-Paul, Grinblatte, MM. Paingault, Carrière, Davidovici, Saïdi, Crescensi.

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. le prof. Lemaître ; chefs de clinique : MM. Baudouin, Rémy-Neris, Maduro ; chefs de labor. : MM. Ardoin, Lévy-Bruhl ; internes : MM. Hamelin (R.) ; Thomas (R.) ; externes : MM. Chaillouet, Puistienne, Guttières, Simonin, Sobel, Renaud, Marie (R.).

13. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Poulard ; assistant : ; internes : MM. Chennevière, Joseph (E.) ; externes : MM. Grosbois (J.) ; Imbona, Giraud, Grain, Arnoux.

14. Accoucheur : M. Devraigne ; assistant : ; internes : MM. Marx, Durrbach ; externes : MM. Molinéry, Mirbeau, Mlle Comby, MM. Hébert (P.), Clenet, Monier (H.).

15. *Consultation. (Médecine.)* — M. Hamburger ; assistant : ; externe en premier : M. Marre ; externes : M. Klein (L.), Hubermann, Maroger, Guérin.

16. *(Chirurgie.)* — M. R. Bernard ; externes : MM. Brochard, Fournet, Costes (G.).

17. *Consultation dentaire.* — M. Rousseau-Decelle ; adjoint : M. Crocquefer ; assistant : M. Béal ; externes : Mlle Grimblatte, M. Normand.

18. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Haret ; chef adjoint : M. Beau ; assistants : MM. Duval, Rebuffel, Surrel ; externes : Mlle Petitet ; MM. Livory, Persâtre.

J. TENON. — 1. Médecin : M. Laroche ; assistant : ; interne : M. Coste ; externes : MM. Delord, Gratier, Dehouve, Loiseau (F.).

2. Médecin : M. Brulé ; assistant : ; interne : M. Gilbrin ; externes : MM. Gaube (R.), Grépinet (H.), Desfrançois (JJ.), Filhouland, Rouvillois, Ebstein (P.).

3. Médecin : M. May ; assistant : ; interne : M. Fau ; externe en premier : M. Debray (interne f. f. prov. d'ext. en premier) ; externes : MM. Rosanoff, Bobard (P.), Tévenin, Tricault (G.), Legroux (R.), Garcin (G.), Lepintre (Y.), Georget.

4. Médecin : M. Lian ; assistant : ; Interne : M. Pautrat ; externes : MM. Gaquière (A.), Flourens (R.), Arviset (A.), Mazingarbe, Pauchard.

5. Médecin : M. Weill (P.-E.) ; assistant : ; interne : M. Bousser ; externes : Mlle Perlès (A.), MM. Ovary, Cordebar (J.), Meyer (M.).

6. Médecin : M. Rouillard ; assistant : ; interne : M. Bolgert ; externes : MM. Frouin (R.), Thomeret (G.), Huchet (R.), Genestoux (J.), Goutner (V.), Lespinat (L.).

7. Médecien : M. Léchelle ; assistant : ; interne : M. Joseph (M.) ; externes : MM. Audouard, Bouchacourt, Mlle Melon, MM. Mignot, Longuet (Y.), Joseph.

8. Médecin : M. Pruvost ; assistant : ; interne : M. Henrion ; externes : MM. Etienne, Janette-Walen, Mlle Commerson, MM. Leprêtre, Guiot, Pollak, Depardieu.

9. Chirurgien : M. Roux-Berger ; assistant : ; internes : MM. Jourdan (P.), Bernard (E.), Bufnoir (P.) ; externes : MM. Cau (J.), Thomas (H.), Goeré (Y), Zwillinger, Austerweil, Mme Capitain.

10, Chirurgien : M. Gernez ; assistant : ; internes : MM. Hervy, Salomon, Hécart ; externes : MM. Becuwe, Ferrari, Debray, Cahen, Bugaud, Lougraye.

11. Chirurgien : M. Grégoire ; assistant : ; internes : MM. Petit (P.), Martin (R.), Gasné ; externes : MM. Adam, Lucas, Souriac, Guenon des Ménards, Fischer, Debost, Mlle Marquis, M. Oudot.

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — Médecin : M. Hautant ; assistant : ; internes : MM. Bérard, Sergent (H.) ; externes : MM. Laval, Fabre (Ch.-J.), Zeller, Nuridsany, Hofmann, Jouannard.

13. *Ophtalmologie.* — M. Magitot ; interne : M. Morax ; externes : MM. Dubois (A.), Dijon, Mlle Burdin.

14. Accoucheur : M. Lemeland ; assistant : ; internes : MM. Soyer, Soulignac ; externes : MM. Vautier (J.), Caratzali, Boëlle (R.), Simart (P.) Mlle Griboval.

15. *Consultation. (Médecine.)* — M. Schulmann ; assistant : ; externe en premier : M. Benassy ; externes : MM. Bujeaud, Raison, Brawermann (M.).

16. *Chirurgie.* — M. Fèvre ; assistant : ; externes : MM. Kerambrun, Barbier (L.), Laguzet.

17. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Darbois ; adjoint : M. Huet (fais, fonct.) ; assistants : MM. Marchal, Descouts, Mallet, Colliez ; externe M. Ennuyer.

18. *Consultation dentaire.* — M. Lacronique.

K. LAËNNEC. — 1. Médecin : M. le prof. Bernard (L.) chefs de clinique : MM. Noyer, Lamy (délégué) ; chefs de labor. : MM. Bonnet, Olivier, Mlle Gauthier-Villars ; interne ; M. Perrault (M.) ; externes : MM. Schneider (J.), Millot, Fourault (J.), Mlles Mahieu (G.), Dumans (M.), MM. Bertheau (M.), Mayaud, Soemama.

2. *Crèche.* — Externes : MM. Delhaye, Gross.

3. *Dispensaire Léon Bourgeois.* — (Prof. Léon Bernard) ; externes : MM. Trombert (externe en premier) ; Lepetz.

4. Médecin : M. Rist ; interne : M. Trocmé ; externes : M. Gaignerot (J.), Mlle Dupont (O.), MM. Jacobesco, Gouzonnat, de Rocca-Serra, Pasquier, Lebreton, Neumann.

5. *Service des Baraquements.* — M. Rist ; interne : M. Benzaquen ; externes : MM. Dartiguepeyron, Plique, Kipfer (externe en premier), Mlle Hahn (externe en premier), MM. Dreyfus, Garelly.

6. *Dispensaire Léon Bourgeois* (M. Rist). — Externes : MM. Picot, Maschas, Cerf.

7. — Médecin : M. Jousset ; assistant : ; interne : M. Gadaud ; externes : Mme Jousset, MM. Amigues, Ganière (P.), Montagne (P.).

8. Médecin : M. Ramond (L.) ; assistant : ; interne : M. Laffitte (A.) ; externes : MM. Rudaux (P.), Vidart (L.), Bernard (J.), Villaret (B.).

9. Médecin : M. René Bénard ; assistant : ; interne : M. Klotz ; externes : MM. Laporte (J.), Deuquet (A.), Derieux (P.), Vincent (J.).

10. Chirurgien : M. Proust ; assistant : ; internes : MM. Judet, Monod (O.), Lejeune (J.) ; externes MM. Perigaud (R.), Cornetet, Laurent (P.), Torrel, Bellotte. Mme Aldou, MM. Thaon, Das Ghali, Billard.

11. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bourgeois ; assistant ; internes : MM. Lapiné, Sourice ; externes : MM. Gallot (J.-P.), Perrot (R.), Le Pavec, Rosenberg (T.).

12. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Cantonnet ; assistant : ; interne : M. Lemoine (J.) ; externes : MM. Ingrand, Fauvet, Catinat (externe en premier).

13. *Consultations.* (*Médecine.*) — M. Célice ; assistant : ; externe en premier : M. Grossiord ; externes : MM. Martin (M.), Vincent (J.)

14. (*Chirurgie.*) — M. Maurer ; externes : MM. Girard (E.) Piram.

15. *Consultation dentaire.* — M.

16. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Maingot ; chef adjoint : M. Portret (fais. fonct.) ; assistants : MM. Jouveau, du Breuil, Hélie ; externe : M. Mainguy (P.)

17. *Service temporaire de médecine générale.* — M. Paraf ; externe en premier : M. Abaza (interne remplissant provisoirement les fonctions d'externe en premier) ; externes MM. Ortholan, Morin (P.), Statlender, Blanc (R.).

L. Bichat. — 1. Médecin : M. Lemierre ; assistant : ; interne : M. Bonnard ; externes : MM. Jacquot (A.), Deséglise (F.), Mouchotte (R.), Brumpt (L.), Tran-Van-Con, Mlles Fauvert, Gottlieb, Mme Levachkevitch, née Jakovler.

2. Médecin : M. Boidin ; assistant : ; interne : Mme Roudinesco ; externes : MM. Monceau (Y.), Paillas (P.), Maruelle, Rossignol, Broche (J.), Roux (M.), Mlle Ladet (M.), M. Lefebvre (J.).

3. Médecin : M. Pasteur Vallery-Radot ; interne : M. Miget ; externes : MM. Lavedan de Casaubon, Wolfromm, Lamasson, Gilbert (C.), Varay (A.), Meyer (L.), El Khaïm, Levy (J.).

4. Médecin : M. Chiray; interne : M. Jame (R.); externes : MM. Bouvrain (Y.), Gerbeaux (J.), Morichau-Beauchant, Fortin (R.), Galup (P.), Marcombes (E.), Drain (M.), Dupuy (R.).

5. Médecin : M. Flandin ; interne : M. Joly (F.), externes : MM. Thorel (F.-P.), David (J.), Jamain (B.), Goujard (P.).

6. *Premier service de désencombrement.* — M. Flandin, externe en premier : M. Sambron (interne, fais. prov. fonct. d'externe en premier) ; externes : MM. Chenebault (J.), Pietroni (M.), Adle, Maude.

7. *Deuxième service de désemcombrement.* — M. Flandin ; externe en premier : M. Wetterwald (interne f. f. d'externe en premier) ; externes : MM. Derobert (L.), Salvanet (J.), Reveillaud (J.-C.), Guillemin (G.).

8. Chirurgien : M. Mocquot ; assistant : ; internes : MM. Couvelaire, Rudler, Poilleux ; externes : MM. Huber, Gresse, Mlle Carlet, MM. Le Cudonnec, Auger, Laïck, Mlle Aubin, M. Nonique.

9. Chirurgien : M. Küss ; assistant : ; internes : MM. Lauret, Boisseau, David (L.) ; externes : MM. Misserey, Beaufils (externe en premier), Sorin, Anglade (P.), Bourier, Dorey, Desmarquest, Brouet.

10. Chirurgien : M. Capette ; assistant : ; internes : MM. Gaulier, Hébert, Mencière (L.) ; externes : MM. Cornet, Winiezki, Pocoulé, Worré, Sénéchal, Jalladeau, Janeau, Zahler.

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — M. Lambling ; assistant : externe en premier : M. Camus ; externes : MM. Bouteille (R.), Billard (J.), Mlle Moyen.

12. (*Chirurgie.*) — M. Reinhold ; externes : MM. Benguigui, Baloche.

13. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Beaujard ; assistant : M. Le Goff.

14. *Consultation dentaire.* — M. Raison.

Annexe Bichat. — 15. *Consultation.* (*Médecine générale.*) — Externes : MM. Barrière, Lambling.

16. (*Médecine infantile.*) — Externes : MM. Martinie, Nocton.

17. (*Ophtalmologie.*) — externes : MM. Barbier, Feld.

18. (*Oto-rhino-laryngologie.*) — Externes : MM. Vercier, Dupond.

M. Broussais. — 1. Médecin : M. Dufour ; assistant : ; interne : Mlle Baguette ; externes : MM. Calvet (J.), Meurin (H.), Piroux (J.), Plas (F.), Bain (V.).

2. *Service des tuberculeux* (baraquements). — M. Dufour ; interne : M. Hurez ; externes : MM. Sautter (Y.), Rachstein.

3. Médecin : M. Laubry ; assistant : ; interne : M. Antonelli (J.); externes : MM. Renet (M.), Vialle, Chevé (J.), Braunberger, Lesguillous.

4. *Service des tuberculeux.* — M. Laubry ; interne : M. Degos (R.) ; externes : MM. Husset (J.), Henry (C.).

5. Médecin : M. Marchal ; assistant : ; internes : MM. Bargeton (D.), Mahoudeau ; externes : MM. Brandenbourg, Gillot (J.), Bussière, Samain, Capmas, Mathivat, Bessie, Avenier.

6. Médecin : M. Mondor ; assistant : ; internes : MM. Maës, Barthes ; externes : MM. Demange (M.), Lafourcade, Prat (P.), Lebel (J.), Menauteau (A.), Rouchy.

7. *Consultation.* (*Médecine.*) — M. Ravina ; externe en premier : M. Douay ; externes : MM. Blanchard (A.), Chapoy (P.).

8. (*Chirurgie.*) — M. Welti ; assistant : ; externes : MM. Maroger (F.), Echegut.

9. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Cottenot ; assistant : M. Debidour ; externe en premier f. f. : M. Le Goff.

10. *Consultation dentaire.* — M...

11. *Poste de radioscopie.* — M...

N. Boucicaut. — 1. Médecin : M. Courcoux ; assistant : ; interne : M. Roy (L.) ; externes : MM. Robin (J.), Cante (R.), Fayance, Fréret (P.).

2. *Centre de triage.* — Externes : MM. Lamouche, Wintzel.

3. Médecin : M. Trémolières ; interne : M. Thierry (J.) ; externes : Mlle Wetzel, MM. Habrekorn (P.), Trepsat (R.), Gros (L.).

4. Chirurgien : M. Labey ; assistant : ; internes : MM. Ardouin, Rachelsberg, Naulleau ; externes : MM. Goyer (externe en premier), Bouche, Turpin-Rotival, Mlle Théodoresco, MM. Ollier, Touati, Mestries, Lemanissier.

5. Accoucheur : M. Ecalle ; assistant : ; internes : MM. Strée, Willot ; externes : MM. Lazarovici, Ameur-Chakir, Lemonnier (R.), Courchinoux.

6. *Consultation. (Médecine.)* — M. Carrié ; externe en premier : M. Allilaire ; externes : MM. Depaillat (A.), Abiteboul (J.).

7. *(Chirurgie.)* — M. Soupault ; externes : MM. Galland, Tournafond, Mme Roy, M. Brinou.

8. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Moulonguet ; assistant : ; externes : MM. Lachèze, Epelbaum.

9. *Consultation dentaire.* — M. Fargin-Fayolle.

10. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Guilbert ; chef adjoint : M. Gilson ; assistants : MM. Blanche, Lifschitz ; externe : M. Daumézou.

O. VAUGIRARD. — 1. Chirurgien : M. le prof. P. Duval; assistant : ; chefs de clinique: MM. Redon, Merle d'Aubigné, Leroy (R.), Dulac, Belou (attaché médical) : chefs de labor. : MM. Moutier, Porcher, Goiffon, Béclère ; internes : MM. Baudelot, Van der Elst, Billet ; externes : MM. Coldefy (externe en premier) ; Morel-Fatio, de Botton (externe en premier), Weill, Biardeaux, Sevileano, Fretet, Sikorav, Mlle Olivier, MM. Rault, Cauchoix.

2. *Consultation dentaire.* — M. L'Hirondel.

3. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Béclère ; assistant : M. Dupouy.

4. *Centre de neuro-psychiatrie infantile.* — Médecin : M. Heuyer ; interne : Mme Bernard, née Pichon ; externes : Mlle Huel, M. Kunossy.

P. AMBROISE-PARÉ. — 1. Médecin : M. Richet ; assistant : ; interne : M. Facquet (J.) ; externes : MM. Guéret (A.), Robert (J.-P.), Lapeyre (J.), Bregeat (P.).

2. Médecin : M. Monier-Vinard ; assistant : ; interne : M. Porin (J.) ; externes : MM. Boudou (L.), de Rollat (J.), Mlle Desallais, MM. Ullmann, Normand (P.).

3. Médecin : M. Huber ; assistant : ; interne : M. Aubin ; externes : Mlle Jomier, MM. Steinberg (S.), Coulombeix, Steuerman.

4. Chirurgien : M. Desmarest ; assistant : ; internes : MM. Gorodiche, Bourgeois ; externes : MM. Eudel, Baucaud, Tardieu, Couturier, Delair, Fayet, Feinmann.

5. *Consultation (Médecine).* — M. Péron ; assistant : ; externe en premier : M. Aliker ; externes : MM. Cahuet (R.), Poisson.

6. *(Chirurgie.)* — M. Thalheimer ; assistant : externes : Mme Davous (I.), M. Davous (R.), Mme Meillaud.

7. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bouchet ; assistant : ; externes : MM. Defossez, Daniels, Conetti.

8. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Monbrun; externes : Mlle Saulnier, M. Nespoulos.

9. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Detré ; assistant : M. Brennan.

Q. SAINT-LOUIS. — 1. Médecin : M. le prof. Gougerot ; chefs de clinique : MM. Carteaud, Cohen (R.), Ragu ; chefs de labor. : Mlle Eliascheff, MM. Desgrez, Duché, Peyre ; internes : MM. Patte (A.), Decourt ; externes : MM. Ripard (G.), Meillon (J.), Mattern (R.), Mme Legros, née Ledan, MM. Schatz, Raybaut (A.), Ellenberger, Mlle Thueux.

2. Médecin : M. Milian ; assistant : ; internes : MM. Lortat-Jacob, Baussan (R.) ; externes : MM. Nicaise (G.), Vieuchange, Touzard, Winphen, Opin (M.), de Mestier du Bourg, Bourget (R.), de la Lande.

3. Médecin M. Ravaut ; assistant : ; internes : Mlle Valentin, M. Maisler ; externes : M. Mandel, Mlle Millant, MM. Roux, Naud, Raphaël (G.), Drizard (A.), Glasermann, Pimpaneau.

4. Médecin : M. Touraine ; assistant : ; internes : MM. Golé, Hesse (J.) ; externes : MM. Cadet de Gassicourt, Lagaillarde (J.), Henri (M.), Michard (L.), Guittard (J.), Mlle Lecour (A.), MM. Baudet (H.), Goez.

5. Médecin : M. Louste ; assistant : ; internes : MM. Bernard-Griffights, Racine ; externes : MM. Cauhepé, Ecklé, Vettier, Leibovici, Sarrazin (L.), Michel (R.), Tuchan-Canh, Maillefer.

6. Médecin : M. Sézary ; assistant : ; internes : MM. Lenègre (J.), Gallot (H.) ; externes : MM. Lortat-Jacob (J.-L.), Dubarry (B.), Parfus (J.), Hinard (D.), Vincent (A.-P.), Naud (H.), Tran-Tan-Phat, Delzant (O.).

7. Médecin : M. Duvoir ; assistant : ; interne : M. Cachin (M.) ; externes : MM. Basset (A.), Vivien (P.), Pitou (J.), Yglésias (P.), Schmid (G.).

8. Chirurgien : M. Chifoliau ; assistant : ; internes : MM. Lacoste, Franco, Pichon ; externes : MM. Placa (A.), Le Roy (F.), Gillet, Anglade, Rizoff, Perret (C.) (externe en premier), Saliou, Neveu (J.).

9. Chirurgien : M. Gouverneur ; assistant : ; internes : MM. David (P.), Aboulker (P.) ; externes : MM. Fuchs, Thomas, Minc, Lambey.

10. *Consultation.* — M. Gouverneur ; externes : MM. Krivine, Viala, Bonnet (R.), Salmona, Le Brun.

11. Chirurgien : M. Moure ; assistant : ; internes : MM. Megnin, Guichard, Benoist (H.) ; externes : MM. Pétroff, Haguier, Pellerat, Mlle Lefèvre, MM. Pierre-François, Vitanyi, Mercadier, Chastagnol, Charpentier.

12. Chirurgien : M. Bazy ; assistant : ; internes : MM. Robin, Davioud, Naggiar ; externes : MM. Alphonsi, Depoivre, Laurent, Tulou, Faye, Schaefer, Prunel, Vatner.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Halphen ; assistant : ; internes : MM. Gaston (A.), Lemaître (Y.) ; externes : MM. Crépon (R.), Pasqualini (P.), Rosenbach, Claudeville (P.), Angyal, Jouffroy (A.).

14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Dupuy-Dutemps ; assistant : ; interne : M. Voisin ; externes : MM. Moreno (externe en premier), Badinier, Gallant, Boulenger.

15. Accoucheur : M. Cathala ; assistant : ; internes : MM. Delorme, d'Escrivan ; externes : NM. Segall (D.), Le Foll (M.), Kohen (J.), Landès (A.), Neveu (A.).

16. *Consultation. (Chirurgie.)* — M. Bloch (R.) ; assistant : ; externes : MM. Foret, Iancovici, Sztejn.

17. *Consultation dentaire.* — M. Mahé ; adjoint : M. Dechaume ; assistant : M. Chapard ; externes : MM. Gout, Hacker.

18. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Belot ; chefs adjoints : MM. Lepennetier, Nadal (fais. fonc.) ; assistants : MM. Nahan, Pelizza, Dubost, Hickel, Kimpel, Buhler, Juster, Giraudeau ; externes : Mme Leblanc, née Desbois, Mlle Ruais, M. Mourgues.

Annexe Grancher. — 19. Médecin : M. Babonneix ; assistant : ; internes : Mlles C. Riom, Wilm ; externes : MM. Vallancien, Boudonnet, Giraudoux, Philippe (L.), Maurage (F.), Mlle Ternois, MM. Gisselbrecht (H.), Simonin (P.).

20. Chirurgien : M. Martin ; internes : M. Graffin, Mlle Delon, M. Reboul ; externes : MM. Benoist (externe en premier), Carrez (externe en premier), Froissant (A.), Du Lac, Liermain (M.), Comte, Mlle Vidal de la Blache.

R. BROCA. — 1. Médecin : M. Weissenbach ; assistant : ; interne : M. David (J.) ; externes : MM. Wolinetz, Casalis (G.), Guénin (P.), Zaepffel, Dillange (E.), Darmou (G.), Lichtenberg, Hirsch.

2. *Consultation de blennorragie.* — Externes M. Michel (J.), Mlle Lauriat.

3. Médecin : M. Tzanck ; assistant : ; interne : M. Cord (M.) ; externes : MM. Aucler (A.), Boucher (M.), Feuillet (Ch.), de Montis, Negreanu (A.), Garfunkel, Paris (A.).

4. *Service de transfusion.* — Médecin : M. Tzanck ; externes : MM. Boyer (J.), Dezoteux.

5. Chirurgien : M. le prof. J.-L. Faure ; chefs de clinique MM. Peytavin, Roy ; chefs de labor. : MM. Bulliard, Douay ; internes : M. de Langre, Mlle Fayot, Mme Stuhl ; externes : M. Rosenfeld, Mlle Pevet, MM. Rosenberg, Velez (externe en premier), Manil, Cucherousset, Belletoille.

6. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lehmann ; assistant : M.

S. MATERNITÉ. — 1. Accoucheur : M. Le Lorier ; assistant : ; adjoint : ; aide de clinique : ; internes : MM. Amid Medhi, Gorecki ; externes Mlles Mignon, Poindesault, Mme Marchand.

2. *Maternité nouvelle.* — Interne : M. Lachmann ; externes : Mmes Brézard, Mowszowicz.

T. BAUDELOCQUE. — 1. Accoucheur : M. le prof. Couvelaire ; chefs de clinique : MM. Laënnec (F.) (adjoint), Laporte (attaché médical) ; chefs de labor. : MM. Giraud, Lacomme ; interne : M. Lepage ; externes : MM. Daniel (P.), Attal, Lemmet (C.), Mlle Wuest, M. Canale, Mlle Vialet (L.), M. Tempier.

2. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : Mme de Brancas.

U. HOPITAL DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT TARNIER. — 1. Accoucheur : M. le prof. Brindeau ; chefs de clinique : MM. Bidoire, Bucquoy, Bompart ; chefs de labor. MM. Cartier, Hinglais ; interne : M. Jarousse ; externes Mlle Malan (J.), MM. Desrosiers (L.), Lardenois (L.), Rogé (R.), Martini.

V. CLAUDE-BERNARD. — 1. Médecin : M. le prof. Teissier; chefs de clinique : MM. Bourgeois (J.), Layani; chef de labor. : M. Reilly ; internes : MM. Pham-Hu-Chi, Gabriel, Friedman (E.) ; externes : MM. Delaroche (J.), du Buit, Germon, Boutakoff, Margout, Rabaté, Tissier, Schwartz, Mlle Hannes, MM. Barouch, Duperrat (externe en premier).

W. BASTION 29. — 1. Médecin : M. Hutinel ; assistant : ; interne : M. Albeaux-Fernet ; externe en premier : M. Dreyfus (interne fais. fonct. provis. d'externe en premier) ; externes : M. Milliau (M.), Mlle Guignard, MM. Falin, Bourée (J.), Genévrier (R.), André-Mathieu, Vassor (L.), Chalochet (P.).

X. ANDRAL. — 1. *Premier service temporaires.* — Médecin : M. Pichon ; externe en premier : M. Bidou (interne f. f. d'externe en premier) ; externes : MM. Legrand (M.), Beauchef (R.), Rabinovici, Oudin (J.), Defougy.

2. *Deuxième service temporaire.* — Médecin : M. Pichon externe en premier : Mme Longuet (interne f. f. d'ext. en premier) ; externes : Mlle Patez, MM. Lavergne, Duchemin, Richard.

Y. TROUSSEAU. — 1. Médecin : M. Lesné ; assistant : ; interne : M. Guillain (P.) ; externes : Mlles Aghion, Buttner, Salembiez, Epstein, Cotton, Weissberg, M. Gillon.

2. *Service de la diphtérie.* — M. Lesné ; interne : M. Boquien.

3. Médecin : M. Paisseau ; assistant : ; interne : M. Tournant (P.) ; externes : Mme Gibert née Corny, MM. Picart (R.), Sicard (P.), Herrenschmidt, Martin (J.-E.), Mlle Challiot.

4. *Contagieux.* — M. Paisseau ; interne : M. Patey.

5. Chirurgien : M. Sorrel ; assistant : ; internes : MM. Limasset, Roquejoffre, Loutsch ; externes : M. Flori, Mlle Lods, MM. Royer, Raymondaud, Loze, Walther, Mlles Duclaux, Wirz, Lemarchand.

6. Médecin : M. Rouget ; assistant : ; interne : M. Hamon ; externes : MM. Tran-Ba-Huy, Maillard (P.), Gouzé, Sallé, Ceoara.

7. *Consultation. (Médecine.)* — M. Janet ; assistant : ; externe en premier : Mlle Huguet ; externes : Mme Boulle, Mlles Valette, Kapp, Finkelstène.

8. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Prélat ; assistant : ; externes MM. Valetta, Wiehn.

9. *Consultation dentaire.* — M. Lemerle ; assistant : M. Ménard.

10. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Mahar ; assistant : M. Damond.

Z. BRETONNEAU. — 1. Médecin : M. Guillemot ; assistant : ; interne : M. Louvet ; externes : MM. Lavergne (H.), Chevallier (A.), Martrou (P.), Sifflet, Castany (J.), Fargette (L.).

2. Médecin : M. Grenet ; assistant : ; interne : M. Mourrut ; externes : MM. Morelle (R.), Nigaud (H.), Guérin (J.-G.), Brault (A.), Marçais (R.), Nobert (C.).

3. Chirurgien : M. Picot ; assistant : ; internes : MM. Leroy, Masson, Lardennois ; externes : M. Perrot (R.) (externe en premier), Mlles Thevenot, Latran ; M. Grégoire, Mlles Saguez, Grand, M. Deschamps.

4. Chirurgien : M. Metzger ; assistant : ; internes : MM. Ghozland, Brouet ; externes : MM. Zeiler (H.), Breitel (H.), Ghozland (L.), Mlle Jeannacopoulo, MM. Bureau (P.), Parent (J.).

5. *Consultation (Médecine).* — M. Marquézy ; assistant : ; externe en premier : M. Boussoulade ; externes : MM. Enquin (B.), Dassencourt, Nguyen, Mlles Margueron, Verlière.

6. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bloch ; assistant : ; externes : MM. Tarchiani, Eyriès (Ch.), Di Matteo, Baron.

7. *Consultation dentaire.* — M. Izard.

8. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lobligeois ; chef adjoint : M. Torchaussé ; assistant : M. Méry; externe : Mme Leneman.

Aa. HÉROLD. — 1. Médecin : M. Armand-Delille ; assistant : ; interne : M. Gavois ; externes : MM. Marcus, Hechter, Boyé, Bayle, Lepeytre, Bruno.

2. Médecin : M. Milhit ; assistant : ; interne : M. Fouquet (J.) ; externes : MM. Alaurent, Sachnine (L.(, Mlle Jesensky de Nagy, MM. Carniol (J.), de Graciansky, Marlin (P.).

3. *Consultation (Médecine).* — M. Turpin ; assistant : ; externe en premier : M. François (R.) ; externes : MM. Rouvet (F.), Leclercq (J.).

4. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Aubry ; externes : MM. Degand, Dennewald.

5. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Laquerrière ; adjoint : M. Dimier (fais. fonc.- ; externe : M. Sénéchal.

6. *Consultation dentaire.* — M. Ruppe.

Ab. MAISON DE SANTÉ. — 1. Médecin : M. Gautier ; assistant : ; interne : M. Alpern ; externes : MM. Bretton (R.), Blot (P.), Guillon, Deramond (L.), Bibas (M.), Guès (A.).

2. Médecin : M. Donzelot ; assistant : ; interne : M. Uhry ; externes : M. Divet, Mlle Morel, MM. Krakowski, Avenier (P.).

3. Chirurgien : M. Guimbellot ; assistant : ; internes : MM. Beaufils (R.), Menétrel ; externes : MM. Stu-

tensky, Andry, Corrion, Gibon, Champagne, Deroide, Monier.

4. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Charlier (A.) ; chef adjoint : M. Ordioni.

Ac. ENFANTS ASSISTÉS. — 1. Médecin : M. le prof. Lereboullet ; assistant : » ; chefs de clinique : MM. Bohn, Benoist, Baize ; chef de labor. : M. Détrois ; internes : MM. Vanier, Bosquet ; externes : M. Chanel (R.), Mlle Legagneux, MM. Hallé (G.), Longuet (A.), Mme Mollaret, M. Boivin (J.).

2. Chirurgien : M. Veau ; assistant : ; internes : MM. Leroux-Robert, Loiseau (G.) ; externes : MM. Challiol, Kun, Durand (G.), Desclaux, Moreau.

3. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Gérard ; assistant : ; externe : M. Simon (F.).

4. *Consultation dentaire.* — M. Boissier.

Ad. BICÊTRE. — 1. Médecin : M. Moreau ; assistant : ; internes : MM. Deparis, Boudin (G.) ; externes : Faulong (L.), Limasset, Sicard (M.), de Lignières (A.), Herluison (H.), Guichard.

2. Médecin : M. Alajouanine ; assistant : ; internes : MM. Ribadeau-Dumas, Mauric ; externes : MM. Bosquet (P.), Gouget (F.), Monnier (J.), Greif (L.), Tantin (H.), Boissonnat (P.).

3. Médecin : M. Etienne Bernard ; assistant : ; interne : M. Klotz (H.) ; externes : MM. Gruner, David-Rubens, Galimard, Lafon, Goldman.

4. Médecin : M. de Gennes ; interne : M. Royer de Véricourt ; externes : MM. Lesauvage, Fleury, Dénès, Logeais, Rossano.

5. Chirurgien : M. Toupet ; assistant : ; internes : MM. Devaux, Jonard, Milhiet ; externes : MM. Martinon, Lambert, Gouffiier, Lafont, Goulène, Tetran (H.), Mannoni, Marre.

6. *Consultation. (Chirurgie.)* — M. Toupet ; externe en premier : M. Ferroir (interne fais. fonct d'externe en premier).

7. Médecin : M. Camus ; interne : Mme Grand.

8. Médecin : M. Maillard ; interne : M. Baillet.

9. *Consultation dentaire.* — M. Richard.

10. *Ophtalmologie.* — M. Hartmann.

11. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Dariaux ; chef adjoint : M. Guénaux.

12. *Service de désencombrement.* — Médecin : M. Moreau ; externes : MM. Caména d'Almeida, Dubos (P.), Auffret (J.), Mlle Cheikh.

13. *Service temporaire.* — M. Moreau ; externe en premier : M. Demartial ; externes : MM. Azoulay, Martin (M.).

Ae. SALPÊTRIÈRE. — 1. Médecin : M. le prof. Guillain ; chefs de clinique : MM. Michaux, Thurel, Bize, Rouquès (L.) ; chefs de labor. : MM. Bertrand, Garcin, Thévenard, Mathieu ; internes : MM. Guyot (J.), Rudaux, Schwob ; externes : MM. Wattez, Duriez (A.), Sexe (J.), Liber (A.), Goby (R.), Astor (A.), Mlle Seiffert (E.).

2. Médecin : M. Crouzon ; assistant : ; internes : Mme Laquerrière, M. Gaucher ; externes : Mlle Dutilleul, MM. Gordet, Antomarchi (V.), Orsoni (P.), Turchini (J.), Rohozinski (L.), Forestier (J.), Ichard, Journe.

3. *Infirmerie du personnel et chalets.* — M. Crouzon ; interne : M. Fabre (G.).

4. Médecin : M. Ribadeau-Dumas ; assistant : ; interne : M. Rault ; externes : Mlle Coste, Mme Bourgeois ; MM. Netter (H.), Pouyol (J.), Mme Julia.

5. *Service temporaire.* — Médecin : M. Ribadeau-Dumas ; externes : MM. Ferval, Fulconis.

6. Médecin : M. Léon Kindberg ; assistant : ; interne : M. Paul (R.) ; externes : MM. Florès, Offret (externe en premier) ; Tallet, Krug, Mlles Despax, Dubois, M. Reignier.

7. Chirurgien : M. le prof. Gosset ; assistants : MM. Petit-Dutaillis, Charrier ; assistant médical : M. Gutmann ; chefs de clinique : MM. Funck, Audouin, Lecœur, Jahiel (attaché médical) ; chefs de labor. : MM. Magrou, Rouché ; en surnombre : M. Sicard (interne lauréat, médaille d'or) ; internes : MM. Dufour (A.), Guiheneuc, Benaerts ; externes : MM. Depierre, Mousseaux, Dugrenot, Debelut, Picard, Regard, Luteran, Bigey (externe en premier), Nastorg (externe en premier), Lascoux.

8. Médecin : M. Barbé ; interne : M. Delay (J.).

9. Médecin : M. Vurpas ; interne : M. Corman.

10. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Bourguignon ; chef adjoint : M. Thibonneau ; assistants : MM. Humbert, Mathieu, Ledoux-Lebard ; externe : M. Malmed.

11. *Premier service temporaire. (Rougeole.)* — Médecin : M. Mouquin ; externe en premier : M. Stewart (interne fais. fonct. prov. d'externe en premier) ; externes : MM. Moulle, Martinot, Piraud, Charousset.

12. *Deuxième service temporaire.* — Médecin : M. Garcin ; externe en premier : M. Israël (interne fais. fonct prov. d'externe en premier) ; externes : MM. Callot (J.), Béranger, Buisson (G.), Trotot, Buttin, Evrard.

13. *Consultation dentaire.* — M. Guilly ; adjoint ; M. Sassier.

Af. IVRY. — 1. Médecin : M. Cain ; interne : Mlle Barnaud ; externes : MM. Tissot (J.), Claude (V.), Mlle Sachnine, M. Soudée.

2. *Chroniques et admissions.* — Externes : M. Rouzaud (M.), Mlle Balossini.

3. Médecin : M. Jacob ; internes : MM. Brocard, Gaultier ; externes : MM. Michaut (R.), de Nobili, Veydert, Girault, Termine, Zuckermann.

4. Chirurgien : M. Deniker ; internes : MM. Viala, Sabourin (J.) ; externes : Mme Kiriloff, MM. Herzfeld, Girard (L.).

5. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Pestel ; assistant : M. Delapchier.

6. *Consultation dentaire.* — M. Cabrol.

Ag. MÉNAGES. — 1. Médecin : M. Brodin ; assistant : ; interne : M. Peney (M.) ; externes : MM. Taveau (P.), Maynadier (P.), Le Duc (J.), Giraud (G.).

2. Chirurgien : M. Lardennois ; assistant : ; internes : MM. Bocquentin, Bruneton, Chômet ; externes : MM. Meynard (M.), Dastugue, Vancostenoble, Chatain (externe en premier), Lartigue, Sierra, Chevallier.

Ah. LA ROCHEFOUCAULD. — 1. Médecin : M. Tinel ; assistant : ; interne : M. Seidman ; externe : M. Potier (G.).

2. *Service des tuberculeux (baraquements).* — M. Tinel ; interne : M. Eck ; externes : MM. Gailhard, Calvet, Lapierre (P.), Dufour (J.).

3. *Poste de radioscopie.* — Assistant : M. Falcoz.

Ai. DEBROUSSE. — 1. Médecin : M. Cathala ; interne : M. Meillaud.

Aj. BERCK. — *Hôpital maritime.* — 1. Chirurgien : M. Richard ; internes : MM. Arondel, Stérin, Bastien ; externes résidents : Mlle Ciosi (M.), MM. Poidevin, Personnaz (M.), N...

2. *Hôpital Lannelongue.* — Chirurgien : M. Richard ; interne : M. Genty (P.) ; externes résidents : MM. de Cagny, Guérin.

3. *Electro-radiologie.* — M. Parin.

Ak. BRÉVANNES. — 1. Médecin : M. René Marie ; interne : M. Esquirol ; interne (concours spécial) : M. Rymer.

2. Médecin : M. Renaud ; interne : M. Landrieu ; internes (concours spécial) : MM. Tilitcheff, Borde, Marcy.

3. Médecin : M. Lévy-Valensi ; interne : M. Arvay (externe en premier) ; internes (concours spécial) : MM. Leconte (M.), Giraud, Leconte (A.), Darras, Momblot.

4. *Electro-radiologie.* — Assistant : M. Thiel.

5. *Consultation dentaire.* — M. Nespoulous.

Al. SAINTE-PÉRINE. — 1. Médecin : M. Jacquet ; interne (concours spécial) : M.

Am. CHARDON-LAGACHE. — 1. Médecin : M. Jacquet ; interne (concours spécial) : M. Laroche.

An. HENDAYE. — 1. Médecin : M. Morancé ; internes (concours spécial) : Mlle Danzig, M. Opolon.

Ao. CHAMPROSAY. — 1. Médecin : médecin titulaire : M. Nouvion ; médecins assistants : Mlle le Dr. Pauc, M. Calamy ; internes (concours spécial) : MM. Rotenstein, Vautier.

Ap. ASILE SAINTE-ANNE. — 1. Médecin : M. le prof. Claude ; chefs de clinique : MM. Le Guillant, Migault, Masquin ; Ey, Dublineau ; chefs de labor. : MM. Cuel, Dubar, Lehman, Dumas, Lecourt, Mlle Bonnard, MM. Piot, Nacht.

2. *Electro-radiologie.* — N...

3. *Consultation dentaire.* — M. Pietkievicz.

Aq. SANAT D'ANGICOURT. — 1. Médecin : M. Buc.

Ar. SANAT SAN SALVADOUR. — 1. Médecin : M. Fohanno; adjointe : Mlle Jean.

As. GALIGNANI ET BELOEUIL. — 1. Médecin : M. Maréchal ; adjoint : M. Cauchemez.

At. LA RECONNAISSANCE, FONDATION BREZIN. — 1. Médecin : M. Mutel.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° CHEFS DE SERVICE (MÉDECINS, CHIRURGIENS, ACCOUCHEURS ET ASSISTANTS; CONSULTATIONS, OPHTALMOLOGISTES, OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES, ÉLECTRO-RADIOLOGISTES, STOMATOLOGISTES); 2° CHEFS DE CLINIQUE (MÉDECINE, CHIRURGIE, ACCOUCHEMENTS); 3° INTERNES; 4° EXTERNES EN PREMIER; 5° EXTERNES.

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Dufour, G-14 = G. Hôpital Cochin, 14. Service de M. Quénu.

MÉDECINS

et assistants.

CHIRURGIENS

et assistants.

ACCOUCHEURS

et assistants.

OPHTALMOLOGISTES

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES

ÉLECTRO-RADIOLOGISTES

Baude, E-11.
Baude (Mme), F-13.
Beau, I-18.
Beaujard, L-12.
Beclère, O-3.
Belot, Q-18.
Blanche, N-10.
Boileau, D-16
Bourguignon, Ac-10
Brancas (Mme de), T-2.
Brennan, P-9.
Buhler, Q-18.
Busy, G-17.
Charlier, Ab-1.
Chenilleau, A-12.
Chenot, D-16.
Codet, D-16.
Colliez, J-17.
Colombier, A-12.
Couvreux, C-12.
Damond, Y-10.
Darbois, J-17.
Dariaux, Ad-11.
Debidour, M-9.
Delapchier, Af-5.
Delaplace (Mme), H-14.
Deliencourt, D-16.
Descouts, J-17.
Desgrez, C-12.
Detré, P-9.
Devois, D-16.
Dimier, Aa-5.
Diodès, A-12.
Dubost, Q-18.
Duhem, F-13.
Dupouy, O-3.
Duval, I-18.
Falcoz, Ah-3.
Foubert, G-17.
Gadreau, C-12.
Gally, E-11.
Gauillard, H-14.
Gérard, Ac-1.
Gibert, D-18.
Gilson, N-10.
Goubert, F-3.
Guénaux, Ad-11.
Guibert, E-11.
Guilbert, N-10.
Haret, I-18.
Hélie, K-16.
Hickel, Q-18.
Huet, J-17.
Humbert, Ae-10.
Joly, H-14.
Jouveau du Breuil, K-16.
Kaufmann (Mme), G-17.
Kimpel, Q-18.
Lagarenne, A-12.
Laquerrière, Aa-5.
Ledoux-Lebard, Ae-10.
Le Goff, L-13, M-9.
Lehmann, R-6.
Lepennetier, O-18.
Lifschitz, N-10.
Lobligeois, Z-8.
Mahar, Y-10.
Mallet, J-17.
Marchal, J-17.
Marchand, D-18.
Mathieu, Ae-10.
Méry, Z-8.
Mignon, H-14.
Morel-Kahn, D-16.
Moret, G-17.
Moutard, A-12.
Nadal, Q-18.
Nahan, Q-18.
Ordioni, Ab-1.
Parm, Aj-3.
Pestel, Af-5.
Pelizza, Q-18.
Petit, E-11.
Piffault, C-12.
Porcher, H-14.
Portret, K-16.
Prévost, G-17.
Rebuffel, I-18.
Solomon, D-18.
Stuhl, D-16.
Surmont, H-14.
Surrel, I-18.
Thibonneau, Ac-10.
Thiel, Ak-4.
Thoyer-Rozat, D-16.
Torchaussé, Z-8.
Truchot, E-11.
Quivy, C-12.

STOMATOLOGISTES

Béliard, A-11.
Boissier, Ac-4.
Bozo, B-15.
Cabrol, Af-6.
Chufard, E-10.
Crocquefer, I-17.
Darcissac, K-15.
Dechaume, Q-17.
Fargin-Fayolle, N-9.
Gérard-Maurel, C-11.
Gornouec, E-10.
Guilly, Ae-13.
Izard, Z-7.
Lacaisse, D-17.
Lacronique, J-18.
Lattes, B-15.
Lemerle, Y-9.
L'Hirondel, O-2.
Mahé, Q-17.
Merville, A-11.
Nespoulous, Ak-5.
Pietkievicz, Ap-3.
Raison, L-14.
Richard, Ad-9.
Rousseau-Decelle, I-17.
Ruppe, Aa-6.
Sassier, Ae-13.
Schoefer, H-15.
Thibaut, D-17.
Vilenski, A-11.

HYDROTHÉRAPIE ET THERMOTHÉRAPIE

Dausset, A-13.

CHEFS DE LABORATOIRE

adjoints et assistants.

Bariéty, G.-1.
Beauvy, G-9.
Bédère, O-1.
Bertrand, Ae-1.
Bidot, F-1.
Bonnard (Mlle), Ap-1.
Bonnet, K-1.
Bulliard, R-5.
Busy, G-1.
Cartier, U-1.
Chabanier, E-5.
Coquoin, A-1.
Couvreux, I-1.
Cuel, Ap-1.
Desgrez, Q-1.
Détrois, Ac-1.
Deval, A-1.
Dioclès, A-1.
Dognon, A-1.
Douay, R-5.
Doubrow, B-1.
Dubar, Ap-1.
Dubois (Mlle), B-1.
Duché, Q-1.
Duchon, D-1.
Dumas, Ap-1.
Dumont, A-1.
Durand, C-1.
Eliascheff (Mlle), Q-1.
Escalier, B-2.
Fisch, E-5.
Garcin, Ae-1.
Gauthier-Villars (Mlle), K-1.
Goiffon, O-1.
Goulfier, A-7.
Guillaumin, D-1.
Herrenschmidt, B-9.
Hinglais, U-1.
Hudelo, A-7.
Lecourt, Ap-1.
Lehman, Ap-1.
Lumière, E-5.
Magrou, Ae-7.
Mathieu, Ae-1.
Minvielle, B-10.
Moutier, O-1.
Nacht, Ap-1.
Nepveux, B-2.
Olivier, K-1.
Peyre, Q-1.
Piot, Ap-1.
Porcher, O-1.
Reilly, V-1.
Rouché, Ae-7.
Saint-Girons, F-8.
Simonnet, A-1.
Thévenard, Ae-1.
Tissier (Mlle), A-1.
Tribout, D-1.
Truchot, E-5.
Verliac, E-5.
Verne, G-1.
Weill, D-1.

RADIOSCOPIE

Falcoz, Ah-3.

CHEFS DE CLINIQUE

Armingeat, F-8.
Audouin, Ae-7.
Azerad, B-2.
Braize, Ac-1.
Banzet, A-6.
Baudouin, I-12.
Belou, O-1.
Benoist, Ac-1.
Besançon (Justin), B-2.
Bidoire, U-1.
Bize, Ae-1.
Blum, A-7.
Boegner (Mlle), B-10.
Bohn, Ac-1.
Bolstanski, B-1.
Bompart, U-1.
Bourgeois (Jean), V-1.
Braun (Mlle), A-7.
Bucquoy, U-1.
Cahen, G-1.
Caroli, A-1.
Carleaud, Q-1.
Charrier, Ac-7.
Choquart, B-10.
Cohen (R.), Q-1.
Delalande, A-1.
Delarue, D-1.
Dreyfus (Gilbert), B-2.
Dreyfus-Sée (Mlle), B-1.
Dublineau, Ap-1.
Dulac, O-1.
Dupuy-Dutemps, A-7.
Duruy, D-1.
Ey, Ap-1.
François, T-1.
Funck, Ae-7.
Garnier (Ch.), F-8.
Gutmann, Ae-7.
Hussenstein, D-10.
Imbert, C-1.
Jahiel, Ae-7.
Kaplan, F-1.
Laennec, T-1.
Lamy, K-1.
Laporte, T-1.
Launay, C-1.
Layani, B-1.
Lecœur, Ae-7.
Le Guillant, Ap-1.
Leroy (R.), O-1.
Liège, F-1.
Lieutaud, E-5.
Lonjumeau, C-1.
Luzuy, B-10.
Maduro, I-12.
Martin, F-1.
Masquin, Ap-1.
Maximin, E-5.
Meillère, A-6.
Merle d'Aubigné, O-1.
Michaux, Ae-1.
Migault, Ap-1.
Moussoir, G-1.
Oumansky, D-1.
Pau (Mlle), D-1.
Petit-Dutaillis, Ae-7.
Peytavin, R-5.
Poumailloux, G-1.
Ragu (Mme), D-1.
Ragu, Q-1.
Redon, O-1.
Rémy-Néris, I-12.
Renard, A-7.
Rivoire, G-1.
Rouquès (Lucien), Ae-1.
Rouquès (Pierre), G-9.
Roy, Z-5.
Rudolf, B-1.
Thiroloix, A-1.
Thoyer, K-1.
Thurel, Ae-1.
Veil (Prosper), A-7.
Véran, A-1.
Vibert, C-1.

INTERNES

Abaza, K-17.
Aboulker (Pierre), Q-9.
Aboulker (P.), A-7.
Albeaux-Fernet, W-1.
Allard, H-7.
Alpern, Ab-1.
Amid Medhi, S-1.
André (Rob.), G-2.
Antonelli (J.), M-3.
Arager, A-2.
Ardouin, N-4.
Arnal, C-8.
Arnaudel, C-3.
Arondel, Aj-1.
Asselin, E-6.
Attal, T-1.
Aubert (Roger), F-2.
Aubin, P-3.
Baguette (Mlle), M-1.
Baillet, Ad-7.
Bargeton, M-5.
Barnaud (Mlle), Af-1.
Barrier, I-11.
Barthes, M-6.
Bastien, Aj-1.
Baudelot, O-1.
Baumann, A-6.
Baussan (Bern.), Q-2.
Beauchesne, E-3.
Beaufils (René), Ab-3.
Béchet (André), B-8.
Benaerts, Ae-7.
Benoist (H.), Q-11.
Benzaquen, K-5.
Bérard, J-12.
Bernal, C-2.
Bernard (Mme), O-4.
Bernard (Et.), J-9.
Bernard (J.-A.), G-8.
Bernard-Griffights Q-5.
Bertrand (P.), I-10.
Beuzart, E-5.
Bidou, X-1.
Billet, O-1.
Bissery, G-1.
Blanquine, E-6.
Boiquentin, Ag-2.
Boisseau, L-9.
Bolgert, J-6.
Bonnard, L-1.
Bonnet (P.), F-15.
Bons (G.), A-5.
Boquien, Y-2.
Borde, Ak-2.
Bosquet, Ac-1.
Boudin (G.), Ad-1.
Boudreaux, H-8.
Bourdial, G-9.
Bourgeois, P-4.
Bousser, J-5.
Brandy, D-6.
Bréhant, F-9.
Bréhier, I-2.
Bridot, G-10.
Brincourt, D-4.
Brisset, D-4.
Brocard, Af-3.
Brouet, Z-4.
Bruneton, Ag-2.
Bufnoir, J-9.
Busson, A-3.
Caby, H-9.
Cachera (P.), A-1.
Cachin (M.), Q-7.
Cacuira, B-3.
Calvet, H-7.
Camelot, A-8.
Capandji, I-11.
Catalette, H-6.
Chauveau, I-8.
Chennevière, I-13.
Chevallier (Roger), F-11.
Chomet, Ag-2.
Coen, B-9.
Contiadès, B-7.
Cord (Mlle), R-3.
Cordier, A-6.
Corman, Ac-9.
Coste, J-1.
Collet, D-8.
Couvelaire, L-8.
Cuvillier, C-6.
Daniel (Pierre), T-1
Dany, D-5.
Danzig (Mlle), An-1.
Darras, Ak-3.
David (Jean), R-1.
David (Lucien), L-9.
David (Pierre), Q-9.
Davioud, Q-12.
Debray, J-3.
Decourt, Q-1.
Degos (Rob.), M-4.
Delahaye (Mlle), F-10.
Delay (J.), Ae-8.
Delon (Mlle), Q-20.
Delorme, Q-15.
Demirleau, C-7.
Deparis, Ad-1.
Devaux, Ad-5.
Didier-Hesse, A-4.
Dreyfus, W-1.
Dreyfus le Foyer, F-8.
Dubois, H-1.
Dufour (André), Ae-7.
Dulot, G-9.
Durrbach, I-14.
Eck, Ah-2.
Elbim, B-9.
d'Escrivan, Q-15.
Esquirol, Ak-1.
Fabre (G.), Ae-3.
Facquet (Jean), P-1.
Faguière (Mlle), G-10.
Falaise, I-8.
Fau, J-3.
Fauvert, E-2.
Fayot, E-5.
Fayot (Mlle), R-5.
Ferroir, Ad-6.
Fiehrer, G-2.
Fort (Roger), D-13.
Fouquet (Jean), Aa-2.
Fournié, D-12.
Fourestier, D-19.
Franco, Q-8.
Friedman, B-1.
Gabriel, V-1.
Gadaud, K-7.
Gahinet, A-8.
Gallot (H.), Q-6.
Gandy (Mme), G-12.
Garnier, F-4.
Gasne, J-11.
Gaston (Alain), Q-13.
Gaucher, Ae-2.
Gaulier, L-10.
Gaultier, Af-3.
Gautheron (Mlle), B-10.
Gavois, Aa-1.
Genty (Ph.), Aj-2.
Ghozland, Z-4.
Gilbrin, J-2.
Giraud, Ak-3.
Goldberg, B-2.
Golé, Q-4.
Gorecki, S-1.
Gorodiche, P-4.
Gosset, A-6.
Graffin, Q-20.
Grand (Mme), Ad-7
Grivaud, D-11.
Guilié, B-7.
Guichard, Q-11.
Guibeneuc, Ac-7.
Guillain (P.), Y-1.
Guillaumat (L.), A-7.
Guillon, F-12.

Guyot (J.), Ae-1.
Guilly, E-1.
Hanaut, G-6.
Hamelin (Rob.), J-12.
Hamon, Y-6.
Hébert, L-10.
Hécart, J-10.
Henrion, J-8.
Hepp, I-8.
Herbert, E-7.
Herby, J-10.
Hesse (J.), Q-4.
Hurez, M-2.
Illaire, D-12.
Israël, Ac-12.
Jame (R.), L-4.
Jannet (Mlle), B-1.
Jarousse, U-1.
Joly (Fr.), L-5.
Joly (H.), C-6.
Jonard, Ad-5.
Joseph (Et.), I-13.
Joseph (Marcel), J-7.
Jourdan (P.), J-9.
Judet, K-10.
Jullien, G-12.
Klotz (H.), Ad-3.
Klotz, K-9.
Koang, D-7.
Kourilsky (Mme), F-7.
Lachmann, S-2.
Lacoste, Q-8.
Laffaille, I-7.
Lafitte (A.), K-8.
Lance, C-7.
Lançon, D-9.
Landrieu, Ak-2.
Langlois, D-1.
Langre (de), R-5.
Lapiné, K-11.
Laquerrière (Mme), Ae-2.
Lardennois, Z-3.
Laroche, Am-1.
Laurel, L-9.
Lebel, I-10.
Leconte (André), Ak-3.
Leconte (Mme), Ak-3.
Lejeune (Jean), K-10.
Lejeune (R.), C-7.
Lellouch, D-13.
Lemaître (Yves), Q-13.
Lemoine (Jean), K-12.
Lemoyne, B-6.
Lenègre (J.), Q-6.
Lepage, T-1.
Lerminet (Ch.), T-1.
Leroux-Robert, Ac-2.
Leroy, Z-3.
Lichtenberg, F-5.
Limasset, Y-5.
Livieratos, F-3.
Loiseau (Guy), Ac-2.
Loisel (Guy), G-1.
Longuet, F-8.
Longuet (Mme), X-2.
Lortat-Jacob, Q-2.
Loutsch, Y-5.
Louvet, Z-1.
Maës, M-6.
Mahondeau, M-5.
Maisler, Q-3.
Maison, H-2.
Marcy, Ak-2.
Mariau, E-7.
Martin (René), J-11.
Marx, I-14.
Masson, Z-3.
Mauric, Ad-2.
Megnin, Q-11.
Meillaud, Ai-1.
Mencière (L.), L-10
Ménétrel, Ab-3.
Mérigot, B-7.
Merklen, B-4.
Messimy, E-4.
Meyer (And.), D-1.
Mézard (Jean), G-4.
Mialaret, H-5.
Miget, L-3.
Milhiet, Ad-5.
Momblot, Ak-3.
Monod (Olivier), K-10.
Morax, J-13.
Moricard, C-1.
Mouchet, A-6.
Mourrut, Z-2.
Moyse, I-11.
Mutricy, B-9.
Naggiar, Q-12.
Naulleau, N-4.
Odinet, F-6.
Ollivier (H.), D-10.
Opolon, An-1.
Palmer, I-10.
Patey, Y-4.
Patte (A.), Q-1.
Paul (Rob.), Ac-6.
Pautrat, J-4.
Peney (M.), Ag-1.
Pergola (J.), D-11.
Perier (Edouard), D-10.
Perrault (M.), K-1.
Petit (Pierre), J-11.
Phan Hu Chi, V-1.
Pichon, Q-8.
Poilleux, L-8.
Porin, P-2.
Postel, C-6.
Poulain (Mme), C-4.
Puymartin, I-5.
Rachelsberg, N-4.
Racine, Q-5.
Rault, Ae-4.
Reboul, Q-20.
Regaud (J.), G-1.
Reyt (P.), B-3.
Ribadeau-Dumas, Ad-2.
Richard (Aug.), H-10.
Riom (Mlle), Q-19.
Robin, Q-12.
Rodier, G-9.
Roquejoffre, Y-5.
Rotenstein, Ao-1.
Roudinesco (Mme), L-2.
Rouher, H-5.
Rousseau, G-11.
Rousset, B-8.
Roy (L.), N-1.
Royer de Véricourt Ad-4.
Rudaux, Ae-1.
Rudler, L-8.
Rymer, Ak-1.
Sabourin (Jean), Af-4.
Salles (Pierre), G-5.
Sallet (Jean), C-5.
Salomon, J-10.
Sambron, L-6.
Schwob, Ae-1.
Seidman, Ah-1.
Sée, H-4.
Sergent (H.), J-12.
Sicard (Interne lauréat), Ae-7.
Simon (Noël), B-8.
Soubrane, H-6.
Soulignac, J-14.
Sourice, K-11.
Soyer, J-14.
Spire (Mlle), F-14.
Sterin, Aj-1.
Strée, N-5.
Stérin, E-6.
Sterne, I-4.
Stewart, Ae-11.
Stuhl (Mme), R-5.
Suchmann, F-12.
Tavennec, I-1.
Terrenoire, B-1.
Thierry (J.), N-3.
Thomas (Rob.), I-12.
Thorel, D-10.
Tilitchaff, Ak-2.
Tournant (P.), Y-3.
Trocmé, K-4.
Uhry, Ab-2.
Valensi (G.), I-6.
Valentin (Mlle), Q-3.
Vandenbossche, H-11.
Van der Elst, O-1.
Vanier, Ac-1.
Varangot, F-10.
Vautier, Ao-1.
Veslot, F-1.
Viala, Af-4.
Vialle (P.), Z-7.
Villechaise, D-11.
Voillemin, H-3.
Voisin, Q-14.
Vuilième, G-11.
Weill (Adr.), H-10.
Wester, B-5.
Wetterwald, L-7.
Wilm (Mlle), Q-19.
Willot, N-5.
Zagdoun, A-6.

EXTERNES EN PREMIER

Abadi (Mlle), A-9.
Aliker, P-5.
Allilaire, N-6.
Arvay, Ak-3.
Beaufils, L-9.
Benassy, J-15.
Benoist, Q-20.
Bigey, Ac-7.
Bonnel, D-14.
Botton (de), O-1.
Bour, B-11.
Boussoulade, Z-5.
Camus, L-11.
Catinat, K-12.
Chatain, Ag-2.
Coldefy, O-1.
Courrier (Mlle), F-6.
Debidour, M-9.
Demartial, Ad-13.
Douay, M-7.
Dubois (Léon), G-9.
Duperrat, V-1.
François (René), Aa-3.
Gelbert, G-6.
Goyer, N-4.
Gossiord, K-13.
Hahn (Mlle), K-5.
Huguet (Mlle), Y-7.
Kipfler, K-5.
Lanthier, E-8.
Lyon (Mlle), F-5.
Marre, I-15.
Moreno, Q-14.
Moulinier, H-12.
Nastorg, Ae-7.
Offret, Ae-7.
Pecher, C-9.
Pellier, A-7.
Perret (Cl.), Q-8.
Perrot (Raoul), Z-3.
Roy, G-13.
Trombert, K-3.
Velez, R-5.

EXTERNES

Abiteboul, N-6.
Aboulker (G.), G-16.
Abraham (Mlle), A-6.
Achard, D-7.
Adam, J-11.
Adda (Mlle), E-6.
Adle, L-6.
Aghion (Mlle), Y-1.
Alharji, A-6.
Alaurent, Aa-2.
Aldou (Mme), K-10.
Allos, D-8.
Alphonsi, Q-12.
Ameur-Chakir, N-5.
Amigues, K-7.
Amphoux, H-2.
André (Mathieu), W-1.
Andry, Ab-3.
Anglade (Louis), Q-8.
Anglade (P), L-9.
Angyal, Q-13.
Antomarchi, Ae-2.
Arnous (J), A-9.
Arnoux, I-13.
Arsitch, G-9.
Artisson, D-10.
Arvisel, J-4.
Archkenasy, D-19.
Astor, Ae-1.
Aubert (Ray.), H-1.
Aubert Champerré (Mlle), H-7.
Aubin (Mlle), L-8.
Aucler, R-3.
Auclair, Pa-8.
Audouard, J-7.
Audoux, F-11.
Auffret (J), Ad-12.
Augée (Mlle), H-14.
Auger, L-8.
Auslander, B-9.
Aussanaire, A-1.
Austerweil, J-9.
Avenard, H-1.
Avenier, M-5.
Avenier (Ph.), Ab-2.
Ayrignac, H-5.
Ayrignac (J.), H-12.
Azoulay, Ad-13.
Badinier, Q-14.
Baudet (H), Q-4.
Basset (A), Q-7.
Braunberger, M-3.
Baloche, L-12.
Barrière, L-15.
Barbier, L-17.
Bain, M-1.
Balossini (Mlle), Af-2.
Baron, Z-6.
Barouch, V-1.
Barbier (Léon), J-16.
Bardon, I-10.
Barrière, L-15.
Bauer, I-10.
Barnaud (Mlle), I-8.
Bataille (Mlle), I-6.
Baudouin, I-4.
Barry, I-3.
Bachellier, H-5.
Bagot (R), E-1.
Bakelin (Ber.), B-11.
Bakhouche, E-6.
Barcat, B-7.
Bardery, D-4.
Bargain, G-9.
Barré (Mlle), D-2.
Barret (Mlle), B-9.
Barria, B-7.
Batail (Rob.), B-11.
Baulande, E-7.
Baussan, B-8.
Bauvais (Jean), C-2.
Bayle, Aa-1.
Beauchef (J.), B-5.
Beauchef (R.), Beaufils, B-9, X-1.
Bécuwe, J-10.
Belletoile, R-5.
Bellin, I-8.
Bellotte, K-10.
Bembaron, G-5.
Ben-Brahim, C-7.
Benet (M.), M-3.
Benguigui, L-12.
Benveniste, H-11.
Béranger, Ae-12.
Bercovici, I-7.
Bergeron, B-8.
Bernard (Jacques), K-8.
Bernard (Phil.), G-12.
Berni (Mlle), C-1.
Bertheau (Mlle), K-1.
Besnard (Mlle), B-10.
Bessil, M-5.
Besson (J.), I-2.
Beurdeley, B-4.
Bibos (Moïse), Ab-1.
Biardeaux, O-1.
Biétrix, G-14.
Billard (Jacques), K-10.
Billard (J.), L-11.
Bismut, F-1.
Blairon (Mlle), H-5.
Blanc (René), K-17.
Blanchard (And.), M-7.
Blot (R.), Ab-1.
Blumen, D-4.
Blumenfeld, B-3.
Bobard (P.), J-3
Boelle (R.), J-14.
Boissonnat (P.), Ad-2.
Boivin (J.), Ac-1.
Bombiger, I-10.
Bonamy, F-10.
Bondoux, D-8.
Bonnel, B-7.
Bonnenfant (Mlle), A-6.
Bonnet (René), Q-10.
Bonnat (Mlle), B-14.
Bonz, D-11.
Boquet (H.), B-3.
Boquet (Paul), Ad-2.
Borgida, F-12.
Bornet (G.), A-11.
Boros (L.), C-10.
Botreau-Roussel, E-7.
Boucaud, P-4.
Bouchacourt, J-7.
Bouche, N-4.
Boucher (M.), B-3.
Boudonnet, Q-19.
Boudou, P-2.
Bouillé, D-15.
Boulard (P.), C-4.
Boulenger, Q-14.
Boulle (Mme), Y-7.
Bour, I-6.
Bourdeau, D-7.
Bourée (J.), W-1.
Bourel, A-3.
Bourgeois (Mme), Ac-4.
Bourget (R), Q-2.
Bourgin, D-8.
Bourier, L-9.
Boursaus (R.), H-10.
Bousquet (J.), B-13.
Boussard, G-2.
Bousseau, A-7.
Boutakoff, V-1.
Bouteau (P.), C-8.
Bouteille (R.), L-11.
Boutron, D-15.
Boutzolakis, G-9.
Bouvier, B-8.
Bouvrain (Y.), L-4.
Bouwens, H-12.
Boyé, Aa-1.
Boyer (Jean), R-4.
Brami, I-7.
Brandenbourg, M-5.
Brault (And.), Z-2.
Brawermann, J-15.
Bregeat (P.), P-1.
Breitel (H.), Z-4.
Bret, F-1.
Bretton, Ab-1.
Brézard (Mme), S-2.
Bricage, F-8.
Brinon, N-7.
Brochard (Ch.), I-16.
Brochard (R.), A-8.
Broche (J.), L-2.
Broussou, E-2.
Brouet, L-9.
Broustein, D-5.
Broutman, D-19.
Brumpt (L.), L-1.
Brun (Mlle), A-5.
Bruno, Aa-1.
Bruffard, G-8.
Bugaud, J-10.
Buisson, Ae-12.
Bujeaud (Mlle), J-15.
du Buit, V-1.
Bureau (Pierre), Z-4.
Burdin (Mlle), J-13.
Burel, I-1.
Bussière, M-5.
Buttin, Ae-12.
Buttner (Mlle), Y-1.
Butsbach, C-7.
Bzowski, E-4.
Cadet de Gassicourt, Q-4.
Cagny (de), Aj-2.
Cahen, J-10.
Cahuet (Rob.), P-5.
Cailleux, E-3.
Callot (J.), Ae-12.
Calmanas, F-12.
Calvet, Ah-2.
Calvet (Jean), M-1.
Caména d'Almeida, Ad-12.
Campagne, H-6.

Oechmichen (Mlle), H-4.
Oger, I-1.
Oliner, I-4.
Olivier (Mlle), O-1.
Ollier, N-4.
Opin (Max), Q-2.
Ornstein, G-8.
Orsoni (P.), Ae-2.
Ortholan, K-17.
Osenat, E-9.
Oudin, X-1.
Oudot, J-11.
Ovary, J-5.
Paillas, L-2.
Paillé (Mlle), G-1.
Paingault, I-11.
Paley (Mlle), F-7.
Pannet (R.), D-13.
Parent (J.), Z-4.
Parfus, Q-6.
Paris (And.), R-3.
Parrigue (G.), G-4.
Parrot, D-1.
Pasqualini (Ph.), Q-13.
Pasquier, K-4.
Patez (Mlle), X-2.
Pauchard, J-4.
Pellerat, Q-11.
Perdrix, F-13.
Peretou, I-7.
Peretz, F-2.
Perigaud (R.), K-10
Perlès (Mlle), J-5.
Perrier (Mlle), C-8.
Perrot, K-11.
Persâtre, I-18.
Personnaz, Aj-1.
Pertus, H-3.
Petit (Mme), D-9.
Petit (Mlle Paule), D-12.
Petitet (Mlle), I-18.
Petresco, E-5.
Petrignani, F-11.
Petroff, Q-11.
Pevet (Mlle), R-5.
Philippe (Léon), Q-19.
Philippe (Mlle), G-1.
Picard (Mlle), F-12.
Picard (G.), Ae-7.
Picart (R.), Y-3.
Picot, K-6.
Picquart (Alb.), F-4.
Picquart (Ant.).
Pierre-François, Q-11.
Pietroni, L-6.
Pimpaneau, Q-3.
Pinchasowicz, L-1.
Pineau, H-11.
Pinet, H-7.
Piran, K-14.
Piraud, Ae-11.
Piroux (J.), M-1.
Piton, Q-7.
Pizon, F-10.
Placa, Q-8.
Plas, M-1.
Plique, K-5.
Pocoulé, L-10.
Poidevin, Aj-1.
Poindessault (Mlle), S-1.
Poirier, E-5.
Poisson, P-5.
Pol, D-3.
Polak, D-4.
Pollak, J-8.
Poncet, I-1.
Porret, D-9.
Potier (G.), Ah-1.
Pottier (Marcel), D-7.
Pouheu, F-7.
Pouliquen (Y.), A-9.
Pouyol (J.), Ae-4.
Prat (P.), M-6.
Prialnick, A-6.
Prunel, Q-12.
Puistieme, I-12.
Pupko (Sal.), I-7.
Puybaret, I-7.
Quentin, A-7.
Rabant, I-4.
Rabaté, V-1.
Rabourdin, E-4.
Rabinovici, X-1.
Rachstein, M-2.
Raison, J-15.
Raisonnier, E-5.
Raphaël (G.), Q-3.
Raulot-Lapointe, F-9.
Ramadier, C-3.
Rambert (Mlle), F-6.
Rault, O-1.
Rault (A.), A-6.
Raybaut (A.), Q-1.
Raymondaud, Y-5.
Raynaud, C-6.
Regard, Ae-7.
Reignier, Ae-7.
Rémert, G-12.
Renaud, I-12.
Rendu, F-6.
Renié (Mlle), A-1.
Renier (Mlle), D-5.
Reynaud (L.), B-2.
Reveillaud (J.-C.), L-7.
Ribert, F-14.
Ricard (René), B-4.
Richard, X-2.
Riche (Mlle), G-1.
Ripard (G.), Q-1.
Rizoff, Q-8.
Robert (J.-P.), P-1.
Robin (J.), N-1.
Rocca-Serra (de), K-4.
Roche (C.), H-5.
Roche (J.), B-4.
Rocher (J.), A-7.
Rogé, U-1.
Rohlfs (Mlle), B-3.
Rohozinski, Ae-2.
Rollat (J. de), P-2.
Rosanoff, J-3.
Rosenbach, Q-13.
Rosenberg (T.), K-11.
Rosenberg (M.), R-5.
Rosenfeld, R-5.
Rossano, Ad-4.
Rosier (A.), A-1.
Rossignol, L-2.
Rotté (Mlle), A-4.
Rouard (Mlle), D-2.
Rouchy, M-6.
Rougé, H-6.
Rougier, B-8.
Rousset, G-12.
Rouvet, Aa-3.
Roux (Naud), Q-3.
Roux (M.), L-2.
Rouyer (Fr.), F-8.
Rouyer (René), G-1
Rouzaud (M.), Af-2.
Roy (Mme), N-7.
Roy (And.), E-3.
Royer, Y-5.
Rouvillois, J-2.
Rovéanu, I-5.
Rozée-Belle-Isle, I-4.
Ruais (Mlle), Q-18.
Rudaux (P.), K-8.
Rudich, D-6.
Sabetay (Mlle), H-4.
Sachnine, Aa-2.
Sachniné (Mlle), Af-1.
Sachs, E-5.
Sachs (Mme), L-5.
Sacquépée, D-3.
Saguez (Mlle), Y-3.
Saïe, I-5.
Saïdi, I-11.
Saillant (H.), C-4.
Sainton (Mlle), B-1.
Saint-Paul (Mlle), I-11.
Salamon, G-2.
Saliou, Q-8.
Salaun (O.), B-16.
Salembiez (Melle), Y-1.
Sallé, Y-6.
Salleron (P.), C-4.
Salmona, Q-10.
Salvanet (J.), L-7.
Samain, M-5.
Sarradin, D-1.
Sarrazin (L.), Q-5.
Saulnier (Mlle), P-8.
Sautter (J.), M-2.
Schaefer, Q-12.
Schapira, D-11.
Scemama, K-1.
Schatz, Q-1.
Schechter, H-5.
Schiller, E-6.
Schmid (G.), Q-7.
Schneider (J.), K-1.
Schneider, C-6.
Schneyder, C-7.
Schwartz, V-1.
Segall (D.), Q-15.
Seiffert (Mlle), Ae-1.
Sénéchal (J.), Aa-5.
Sénéchal (And.), L-10.
Sénéchal (P.-L.-R.), H-3.
Sérane, G-13.
Sevileano, O-1.
Sexe, Ae-1.
Sicard (Martial), Ad-1.
Sicard (P.), Y-3.
Sierra, Ag-2.
Sifflet, Z-1.
Siguier (Fred), G-1.
Sikorav, O-1.
Silberstein, D-10.
Simart (P.), J-14.
Simon (Mlle), G-4.
Simon (Mlle A.), C-2.
Simon (E.-P.), A-6.
Simon (Franck), Ac-2.
Simonin (P.), Q-19.
Simonin, J-12.
Siraga, D-14.
Sobel, I-12.
Sobieski, I-7.
Solente (Mlle), F-4.
Sorin, L-9.
Soubiran, C-6.
Soudée, Af-1.
Soullard, D-8.
Souriac, J-11.
Stalhaud (Mlle), G-10.
Statlender, K-17.
Steinberg, P-3.
Steuerman, P-3.
Stoppani (de), A-6.
Strensaud, F-1.
Stutensky, Ab-3.
Suire, C-1.
Sztejn, Q-16.
Taillet, Ae-7.
Tanret, A-2.
Tantin, Ad-2.
Tarbé (Mlle), G-3.
Tarchiani, Z-6.
Tardieu, P-4.
Tardiveau, I-6.
Tauzy (Mlle), F-2.
Taveau (P.), Ag-1.
Tempier, T-1.
Tenerson, F-1.
Termine, Af-3.
Ternois (Mlle), Q-19.
Tetran, Ad-5.
Teyssier, B-8.
Tiburce, K-11.
Tiffeneau, B-1.
Tissandié (A.), C-1.
Tissier, V-1.
Tissot (J.), Af-1.
Thaon, K-10.
Théodoresco (Mlle), N-4.
Thésée, E-5.
Thévenin, J-3.
Thévenot (Mlle, Z-3.
Thieffry, H-4.
Thierry (Mlle), B-1.
Thomeret (G.), J-6.
Thomas, Q-9.
Thomas (Fernand), H-1.
Thomas (Henri), J-9
Thorel (F.-P.), L-5.
Thueux (Mlle), Q-1.
Torrel, K-10.
Touati, N-4.
Tournafond, N-7.
Touzard, Q-2.
Touzé, H-2.
Tran-Ba-Huy, Y-6.
Tran-tan-Phat, Q-6.
Tran-van-Cou, L-1.
Traut, A-5.
Trepsat (R.), N-3.
Tribalet, F-14.
Tricault (G.), J-3.
Trocmé (Mlle), E-7.
Trotot, Ae-12.
Trouvé, C-4.
Truelle (E.), B-4.
Tu-Chan-Cauch, Q-5.
Tulou, Q-12.
Turchini, Ae-2.
Turlotte, B-4.
Turpin-Rotival, N-4.
Ullmann, P-2.
Valette (Mlle), Y-7.
Vallade, G-11.
Valletta, Y-8.
Vallancien, Q-19.
Vancostenoble, Ag-2.
Van der Boyen, H-12.
Van Kim, G-15.
Vannier, D-13.
Varay (A.), L-3.
Vassal, A-6.
Vassor, W-1.
Vatner, Q-12.
Vautier (Jean), J-14.
Vercier, L-18.
Verhère (Melle), Z-5.
Vettier, Q-5.
Veydert, Af-3.
Veysset, G-17.
Viala, Q-10.
Vialatte, H-6.
Vialet (Mlle), T-1.
Vialle, M-3.
Viatz, D-14.
Viault (P.), R-5.
Victor-Copreaux (Mme), H-1.
Vidal de la Blache (Mlle), Q-20.
Vidart (Lionel), K-8.
Viennot, A-9.
Vieuchange, Q-2.
Vignalou (J.-V.), H-2.
Vigneron (Mlle), A-7.
Villaret (B.), K-8.
Vincent (André-P.) Q-6.
Vincent (G.), A-8.
Vincent (Jean), K-13.
Vincent (Jules), K-9.
Vincent (Paul), G-12.
Vincent (Pierre), G-5.
Vincent (P.-E.), B-2.
Vionnet, H-7.
Vitanyi, Q-11.
Vivien (P.), Q-7.
Walther, Y-5.
Wattez, Ae-1.
Weil (V.-J.), E-8.
Weill, O-1.
Weisberg (Mlle), Y-1.
Weiss, A-3.
Wetzel (Mlle), N-3.
Wiehn, Y-8.
Wimphen, Q-2.
Winiezki, L-10.
Winter (J.), B-6.
Wintzel, N-2.
Wirz (Mlle), Y-5.
Wix (Mlle), H-12.
Wolfromm, L-3.
Wolinetz, R-1.
Worré, L-10.
Wuest (Mlle), T-1.
Yglésias, Q-7.
Zaepffel, R-1.
Zahler, L-10.
Zarachowitch, C-5.
Zeiler (H.), Z-4.
Zeller, J-12.
Zuckermann, Af-3.
Zwillinger, J-9.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1932)

Etude histospectographique de la localisation du calcium et du magnésium dans l'aorte humaine et de leurs variations au cours de l'athérome. — MM. A. POLICARD, A. MOREL et P. RAVAULT.

Influence du rapport acides, bases de la ration sur la grandeur de la dépense azotée. — MM. Emile-F. TERROINE et Mlle Marguerite CHAMPAGNE.

Sur la lyse bactérienne transmissible. — M. René LEGROUX.

Chemin de fer Paris-Lyon-Méditerranée

La Compagnie des Chemins de fer P.-L.M. signale au public que son Agenda artistique et littéraire ne sera pas édité en 1932.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux (admissibilité). — *Epreuve écrite.* — Séance du 19 janvier. — Questions données : « Anatomie du muscle droit interne et physiologie de la convergence. — Séméiologie des paralysies de l'accommodation. »

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 19 janvier. — MM. Lambert, 16 + 8 = 24; Barreau, 17 + 9 = 26; Mlle Battien, 16 + 8 = 24.

Séance du 21 janvier. — Mlles de Montauzon, 12 + 5 = 17; Carnoy, 13 + 6 = 19; M. Schoengrun, 14 + 5 = 19.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Agrégation. — Le nombre des candidats qui pourront être déclarés admis à la suite des épreuves du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré) est modifié ainsi qu'il suit pour les catégories suivantes :

« D. — Bactériologie : 4 au lieu de 2.

J *bis.* — Ophtalmologie : 3 au lieu de 2. »

— Bordeaux. — M. Cavalie, chargé du cours complémentaire de clinique dentaire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé professeur de clinique dentaire à ladite Faculté (chaire nouvelle).

COLLÈGE DE FRANCE. — M. le professeur Charles Nicolle, l'éminent directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, a été désigné pour occuper la chaire de médecine vacante par suite de la retraite de M. le professeur d'Arsonval.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. (Au titre de président de l'Académie vétérinaire.) — M. Gaston Roussel, directeur des Laboratoires de l'Hémostyl.

Colonies. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Paul Blondin, médecin principal de l'assistance médicale en A. O. F.

Guerre. — *Au grade de chevalier,* — M. Bur, médecin lieutenant à la 20e région. Titres exceptionnels. Alsacien-Lorrain qui a rendu avant, pendant et après la guerre des services très appréciés à la cause française en Alsace et à l'armée. Praticien de valeur, qui ne cesse de donner des preuves de son dévouement à l'autorité militaire.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'argent est décernée à M. le docteur François Fénelon (de Toulon) pour maladie grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

VIe BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE, sous le haut patronage de M. Paul Doumer, président de la République, au profit des veuves et orphelins du Corps médical, le Lundi Gras 8 février 1932 à 22 h., Maison de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor, Paris (Ve).

A 22 h. 30 : soirée artistique. Au programme : Actualités médicales, Revue composée et interprétée par des membres du Corps médical; Dolorès de Silvera, de l'Opéra-Comique; Souleïma, danseuse-étoile des théâtres nationaux de l'Opéra et de l'Odéon, et son école de danse.

A minuit 30 : souper sous la direction du docteur Edouard de Pomiane, de l'Institut Pasteur.

S'inscrire chez Mme Henri Labbé, 52, avenue de Saxe (15e). Tél. Ségur : 89-16. (Prix du souper : 40 fr.)

Prix des cartes : bal et soirée artistique, 70 fr.; bal seulement, 50 fr.; étudiants : bal et soirée artistique, 40 fr.; bal seulement, 25 fr. (Secrét. : 95, rue du Cherche-Midi.)

(500 cartes à 30 fr., bal et soirée artistique, seront réservées aux étudiants en médecine et délivrées au siège de l'Association générale des étudiants, section de médecine, rue de la Bûcherie.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur van Campenhout (de Bruxelles).

HYGIÈNE PUBLIQUE

Le Comité permanent de l'Office international d'hygiène publique, dont l'office à Paris (1) est dirigé par M. Abt, vient de publier le compte rendu de sa session d'octobre.

Nous y trouvons comme d'habitude de très nombreux renseignements sur la marche des épidémies à travers le monde.

L'étude de la *peste* a amené d'intéressantes remarques sur la vaccination antipesteuse qui a donné lieu à des constatations défavorables, relativement favorables ou entièrement favorables à la vaccination.

Les reproches faits à la vaccination sont principalement : 1° que les cas de peste atteignent dans une proportion élevée des sujets vaccinés ; 2° que des formes graves, mortelles, de peste se rencontrent chez des vaccinés. De pareils résultats ont été jugés en Italie assez décourageants pour que l'on renonce à vacciner, lorsqu'un navire est infecté de peste, le personnel affecté aux opérations de déchargement, de transport et de surveillance. On a substitué à la vaccination l'immunisation passive à l'aide de 3 injections de sérum antipesteux, faites à 10 jours d'intervalle, et en 2 temps pour prévenir les phénomènes d'anaphylaxie — ou mieux peut-être à 7 jours d'intervalle, ce qui atténue beaucoup ces phénomènes.

Au sujet des cas de peste constatés chez des vaccinés, on peut — tout en reconnaissant qu'il s'en produit — faire les remarques suivantes. D'abord, l'efficacité de la vaccination à l'égard de la peste pulmonaire est pour le moment universellement admise.

A ce propos, nous pouvons rappeler que M. Charles Nicolle a obtenu pendant l'épidémie de peste pulmonaire de Tunis, il y a dix-huit mois, des résultats favorables par le sérum antipesteux, donné par les voies respiratoires (Voir *Gaz. des Hôp.* de 1930, p. 82).

Une preuve de l'efficacité de la vaccination antipesteuse est l'arrêt de l'épidémie après la vaccination, dans une ville ou un district, ou l'établissement par la vaccination d'une barrière, qui n'a pas été franchie, autour d'une zone atteinte. On objecte toutefois que d'autres épidémies se sont éteintes ou sont restées contenues dans certaines limites, sans qu'il y ait eu de vaccinations.

Mais, quelle que soit l'efficacité de la vaccination antipesteuse, il ne peut être question de l'inscrire parmi les mesures de quarantaine, puisqu'elle laisserait subsister le risque de propagation de la peste par ses vecteurs habituels, les puces et les rats.

Une épidémie grave de *choléra* a sévi en Irak depuis le mois d'août (1.768 cas au 26 septembre). La léthalité a atteint 60 %, alors que les cas observés cet été à Shangaï n'ont donné lieu qu'à 8,5 % jusqu'à mi-septembre et 16,8 % jusqu'à mi-octobre. Dans ces deux exemples, une campagne très active de vaccination a paru concluante. Dans l'Inde britannique, la distribution de bactériophage a donné des résultats qui paraissent devoir le faire préférer à la vaccination.

Quelques cas de fièvre jaune ont été constatés en Afrique occidentale. On poursuit les recherches sur la possibilité de transport des moustiques par les avions. On a constaté que les moustiques ne survivent pas quand l'avion atteint 2.000 mètres. Les expériences faites en vue d'une réglementation continuent.

Une épidémie d'*ictère hémorragique* a éclaté en août à Lisbonne, et une autre dans l'île de Syra (Grèce). La fièvre exanthématique a été signalée en Roumanie. Signalons qu'à Athènes, la fièvre exanthématique a été appliquée à la pyrétothérapie.

La variole a présenté une brusque et considérable diminution en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis. Ces épidémies vont-elles s'éteindre comme celle de la Suisse s'est éteinte vers 1925 au bout de cinq années ?

Le compte rendu contient encore d'intéressants renseignements sur l'encéphalite post-vaccinale et sur la vaccination.

La prophylaxie du *paludisme* voit s'ouvrir de nouvelles perspectives par suite de la découverte de l'action spécifique de la plasmoquine sur les sporozoïtes d'une part et sur les formes sexuées du *Plasmodium vivax*, d'autre part.

Enfin la Commission a étudié la question de la tuberculose et la vaccination par BCG, la fièvre ondulante, la psittacose, la poliomyélite, la méningite cérébro-spinale, un exanthème milliariforme infantile qui a sévi à Bucarest, la scarlatine, la dysenterie, le rhumatisme, la lèpre et le trachome.

La prophylaxie de la syphilis a fait en Allemagne l'objet d'un règlement très efficace en ce qui concerne le traitement des marins atteints de *maladies vénériennes :*

Il est basé sur la loi de 1927, qui oblige les malades à se faire traiter et les médecins à surveiller le traitement jusqu'à guérison, ou, s'il est interrompu, à signaler le malade à l'autorité sanitaire, qui l'invite à se faire soigner par un dispensaire. Lorsqu'un marin atteint d'une maladie vénérienne quitte son navire, le médecin lui remet une notice, qui comprend deux parties. L'une reproduit les dispositions de la loi énumérant les obligations auxquelles le malade est astreint ; l'autre diffère selon que le traitement est interrompu ou que le malade est guéri. Dans le premier cas, la notice insiste sur l'obligation de se présenter sans délai à un médecin ou à un dispensaire, et donne des éclaircissements et des conseils relatifs aux maladies vénériennes. Dans le second cas, il est seulement recommandé au malade guéri de se présenter à un médecin et de se faire donner un certificat constatant son état de santé. D'autre part, la notice est détachée d'une sorte de carnet à souche, dont le talon porte les renseignements d'identité du malade ; le médecin inscrit à la suite de ces indications le diagnostic, les examens pratiqués, le traitement suivi, et il adresse la fiche à l'autorité sanitaire du port, qui donne la suite nécessaire. Si le navire n'a pas de médecin, c'est le capitaine ou le pilote, qui ont suivi un enseignement et subi un examen relatifs aux soins d'hygiène, qui signalent le malade à l'autorité sanitaire ; ils mentionnent seulement la présomption de maladie, les interventions médicales antérieures et la durée du traitement suivi. Le malade reçoit une notice contenant les prescriptions légales et les éclaircissements et conseils relatifs aux maladies vénériennes, et il est invité à se faire traiter, aussitôt débarqué, par un médecin ou un dispensaire.

L. G.

(1) Office international d'hygiène publique, 195, boulevard Saint-Germain, à Paris.

RENSEIGNEMENTS

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

TUBERCULOSE

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR DE BACTÉRIOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DES HÔPITAUX

Par P. ADIDA,

ASSISTANT DE BACTÉRIOLOGIE

GÉNÉRALITÉS

L'infection tuberculeuse congénitale (C. Monckeberg. *Revue de la tuberculose*, 3e série, t. XII, n° 4, avril 31, p. 481). — D'après Monckeberg, l'état actuel de la question peut se formuler de la façon suivante :

L'hérédité de l'infection tuberculeuse est un fait incontestable. Elle constitue un seul processus pouvant se réaliser de trois manières :

Par le passage transplacentaire d'un virus filtrable ;
Par bacillose congénitale sans lésions ;
Par tuberculose congénitale, bacillaire et anatomique.

Cette classification ne signifie nullement l'existence de trois formes différentes de l'hérédo-infection ; mais de trois degrés successifs dans l'évolution d'un seul processus pathologique.

L'état de virulémie ou granulémie est de beaucoup le plus fréquent, mais il n'exclut pas l'existence des deux autres formes. Il est possible d'observer la bacillose congénitale associée à la virulémie. Celle-ci peut se transformer spontanément en bacillose et en tuberculose anatomique pendant la vie extra-utérine, sous l'influence de facteurs que l'on ne peut pas encore préciser.

L'état de virulémie ou granulémie est de beaucoup le période d'incubation précédant celle des lésions spécifiques. Pendant cette période que l'auteur dénomme avec Calmette prébacillaire, il peut se produire parfois des accidents graves, voire même la mort de l'enfant. Mais il est également des cas où l'infection, due aux éléments filtrables, ne se manifeste par aucun symptôme, reste latente et localisée dans le système lymphatique. La durée de cette période prébacillaire est encore imprécise.

La fréquence de l'état de virulémie chez le nouveau-né, plus grande que celle des autres états, pourrait s'expliquer, parce que c'est sous la forme ultra-microscopique que le germe peut traverser le plus facilement le filtre placentaire. Les cas de bacillose et de tuberculose anatomique se produiraient lorsqu'il y aurait des lésions dans le placenta permettant le mélange des deux sangs.

Le facteur déterminant l'état morphologique du germe au moment de la naissance est l'âge de l'infection, c'est-à-dire le temps qu'elle a mis à se développer dans l'organisme fœtal. Ceci étant une simple supposition.

Pour terminer, l'auteur soulève le grand problème à résoudre : quels sont les facteurs qui agissent dans la transformation de la virulémie ou de la bacillémie latente en tuberculose anatomo-clinique ? Les maladies intercurrentes, la puberté ou le terrain ?

Recherches expérimentales, bactériologiques et chimiques.

La réserve alcaline chez les tuberculeux pulmonaires (Pellissier, Valtis, Kisthinios. *Soc. Biol.*, n° 24, p. 935, année 1930). — Les auteurs ont mesuré les taux de réserve alcaline chez 30 malades atteints des formes les plus diverses de tuberculoses pulmonaires, formes ulcéro-caséeuses, ulcéro-fibreuses, fibreuses, unilatérales ou bilatérales à début récent ou éloigné.

Les résultats sont normaux ou légèrement supérieurs à la normale, mais jamais inférieurs.

La réserve alcaline chez les tuberculeux pulmonaires n'est aucunement régie par l'étendue, la gravité évolutive ou l'ancienneté des lésions.

Sur un bacille tuberculeux humains avirulent (V. Puntoni et M. Sabatucci, *Soc. de Biol.*, t. CV, n° 26). — A côté du B. C. G. et du bacille tuberculeux équin, les auteurs signalent une souche de bacilles tuberculeux humains non virulente pour le cobaye. Cette souche est la souche T. P. En 1919, elle déterminait encore chez le cobaye une tuberculose générale à marche lente. Depuis elle a perdu peu à peu sa virulence et actuellement, le bacille issu de cette souche a perdu son pouvoir tuberculinogène. Les inoculations sous la peau et dans le péritoine des cobayes déterminent seulement des processus localisés qui ont tendance à régresser. Les bacilles ne sont pas capables de pénétrer et de se répandre par les lymphatiques. Les passages en série n'augmentent pas la virulence du bacille T. P.

Les essais de vaccination chez le cobaye n'ont pas encore donné aux auteurs de résultats définitifs. Ils pensent tout de même qu'on puisse obtenir chez les cobayes un certain degré de résistance à l'infection.

Les modifications de l'équilibre protéique du sérum dans les tuberculoses infantiles (Manicatide Bratesco et Rozenkranz. *Soc. de Biol.*, t. CV, n° 27). — Le quotient protéinique pourrait être un moyen de pronostic. La diminution brusque de l'albumine dans les formes évolutives graves, serait d'un très mauvais pronostic, à moins qu'intervien nent des facteurs indépendants de la tuberculose. Dans les méningites bacillaires d'allure primitive pour Achard, le quotient protéinique serait normal. Telles sont les conclusions tirées par de nombreux auteurs pour les tuberculoses de l'adulte.

Manicatide et Rozenkranz ont fait des recherches analogues chez l'enfant. Ils ont examiné les sérums de 21 enfants atteints d'adénopathies trachéo-bronchiques, bronchiques pures, de pleurésies exsudatives, de tuberculoses caséeu-

ses, ulcéro-caséeuses et fibreuses, de granulies et de méningites.

Leurs conclusions sont les suivantes : diminution du taux de la sérine et inversion du rapport sérine globuline due à l'hyperglobulinémie concomitante.

Plus la tuberculose est grave, plus la sérine est diminuée et le quotient albumineux abaissé.

Dans les méningites bacillaires, au contraire d'Achard, ils ont trouvé un rapport sérine globuline fortement abaissé 0,44-0,65, par suite d'une augmentation exagérée du taux de globuline, les protéines totales étant en même temps augmentées.

Dans les formes à évolution vers l'amélioration, il se produit une augmentation du quotient protéinique qui se rapproche de la normale.

Action des extraits acétoniques de bacilles de Koch sur les propriétés pathogènes des éléments filtrables du virus tuberculeux. (L. Nègre et J. Valtis. *Soc. de Biol.*, t. CV, n° 28, p. 183.) — Des expériences faites par Nègre et Valtis, il résulte que les injections sous-cutanées d'extrait acétonique de bacilles de Koch favorisent le développement des lésions tuberculeuses chez les cobayes préalablement inoculés. Après 6 à 7 injections d'extrait acétonique, il apparaît un ganglion caséeux avec bacilles de Koch au point d'inoculation du filtra. Réinoculées à des cobayes sans, elles déterminent chez ces derniers des lésions ganglionnaires locales. Après 12 à 14 injections, on peut observer chez les cobayes la généralisation des lésions aux ganglions et aux organes et les réinoculations aux cobayes sains donnent une tuberculose généralisée.

Les auteurs soulignent donc l'intérêt pratique des injections sous-cutanées d'extrait acétonique de bacilles de Koch pour mettre rapidement en évidence les propriétés pathogènes des bacilles qui dérivent des éléments filtrables du virus tuberculeux.

Recherches comparatives du bacille de la tuberculose par le procédé de Hohn et l'expérimentation sur l'animal. (Brinkmann, *Die Tuberkulose*, t. X, n° 10, 20 oct. 1930, in *Revue de la Tuberculose*, 3e série, t. XII, mai 1931.)

Présence de bacilles tuberculeux dans le sang de trois personnes atteintes de rhumatisme articulaire aigu. (K. Reitter et Lowenstein. *Med. Klin.*, n° 30, 26 sept. 1930, p. 1465, in *Revue de la Tuberculose*, 3e série, t. XII, mai 1931.)

La présence de l'ultravirus tuberculeux dans le sang d'une malade atteinte de tuberculides cutanées. (Ravaut, Valtis et Van Deinse. *Acad. de Méd.*, 1er juillet 1930, in *Revue de la Tuberculose*, 3e série, t. XII, mai 1931.)

La sérofloculation à la résorcine et la tuberculose (R. Léger. *Marseille Méd.*, 25 avril 1930, in *Revue de la Tuberculose*, 3e série, t. XII, mai 1931.)

Nouveau milieu pour la culture des bacilles tuberculeux, pomme de terre au bouillon, à la cholestérine et à la lécithine. (Lowinski, *Soc. de Biol.*, Varsovie, in *C. R.* de la *Soc. de Biol.*, 1930, t. CV, n° 32.)

La survenue de bacillémies tuberculeuses au cours de différentes maladies. (Hamburger (Frantz). *Münch. méd. Wochensch.*, n° 12, 20 mars 1931, p. 487, C. R. in *Revue de la Tuberculose*, 3e série, t. XII, juillet 1931.)

La survenue de la bacillémie au cours de différentes maladies. (E. Loewenstein. *Münch. Méd. Woch.*, n° 7, 13 fév. 1931. C. R. in *Revue de la Tuberculose*, 3e série, t. XII, juillet 1931.)

Sur la mise en évidence, par inoculation dans les ganglions lymphatiques du cobaye, de virus filtrant tuberculeux provenant de crachats bacillifères. (E. Aubertin et V. Reynes, *Soc. de Biol. de Bordeaux*, in *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1931, t. XVI, n° 12.) — En inoculant le virus filtrant tuberculeux provenant d'expectorations bacillifères dans les ganglions du cou de cobayes, les auteurs sont parvenus à mettre en évidence des formes bacillères-acido-résistantes beaucoup plus précocement que par l'injection sous-cutanée. Les résultats sont toutefois inconstants, surtout lors de la première inoculation (2 résultats positifs sur 13 cas). Lors du deuxième passage, ils sont plus satisfaisants (5 positifs sur 9 cas), mais ils se raréfient pour les passages ultérieurs (3 résultats positifs sur 18 cas).

B. C. G.

Expérience de vaccination par le B. C. G. dans la province du Norrbotten. (Carl Naeslund. *Revue de la Tuberculose*, t. XII, n° 5, mai 1931, p. 617.) — La pratique de la vaccination par le B. C. G. a été mise en pratique en septembre 1927 où 229 enfants ont été vaccinés.

En 1928, sur 4.969 nouveau-nés, 1.347 vaccinés, soit 27,1 p. 100. En 1929 : 1.801 vaccinés sur 4,740 nouveau-nés, soit 38,8 p. 100. Enfin, en 1930, jusqu'au 1er mai, 632 vaccinés. Donc, l'expérience de Carl Naeslund porte sur 4.009 vaccinations.

Les conclusions que l'auteur tire de cette expérimentation sont les suivantes :

La vaccination n'a été nuisible dans aucun cas.

La mortalité totale parmi les enfants vaccinés est beaucoup moins grande que parmi les non-vaccinés.

Aucun fait observé par l'auteur ne contredit la thèse de l'immunisation spécifique contre la tuberculose produite par le vaccin B. C. G. administré par voie buccale.

La mortalité générale relativement peu élevée des enfants vaccinés en Norrbotten est due en partie à d'autres causes qu'à l'immuité antituberculeuse produite par la vaccination.

Les résultats pratiques obtenus par la vaccination justifient entièrement l'extension de l'emploi de cette méthode.

53 observations d'enfants ayant ingéré du B. C. G. pendant les premiers jours de la vie. (Nobécourt, *Journ. des Praticiens*, t. XLV, n° 23, 6 juin 1931.) — Chez les 53 enfants observés, la cuti-réaction s'est montrée négative dans 64,15 p. 100 et positive dans 35,84 p. 100 des cas.

Pour les réactions négatives (34).

15 cuti-réactions ont été pratiquées dans les 3 premiers mois ; 9 entre le troisième et le septième mois ; 8 entre le septième et le douzième mois, et 2 entre le douzième et le vingt-deuxième mois.

De même, l'auteur a pratiqué 7 intra-dermo-réactions à la tuberculine à 1 p. 1000 ou à 1 p. 100 qui sont restées négatives. La séro-floculation de Verne a été faite 1 fois sur 8.

Dans les antécédents de ces sujets :

10 enfants sont nés de parents tuberculeux ;

5 enfants ont eu un séjour en milieu suspect ;

19 enfants sont nés de parents bien portants et n'ont pas eu de contact avec des tuberculeux, restriction faite cependant pour 8 enfants seulement ou possibilité de contagion.

Pour ce premier groupe, la mortalité a été de 50 p. 100 et la mort est survenue entre 25 jours et 6 mois et demi. A l'autopsie, l'auteur n'a pas décelé de lésions tuberculeuses.

Pour les 19 cuti-réactions positives :

36,8 p. 100 des enfants ne présentent aucun symptôme de tuberculose ;

63,1 p. 100 présentent certains symptômes pouvant y faire penser.

La réaction de Besredka est négative. Celle de Verne est positive 2 fois sur 7.

Le contage bacillaire a été noté dans 55 p. 100 des cas. La mortalité dans ce groupe a été de 52,3 p. 100, et sur 5 autopsies, l'auteur a noté deux fois des ganglions caséeux et trois fois, l'examen n'a pas révélé de lésions suspectes de tuberculose.

Parmi les phénomènes morbides ou réactionnels après ingestion de B. C. G., l'auteur a observé des cas d'adénopathies trachéo-bronchiques, et d'adénouathies périphériques sur la nature desquelles on peut discuter. Des enfants qui n'ont présenté aucun phénomène morbide ou réactionnel, après ingestion de B. C. G., les deux tiers ont eu une cuti-réaction négative et les trois quarts n'ont pas subi de contact tuberculeux. Pour eux, Nobécourt dit qu'il est impossible de tirer une conclusion relative à la réalité de la vaccination.

Etude de la mortalité comparée des enfants vaccinés au B. C. G. et des enfants non vaccinés dans 182 familles. (Weill Hallé. *Acad. de Méd.*, 21 juillet 1931.) — L'auteur rapporte une statistique faite sur 182 familles, comprenant 716 vaccinés :

Milieu sain : 136 enfants non vaccinés, 27 p. 100 de décès ; 55 enfants vaccinés, 10 p. 100 de décès ;

Milieu tuberculeux : 175 enfants non vaccinés, 29 p. 100 de décès ; 67 enfants vaccinés, 8,9 p. 100 de décès ;

Milieu douteux : 215 non vaccinés, 37 p. 100 de décès ; 68 vaccinés, 16 p. 100 de décès.

Il n'y a pas eu de mort par tuberculose probable ou certaine parmi les vaccinés.

Dans les milieux contaminés ou douteux, Weill Hallé relève 11 et 5 morts par tuberculose certaine, pour les vaccinés, alors que pour les non vaccinés, ces chiffres s'élèvent à 13 et 28.

Dons, le B. C. G., conclut l'auteur, est inoffensif et il a très probablement une action favorable sur la santé générale des vaccinés.

Résultats de la vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G. chez les enfants en France, au cours des cinq années 1925-1930. (A. Calmette. *Acad. de Méd.*, 21 juillet 1931.) — L'auteur apporte les statistiques suivantes portant sur les cinq dernières années.

La première statistique a été faite d'après les réponses de 114 dispensaires antituberculeux et comprend 8.075 enfants nés et élevés en milieu tuberculeux :

581 décès, dont 89 dans le courant du premier mois après la naissance ; 371 sur 2.685 âgés de un mois à un an ; 121 sur 4.811 âgés de 1 an à 4 ans et pas de mortalité sur 579 âgés de plus de 4 ans. Au total, mortalité de 4,7 p. 100 pour les enfants de moins d'un an, alors que pour les non-vaccinés du même âge, la mortalité est de 6,10 p. 100 en milieu non tuberculeux et de 16 à 25 p. 100 en milieu tuberculeux.

Donc la vaccination par le B. C. G. protège les enfants bien au-delà de la première enfance et se montre inoffensive pendant les 5 ans qui suivent l'époque où elle a été pratiquée.

La deuxième statistique a été faite sur les réponses de 338 médecins ou sage-femmes de 42 départements.

16.746 enfants ont été vaccinés.

4.978, soit 22 p. 100 sont nés en milieu tuberculeux ; 11.768, soit 78 p. 100 en milieu apparemment sain. Sur l'ensemble, 171, soit 0,7 p. 100 sont morts n'ayant pas pu bénéficier de la vaccination ; 408, soit 1,8 p. 100 sont morts de la fin du premier mois à la quatrième année.

Calmette conclut donc : Pour les enfants nés en milieu contaminé, comme pour les enfants nés en milieu en apparence sain les résultats de la vaccination préventive de la tuberculose sont plus satisfaisants qu'on n'eût osé l'espérer.

Nouvelle série d'observations d'enfants ayant reçu du B. C. G. à la naissance. (P. Nobécourt et R. Liège. *Revue de la Tuberculose*, t. XII, n° 8, oct. 1931, p. 909.) — La nouvelle série d'observations d'enfants ayant été vaccinés au B. C. G. n'a pas modifié l'opinion des auteurs.

La seule observation clinique ne permet pas de trancher les problèmes relatifs à l'innocuité ou à la nocivité du B. C. G. et à sa valeur prémunisante.

Quand les enfants ont ingéré du B. C. G. et que leurs cuti-réactions à la tuberculine sont négatives, il est manifestement impossible de dire d'après le résultat des enquêtes cliniques, radiologiques, humorales et nécropsiques, si les enfants ont bien absorbé le vaccin et s'ils sont prémunis.

Quand les enfants ont une cuti-réaction positive, les résultats des enquêtes cliniques, radiologiques, humorales et nécropsiques sont variables et les faits sont complexes.

Certains de ces enfants ne présentent aucun symptôme clinique pouvant faire penser à la tuberculose, d'autres se présentent comme des bébés atteints d'adénopathies trachéo-bronchiques occultes ou discrètes, et il est impossible de dire avec certitude si les affections constatées sont le fait du B. C. G. ou du bacille de Koch.

Etude clinique comparative des cuti-réactions produites par la tuberculine brute de Koch et par la tuberculine brute du B. C. G. (F. Gomez et J.-C. Négro. *Revue de la Tuberculose*, t. XII, n° 9, nov. 1931, p. 1091.) — Les auteurs ont effectué des essais chez 62 malades, sur lesquels ils ont pratiqué au total 151 cuti-réactions avec de la tuberculine brute du B. C. G. et autant avec de la tuberculine brute de Koch.

Les épreuves cutanées, pratiquées chez les tuberculeux pulmonaires avec la tuberculine brute de Koch et la tuberculine du B. C. G. n'offrent pas de différences appréciables.

Les réactions à la tuberculine brute et à la tuberculine de B. C. G. ne paraissent sensibiliser l'organisme ni dans un sens ni dans l'autre.

L'injection sous-cutanée ou dermique de B. C. G. ne produit aucune action différentielle sur l'intensité de la cuti-réaction, soit à la tuberculine brute de Koch, soit à la tuberculine du B. C. G.

Sur l'innocuité du B. C. G. (P. Nélis et E. Picard. *Soc. Biol.*, n° 28, t. CV.). — Quelques auteurs ont signalé que dans certaines conditions, le B. C. G. récupère sa virulence et détermine ultérieurement des lésions tuberculeuses caractéristiques. Nélis et Picard ont pratiqué l'inoculation sous-cutanée de doses massives de B. C. G. sur des cobayes femelles en gestation.

Après la mise-bas, un certain nombre de jeunes cobayes ont été sacrifiés pour rechercher la présence du bacille tuberculeux. Ceux morts nés ou expulsés prématurément ont servi à des réinoculations. 123 cobayes ont servi à l'expérience avec plus de 150 examens anatomo-pathologiques. Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

L'inoculation sous-cutanée de doses massives de B. C. G. chez le cobaye gravide ne permet de déceler, ni macroscopiquement, ni microscopiquement, la moindre altération imputable au B. C. G. Il n'y a pas passage du B. C. G. de la mère à l'embryon. Il n'y a pas non plus de lésions tuberculeuses chez les jeunes cobayes issus des mères inoculées.

La réinoculation à des cobayes sains du pus riche en B. C. G. ou des organes susceptibles de le renfermer, n'a déterminé aucune ésion tuberculeuse.

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENSÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GÉNATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

Les auteurs concluent donc à l'innocuité de la souche de B. C. G.

Peut-on craindre que le vaccin B. C. G. se transforme dans l'organisme en bacille tuberculeux virulent ? (Calmette, *Bull. Acad. Méd.*, t. CV, 24 févr. 1931, p. 301, in *Revue de la Tuberc.*, 3e série, t. XII, n° 9, 1931, p. 1126.)

Injections sous-cutanées de vaccin B. C. G. chez les tuberculeux traités par le pneumothorax bilatéral. (Coulaud, *Bull. Acad. Méd.*, t. CV, 28 avril 1931, p. 703, in *Revue de la Tuberc.*, 3e série, t. XII, n° 9, 1931, p. 1136.)

Le drame de Lübeck et le B. C. G. (Léon Bernard. *Bull. Acad. Méd.*, 3e série, t. CVI, déc. 1931, in *Gaz. Hôp.*, n° 103, 1931, p. 1952.)

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Clinique.

Tension artérielle et tuberculose pulmonaire en milieu sanatorial. (F. Fame (Leysin), *Revue de la Tuberculose*, 3e série, t. XII, n° 2, février 1931.) — Fame a fait une statistique il y a 2 p. 100 d'hypertendus, 73 p. 100 de tension normale, 25 p. 100 d'hypotendus. Les cas évolutifs progressifs provoquent de l'hypotension, il n'y a pas de rapport entre la courbe thermique et la tension artérielle, l'hypotension s'accompagne souvent de l'accélération de la vitesse de sédimentation des globules rouges. Il y a concordance remarquable entre la courbe de la tension, le poids du malade et la courbe dynamométrique. La tension est plus souvent normale chez l'homme que chez la femme, et c'est cette dernière qui fournit le plus d'hypotension.

La cure solaire, la chaleur, les sueurs entraînent un fléchissement ; le froid au contraire une légère augmentation.

La valeur pronostique de la tension artérielle est minime en dehors des cas où il y a fléchissement brusque.

Activité et évolution de la tuberculose pulmonaire. (Léon Bernard. *Annales de Méd.*, t. XXIX, n° 4, avril 1931.) — L'auteur différencie de la poussée évolutive décrite par Bezançon, la poussée latente uniquement anatomique.

L'activité, comme l'évolution, d'une lésion détermine l'élimination des bacilles dans les crachats ou tout au moins sa recrudescence. Inversement, des lésions actives peuvent ne pas être bacillifères et la nature de celles-ci manque ; mais on peut avoir ailleurs la présence de la tuberculose. Le problème de l'évolution ou de l'activité d'une lésion est souvent délicat à résoudre et cependant son importance pratique est capitale. Le pronostic est sérieux dans les formes où la lésion se mobilise et continue à évoluer. On ne sait ce qu'elle va devenir au cours de cette évolution. La thérapeutique est elle aussi différente. Pneumothorax dans la forme évolutive reconnue avec rigueur. Temporiser au contraire pour une lésion active temporairement. Donc importance de la recherche de l'activité et de l'évolution des lésions. En pratique, c'est bien souvent seule la suite de l'observation qui permettra de trancher la question.

Sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. Les antécédents de quatre cents malades tuberculeux et non tuberculeux de l'hôpital Beaujon. (Robert Debré et Mme Thérèse Martin. *Revue de la Tuberculose*, t. XII, n° 6, juin 1931, page 705.) — Les auteurs ont fait une enquête sur les antécédents et particulièrement sur les possibilités ou les conditions de contamination tuberculeuse chez 200 sujets tuberculeux soignés à l'hôpital Beaujon. Comparativement ils ont effectué, avec la même minutie, les mêmes recherches sur 200 sujets non tuberculeux hospitalisés dans un service de chirurgie du même hôpital.

Chez les tuberculeux, il ont trouvé le souvenir d'un contact important et prolongé dans 60 p. 100 des cas, à savoir dans 74 p. 100 des cas chez les femmes et 44 p. 100 des cas chez les hommes. Au contraire, chez les malades témoins, le contage se rencontre dans 5,8 p. 100, à savoir dans 7 p. 100 chez les femmes et 4,7 p. 100 chez les hommes. Donc différence fondamentale dans les antécédents du tuberculeux pulmonaires et des témoins. Cette différence s'accuse encore plus si l'on tient compte des contacts « probables » et non plus seulement des contacts « certains » : chez les témoins, la proportion reste de 5,8 p. 100 pour devenir chez les tuberculeux de 68 p. 100.

La tuberculose évolutive paraît plus fréquente chez les femmes jeunes (seize à trente ans) que chez les hommes du même âge. Par contre, la proportion est inverse pour les malades plus âgés.

La contamination apparaît d'origine familiale dans 79 p. 100 des cas chez les femmes, et 54 p. 100 des cas chez les hommes, c'est-à-dire dans la proportion de 66,5 p. 100 des cas où le contact est retrouvé.

La tuberculose ne paraît pas particulièrement dangereuse pour le conjoint.

La plupart des contaminations datant de l'enfance peuvent ne provoquer une tuberculose évolutive qu'après l'adolescence, à l'âge mûr, et même après quarante ans.

Le pronostic de la tuberculose pulmonaire est lié non pas à la longueur de la période latente, c'est-à-dire de la période qui s'étend de la contamination à l'éclosion clinique de la maladie, mais est bien plutôt lié à l'âge du malade au moment où la tuberculose commence à évoluer.

Parmi les ruraux observés dans le service de tuberculeux, la moitié étaient contaminés à leur arrivée à Paris.

Les auteurs n'ont pu mettre en évidence le rôle prépondérant des diverses maladies, des chagrins ou des soucis, dans l'éclosion de la tuberculose chez leurs malades. Par contre, le rôle des grossesses dans l'évolution de la tuberculose paraît démontré ; il est loin cependant d'être prouvé qu'elles soient un facteur prédisposant pour l'éclosion de cette maladie.

Dans les antécédents des 200 tuberculeux pulmonaires observés, les auteurs ont noté : 4,5 p. 100 de pleurésie tuberculose aiguë avec épanchement et 3,5 p. 100 de tuberculose extra-pulmonaire ayant précédé l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Chez les 200 témoins, ils ont trouvé : 2,5 p. 100 de pleurésie séro-fibrineuse et 5,5 p. 100 de tuberculose extra-pulmonaire.

Quelques considérations sur la tuberculose pulmonaire et laryngée. (Aubry et L. Brodiez. *Presse Méd.*, n° 68, p. 1267, 26 août 1931). — Mis à part le lupus et la tuberculose miliaire aiguë, les auteurs envisagent deux types de tuberculose laryngée qui sont diamétralement opposés.

Le type *infiltro-ulcéreux* à évolution caséeuse nettement secondaire à une tuberculose pulmonaire évolutive. Ce sont les lésions pulmonaires qui dominent le tableau clinique et le pronostic ; la lésion laryngée aggrave seulement les signes généraux. Les signes laryngés qui caractérisent cette forme sont : la dysphonie tendant vers l'aphonie, la dysphagie et au stade terminal la dyspnée. L'examen laryngoscopique montre un larynx pâle avec lésions diffuses. Infiltration blafarde avec ulcérations superficielles d'aspect sanieux. Au début, ces lésions prédominent à la périglotte, aux cordes vocales et à la région interaryténoïdienne.

Au point de vue pathogénic, les auteurs attribuent ces lésions à une inoculation locale.

A ce type, ils rapprochent la forme *infiltro-œdémateuse* et la forme *ulcéro-végétante*. Le pronostic de ces formes est extrêmement sévère en raison même de la tendance évolu-


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René Vincent
DRAEGER

tive propre des lésions laryngées. La thérapeutique locale doit être prudemment active.

A cette forme, ils opposent le type *fibro-congestif*, qui coexiste également avec une tuberculose pulmonaire ; mais c'est le larynx qui fait diagnostiquer la lésion pulmonaire discrète.

Les symptômes laryngés consistent en dysphonie : la voix est enrouée plutôt que voilée ; dysphagie légère et dyspnée précoce. Au laryngoscope, on note un larynx rouge, propre non ulcéré, non œdémateux. Il y a une infiltration volumineuse de la bande ventriculaire ; rarement il existe des lésions au niveau de l'épiglotte.

L'évolution de cette forme est lente, soit vers l'aggravation, soit vers l'amélioration. Le pronostic est plus favorable. La lésion pulmonaire est discrète, souvent diagnostiquée par la radiographie qui révèle de la tramite avec éléments micro-nodulaires. La thérapeutique (galvano-cautérisation profonde, fulguration diathermique) donne ici de bons résultats.

Entre ces deux types, toute la gamme de transition peut s'observer ; mais les auteurs insistent sur le fait que les poumons et le larynx présentent toujours le même ordre de lésions avec tendance soit fibreuse, soit ulcéro-caséeuse.

Dans cette deuxième force, c'est par la voie sanguine que se fait la contamination simultanée des poumons et du larynx. Le pronostic est bien moins sombre que dans les cas de tuberculose ulcéro-caséeuse, et il faut surtout tenir compte pour établir le pronostic plus de la tendance caséeuse que de l'étendue des lésions.

Bilatéralisation suraiguë chez les tuberculeux porteurs d'un pneumothorax artificiel ou spontané : considérations cliniques et anatomiques. (A. Ravina, J. Delarue et D. Douady. *Presse Méd.*, n° 74, p. 1357, 16 septembre 1931.) — Les auteurs rapportent les observations cliniques et anatomiques de deux formes foudroyantes de bilatérisation suraiguë chez des tuberculeux porteurs d'un pneumothorax artificiel, observations rappelant les lésions « du coup de sang pulmonaire ».

Il s'agissait de malades qui cliniquement et radiologiquement présentaient des lésions sensiblement unilatérales nodulaires dans un cas, excavées dans l'autre, malades traités par le pneumothorax artificiel.

Au cours du traitement, apparition d'hydro-pneumothorax de la base du côté collabé. La fin a été marquée par des accidents brusques ; d'une part, une période de perforation pulmonaire avec phase d'oblitération, d'autre part, une période terminale brutale avec phénomènes asphyxiques. Chez un des malades, l'auscultation permit aux auteurs d'entendre des râles sous-crépitants dans le côté jusqu'alors sain ; mais dans l'un et l'autre cas, la radioscopie ne leur montrait aucune modification. C'est l'étude anatomique d'un des cas qui leur permit d'expliquer la genèse des accidents terminaux et aussi celle de la nature du coup de sang pulmonaire : invasion brutale du poumon sain par les bacilles de Koch. Ils rapprochent les lésions observées de celles qu'on observe à la période terminale chez certains tuberculeux non traités par le pneumothorax, qui résultent d'une dissémination rapide, subite et brutale du bacille tuberculeux, et également des formes asphyxiques suraiguës des tuberculoses miliaires.

Au point de vue anatomique, les auteurs ont retrouvé des lésions qui confirment la conception de Huguenin sur l'histogenèse des nodules miliaires. Ils retrouvent dans le cas où l'autopsie a été pratiquée, la phase de début d'alvéolite tuberculeuse, stade exsudatif réalisé par la phagocytose intrapariétale des bacilles rapidement suivie de congestion, de transsudation œdémateuse et surtout de migration des cellules alvéolaires appelées plus tardivement à subir la caséification. Dans le cas particulier où l'évolution est tellement rapide que la phase de caséification n'a pas le temps de s'effectuer, on assiste à la forme granulique suffocante.

A propos de ces observations, les auteurs émettent l'hypothèse de l'envahissement par voie canaliculaire bronchique, ce qui serait à l'appui de la conception de la bilatérisation des lésions au cours du pneumothorax artificiel. Mais ils ont vu l'existence de bacilles de Koch libres dans les lumières des artères lobulaires, ce qui serait en faveur de l'apport bacillaire par voie sanguine. Pour terminer, Ravina et ses collaborateurs soulèvent un problème qui reste encore dans le domaine de l'hypothèse : de la sensibilisation particulière que suppose la splénisation diffuse.

La tuberculose d'emblée pleuro-pulmonaire. Léon Bernard et Max Biderman. *Revue de la Tuberculose*, n° 9, t. XII, novembre 1931, p. 1045.) — Les auteurs insistent sur l'intérêt d'individualiser, parmi les modalités de la double localisation pulmonaire et pleurale de la tuberculose, une forme clinique qui, tout en ne relevant pas d'une pathogénie différente de celle qui unit ces diverses modalités dans une même famille de faits, mérite tout de même d'être dégagée et signalée en raison de ses caractères cliniques particuliers et des indications particulières qu'elle pose. Cette forme, « la tuberculose d'emblée pleuro-pulmonaire », est caractérisée par sa bénignité, sa tendance à la symphyse pleurale par pachypleurite avec l'arrêt de la lésion pulmonaire par sclérose. Mais il y a avantage à la traiter par la collapsothérapie. Il est donc intéressant de la reconnaître avec netteté ; en pratique, il est parfois délicat de la différencier des pleurésies autonomes ainsi que des pleurésies compliquant une tuberculose pulmonaire antérieure, qui, ni les unes ni les autres, ne sont justiciables de ce traitement. A la condition de connaître l'opportunité de cette distinction, on peut préciser le diagnostic de la forme d'emblée pleuro-pulmonaire, et cela pour le plus grand bénéfice des malades.

THÉRAPEUTIQUE

I. Collapsothérapie.

La phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (L. Bernard, G. Poix. *Presse Méd.*, n° 12, p. 201, 11 février 1931.) — La valeur thérapeutique de la phrénicectomie est diversement interprétée. Pour les uns, c'est un pis aller incapable d'enrayer la marche de la maladie, pour les autres, sa valeur est insuffisante pour motiver son application autonome.

Les auteurs apportent leur contribution basée sur 60 cas de phrénicectomie au cours de la tuberculose pulmonaire.

35 malades ont été opérés en service hospitalier, 25 opérés sans hospitalisation par le « mode ambulatoire ».

La technique employée a été celle préconisée par Félix · arrachement du nerf qui détermine une douleur plus ou moins vive suivant que celui-ci est plus ou moins adhérent à la plèvre. Les auteurs pensent qu'il convient de faire de grandes exérèses supérieures à 5 centimètres permettant d'interrompre d'une façon certaine les voies motrices accessoires. Comme accidents des suites opératoires, ils ont observé : 3 cas d'hémoptysies, 2 cas de douleurs précordales avec troubles cardiaques, 6 cas de poussées évolutives controlatérales, dont 3 avec évolution vers la mort.

Dans la deuxième partie de leur travail, les auteurs étudient la physiologie de la phrénicectomie et ses résultats.

La paralysie du phrénique entraîne la perte de la tonicité et de la contractilité du muscle diaphragme, par suite son immobilisation et son ascension. Celle-ci varie de 2 à 10 centimètres suivant les sujets et d'emblée elle est maximum.

L'ascension aurait une double cause : la *rétraction pulmonaire* due à l'élasticité des parties saines et au processus scléreux des lésions ; *la poussée abdominale*.

Pour L. Bernard, il n'y aurait pas de modifications sensibles dans la dénivellation à droit et à gauche.

L'action de la phrénicectomie est comparable à celle du pneumothorax : mise au repos du poumon, création d'un processus de sclérose cicatricielle.

Cliniquement, les auteurs ont noté de la diminution de la toux, de l'expectoration qui passe d'abord par une phase d'accroissement.

Dans les formes nettement localisées et circonscrites, la bacilloscopie est devenue négative 10 fois sur 45 phrénicectomies.

La température est influencée surtout dans les formes peu fébriles à 38° où elle redevient normale. Enfin la phrénicectomie, lorsqu'elle agit, donne une amélioration très rapide et pour les auteurs on doit juger de son action dans le mois qui suit l'opération.

Résultats et indications de la phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire suivant l'état anatomique de la plèvre. (J. Morin et R. Rautureau. *Revue de la Tuberculose*, t. XII, n° 5, mai 1931, page 503.) — De l'étude des 64 cas de phrénicectomie pratiquée par les auteurs, il résulte :

1° En cas de symphyse pleurale totale, la meilleure indication de la phrénicectomie, faite sur des lésions cavitaires tuberculeuses, sera réalisée lorsque celles-ci seront afébriles, relativement récentes, pas trop étendues, et quand il subsistera du parenchyme sain en dehors d'elles, surtout dans leur voisinage. Si elles sont anciennes, importantes, atteignant la corticalité du poumon et accompagnées de signes de réaction fortement marqués, il convient, pour des lésions siégeant au sommet, à la condition que par ailleurs l'état du malade le permette, de recourir d'emblée à la thoracoplastie et de la faire partielle afin de conserver la base saine. Si elles ne sont pas localisées au sommet, il y aura lieu de pratiquer la phrénicectomie, mais de ne pas attendre beaucoup plus de six mois, en cas d'échec complet, pour faire des résections costales.

2° Lorsqu'un pneumothorax, entretenu pendant plusieurs mois, reste inefficace en raison de brides ou d'adhérences limitées des parties malades à la paroi thoracique, que la méthode de Jacobeus ne permet pas de sectionner, il est indiqué de le remplacer par une phrénicectomie dont on est en droit d'espérer un bon résultat. Au cas où le moignon pulmonaire possède des adhérences larges et intimes avec la paroi dans un endroit qui est le siège de lésions étendues atteignant la corticalité, la phrénicectomie sera probablement inefficace. Elle peut cependant être faite avant une thoracoplastie qu'il faudra prévoir.

3° Les résultats obtenus avec la phrénico-exérèse dans les cas où elle a remplacé un pneumothorax inefficace du fait d'adhérences ou de brides, mettent en évidence l'importance du facteur pleural dans son mécanisme d'action et le fait qu'une liberté complète des feuillets pleuraux fournit une des meilleures conditions de cette action, les autres étant la récence et la limitation des lésions. Ce sont également les conditions optima de la collapsothérapie gazeuse. Dans les cas où elles étaient réalisées, les auteurs ont fait la phrénicectomie, seul moyen d'établir une comparaison entre les deux méthodes. Autant que leur permettent d'en juger des observations en nombre restreint et de courte durée, les effets des deux méthodes sont comparables, si ce n'est pour les poussées évolutives et les lésions étendues qui paraissent mieux influencées par le pneumothorax. Comme l'application de la méthode de Forlanini comporte des inconvénients nombreux dont beaucoup sont très graves, tandis que la réalisation de la phrénicectomie n'en a pour ainsi dire aucun, il semble aux auteurs, que si un jour une expérience plus étendue et plus ancienne confirme leur impression, il conviendra d'étendre les indications de la méthode de Félix aux dépens du pneumothorax.

Remarques sur la cure post-opératoire en décubitus latéralet déclive dans la phrénico-exérèse. (Jean Foix et Jean Mattei. *Revue de la Tuberculose*, t. XII, n° 6, juin 1931, p. 725.) — Les auteurs pensent que la phrénico-exérèse, temps opératoire, doit être obligatoirement complétée par une cure en décubitus latéral et déclive, temps sanatorial, d'une durée parfois assez longue, avec port dans la station verticale d'une sangle élastique bien ajustée. Par cette méthode simple, d'une exécution facile, utilisant l'action des organes de l'abdomen et du tonus abdominal pour favoriser l'ascension de l'hémidiaphragme paralysé, on améliore considérablement les statistiques opératoires de cette intervention « capricieuse ».

Indications du pneumothorax bilatéral. (Göbel. *Zeit. f. Tuberkulose*, t. LIX, n° 5, avril 1931.) — L'auteur qui pratiquait systématiquement le pneumothorax bilatéral pour des lésions excavées d'un côté, avec noyaux de condensation de l'autre, et qui avait ainsi obtenu des résultats favorables, a remarqué que certains malades du fait de la mise au repos du côté le plus atteint, avaient une amélioration notable.

Göbel n'est plus partisan de l'insufflation bilatérale systématique et comme test pouvant faire prévoir l'amélioration par le pneumothorax unilatéral, il signale les renseignements fournis par la vitesse de sédimentation globulaire qui doit être étudiée à l'aide de courbes.

Lorsque l'amélioration qui dans la règle succède au premier collapsus, se maintient constante, il est inutile d'insuffler l'autre côté; dans le cas contraire, on procède au collapsus du côté le moins atteint.

Contribution à l'étude du pneumothorax bilatéral. (E. Schuster. *Zeit. f. Tuberkulose*, t. LIX, n° 5, année 1931.) L'auteur rapporte deux observations de pneumothorax bilatéral avec épanchement, sans trouble respiratoire marqué. La première observation est celle d'une jeune fille de 18 ans où un pneumothorax bilatéral a été fait pour des lésions diffuses excavées du côté gauche et atteinte du côté droit. Au cours du traitement est apparu un épanchement séro-fibrineux à droite, purulent à gauche. Ce dernier s'est résorbé spontanément, le séro-fibrineux n'a point gêné la continuation des insufflations.

La deuxième observation concerne un jeune homme de 21 ans, qui au cours de son pneumothorax bilatéral, fit aussi un petit épanchement.

De ces deux cas, Schuster dégage d'une part que les épanchements liés au pneumothorax artificiel ne sont pas d'un mauvais pronostic et qu'il convient même de les conserver ; d'autre part, que l'on peut comprimer le poumon sans supprimer son rôle respiratoire.

Résultats statistiques de la thoracoplastie extra-pleurale. (O. Schedtler. *Deut. Med. Woch.*, t. LVII, n° 12, 20 mars 1931.) — Schedtler a pratiqué 320 thoracoplasties pour : cavernes tuberculeuses unilatérales, tuberculoses bilatérales avec lésion d'un côté peu étendue et sans tendance évolutive, après pneumothorax incomplets avec sommet ou lobe supérieur cavitaire adhérent, cavités de pyopneumothorax persistantes, hémoptysies graves ; enfin pour des scléroses graves avec troubles cardiaques par déplacement du cœur. La mortalité a été de 17, soit 5,3 p. 100 dans les huit premières semaines, et c'est surtout aux formes bilatérales qu'il faut rattacher le plus grand nombre de décès.

L'auteur, par ailleurs, a pu suivre 200 de ses malades depuis 1929 et les résultats qu'il a obtenus sont les suivants : 35,5 p. 100 de décès, 44,5 p. 100 de guérisons, 20 p. 100 d'améliorations. Il en conclut que la thoracoplastie extra-pleurale, opération actuellement bien réglée, est une thérapeutique peu dangereuse susceptible d'amener des guérisons dans des formes sévères de tuberculose.

La collapsothérapie bilatérale dans la tuberculose pulmonaire. (Léon Kindberg. *La Pratique médicale française,* fév. 1931.) — Le pneumothorax artificiel bilatéral doit presque toujours être tenté en présence d'une bilatéralisation au cours d'un pneumothorax classique. On peut y avoir recours d'emblée dans la tuberculose bilatérale, mais ses indications sont beaucoup plus restreintes : les lésions ulcéreuses localisées sont surtout à retenir. Devant une symphyse uni ou même bilatérale, on peut tenter la collapsothérapie combinée, réalisant, d'un côté ou de l'autre, ou même des deux, une phrénicectomie, un des modes de thoracoplastie, une apicolyse avec plombage. Les indications respectives n'en sauraient actuellement être fixées avec précision.

La section des brides intra-pleurales dans le pneumothorax thérapeutique. (Douady (D.) et Meyer (A.). *La Pratique médicale française,* fév. 1931.) — Revue Générale.

II Tuberculinothérapie.

Tentative de traitement avec un vaccin de bacilles tuberculeux avirulents chez les tuberculeux pulmonaires, d'après Schröder. (Bramesfeld Heinz. *Die Tuberkulose*, t. X, n° 10, 20 oct. 1930, C. R. in *Revue de la Tuberculose*, 3e série, t. XII, n° 6, juin 1931.)

Résultats à longue échéance du traitement à la tuberculine. (Bruhl. *Die Tuberkulose*, t. X, n° 10, 20 oct. 1930, C. R. in *Revue de la Tuberculose,* 3e série, t. XII, n° 6, juin 1931.)

Tuberculinothérapie et antigénothérapie. (Jaquerod Leysin. *Presse Méd.*, n° 75, p. 1376, 19 sept. 1931.) — Depuis les premiers essais sans résultats de Koch sur la tuberculinothérapie, de nombreux auteurs et Koch en particulier ont repris l'étude de cette thérapeutique et de nombreux types de tuberculine ont été utilisés. Toutes présentent la même valeur thérapeutique, à condition toutefois de les utiliser dans des cas favorables. Ces cas, pour l'auteur, sont très limités et comportent seulement au point de vue tuberculose pulmonaire, les tuberculoses chroniques avec lésions cavitaires ou non, mais nettement localisées, à tendance fibreuse, avec état général bien conservé, température normale, expectoration peu abondante, mais constamment bacillifère. Il ne faut pas traiter les tuberculoses récentes, les tuberculeux fébricitants ou à lésions étendues et avancées.

Chez les malades présentant des cas favorables, traités convenablement par injections sous-cutanées à doses progressivement croissantes de 1/1000 de milligramme jusqu'à 1/2 et 1 cc. de tuberculine pure, l'auteur a obtenu les résultats suivants :

Certains malades ont une guérison définitive et durable avec expectoration non bacillifère. Certains autres conservent une expectoration bacillifère malgré l'emploi de tuberculines pures. Parmi ces derniers, une deuxième série peut amener la guérison ; mais d'autres sont toujours réfractaires. Le professeur Sahli conseille la voie intradermique au lieu de la voie sous-cutanée pour l'utilisation de la tuberculine.

Donc pour Jaquerod, l'emploi de la tuberculine est réservé à des cas très limités. Son utilisation est très difficile et souvent sans résultats. Il conseille surtout son emploi en sanatoria. Il ne faut pas chercher dans la tuberculine une action renforçatrice de la résistance de l'organisme à la tuberculose, ce qu'on lui demande avant tout, c'est de tarir l'expectoration bacillifère.

Pour les lésions chirurgicales, la tuberculine donne des résultats, mais ceux-ci ne sont pas durables.

L'auteur envisage également la question de l'antigène méthylique de Nègre et Boquet, qui n'est autre que de la tuberculine d'un emploi plus facile.

Ses applications et ses contre-indications sont les mêmes que pour la tuberculine. Quant aux résultats, l'expérience clinique n'est point encore suffisante pour que l'on puisse en juger. Si le professeur L. Bernard a obtenu des résultats satisfaisants dans les formes ganglionnaires, si Guinard a obtenu aussi des cas heureux en matière de tuberculose pulmonaire, Jaquerod jusqu'alors n'a point eu de résultats satisfaisants.

L'allergine dans le traitement des tuberculoses cutanées. (Marceron et Guérin (P.), Paris Méd., 17 janv. 1931.) — Outre la réaction locale et la réaction générale habituelles, l'allergine provoque des réactions focales vives dans les cas favorables : la plaque lupide prend parfois un aspect érysipélateux passager. Le traitement doit être suivi longtemps après la guérison apparente.

III. Chrysothérapie.

Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or. (M. Brodiez et J. Lefèvre. *Rev. de la Tuberculose*, t. XII, n° 7, p. 813, juillet 1931.) — Pour Brodiez et Lefèvre, les sels d'or ne sont pas un spécifique de la tuberculose, pas même le médicament d'action constante sur les symptômes. Il ne s'agit que d'un adjuvant précieux de la cure d'air et de repos.

Les doses à employer sont très discutées. Quatre grandes tendances : Méthode des doses fortes jusqu'à 1 gr. par dose et 5 à 6 gr. au total.

Méthode des doses moyennes jusqu'à 0 fr. 50 par dose et 3 à 4 gr. au total.

Méthode des doses faibles jusqu'à 0 gr. 25 par dose et 2 gr. 50 à 3 gr. au total.

Méthode des doses très faibles, ne dépassant pas 0 gr. 05 par dose, 1 gr. 10 au total.

Les auteurs :

Chez les sujets déprimés, amaigris, fébriles, débutent par des doses de 0 gr. 01 ou 0 gr. 02, et ne dépassent pas 0 gr. 10 par injection avec un total de 2 gr.

Chez les malades suffisamment résistants, ils débutent par 0 gr. 02 ou 0 gr. 05 et montent si la tolérance est bonne à 0 gr. 15 par injection, avec injection hebdomadaire et une dose totale de 2 gr. 50 à 3 gr.

Chez les sujets robustes, rapidement ils atteignent 0 gr. 25 par injection et font une série de 3 gr. à 3 gr. 50.

Dans tous les cas où une première série donne un résultat favorable, les auteurs conseillent d'en pratiquer d'autres à titre d'entretien, à des intervalles de trois à six mois.

En raison des accidents d'intolérance parfois grave : phénomènes nerveux légers ou graves, réactions fébriles, diarrhées, réactions pulmonaires, accidents rénaux, accidents cutanés, l'aurothérapie ne doit être employée qu'à bon escient. Pour les auteurs, les indications varient avec les formes de tuberculose.

Dans les *tuberculoses au début*, les sels d'or doivent être utilisés pour *tout malade peu ou pas évolutif*, pour les malades traités par la collapsothérapie et présentant des menaces de bilatérisation. Enfin dans les cas d'épanchements du pneumothorax, surtout s'ils passent à la purulence.

Dans *les formes extensives et très évolutives*, il faut être extrêmement prudent.

Ne jamais traiter : les malades cachectiques ou qui évoluent très rapidement avec une profonde atteinte de l'état général, les malades qui présentent un passé intestinal récent apparu depuis le début de la maladie pulmonaire.

Par contre, il faut traiter, mais avec discernement et en recourant seulement à de très petites doses : le fibro-caséeux qui s'aggrave, et surtout les formes évolutives d'emblée dans lesquelles la gravité de l'état local l'emporte de beaucoup sur les réactions générales ; le tuberculeux qui « se défend » ne maigrit que peu ou pas, à plus forte raison celui qui grâce au traitement sanatorial, engraisse malgré une température élevée.

Traitement de la tuberculose ostéo-articulaire par le cyanure d'or et de potassium. FRIEDLAND. *Acta chirurgica Scandinavia,* t. LXVIII, fasc. I, 12 mars 1931, In *Presse Méd.*, 13 juin 1931, n° 47, p. 884.) — Friedland a traité en deux ans 50 malades atteints de tuberculose osseuse et articulaire, par le cyanure d'or et de potassium, en injections locales. A l'aide d'une bande d'Esmarch, il arrête la circulation sanguine de la région à traiter, puis il injecte dans le foyer tuberculeux et à sa périphérie, de 0,003 à 0,005 de cyanure d'or et de potassium, chez les enfants, et 0,02 chez les adultes. La solution qu'il utilise est additionnée de 0,5 pour 1.000 de novocaïne. Mais pour les tout petits enfants, il préfère employer la narcose à l'éther. La bande d'Esmarch est enlevée 15 à 20 minutes après l'injection. Une seule injection, quelquefois deux suffisent à amener une amélioration.

Dans les quelques jours qui suivent l'injection, il y a exacerbation générale et locale du processus pathologique, puis amélioration caractérisée par la diminution des douleurs, reprise des mouvements articulaires, amélioration de l'état général.

L'auteur a obtenu ainsi 84 p. 100 de succès durables. L'action thérapeutique est expliquée par une action directe du cyanure d'or sur les bacilles et par une réaction générale de l'organisme. Cette thérapeutique abrège la durée du traitement, mais ne supprime pas les moyens orthopédiques usuels.

La chrysothérapie du lupus nodulaire. (F. LEBEUF et H. MOLLARD. *Presse Méd.*, n° 61, p. 1149, 1er août 1931.) — Après avoir fait l'historique de l'utilisation des sels d'or dans la tuberculose, les auteurs envisagent le traitement des lésions tuberculeuses cutanées par la chrysothérapie. Deux types de lésions s'opposent cliniquement, bactériologiquement et peut-être aussi au point de vue thérapeutique : tuberculoses cutanées (ulcères, gourmes, tuberculoses verruqueuses, lupus nodulaires) causées par le bacille de Koch.

Tuberculides (sarcoïdes, érythèmes indurés de Bazin, lichen scrofulosorum, tuberculides papulo-nécrotiques, lupus érythémateux) causés par les formes filtrables du bacille tuberculeux.

Pour la thérapeutique : action nette dans les tuberculoses cutanées ; discordance des résultats dans les tuberculides, en particulier dans le lupus nodulaire.

Avec Pittaluga, Reyn, Hufschmitt, Jeanselme, Barnier... les résultats seraient médiocres ou nuls ; avec Noguer, Moré, Gonzalès Médina, M. Pinaud, P. Vernier, Mlle Versini, Gâté et Michel, les sels d'or seraient utiles. Ils auraient une double action, d'une part sur les tissus conjonctifs avec formation de sclérose ; d'autre part, sur le système réticulo-endothélial avec processus de réparation.

Les auteurs ont expérimenté la méthode sur 15 sujets, présentant des lésions pustulo-croûteuses, bourgeonnantes ou ulcéreuses chez les vieux lupiques de plusieurs années. Le sel utilisé est un hyposulfite double d'or et de sodium. Les voies d'introduction étant variables, intra-veineuse, intra-musculaire et aussi voie locale. Les doses employées variant de 8 à 10 gr., soit doses faibles et répétées longtemps, soit doses fortes progressives.

Comme accidents, les auteurs ont observé des érythèmes généralisés, des aurides muqueuses et des ictères. Par contre, leurs résultats furent intéressants : 2 guérisons complètes et 13 améliorations. Les ulcérations se cicatrisent, les bourgeons s'affaissent, la congestion et l'infiltration disparaissent, l'état général est meilleur ; il persiste tout de même des lupomes visibles à l'œil nu ou à la vibro-pression. Les résultats se font très rapidement. Ils sont dus comme l'ont montré les expériences de Schlossberger-Feldt et Schott à l'action du système réticulo-endothélial. Les sels d'or renforcent ce système ; ils agissent à la façon de catalyseur, et activent les phénomènes de désintégration dont sont chargés les leucocytes issus de l'appareil réticulo-endothélial. Ils produisent une réaction conjonctive de néoformation qui limite les lésions et contribue à leur guérison cicatricielle.

Lebeuf et Mollard sont donc partisans de la chrysothérapie dans les lupus nodulaires et même dans les formes chirurgicales. Cette thérapeutique aurait une action en attaquant à la fois le lupus et le foyer initial.

Morphologie des aurides. (LEBEUF et MOLLARD. *Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. II, n° 2, fév. 1931, in *Presse Méd.*, n° 70, 2 sept. 1931, p. 153.)

La chrysothérapie des adénopathies tuberculeuses. (R. HUGUENIN, M. LIBERSON et Y. DUPONT. *Presse Méd.*, n° 45, p. 833, 6 juin 1931.) — Les auteurs rapportent l'expérience qu'ils ont acquise pendant près de deux ans de thérapeutique des adénopathies tuberculeuses par les sels d'or. Leurs conclusions se rapprochent de celles d'Ameuille pour la tuberculose pulmonaire.

Dans ces lésions, d'aspects cliniques et anatomo-pathologiques si divers, où les thérapeutiques multiples sont ordinairement employées et dont les résultats sont parfois longs à se faire sentir, la chrysothérapie donne des améliorations rapidement sensibles, à condition toutefois qu'elle soit employée dans de bonnes conditions.

Ce sont les sels doubles d'or et de soufre que les auteurs conseillent ; le soufre jouerait peut-être le rôle de « *sensibilisant* ». Ce sont des doses élevées, 6 à 10 gr., avec doses rapidement croissantes ; 0,75 à 1 gr. par semaine en deux injections, qu'il faut utiliser.

Avec de telles doses, les formes suppurées, les cavernes ganglionnaires guérissent plus vite et mieux que les nodules indurés. Les auteurs insistent sur l'efficacité rapide dans les formes ramollies ; efficacité certaine aussi, mais moins rapide dans les forme d'adénopathies encore dures, les formes folliculaires. Moins accessibles seraient les formes à la fois folliculaires et scléreuses. En dehors des formes anatomo-histologiques, il existe peut-être d'autres raisons de la résistance à la chrysothérapie. Les auteurs se sont basés sur la cuti-réaction, mais la valeur absolue de celle-ci n'est pas aussi précise qu'on l'avait cru tout d'abord.

Huguenin est partisan également de l'association d'une thérapeutique par l'extrait hépatique. Parmi les huit observations que les auteurs rapportent, deux échecs sont dus à une insuffisance de traitement. Il leur semble donc que la chrysothérapie constitue une méthode de traitement facile ; mais il importe que la cure soit conduite avec quelque minutie, en surveillant le malade, en jouant des doses aussi bien que dans la syphilis.

Cf. — Etat actuel du traitement de la tuberculose par les sels d'or. (BOURGEOIS et SANDZER, *Gaz. des hôp.* 1932, n° 1 ; Revue générale.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1932)

A propos du procès-verbal. — M. HAYEM apporte quelques réflexions sur l'étude photographique de l'estomac.

Notice nécrologique. — M. MORAX prononce l'éloge de M. Marc-Edouard Martin (de Genève), ancien interne des hôpitaux de Paris (1871), membre correspondant depuis 1910. Il rappelle ses travaux en chirurgie infantile.

Résultats éloignés de la gastrectomie dans le cancer de l'estomac (125 observations). — M. Henri HARTMANN. — La possibilité de guérir chirurgicalement le cancer de l'estomac est bien établie. Mais dans quelle proportion peut-on obtenir ces guérisons ? L'étude de 125 cas suivis de 1 an à 27 ans permet de répondre à cette question. Sur ces 125 cas, 31 ont été suivis sans récidive pendant 1 à 27 ans, 80 sont morts de récidive presque tous au cours des deux premières années ; 13 sont morts de 2 à 13 ans après la gastrectomie sans qu'on ait de renseignements précis sur la cause de la mort. Il est probable que quelques-unes de ces dernières morts sont dues à des récidives tardives. Dans l'ensemble, on peut dire que 29 à 30 p. 100 des opérés sont restés guéris. Peut-on espérer mieux ? Oui, quand les médecins feront le diagnostic du cancer de bonne heure et que les malades seront opérés immédiatement. L'étude des récidives montre que dans presque tous les cas, il s'agit de récidives ganglionnaires ; il est donc nécessaire que l'opération, pour être curatrice, soit faite avant que le premier relais ganglionnaire soit passé, car au delà de lui, la chirurgie ne peut rien.

La présence du virus de la maladie de Nicolas-Favre dans les lésions d'un malade atteint d'ano-rectite ulcéro-végétante. — MM. P. RAVAUT, C. LEVADITI, A. LAMBLING et René CACHERA. — Les travaux récents ont montré *indirectement*, par l'intra-dermo-réaction de Frei, que le virus de la maladie de Nicolas-Favre paraît être la cause de certaines rectites ; mais la preuve *directe* de la présence de ce virus dans les lésions n'avait pas encore été faite.

Les auteurs donnent cette preuve en apportant les résultats positifs de l'inoculation des lésions rectales d'un malade au cobaye et au singe.

Ils montrent que le passage préalable par le cobaye paraît indispensable pour éliminer l'infection secondaire constante des lésions rectales. En prélevant les ganglions développés chez le cobaye, il a été possible d'inoculer le virus ainsi purifié dans le cerveau du singe, et de déterminer chez cet animal la méningo-encéphalite mortelle caractéristique du virus lymphogranulomateux.

En utilisant d'autre part le tissu ganglionnaire du cobaye comme antigène, des réactions intra-dermiques ayant la valeur de la réaction de Frei ont été produites chez des sujets atteints de lymphogranulomatose inguinale, et chez eux seulement.

Par ces faits, la présence du virus de la maladie de Nicolas-Favre dans un cas d'ano-rectite ulcéreuse et végétante paraît démontrée. La nature jusqu'alors discutée ou méconnue de certaines rectites est ainsi éclairée ; la possibilité de traitements médicaux, analogues à ceux qui sont utilisés dans la maladie de Nicolas-Favre, peut être envisagée pour ces rectites et, vraisemblablement, pour certains rétrécissements du rectum.

Hygiène de l'enfance. — M. LESAGE présente son rapport annuel sur l'hygiène de l'enfance. Mais au lieu de lire ce travail bourré de chiffres de statistique de mortalité, il projette à l'écran dix-sept graphiques qui ont trait à la mortalité de l'enfant du premier âge en général, de l'enfant protégé, de l'enfant abandonné. Il demande qu'une seule statistique soit employée, car suivant la façon de faire, on obtient des résultats qui varient du simple au double.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel des calculs de laboratoire, Précision. Discussion et interprétation des résultats expérimentaux (1), par H. VIGNERON, préface de P. PASCAL, correspondant de l'Institut, professeur à la Sorbonne. Un volume de 184 pages.

Ce livre s'adresse à tous ceux qui entreprennent des recherches expérimentales : médecins désireux d'interpréter les résultats numériques d'observations cliniques, physico-chimistes poursuivant des recherches dans le domaine si varié de la chimie physique, biologistes cherchant à soumettre à l'expérimentation précise les phénomènes complexes dont ils étudient l'évolution, chimistes travaillant au laboratoire.

Quel qu'en soit l'objet, les premiers travaux personnels posent un certain nombre de problèmes secondaires devant lesquels le néophyte est désarmé et troublé.

Comment peut-on vérifier l'exactitude de ses appareils de mesure ? Comment les étalonner ? Quelle précision peut-on espérer des nombres expérimentaux qu'ils fournissent ? Quelles corrections systématiques ou accidentelles peut-on leur apporter ? Puis, les expériences commencées, les nombres s'accumulent sur le carnet de laboratoire. Comment les interpréter ? Comment choisir entre les divers résultats numériques d'une expérience plusieurs fois répétée celui qui est plus proche de la vérité ? Quelle précision est-on en droit de lui attribuer ? Comment traduire graphiquement l'évolution du phénomène à partir des nombres qu'ont fournis les expériences ? Comment trouver la formule C'est ce que l'auteur traite dans ce petit manuel facile à lire et à consulter.

L. G.

Paludisme et pseudo-paludisme (2), par J. RIEUX, ancien professeur au Val-de-Grâce, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille.

Dans ce fascicule, consacré, comme son titre l'indique, au paludisme et au pseudo-paludisme, le professeur RIEUX développe, dans son ensemble, la thèse, qui lui est assez personnelle et qu'il a déjà exposée dans maints mémoires et communications : à savoir que :

Le paludisme, infection due au plasmodium découvert par A. LAVERAN en 1880, est une maladie d'une durée beaucoup moins longue qu'on ne le pense habituellement. Certes, chez les paludéens qui séjournent dans les pays à endémie palustre, le paludisme, grâce à des réinfections répétées, peut revêtir une véritable chronicité. Mais, chez ceux qui sont soustraits à toute infection nouvelle par leur retour en pays salubres, la maladie ne dure guère plus de douze à dix-huit mois, après lesquels le plasmodium disparaît ; on ne saurait donc parler chez eux de « paludisme chronique ». Les manifestations aiguës ou chroniques, qui surviennent

(1) Un volume de 184 pages avec 45 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8 de 50 pages avec 2 planches en couleurs hors texte. — Prix : 16 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

chez ces anciens paludéens, relèvent, en réalité, de tout autre chose que du paludisme vrai et méritent dès lors le nom de « pseudo-paludisme ».

L'ouvrage se divise ainsi logiquement en deux parties :

1° L'exposé résumé de l'infection palustre vraie (avec présence d'hématozoaires dans le sang) dans ses diverses formes et dans son évolution ;

2° L'exposé des multiples modalités cliniques, aiguës ou chroniques, que l'on rattache communément à un paludisme antérieur et qui ne lui appartiennent proprement pas : Pseudo-paludisme infectieux et pseudo-paludisme viscéral, auxquels l'auteur consacre les développements nécessaires.

Peut-on parcourir d'un esprit indifférent les pages consacrées à un sujet, dont on est en droit aujourd'hui de mesurer l'importance à l'étendue même de nos colonies, qui sont presque autant de foyers malarigènes ?

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES PARAPLÉGIES[1]

b. La syphilis médullaire. — Avec les compressions de la moelle, la syphilis médullaire est la grosse cause de paraplégie. Aussi faut-il toujours penser en présence d'une paraplégie à rechercher la syphilis.

1° *La paraplégie spinale d'Erb* est la forme la plus fréquente ; on la rencontre souvent en cours de syphilis discrète, souvent méconnue et à une période tardive.

On recherchera par l'interrogatoire un *début progressif* avec paresthésie dans les membres inférieurs, claudication intermittente de grosse valeur diagnostique, troubles génitaux (frigidité, impuissance, troubles vésicaux (besoins impérieux d'uriner) ; à cette phase initiale, on ne trouve qu'un peu de vivacité des réflexes tendineux, du clonus et un signe de Babinski qui parfois n'apparaît qu'après la marche. Lorsque la paraplégie apparaît, elle est d'emblée spasmodique, elle offre certaines particularités : il y a *plus de contracture que de paralysie ;* les réflexes d'automatisme médullaire sont à peu près nuls, les troubles sensitifs sont très discrets ; nous avons par contre insisté sur la *constance et la précocité des troubles sphinctériens et génitaux.*

On ne manquera pas chez un tel malade d'explorer les membres supérieurs, de chercher les signes sus-lésionnels d'une grosse valeur diagnostique, exagération des réflexes du poignet, diminution légère de la force musculaire ; on recherchera les signes de syphilis artérielle, nerveuse, cutanée ou muqueuse. Il faut enfin savoir que le Wassermann et la réaction du benjoin colloïdal sont souvent négatifs, mais que par contre l'examen du L. C. R. révèle souvent une lymphocytose légère avec hyperalbuminose.

D'après leur localisation en hauteur, une syphilis peut donner un syndrome de la queue de cheval, un syndrome de Brown Sequard, un syndrome de pseudo-sclérose en plaques syphilitiques, une pseudo-sclérose latérale amyotrophique syphilitique, enfin, la syphilis peut créer des lésions si diffuses que l'on a le tableau d'une sclérose combinée dans laquelle se juxtaposent des signes pyramidaux et des signes tabétiques.

a. *La sclérose en plaques* aussi variable que polymorphe. Il faut toujours y penser lorsqu'on ne trouve aucun signe de mal de Pott, de compression rachidienne, ou de syphilis ; le diagnostic est évident lorsque *s'associent des signes*

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 4, p. 62, et n° 6, p. 94.

pyramidaux aux signes cérébelleux, mais cette forme n'est malheureusement pas la règle, et l'on est souvent en présence d'un sujet jeune dont la paraplégie spasmodique s'est installée par à-coups successifs, séparés de phases de régression. L'on recherchera avec le plus grand soin l'association de signes cérébelleux pyramidaux et de certains signes particuliers : dissociation du réflexe médio-pubien où la réponse abdominale est conservée tandis que celle des adducteurs est abolie, le réflexe du voile du palais est également très souvent aboli. Les troubles génitaux sont rares, mais les mictions sont souvent difficiles. Enfin, deux organes doivent être systématiquement examinés : ce sont les yeux et l'oreille moyenne ou interne ; l'on peut trouver du nystagmus, et souvent la *névrite rétro-bulbaire* est le premier symptôme de l'affection. D'autre part, les troubles *vestibulaires et labyrinthiques* sont aussi très souvent importants et parfois même les premiers en date. Leur coexistence avec une paraplégie spasmodique doit immédiatement orienter vers l'idée de la sclérose en plaques.

La *ponction lombaire* montrant la *dissociation entre les réactions de benjoin colloïdal et de Wassermann* est souvent d'un appoint diagnostique, l'évolution se fait par poussées successives vers l'aggravation.

IV. Causes accessoires de paraplégies spasmodiques. — a. — *La syringomyélite* donne une paraplégie à laquelle s'ajoutent la thermo-analgésie, l'amyotrophie de la main du type Aran Duchenne donnant une griffe cubitale ou main de prédicateur. L'on recherchera également la ciphoscoliose, les arthropathies de caractère si spécial, la fracture spontanée, les panaris analgésiques, et l'on craindra l'évolution vers les troubles bulbaires.

b. *La sclérose latérale amyotrophique* où s'associe un syndrome pyramidal aux signes d'atrophie progressive des carnes antérieures de la moelle, d'où amyotrophie progressive du type Aran Duchenne.

Chez l'enfant, il faut penser en dehors du mal de Pott à la maladie de Little congénitale avec équinisme, adduction des cuisses, démarche de gallinacé et signes habituels de spasmodicité.

Nous ne feront que signaler chez le vieillard le syndrome pseudo-bulbaire avec Babinski bilatéral, démarche spéciale, rire et pleurer spasmodique.

2° *Paraplégies flasques.* — Elles peuvent relever d'une atteinte névritique médullaire ou radiculaire lorsqu'il s'agit d'une lésion du neurone périphérique ou peuvent être liées à une lésion du neurone central, ce qui est plus rare.

I. Paraplégies par lésion du neurone périphérique. — a. *Polynévrites.* — Elles ont les caractères généraux des paraplégies flasques, mais s'individualisent par leur prédilection pour les muscles de la loge antéri-externe de la jambe. Lorsque le malade est couché le *pied est tombant*, lorsqu'il marche *il steppe*, les troubles *douloureux et dysesthésiques* sont précoces et durables, *l'amyotrophie* est constante ; dans certains cas, ces formes simulent le tabès à cause de l'importance des troubles de la sensibilité profonde, mais dans le tabès, le malade talonne, et les troubles sphinctériens et trophiques sont fréquents, il y a un signe d'Argyll et de la lymphocytose rachidienne.

L'enquête étiologique oriente souvent d'emblée vers le diagnostic de polynévrite.

Il peut s'agir de *polynévrite alcoolique*, plus sensitive que motrice avec son hyperesthésie cutanée, la douleur à la pression des muscles et des nerfs, l'association des stigmates d'éthylisme au syndrome de Korsakow à la névrite rétrobulbaire.

La polynévrite diphtérique doit toujours être recherchée chez un malade qui a eu une angine, lorsque cet antécédent n'est pas net, l'on recherchera quand même une paralysie associée du voile du palais et une paralysie de l'accommodation. Il faudra penser à faire un prélèvement dans le nez et dans la gorge de l'enfant ou de l'adulte.

La polynévrite diabétique doit toujours être recherchée lorsqu'on a constaté du sucre dans les urines et vice versa, mais parfois les troubles sensitifs sont assez accusés et lents, c'est qu'il y a pseudo-tabès diabétique.

La polynévrite saturnine à laquelle s'associe la paralysie des muscles antibrachiaux ne s'accompagne pas de troubles sensitifs, mais d'un liseré de Burton.

La polynévrite arsenicale est très douloureuse et s'accompagne de signes d'arsenicisme.

La poliomyélite antérieure, aiguë, qui frappe l'enfant ou l'adulte, réalise surtout chez le premier des formes typiques de paraplégie. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité contrairement à ce qui se passe dans les polynévrites, il existe un syndrome fébrile et toxi-infectieux, la paralysie est d'abord massive puis régressive, et des muscles frappés de réaction de dégénérescence peuvent redevenir actifs.

Les formes cliniques sont souvent atypiques surtout chez l'adulte, par suite de la diffusion du virus, et il faut craindre les troubles bulbaires.

Les radiculites : c'est le syndrome de la queue de cheval par traumatisme, compression ou radiculite, il s'agit de paraplégie de type périphérique caractérisée par l'anesthésie en selle, les troubles sphinctériens et génitaux, car la lésion équivaut à une destruction de la moelle lobo-sacrée.

Par certains de leurs caractères, ces paralysies se rapprochent donc des paraplégies flasques par atteinte du neurone central.

II. Paraplégie flasque par lésion du neurone central. a. *La myélite infectieuse aiguë*, la plus typique, est la myélite transverse syphilitique qui survient quatre à huit ans après le chancre, a un début épileptiforme par une paraplégie flasque brusque ; on retrouve souvent dans les antécédents du malade des signes prémonitoires d'imprégnation diffuse du névraxe avec troubles génitaux urinaires, rachialgie, etc..., mais il se pose aussi un problème pronostique basé sur l'intensité des troubles sphinctériens, l'existence d'eschares, l'intensité de l'anesthésie.

Il faut traiter ces malades rapidement et énergiquement, sinon ils sont exposés à devenir des paraplégiques spasmodiques ou à mourir par eschares, infection urinaire, broncho-pneumonie.

b. *L'encéphalite épidémique* donne également des paraplégies flasques qui peuvent revêtir la forme ascendante de Landry.

c. *Les compressions brusques de la moëlle* sont généralement d'origine traumatique et donnent une paraplégie flasque subite. Le diagnostic en est évident et c'est le pronostic qu'il importe de fixer.

Dans le mal de Pott, l'on peut aussi voir survenir des paraplégies flasques, soit par myélite subaiguë rapidement mortelle, soit par effondrement vertébral et ouverture d'un abcès ossifluant.

Quelle qu'en soit l'étiologie, les paraplégies flasques sont toujours susceptibles d'évoluer vers la spasmodicité.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


Le VIN GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE
est le véritable
SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME
chez les Enfants et les Adultes
Le VIN GIRARD, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme.
D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le VIN GIRARD est, de plus, d'un goût fort agréable.
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
TUBERCULOSE
UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS
MÊME COMPOSITION
MÊMES INDICATIONS :
SIROP GIRARD
MÉDECINE INFANTILE
2 à 3 cuillérées à bouche selon l'âge.
GRANULÉ GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
2 à 4 cuillérées à café pour Enfants & Adultes
VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia PARIS
VIN GIRARD
VIN GIRARD
Succédané de l'Huile de Foie de Morue
A. GIRARD
48, Rue d'Alésia PARIS
VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ERRATUM. — *Une déplorable erreur matérielle a fait annoncer dans la* Gazette des hôpitaux *de samedi dernier la mort de nos confrères MM. le professeur Paul Courmont et le docteur Mouisset (de Lyon).*

Cette **nouvelle est inexacte** : *nos deux confrères sont heureusement en excellent état de santé.*

C'est bien sincèrement que nous leur renouvelons l'expression de nos regrets pour cette erreur qui a alarmé leurs très nombreux amis.

F. L. S.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX (admissibilité). — *Epreuve écrite.* — Séance du 23 janvier. — Dévoilement de l'anonymat :

Epreuve théorique. — MM. Favory, 27 ; Hudelo et Renard, 26 ; Blum, 24 ; Veil, 25 ; Parfoury, 23.

Epreuve clinique. — MM. Favory, 20 : Hudelo, 19 ; Renard, 18 : Blum, 19 ; Veil, 17 ; Parfoury, 18.

Total : MM. Favory, 47 ; Hudelo, 45 ; Renard, 44 ; Blum, 43 ; Veil, 42 ; Parfoury, 41.

Sont déclarés admissibles aux épreuves de nomination :

MM. Favory, Hudelo et Renard.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve pratique* (électrologie). — Séance du 23 janvier. — Question donnée : « Mettre en place, prêt à fonctionner sur un secteur continu, un brûleur de lampe à vapeur de mercure. Avec une lampe complète mise à la disposition du candidat, faire le simulacre d'une application de bain général d'ultraviolet sur un sujet atteint de lymphatisme (le sujet ne sera pas déshabillé). Allumer une fois le brûleur et l'éteindre sur la lampe complète. »

MM. Devois, 11 ; Stuhl, 6 ; Nadal, 14 ; Surmont, 11.

Classement des candidats :

MM. Nadal, Devois, Surmont et Stuhl.

— INTERNAT EN PHARMACIE. — Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie, vacantes au 1er juin 1932 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 7 mars 1932, à 10 h. du matin, dans la salle des conférences de l'hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital.

MM. les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., du mardi 2 février au samedi 20 février 1932 inclusivement.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 23 janvier. — MM. Lauréat, 20 ; Laurent, 22 ; Mauranges, 21.

Classement des huit premiers candidats :

MM. Barreau, 54 ; Lambert, 53 ; Schoengrun et Mme Gorecki, 49 ; Mlle Bastien, 47 ; MM. Laurent, 44 ; Poison et Mlle Carnoy, 42.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — Liste des candidats admis aux épreuves du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré) :

Première division : BIOLOGIE. — *Catégorie A.* — *Anatomie.* — Néant.

Catégorie B. — *Histologie.* — Académie de Toulouse : M. Calvet, 17 + 13 = 30.

Catégorie C. — *Histoire naturelle médicale et parasitologie.* — Néant.

Catégorie D. — *Bactériologie.* — Académie de Paris : MM. Lépine et Rivalier, 19 + 18 = 37.

Académie de Strasbourg : MM. Tempé et Melnotte, 19 + 18 = 37.

Catégorie E. — *Anatomie pathologique.* — Académie de

Paris : MM. Delarue, 18 + 18 = 36; Mosinger, 16 + 16 = 32.

Catégorie F. — Physiologie. — Académie de Lille : M. Bizard, 17 + 15 = 32.

Catégorie G. — Chimie. — Académie de Paris : M. Le Gac, 14 + 16 = 30.

Catégorie H. — Physique. — Académie d'Aix-Marseille : M. Dubouloz, 15 + 15 = 30.

Académie de Lyon : M. Ponthus, 17 + 17 = 34.

Académie de Montpellier : M. Castagné, 16 + 14 = 30.

Académie de Strasbourg : Mlle Achard, 19 + 17 = 36.

Troisième division : CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE. — *Catégorie J bis. — Ophtalmologie.* — Académie de Montpellier : MM. Dejean, 17 + 19 = 36; Viallefont, 18 + 15 = 33.

Académie de Strasbourg : M. Nordmann, 17 + 17 = 34.

Catégorie J ter. — Oto-rhino-laryngologie. — Académie de Lyon : M. Mayoux, 15 + 15 = 30.

Académie de Nancy : M. Aubriot, 17 + 16 = 33.

Catégorie K. — Obstétrique. — Académie de Paris : M. Digonnet, 17 + 15 = 32.

Académie de Lyon : M. Brochier, 15 + 15 = 30.

Académie de Toulouse : M. Estienny, 18 + 18 = 36.

Quatrième division : PHARMACIE. — *Catégorie L. — Histoire naturelle pharmaceutique.* — Académie de Lyon : M. Revol, 17 + 18 = 35.

Catégorie N. — Chimie générale pharmaceutique et toxicologie. — Académie de Lille : M. Lespagnol, 18 + 17 = 35.

Nota. — Les résultats de la deuxième division des catégories *I* médecine et *J* chirurgie seront publiés ultérieurement.

— BORDEAUX. — Le Conseil de la Faculté a proposé à l'unanimité, pour la pérennisation, M. le professeur agrégé Jeanneney.

— MONTPELLIER. — M. Lapeyre, professeur sans chaire, agrégé de chirurgie près la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur de clinique gynécologique à cette Faculté (chaire vacante : dernier titulaire, M. Riche.)

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

INSTRUCTION PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Surmont, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Jeannin, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil est convoqué en session ordinaire le lundi 1er février 1932.

COMITÉ SUPÉRIEUR DE LA PROTECTION DES ENFANTS DU PREMIER AGE. — Par décret en date du 8 janvier 1932 : M. Paul Strauss, sénateur; MM. les docteurs Jules Renault et Lereboullet; M. Serge Gas, conseiller d'Etat, directeur de l'hygiène et de l'assistance; M. Couturier, directeur adjoint de l'hygiène et de l'assistance, ont été nommés membres du Comité supérieur de la protection des enfants du premier âge, en remplacement de MM. Dron, Lédé, Carpentier-Méricourt, Népoty et Méry, décédés.

GUERRE. — M. le médecin général Rouvillois, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire et des hôpitaux militaires d'instruction du Val-de-Grâce et Percy, membre de l'Académie de médecine, a été maintenu, pour l'année 1932, dans les fonctions d'inspecteur des services chirurgicaux de l'armée.

M. le médecin général inspecteur Sacquépée, directeur du laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée, a été maintenu, pour l'année 1932, dans les fonctions d'inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée.

M. le médecin général Lascoutx a été maintenu, pour l'année 1932, dans les fonctions d'inspecteur général permanent du matériel et des établissements du Service de santé militaire.

— SECTION TECHNIQUE DU SERVICE DE SANTÉ. — Sont désignés comme membres externes de la section technique du Service de santé, pour l'année 1932, les médecins, pharmacien et officier d'administration ci-après désignés :

M. Pasteur, médecin colonel, de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

M. Beyne, médecin colonel, du ministère de l'air, direction générale des forces aériennes.

M. Schneider, médecin lieutenant-colonel, de l'Ecole supérieure de guerre.

M. Anglade, médecin lieutenant-colonel, médecin des hôpitaux militaires, hôpital militaire Dominique-Larrey, Versailles.

M. Junquet, médecin lieutenant-colonel, médecin des hôpitaux militaires, hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé.

M. Lacaze, médecin lieutenant-colonel, professeur agrégé du Val-de Grâce à l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

M. Perdrizet, médecin commandant, bureau central de recrutement de la Seine.

M. Bolotte, médecin commandant, hôpital militaire Villemin, Paris.

M. Voizard, médecin commandant, régiment de sapeurs-pompiers de Paris.

M. Codvelle, médecin commandant, professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

M. de Chaisemartin, médecin commandant, médecin chef de l'Ecole supérieure d'éducation physique de Joinville.

M. Didiée, médecin capitaine, professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

M. Stéfanini, médecin capitaine, chirurgien des hôpitaux militaires, 22e bataillon d'ouvriers d'artillerie, Vincennes.

M. Babinot, pharmacien commandant, pharmacie centrale du Service de santé, fort de Vanves.

M. Guénin, lieutenant d'administration du Service de santé, des docks du Service de santé à Vanves.

VIe BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Nous rappelons que le VIe bal de la médecine française au profit des veuves et orphelins du Corps médical aura lieu le Lundi Gras 8 février, à 22 h., sous le haut patronage de M. le Président de la République, à la Maison de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor (Ve).

REVUE GENERALE

CORTEX SURRÉNAL ET MALADIE D'ADDISON

QUELQUES TRAVAUX RÉCENTS

Par M. POUMAILLOUX,

Chef de clinique à la Faculté de médecine.

Jusqu'à ces derniers temps, tous les expérimentateurs qui avaient tenté de conserver en vie des animaux privés de leurs surrénales en leur injectant des extraits de ces glandes, avaient échoué. Brown-Séquard, puis Abelous et Langlois avaient bien pu obtenir l'amélioration passagère de quelques troubles, mais jamais une survie prolongée. Chez l'homme, l'adrénaline peut faire remonter la tension artérielle au cours d'une maladie d'Addison et un extrait surrénal dit total peut avoir transitoirement une influence heureuse sur l'état général, mais en aucun cas, un extrait administré n'avait encore donné l'impression d'une suppléance rigoureuse des organes altérés. Depuis 1930, plusieurs auteurs américains paraissent avoir obtenu un double succès expérimental et clinique, avec de nouveaux extraits et ont entrepris avec ceux-ci d'intéressantes études biologiques qui étendent nos connaissances sur la physiologie des surrénales.

La caractéristique essentielle des nouveaux extraits est d'être préparés avec le cortex de la glande et d'être débarrassés le plus complètement possible, par des artifices divers, de la faible quantité d'adrénaline provenant de la corticale, et estimée au cinquième environ de ce que contient la médullaire. Le fait qu'une telle préparation peut maintenir en vie, à elle seule, des animaux privés de leurs deux surrénales, alors que tous les autres extraits ont échoué, tend donc à diminuer considérablement le rôle de la médullaire surrénale et de l'adrénaline et en même temps à prouver le caractère indispensable à la vie de la zone corticale.

La notion de la prééminence de la corticale sur la médullaire n'est pas absolument nouvelle. Dès 1913, Biedl, opérant sur des poissons où les tissus interrénal et surrénal ont conservé leur indépendance originelle, établit que l'ablation du corps interrénal, équivalent du cortex, entraîne fatalement la mort du sujet avec des symptômes parétiques caractéristiques — hormis le cas où il existe des glandules accessoires. Inversement Wheeler et Vincent, Houssay et Lewis, Zwemer et d'autres établissent que la destruction de la substance médullaire n'empêche pas la survie des chiens opérés pourvu que subsiste une partie suffisante de corticale.

L'interprétation des faits observés chez les animaux surrénalectomisés doit être faite avec la plus grande circonspection : d'une part, l'emploi de certains animaux doit être complètement exclu, soit à cause de la grande fréquence de surrénales accessoires (lapin, rats), soit à cause de phénomènes de suppléance (femelles gravides) ; d'autre part, la survie d'animaux opérés avec une technique parfaite et des soins ultérieurs appropriés est bien plus longue que ne le pensaient les premiers expérimentateurs et les morts rapides, en quelques heures, ne doivent pas être mises exclusivement sur le compte de l'ablation des glandes. En prolongeant la vie des animaux opérés, on se rapproche des conditions réalisées en pathologie humaine, mais on conçoit aussi que l'action thérapeutique des produits administrés devient plus difficile à apprécier. De plus, il est probable que médullaire et corticale doivent avoir une interaction étroite, d'où la nécessité d'une grande prudence pour déterminer ce qui relève de l'une ou l'autre zone.

Afin de pouvoir apprécier le plus clairement possible les progrès accomplis ces dernières années, nous passerons successivement en revue :

les recherches expérimentales sur des animaux décapsulés ;

les essais cliniques dans la maladie d'Addison ;

les études particulières que les nouveaux extraits ont permises.

***

LES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

Au point de vue EXPÉRIMENTAL, les premiers essais portèrent sur des *greffes*. Buscle et Van Bergen réussirent à implanter chez un lapin une surrénale dans le rein ; Pencharz et Olmsted, chez des rats, réussirent l'implantation dans l'ovaire. L'ablation ultérieure du greffon et de son support détermine les accidents habituels d'insuffisance surrénale. Mais ces expériences, très difficiles du reste à réaliser, malgré leur grand intérêt théorique, sont susceptibles d'une critique importante, du fait de la fréquence des surrénales accessoires, ainsi que nous venons de le dire, tant chez le lapin que chez le rat.

Marine et Bauman, dès 1924, essayent de prolonger la vie de chats décapsulés par des injections de plusieurs extraits préparés par divers procédés ; ils obtiennent des résultats variant d'un extrait à l'autre. Ils se demandèrent toutefois si les heureux effets quelquefois observés ne peuvent pas être rapportés au chlorure de sodium injecté avec les extraits. Contrairement aux auteurs qui expérimentèrent avant eux, ils estiment qu'en faisant la seconde ablation plusieurs jours après la première et avec des soins post-opératoires attentifs, les chats opérés doivent normalement survivre plusieurs jours : 18 chats témoins survécurent ainsi de 2 à 12 jours, soit 5 à 6 jours en moyenne ; une mort plus rapide doit être mise sur le compte de complications opératoires. Alors que les injection des extraits expérimentés n'amenèrent qu'une survie moyenne de 12 jours, de simples solutions salées en permirent une de 30 en moyenne. Un des animaux, qui avait une surrénale accessoire, survécut même 112 jours et des injections de sérum salé amenaient chaque fois qu'elles étaient pratiquées une amélioration manifeste. Le sérum sucré ne produisait pas les mêmes effets. On voit par ces essais combien il convient d'être prudent en présence d'une simple amélioration transitoire. Ces remarques nous semblent nécessaires pour bien montrer la différence des résultats non probants obtenus par Goldzieher, Koehler, Rogoff, Stewart et Max Reiss, et au contraire les résultats décisifs obtenus d'une part par Hartman, de l'autre par Swingle et Pfiffner, depuis bientôt deux ans.

Lors de ses premiers essais, Hartman, en 1927, sur un total de 19 chats, n'obtient qu'une survie moyenne de 21 jours par l'injection quotidienne d'un extrait aqueux de surrénales de bœuf dont l'adrénaline est enlevée par lavage.

En 1928, Hartman améliore les résultats précédents et obtient des survies atteignant 30 jours en moyenne, 80 dans un cas ; il n'est cependant pas encore question de survie indéfinie : en partant de la cortico-surrénale séparée de la médullaire, il prépare un extrait acétique dont l'adrénaline est détruite soit par le permanganate de potasse, soit par adsorption par du charbon animal, soit par dialyse à travers une membrane de collodion dans une solution salée isotonique.

Poursuivant ses expériences, le même auteur parvient enfin, en 1930, à préparer un extrait prolongeant indéfiniment la vie de ses animaux, extrait qu'il baptisa « cortine ». Dans la préparation de l'extrait, le point délicat est toujours l'élimination de l'adrénaline. Si l'on tend à éliminer celle-ci par des reprécipitations successives, on risque en effet de diminuer d'autant la puissance efficace de l'extrait. L'alcool dissout bien la « cortine », mais l'adrénaline également, et c'est finalement l'éther éthylique qui a paru être le meilleur solvant. L'éther est ensuite évaporé, le résidu repris par l'alcool à 80° chauffé, reprécipité et redissous enfin dans l'eau. Avec un extrait préparé à partir de cette solution, Hartman conserve des chats de 80 à 200 jours. Selon la dose administrée, l'augmentation de poids est plus ou moins importante. Les animaux recevant une dose suffisante ne se distinguent en rien d'animaux normaux. Si la quantité injectée diminue, ils perdent l'appétit, deviennent indifférents et asthéniques. La présence d'une infection quelconque exige un accroissement des doses ; de même la période de la croissance chez les jeunes animaux et la grossesse.

L'extrait permet de ramener à la vie des chats que, par manque d'injections, on a réduit à un état d'impotence et de prostration extrêmes, avec dyspnée et mouvement convulsifs. Le retour à l'activité normale est extrêmement rapide : une ou deux heures après l'injection, on constate déjà un changement manifeste.

Tandis que Hartman poursuivait les travaux précédents à Buffalo, d'autres chercheurs, Swingle et Pfiffner, faisaient des recherches analogues à l'Université de Princeton et publiaient dès 1929 leurs premiers résultats. Expérimentant sur de très larges bases (350 chats surrénalectomisés pendant les deux premières années d'essais !) et comparant l'activité d'extraits préparés suivant diverses méthodes, ils purent constater la supériorité très nette des extraits préparés avec des solvants des lipoïdes. Leur préparation primitive consistait à faire des extractions successives dans l'alcool, la benzine, l'acétone, un mélange alcool-éther de pétrole, les solvants successifs étant évaporés à basse température dans le vide relatif. Le point de départ est toujours la surrénale de bœuf débarrassée le plus complètement possible de la graisse qui l'entoure et de la substance médullaire. Les auteurs modifièrent ultérieurement leur première technique de préparation, de manière à éliminer la plus grande partie possible d'adrénaline associée. Selon leurs dernières communications à ce sujet, l'extrait aqueux final, même en partant de la glande totale, ne contiendrait pas plus de 1 pour 4.000.000 d'adrénaline, grâce à un filtrat spécial sur charbon actif de la fraction soluble dans le mélange éther-alcool à 70°, l'éther de pétrole dissolvant les lipides qui entraînent en même temps le restant de l'adrénaline, l'hormone corticale étant reprise par de l'alcool à 95°. 30 gr. de cortex surrénal donnent 1 cc. d'extrait. La méthode demande une quinzaine de jours environ et il faut ajouter qu'elle est fort onéreuse.

Avec cet extrait, *tous* les chats traités ont eu une survie pratiquement indéfinie, la dose journalière injectée variant de 1/4 à 1/6 de cc. Ils ont été sacrifiés au bout d'un temps arbitrairement choisi de 100 jours, alors que les témoins étaient morts une semaine environ après l'ablation des glandes.

Plus récemment, un autre auteur, Zwemer, a préparé des extraits paraissant efficaces en partant de l'ensemble des glandes, par une méthode différente et personnelle, mais il n'a pas publié les détails précis de la technique qu'il emploie.

***

LES ESSAIS CLINIQUES

Que donnent les extraits précédents dans le traitement des maladies d'Addison ?

En 1930, Hartman observe un malade avec une tension artérielle maxima de 5, une tachycardie à 120, qui est littéralement ressuscité par son extrait. Mais le cas observé est alors trop récent pour permettre d'apprécier l'action sur le cours ultérieur de la maladie.

Rowntree et Greene, en mai 1930, traitent à la clinique Mayo un premier Addisonien, par l'extrait de Swingle et Pfiffner avec un plein succès. Il s'agissait d'un malade traité depuis un an par des injections de sérum physiologique et de fortes doses d'adrénaline, ainsi que par des extraits surrénaux totaux par voie buccale, traitement connu aux Etats-Unis sous le nom de méthode de Muirhead, du nom d'un médecin lui-même Addisonien qui fut ainsi traité avec un succès temporaire. L'extrait cortico-surrénal fut injecté alors que le malade, par suite d'une crise d'insuffisance surrénale aiguë, était en état de collapsus. Six autres malades, dont cinq gravement atteints, à la suite de ce premier cas furent traités avec un succès analogue. Tous reçurent l'extrait par voie intraveineuse, à raison de 10 à 20 cc. par jour, en deux ou trois fois, sans présenter aucun phénomène d'intolérance. Il semble que l'amélioration ait toujours été extrêmement rapide, manifeste dès les premières heures, et que le traitement puisse être interrompu sans inconvénient au bout de quelques jours. Tous les malades insistent sur la disparition de l'asthénie physique et psychique, qui leur permet, en l'absence de lésions pulmonaires, de reprendre leurs occupations ; la reprise de poids est rapide, et dans un cas est même signalée la diminution de la pigmentation.

Depuis ces premières observations, malgré la difficulté de se procurer des extraits, quelques autres médecins sont venus confirmer ces résultats : Britton et

Silvette, Zwemer, Mc Cullagh, R. L. Lévy aux Etats-Unis, Normand au Canada. En Europe Simpson, de Londres, paraît être jusqu'ici le seul à avoir essayé l'extrait cortico-surrénal. Une femme moribonde est véritablement ressuscitée par des injections intraveineuses de 6 cc. d'extrait répétées matin et soir pendant 4 jours. La malade ne reçoit plus, ultérieurement, que de l'adrénaline.

De ces résultats véritablement impressionnants, il est intéressant de rapprocher les résultats, signalés depuis longtemps déjà, que l'on avait obtenus par l'emploi de glandes fraîches. C'est ainsi que Pentz en 1927 put guérir — complètement, dit-il — un garçon de 12 ans atteint d'une maladie d'Addison grave, en lui faisant prendre journellement de une à trois capsules surrénales de mouton crues, ou à peine chauffées. Schill vient de rapporter une observation analogue.

En juin 1931, Rowntree et ses collaborateurs, à la réunion annuelle de l'association des médecins américains, ont apporté l'ensemble de leurs résultats jusqu'à ce jour, et en particulier l'évolution ultérieure des 7 premiers sujets traités. Ces différents malades, une fois retournés chez eux, ne purent être approvisionnés en extraits que très irrégulièrement, et furent surtout traités entre temps par l'adrénaline. Quelques-uns prirent en outre des surrénales desséchées par la bouche et purent ainsi se maintenir dans un état satisfaisant, mais trois malades, restés plusieurs semaines sans traitement, décédèrent dans le coma. En tout, 20 malades ont maintenant reçu des injections d'extrait ; chez un seul, on constata un échec complet de la méthode : il s'agissait d'une femme de 40 ans, amenée dans un état de faiblesse extrême, ayant maigri de 16 kgs pendant les trois derniers mois, avec un métabolisme basal de —30. De fortes doses d'extraits amènent une certaine amélioration de l'état général mais déterminent au bout de une à deux heures de l'agitation avec frissons et état nauséeux, symptômes qui n'ont été observés chez aucun autre sujet. Malgré un total de 450 cc. d'extrait administré en deux mois, les progrès de la maladie ne purent être enrayés. De toutes ces observations se dégage la même impression : un tâtonnement, pour les doses à employer, obligatoire aux débuts d'une méthode, semble avoir entraîné les auteurs à donner des doses élevées, peut-être brutales, pour lutter contre un danger immédiat, et à traiter ensuite leurs malades d'une manière discontinue. Comme chez les animaux en expérience, l'extrait arrive-t-il trop tard, l'organisme ne peut plus réagir, quelles que soient les doses employées. Quant aux doses d'entretien, elles semblent pouvoir s'accumuler, si elles sont excessives, mais il est probable que des doses moins fortes, mais plus régulières, auraient plus d'avantages.

Une autre difficulté, signalée à différentes reprises, consiste à obtenir des extraits possédant une efficacité uniforme, Swingle et Pfiffner apprécient celle-ci par leurs essais sur les chats. A la réunion annuelle précitée, on a émis l'hypothèse d'une variation saisonnière d'activité de la surrénale, comme elle a été démontrée pour la thyroïde. Il est certain, en tout cas, que la préparation des extraits n'a pas encore été standardisée et que des progrès dans cet ordre d'idées pourront encore être réalisés. Y a-t-il une supériorité dans les méthodes de préparation respectives de Hartman ou de Swingle et Pfiffner ? A cet égard, Mc Cullagh qui a préparé et utilisé chacun des deux extraits considère l'extrait de Swingle et Pfiffner comme plus actif. Britton et Silvette, appréciant seulement la facilité des préparations, trouvent que la méthode de Hartman est plus rapide, mais plus délicate et moins sûre.

***

Si on cherche à analyser dans le détail le mode d'action de ces extraits, on constate que la prostration et l'asthénie sont les symptômes le plus rapidement et le plus constamment améliorés ; l'appétit, le goût à la vie reprennent parallèlement. Les Addisoniens se lèvent, demandent un repas substantiel, refont des projets d'avenir et ceci, quelques heures après avoir eu l'aspect de moribonds. Les chats opérés, apathiques et indifférents vis-à-vis des piqûres qui leur sont faites, se reprennent à courir, à manger et à se défendre quand on veut les saisir. Les troubles digestifs, les douleurs lombaires disparaissent. En somme, c'est l'amélioration fonctionnelle, précoce et éclatante, hors de proportion avec les changements physiques, qui frappe en premier lieu, comme si l'action de l'extrait agissait électivement sur l'asthénie et la fatigabilité musculaire. Le poids reprend toujours avec une incroyable rapidité, confirmant ainsi les opinions de Pende, pour lequel le cortex surrénal jouerait un rôle important pour la fixation des graisses sur l'organisme.

Par contre la tension artérielle reste habituellement inchangée, du moins pendant les premiers jours, car ultérieurement, elle peut remonter légèrement, quand l'organisme a retrouvé sa vigueur première. La « Cortine » de Hartman détermine chez l'animal quelques modifications circulatoires, mais il est possible que, dans la préparation de celle-ci, une faible quantité d'adrénaline soit entraînée. La pigmentation s'atténue au bout de quelques jours, mais nous n'avons pas trouvé de mention détaillée sur son évolution ultérieure. Chez certains animaux, dont le traitement n'était commencé que tardivement et chez lesquels des modifications de la peau et des phanères avaient été constatées, le retour à la normale se fit en quelques jours (Hartman).

L'extrait paraît toujours bien toléré. Nous avons rapporté qu'une seule malade de Rowntree aurait ressenti quelques malaises. Chez les chats, Hartman a parfois observé des frissons de courte durée une à deux heures après les injections.

Quoique tous les modes d'administration aient été essayés, un seul, jusqu'ici, a fait ses preuves : la voie intraveineuse. Par voie sous-cutanée, l'action est fidèle, mais plus lente. Expérimentalement, l'injection péritonéale et même l'injection intra-cardiaque ont été tentées. Quant à la voie buccale, Hartman lui dénie à peu près toute efficacité. Cependant Koehler a obtenu, inconstamment il est vrai, quelques succès par cette voie et Britton, Flippin et Silvette viennent de démontrer qu'elle pouvait parfaitement être utilisée à condition de tripler ou quadrupler les doses correspondantes qui par voie parentérale seraient suffisantes.

Cette question des doses est de première importance et est encore loin d'être résolue. Les doses utilisées sont franchement formidables et il est permis de supposer que les premiers échecs de la thérapeutique cortico-surrénale devaient avoir pour cause la faible teneur en principe actif des premiers extraits employés et par suite l'insuffisance des quantités administrées. Plusieurs tests biologiques ont déjà été proposés pour permettre d'apprécier l'efficacité du produit. Seul celui de Swingle et Pfiffner mesurant la dose minima nécessaire pour conserver en vie un chat décapsulé mérite pour l'instant d'être retenu. Chez un Addisonien, il est probable qu'une faible partie de la substance corticale subsiste presque toujours et la dose pratique pourra donc être inférieure à la dose théorique, mais l'expérience seule pourra nous renseigner sur les doses optima.

***

ÉTUDES DIVERSES ENTREPRISES AVEC LES NOUVEAUX EXTRAITS

De divers côtés, on a cherché à préciser les modifications humorales, conséquences d'une insuffisance surrénale, et l'influence sur celles-ci des nouveaux extraits. Sicard et Haguenau ont attiré l'attention sur le fréquent accroissement de l'urée sanguine chez les Addisoniens ; Rowntree confirme ce fait et note quand il existe un abaissement sous l'influence de l'hormone. Quand l'azotémie est normale, il n'y a aucun changement. Zwemer a fait des analyses détaillées sur une vingtaine de chats opérés : il trouve en moyenne une hausse de l'azote non protéique de 0 gr. 43 à 0 gr. 88, et des phosphates de 0,056 à 0,082 ; un abaissement du chlorure de sodium de 6 gr. 25 à 5 gr. 75, de la glycémie de 1 gr. 09 à 0 gr. 66 et de la réserve alcaline de 37 à 23 volumes. Ces modifications s'exagèrent dans les moments précédant la mort ; elles existent également quoique moins prononcées si une seule surrénale a été enlevée, alors même que l'animal ne présente aucun trouble visible. Les extraits ramènent tous ces chiffres à la normale. Chez l'homme, la tendance à l'hypoglycémie et à l'acidose avait déjà été signalée dans les insuffisances surrénales sévères par Lemierre et Kourilsky, ainsi qu'au dernier Congrès français de Médecine par Rossier et Merner qui l'attribuent au ralentissement de la circulation. Koehler a étudié l'action de l'extrait sur des chiens dépancréatés recevant un régime et de l'insuline laissant subsister une glycosurie journalière moyenne de 25 à 30 gr. L'extrait faisait régulièrement diminuer la glycosurie ainsi que l'azoturie, alors que des injections d'adrénaline accroissaient la glycosurie. La calcémie, pour Mirvish et Bosman, subirait une baisse notable chez les animaux sans surrénales.

Enfin, le métabolisme basal, *toujours diminué*, reviendrait à la normale chez les animaux traités (Hartman). Swingle, Pfiffner et Webster précisent que les échanges ne diminuent que quelques jours après l'ablation de la seconde surrénale, pour remonter 48 à 72 heures après le commencement des injections à un niveau légèrement supérieur à la normale, où il redescend, si on interrompt le traitement au bout de un ou deux jours.

Hartman et Thorn ont noté une action de l'extrait sur la croissance de rats décapsulés et ont même proposé d'en faire un test biologique d'efficacité, ce qui paraît, pour le moins, prématuré.

La sensibilité aux toxiques et d'une manière générale la diminution de résistance de l'organisme paraissent être une des conséquences importantes de l'insuffisance surrénale. Aussi a-t-on étudié de différentes manières comment réagissaient à cet égard les animaux décapsulés traités par les nouveaux extraits. Houssay et Marenzi expérimentèrent l'extrait de Swingle et Pfiffner sur des rats, qui supportent facilement l'ablation des surrénales. Ils leur injectèrent des doses élevées de morphine et d'histamine et leurs résultats furent absolument concluants. Marmorston-Gottesman et Perla font les mêmes observations avec l'extrait de Hartman ; ils constatèrent que des extraits orchitiques ou ovariens, dans les mêmes conditions, restaient sans effet. Les mêmes auteurs, ainsi que Hartman et Scott, eurent également recours, avec le même succès, pour démontrer l'accroissement de résistance sous l'influence des extraits, à des injections de vaccin antityphique vis-à-vis duquel les rats sont particulièrement sensibles.

Hartman a également exposé plusieurs lots de rats pendant plusieurs heures à un froid de 4 à 18 degrés au-dessous de zéro. La baisse de la température corporelle des rats, dans ces conditions, n'est que de 1°. Chez des rats surrénalectomisés, que ceux-ci reçoivent des injections de chlorure de sodium, d'adrénaline, ou rien, elle s'abaisse de 12° et plus, et un grand nombre des animaux succombent. Ceux qui reçoivent de la « Cortine » ne voient leur température s'abaisser que de 2° ou 3°. La diminution de l'activité musculaire entraînant une moindre production de chaleur joue d'ailleurs certainement un rôle important dans ces chutes thermiques.

Le peu de résistance des Addisoniens aux infections est un fait bien connu. Aussi l'heureuse influence de l'extrait est-elle apparue à Rowntree dans la résistance d'un de ses malades qui, en cours de traitement, présenta une angine avec plus de 40° de fièvre, délire et réaction méningée. Rowntree croit également l'extrait susceptible de diminuer les dangers d'intolérance vis-à-vis d'un médicament donné, qui existe si fréquemment chez les insuffisants surrénaux.

***

La cortico-surrénale, comme il fallait s'y attendre en présence d'une méthode nouvelle, n'a pas été employée uniquement pour traiter des maladies d'Addison. Partant d'idées théoriques plus ou moins discutables, divers auteurs ont dès maintenant tenté son emploi dans les affections les plus diverses.

Arloing, Josserand et Charachon, expérimentant en 1929 sur des lapins préparés par des injections sous-cutanées d'une tumeur de la souris, constatèrent un énorme développement de la cortico-surrénale et la disparition presque complète de la médullaire. La greffe de ces surrénales est capable chez la souris de freiner, ou même d'arrêter le développement du cancer expérimental. Sokoloff et Taylor observent également une dissolution de tumeurs malignes provoquées

par le cortex surrénal ; mais celui-ci, après une phase de suractivité, peut entrer en dégénérescence et l'évolution du cancer est alors activée. Des médecins américains, Coffey et Humber tentèrent de mettre à profit ces propriétés chez les cancéreux et conseillèrent d'employer chez eux un extrait cortico-surrénal. Il semble (Ball, Harris) que cette méthode n'ait donné que des déboires et ait même peut-être donné un coup de fouet aux tumeurs déjà avancées. Cependant, chez les malades encore peu atteints, une reprise de l'appétit, du tonus musculaire et un sentiment général d'euphorie ont été fréquemment observés.

Catel, de Leipzig, ayant constaté une polyglobulie chez des sujets traités par des surrénales crues de bœuf, a fait prendre de la poudre de cortex surrénal à des nourrissons anémiques et en aurait obtenu de bons résultats. Zwemer ayant constaté que les nourrissons présentant des troubles intestinaux présentaient les mêmes modifications chimiques du sang que les Addisoniens ou les animaux surrénalectomisés, en conclut qu'il devait s'agir chez eux de phénomènes liés à une insuffisance surrénale. Leur injectant de faibles doses de son extrait, par voie intramusculaire, il vit une amélioration survenir très rapidement, le plus souvent en 24 heures.

Rowntree et ses collaborateurs essayèrent l'extrait de Swingle et Pfiffner dans quelques cas de psychasthénie, sans grand succès semble-t-il. Koehler en aurait eu de bons effets chez quelques myasthéniques.

Marine, Webster ont essayé l'hormone, sans résultat bien concluant chez les Basedowiens.

Enfin Corey et Britton ont pu provoquer une maturité précoce des ovaires et des testicules chez des rats par des injections répétées d'extrait.

***

L'HORMONE CORTICO-SURRÉNALE

Le principe actif des extraits corticaux que nous venons d'étudier est-il une hormone vitale ? Outre-Atlantique, la question a, depuis longtemps, été résolue par l'affirmative et avant même que l'expérimentation ait donné les résultats concluants obtenus depuis un an et demi, l'hormone cortico-surrénale avait reçu plusieurs noms de baptême : « Cortine » par Hartman, « Interrénaline » par Rogoff et Stewart, « Interrénine » par Goldzieher. Dans cette quasi-unanimité, seuls, Britton et Silvette font exception en objectant que les doses journalières employées représentent environ mille fois le poids total des glandes. Il est vrai qu'on peut leur répondre qu'une partie du principe actif peut être détruite ou perdue au cours de la préparation, et surtout que la quantité contenue dans les glandes à un moment donné ne préjuge en rien de l'importance de leur production physiologique. Nous ne pensons pas non plus que les échecs rapportés par Ferreira de Mira et Jacobsohn puissent être retenus comme objection sérieuse, ni même être portés au passif de la méthode. Swingle et Pfiffner ont eux-mêmes signalé qu'une différence minime dans le mode de préparation peut amener un changement considérable de l'efficacité.

On a tenté d'envisager l'action de l'écorce de la surrénale comme une simple action stimulante, ou bien comme une action destructive de toxines, mais ces interprétations nous paraissent bien difficiles à maintenir aujourd'hui, en présence d'extraits jouant un rôle de suppléance parfaite après ablation des glandes.

Pour Mirvish et Bosman, les extraits cortico-surrénaux sont à rapprocher des extraits ovariens, en raison d'une action analogue sur la calcémie et de leur commune origine embryologique. Dans un tout récent article, Britton et Silvette envisagent la possibilité de l'existence de deux hormones différentes dans les extraits de Swingle et Pfiffner, l'une ayant une action musculaire et antitoxique et l'autre une action sexuelle.

Quoi qu'il en soit, les faits précis quant à la nature du principe actif des extraits, sont encore bien peu nombreux : nous savons que les extraits sont d'une assez grande fragilité. Un chauffage à 80° les rend inactifs (Hartman). Le principe actif peut résister à l'action des sucs digestifs, au moins partiellement, contrairement à ce que pensaient les premiers expérimentateurs. En solution aqueuse, il ne se conserve pas, à moins d'être additionné d'un peu d'acide benzoïque. En solution benzénique (Swingle et Pfiffner), et à l'abri de l'air (Koehler), sa conservation est mieux assurée.

Au point de vue chimique, la solution contenant l'hormone ne donne pas la réaction du biuret. Elle contient du soufre, mais il est impossible de préciser actuellement si ce soufre appartient à l'hormone ou à une impureté qui l'accompagne. Le glutathion, dont les travaux de Blanchetière et Binet, de Loeper, de Szent-Györgyi ont montré la présence et même la synthèse dans les surrénales, se rencontre aussi dans d'autres organes ; il s'est montré totalement inefficace dans quelques essais sur des animaux décapsulés. Il ne saurait donc être assimilé à l'hormone cortico-surrénale. Celle-ci reste, pour l'instant, de constitution chimique inconnue.

***

Les acquisitions nouvelles apparaissent, somme toute, comme étant du plus haut intérêt.

Au point de vue thérapeutique, nous avons vu l'efficacité des nouveaux extraits dans la maladie d'Addison et il est bien probable qu'à l'usage, ses indications ne feront que s'étendre. Il est à souhaiter qu'il soit bientôt possible de se les procurer en France. « L'American Medical Association » qui n'a malheureusement pas son équivalent chez nous, se préoccupe dès maintenant de son contrôle biologique aux Etats-Unis, comme elle le fait de tous les produits nouvellement introduits dans la thérapeutique.

Au point de vue biologique, les nombreux travaux récents mettent en vive lumière l'importance de la cortico-surrénale. Elles permettent dès aujourd'hui de lui attribuer deux fonctions capitales, qui étaient sans doute connues, mais ne reposaient peut-être pas sur des données très stables : d'une part, un rôle antitoxique et de défense de l'organisme ; d'autre part, une action sthénique neuromusculaire.

Nous pensons enfin que les faits récents prouvent l'existence d'une hormone cortico-surrénale et la pos-

sibilité qu'elle assure de maintenir indéfiniment en vie des animaux décapsulés permettra sans doute d'aborder sous un angle nouveau les problèmes encore en suspens du métabolisme du soufre, ainsi que les interréactions de la surrénale et des autres glandes.

BIBLIOGRAPHIE

1. ARLOING (F.), JOSSERAND (A.) et CHARACHON (J.). — Relations entre les modifications de la cortico-surrénale et l'évolution du cancer expérimental de la souris blanche. *C. R. de la Soc. de Biologie*, 1929, t. CI, p. 646.
2. BALL (H.-A.). — Autopsie et observations de 89 cas de tumeurs malignes avec injection expérimentale d'extrait cortico-surrénal (Coffey-Humber), *Am. J. of Cancer*, juillet 1931, t. XV, p. 1352.
3. BINET (L.) et GIROUD (A.). — Glandes surrénales et glutathion. *C. R. de la Soc. de Biologie*, 11 février 1928.
4. BLANCHETIÈRE (A.), BINET (L.) et ARNAUDET (A.). — Synthèse du glutathion dans la glande surrénale. *C. R. de la Soc. de Biologie*, 3 mai 1930.
5. BRITTON (S.-W.) et SILVETTE (H.). — L'hormone cortico-surrénale. *Science* 1931, I, p. 322 et p. 373 et *Am. J. of Phys.* t. XCVII, p. 507.
6. BRITTON (S.-W.). — Observations sur la surrénalectomie chez divers mammifères hivernants et supérieurs. *Am. J. of Phys.*, Déc. 1931, t. XCIX, n° 1, p. 9.
7. BRITTON (S.-W.) et SILVETTE (H.). — Quelques effets de l'extrait cortico-surrénal et d'autres produits sur les animaux décapsulés. *Am. J. of. Physiol.*, Déc. 1931, t. XCIX, n° 1, p. 15, et *Science*, 30 oct. 1931, p. 441.
8. BRITTON (S.-W.), FLIPPIN (J.-C.) et SILVETTE (H.). — L'administration orale de l'extrait cortico-surrénal. *Am. J. of. Physiology*, déc. 1931, t. XCIX, n° 1, p. 44.
9. CAMERON (A.-T.) et WHITE (F.-D.). — Essais pour concentrer le principe actif du cortex surrénal. *Tr. Roy. Soc. Canada*, 1928, t. XXII, p. 145.
10. CATEL (de Leipzig). — L'influence de l'écorce des surrénales sur la formule sanguine. *La Vie Médicale*, 10 mars 1931, p. 249.
11. COREY (E.-L.) et BRITTON (S.-W.). — L'avance de la maturité sexuelle provoquée par l'extrait cortico-surrénal. *Am. J. of Physiol.*, déc. 1931, t. XCIX, n° 1, p. 33.
12. GOTTESMAN (J.-M.) et PERLA (D.). — Effets de l'injections de « Cortine » sur la résistance des rats surrénalectomisés vis-à-vis de fortes doses d'histamine. *Proc. Soc. Exp. Biologie and Méd.* Juin 1931, t. XXVIII, p. 1022.
13. GREENE (C.-H.) et ROWNTREE (L.-G.). — Traitement de la maladie d'Addison. *Proceedings Staff Meetings Mayo-Clinic*, 20 mai 1931, p. 305.
14. HARRIS (R.-H.). — L'extrait de Coffey et Humber de la cortico-surrénale dans les tumeurs malignes. *Journ. of Amer. Med. Ass.*, 14 nov. 1931, vol. LXXXXVII, n° 20, p. 1457.
15. HARROP (G.-A. Jr), SWINGLE (W.-W.) et PFIFFNER. — Etudes sur le métabolisme et l'hormone corticale. *J. Biol. Chem.*, juin 1931, t. LXXXXII, pp. 55-57.
16. HARROP (G.-A.), PFIFFNER, WEINSTEIN (A.) et SWINGLE (W.-W.). — Nouvelles études sur l'hormone cortico-surrénale. *Science*, 1931, t. LXXIII, p. 683.
17. HARTMAN (F.-A.), MAC ARTHUR (C.-G.) et HARTMAN (W.-E.). — Une substance qui prolonge la vie de chats décapsulés. *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, oct. 1927, vol. XXV, p. 69.
18. HARTMAN (F.-A.), BROWNELL (K.-A.), HARTMAN (W.-E.). DEAN (G.-A.) et MAC ARTHUR (C.-G.). — L'hormone du cortex surrénal. *Am. J. Physiol.*, 1928, t. LXXXVI, p. 353.
19. HARTMAN (F.-A.), GRIFFITH (F.-R. Jr.) et HARTMAN (W.-E.). — Observations de chats surrénalectomisés traités par l'hormone corticale. *Am. J. Phys.*, 1928, t. LXXXVI, p. 360.
20. HARTMAN (F.-A.) et BROWNELL (K.-A.). — L'hormone cortico-surrénale. *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, 1929, t. XXVII, p. 938.
21. HARTMAN (F.-A.). — « Cortine ». Hormone vitale du cortex surrénal. *Endocrinology*, 1930, t. XIV, n° 229.
22. HARTMAN (F.-A.), BROWNELL (K.-A.) et HARTMAN (W.-E.). — Nouvelles études sur l'hormone cortico-surrénale. *Am. J. Physiol.*, 1930, t. LXXXXV, p. 670.
23. HARTMAN (F.-A.) et THORN (G.-W.). — Une méthode biologique de mesure de la « Cortine ». *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, 1930, t. XXVIII, p. 94.
24. HARTMAN (F.-A.), AARON (A.-H.) et CULP (J.-E.). — Maladie d'Addison traitée par une préparation surrénale, la « Cortine ». *Endocrinology*, nov.-déc. 1930, t. XIV, p. 438.
25. HARTMAN (F.-A.) et MERLE SCOTT (W.-J.). — La protection d'animaux surrénalectomisés vis-à-vis de toxines bactériennes. *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, 1931, t. XXVIII, p. 478.
26. HARTMAN (F.-A.). — Accroissement de résistance au froid par la « Cortine », d'animaux surrénalectomisés. *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, avril 1931, t. XXVIII, p. 702.
27. HARTMAN (F.-A.), BROWNELL (K.-A.) et CROSBY (A.-A.). — Quelques particularités de la préparation de la « Cortine ». *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, juin 1931, t. XXVIII, p. 962.
28. HARTMANN (F.-A.), BROWNELL (K.-A.) et CROSBY (A.-A.). — Les rapports de la « Cortine » avec le maintien de la température du corps. *The Am. J. of Phys.*, nov. 1931, vol XCVIII, n° 4, pp. 674-686.
29. HOUSSAY (B.-A.) et MARENZI (A.-D.). — Les extraits corticaux protègent les rats surrénalectomisés contre certains poisons. *Rev. Soc. argent. Biol.*, 1931, VII, p. 158, *C. R. Soc. de Biol.*, 16 juillet 1931, t. CVII, p. 1199.
30. KEMPER (C.-F.) et DICKMAN (P.-A.). — Hormone corticale. *Colorado med.*, juillet 1931, t. XXVIII, p. 298.
31. KOEHLER (A.-H.). — Hormones de la glande surrénale. *Proc. Inst. med. Chicago*, 15 février 1929, t. VII, p. 147.
32. KOEHLER (A.-H.) et MC LEAN (F.-C.). — Etudes cliniques sur la thérapeutique surrénale, *Tr. A. Am. Physicians*, mai 1929, t. XLIV, p. 300.
33. KOEHLER (A.-H.). — Effets d'un extrait cortical sur l'élimination de l'azote et du sucre chez des chiens dépancréatés. *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, juin 1931, t. XXVIII, p. 989.
34. LEULIER (A.) et REVOL (L.). — Recherches chimiques chez les mammifères, Etude comparée des zones médullaire et corticale, *Bull. Soc. Chim. biol.*, mars 1931, t. XIII, p. 211, et *C. R. Soc. de Biol.*, 16 février 1931, t. LXXXIII, p. 667.
35. MARINE (D.) et BAUMANN (E.-J.). — Durée de la survie des chats surrénalectomisés. *The Am. J. of Phys.*, 1927, t. LXXXI, p. 86.
36. MARINE (D.), BAUMANN (E.-J.) et WEBSTER (Br.). — Traitement de la maladie de Graves-Basedow par des extraits cortico-surrénaux et de l'acide hexuronique. *Proc. Soc. Exper. Med. and Biol.*, 1931, t. XXVIII, p. 327.
37. MIRA (M. Ferreira de) et FONTÈS (J.). — Fatigue musculaire chez les lapins après surrénalectomie bilatérale. *C. R. Soc. de Biol.*, 16 juillet 1931, t. CVII, p. 1167.
38. MIRA (M. Ferreira de) et JACOBSOHN. — Extraits du cortex surrénal et leur influence sur la survie de cobayes décapsulés. *Arch. portug. de Sc. Biol.*, 1931, t. III, n° 24.

39. MIRVISH (L.) et BOSMAN (L.-P.). — Les effets d'extraits cortico-surrénaux sur la calcémie. *Brit. J. Exp. Biol.*, 1929, t. VI, p. 350.

40. MOUZON (J.). — Les fondements scientifiques de l'opothérapie surrénale corticale. *Presse Méd.*, 31 oct. 1928, n° 87, p. 1379.

41. NORMAND (J.). — *Union méd. du Canada*, juillet 1931, t. LX, p. 475.

42. PENCHARZ (R.-I.) et OLMSTED (J.-M.). — Transplants chez le rat de cortico-surrénale dans l'ovaire. *Proc. Soc. Exp. Biol. and Méd.*, 1931, t. XXVIII, p. 600.

43. PENTZ (I). — Guérison d'un syndrome d'Addison par la prise prolongée de glandes surrénales crues. *Nederlandsch Tidischift von Geneeskunde*, 18 juin 1927.

44. PERLA (D.) et MARMORSTON-GOTTESMAN (J.). — Influence de la « cortine » sur la résistance des chats surrénalecto-Essai biologique des extraits cortico-surrénaux. *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, 1931, t. XXVIII, p. 475.

45. REISS MAX. — Etudes sur les fonctions des surrénales. *Endocrinologie*, 1930, t. VI, n° 5.

46. ROGOFF (J.-M.) et STEWART (G.-N.). — L'influence d'extraits surrénaux sur la survie de chiens surrénalectomisés. *Science*, 7 oct. 1927, p. 327.

47. ROGOFF (J.-M.) et STEWART (G.-N.). — Etudes sur l'insuffisance surrénale chez les chiens. V. Influence d'extraits surrénaux. *Amer. Journ. of Physiol.* Avril 1928, t. LXXXIV, p. 660. VIII. La survie de chats surrénalectomisés et non traités. *Ibid.*, février 1929, t. LXXXVIII, p. 162.

48. ROGOFF (J.-M.). — Les fonctions de la surrénale. *Endocrinologie*, 1929, t. V, p. 256.

49. ROGOFF (J.-M.) et STEWART (G.-N.). — Les fonctions des glandes surrénales. Congrès Intern. de Physiologie, 1929. Résumé. *The Am. J. of Phys.*, 1929, t. LXXXX, p. 497.

50. ROGOFF (J.-M.) et STEWART (G.-N.). — Extraits cortico-surrénaux dans l'insuffisance surrénale (Mal. d'Addison). *J. A. M. A.*, 11 mai 1929, t. XCII, p. 1569.

51. ROGOFF (J.-M.). — Le diagnostic et le traitement de la maladie d'Addison. *Canadian Med. Ass. Journ.*, janvier 1931, t. XXIV, p. 43 à 51.

52. ROWNTREE (L.-G.). — Etudes sur la maladie d'Addison. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 31 janvier 1925, p. 327, *Ann. Int. Med.*, juillet 1929, t. II, p. 6.

53. ROWNTREE (L.-G.), GREENE (C.-H.), SWINGLE (W.-W.) et PFIFFNER (J.-J.). — Traitement de malades atteints de maladie d'Addison par l' « hormone corticale » de Swingle et Pfiffner. *Science*, 7 nov. 1930, vol. LXXII, n° 1871, p. 482.

54. ROWNTREE (L.-G.), GREENE (C.-H.), SWINGLE (W.-W.) et PFIFFNER (J.-J.). — Maladie d'Addison. Essais de traitement avec diverses préparations de surrénales. *J. Am. Med. Assoc.*, 24 janv. 1931, vol. XCVI, p. 231.

55. ROWNTREE (L.-G.), GREENE (C.-H.), BALL (R.-G.), SWINGLE (W.-W.) et PFIFFNER (J.-J.). — Traitement de la maladie d'Addison par l'hormone corticale de la glande surrénale. *J. Am. Med. Assoc.*, 14 nov. 1931, vol. XCVII, n° 20, p. 1446 (Réunion annuelle du 10 juin 1931. Discussion : Hoskins R. G., Greene Cl. W., Aycock W.-L., Mc Cullagh E.-P., Lévy R.-L.). — Mêmes auteurs : *Am. Journ. Med. Sciences*, sous presse, début 1932.

56. SCHILL. — Sur un cas de maladie d'Addison amélioré par absorption de capsule surrénale crue, depuis deux ans et demi. *Med. Klin.*, 18 sept. 1931, année XXVII, n° 38, p. 1390.

57. SERRA (V.). — Conceptions modernes du traitement de la maladie d'Addison. *Policlinico*, sez. prat., 25 mai 1931, vol. XXXVIII, p. 733.

58. SIMPSON (S.-L.) (Londres). — Maladie d'Addison traitée par un extrait cortical par voie intraveineuse. *Proc. Royal Soc. Med.*, février 1931, t. XXIV, p. 497 et *Journal of Physiol.*, 6 juin 1931, p. 4.

59. SOKOLOFF (B.) et TAYLOR (A.). — Etudes sur le cortex surrénal ; dissolution de tumeurs malignes. *Arch. f. exper. Zellforsch.*, 10 juin 1931, t. XI, p. 114.

60. STEWART (G.-N.). — Les glandes surrénales. *Arch. of Intern. Med.*, juin 1929, tome XLIII, n° 6.

61. SWINGLE (W.-W.). — Etudes sur la signification fonctionnelle du cortex surrénal. *Am. J. of Physiol.*, 1927, t. LXXIX, p. 666.

62. SWINGLE (W.-W.) et PFIFFNER (J.-J.). — Préparation d'un extrait actif de cortico-surrénales. *Anat. Record*, 1929, XLIV, p. 225.

63. SWINGLE (W.-W.) et PFIFFNER (J.-J.). — Action sur des chats surrénalectomisé d'un extrait aqueux de cortico-surrénale. *Science*, 21 mars 1930, vol. LXXI, n° 1838 p. 321, 9 mai 1930, vol. LXXI, n° 1845, p. 489 et 18 juillet 1930, vol. LXXII, n° 1855, p. 75.

64. SWINGLE (W.-W.) et PFIFFNER (J.-J.). — Etudes sur la cortico-surrénale. — I. Effets d'une fraction lipoïdique sur le cycle vital de chats surrénalectomisés. *Am. J. of Physiol.*, janvier 1931, t. XCVI, n° 1, p. 153. — II. Un extrait aqueux de cortico-surrénale qui maintient en vie des chats ayant subi une surrénalectomie bilatérale. — *Ibid.*, p. 164. — III. Réanimation de chats en état de prostration par insuffisance surrénale avec un extrait aqueux de la corticale. *Ibid.*, p. 180.

65. SWINGLE (W.-W.) et PFIFFNER (J.-J.). — L'hormone corticale de la glande surrénale. *Proc. Soc. Exper. Biol. and Méd.*, févr. 1931, t. XXVIII, p. 510.

66. SWINGLE (W.-W.), PFIFFNER (J.-J.) et WEBSTER (Br.). — Les effets de l'hormone cortico-surrénale sur le métabolisme basal de chats normaux, surrénalectomisés et thyroïdectomisés. *Proc. Soc. Exper. Biol. and Médecine*, 1931, t. XXVIII, p. 728 et p. 1021.

67. SWINGLE (W.-W.) et PFIFFNER (J.-J.). — Préparation et propriétés chimiques de l'hormone corticale. *Am. J. of Physiol.*, août 1931, t. XCVIII, p. 144, et *Endocrinology*, juillet-août 1931, vol. XV, n° 4, p. 335.

68. SZENT GYÖRGYI (A.). — Acide hexuronique dans le cortex surrénal. *Biochem. J.*, 1928, t. XXII, p. 1387.

69. SZENT GYÖRGYI (A.). — Sur le mécanisme de l'oxydation biologique et les fonctions de la glande surrénale. *Science*, 1er août 1930, t. LXXII, p. 125.

70. WYMAN (L.-C.), WALKER (B.-S.), SUDEN (C.-T.) et divers. — Etudes sur l'insuffisance surrénale. *Am. J. of. Physiol.*, 1928, t. LXXXVII, p. 29 et p. 42; 1929, t. LXXXIX, p. 349, p. 356 et p. 362 ; 1930, t. XCIV, p. 579.

71. ZWEMER (R.-L.), AGATE (F.-J. Jr.) et SCHROEDER (H.-A.). — Préparation d'un extrait cortico-surrénal. *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, 1931, t. XXVIII, p. 721 et 723.

72. ZWEMER (R.-L.). — Un extrait cortico-surrénal. Sa préparation ; son emploi expérimental et clinique. *Endocrinology*, sept.-oct. 1931, XV, n° 5, p. 382.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

A la recherche de la santé, par le Dr Auguste COLIN, de Nice. — Un volume in-8° de 250 pages, édité par les Imprimeries Nouvelles Réunies et des Alpes-Maritimes, Nice. — Prix 20 fr. (envoi franco).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1932)

Sur quelques propriétés physiques et chimiques de la mucine des synoviales articulaires. — MM. Charles ACHARD et Maurice PIETTRE.

Sur la lyse transmissible. — MM. René LEGROUX et KEMAL-DJEMIL.

Essais de vaccination par voie aérienne (cas du choléra des poules). — M. A. TRILLAT.

Contribution à l'étude numérique de la multiplication microbienne. De l'existence de la phase de latence. — MM. Jean REGNIER, Robert DAVID et Mlle Alice KAPLAN.

Propriétés thérapeutiques de l'indum dans les trypanosomiases et la syphilis expérimentale. — MM. C. LEVADITI, J. BARDEL, A. TCHAKIRIAN et A. VAISMAN.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1932)

Propriétés virulicides du sérum de sujets atteints de la maladie de Nicolas et Favre. — MM. LEVADITI, RAVAUT, LÉPINE et CACHERA. — Chez les sujets atteints de la maladie de Nicolas et Favre, le sérum contient des principes virulicides spécifiques capables de neutraliser *in vitro* le virus lympho-granulomateux. Ces principes semblent apparaître dans le sang peu après le début de l'affection apparent chez l'homme.

L'ulcère pseudomembraneux du Paraguay. — MM. DELAMARE, GATTI et BRUYN apportent trois observations de nature à établir l'existence au Paraguay d'un ulcère pseudomembraneux arrondi du type morphologique et bactériologique de l'ulcère dit tropical.

Une dermatomycose causée par une levure nouvelle du genre saccharomyces : Saccharomyces sternosi n. sp. — MM. A. et R. SARTORY, STERNON et MEYER.

Recherches sur les chromogènes indoxyliques dans la sueur de l'homme. — M. HERVIEUX — La peau nous apparaît bien comme étant un émonctoire pour les substances aromatiques issues de la putréfaction intestinale au même titre que le rein.

Cette élimination est beaucoup plus restreinte que celle qui a lieu par l'urine, il n'y a donc rien d'extraordinaire à ce que les chromogènes issus de l'indol intestinal se trouvent dans la sueur dans des proportions de même ordre et qu'ils nous apparaissent ainsi bien dilués dans cette dernière excrétion.

Lyse biliaire des pneumocoques. Transmission à des souches normalement non solubles. Application au diagnostic différentiel du pneumocoque. — MM. WOLLMAN et ABERLUCH.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1931)

Ostéopathie fibro-géodique décalcifiante de Nechlemphausen. — MM. M. LABBÉ, ESCALIER et JUSTIN-BEZANÇON.

Hémophilie passagère avec hématome et hémarthrose au cours d'une infection grippale bénigne. — MM. Laederich et Mamou.

Rhumatisme tuberculeux subaigu à poussées successives. — MM. Laederich, Ramon, Mme Arage et M. Léonard.

Deux cas mortels d'encéphalite de la vaccine. — MM. J. Mornet et Vigneron (de Blois).

Sur un cas de Kala-Azar. — MM. Marquézy, Monnier et Borrien.

Variations du taux du cholestérol chez des Basedowiens après radiothérapie. — M. Max-Lévy.

Recherches expérimentales sur les exophtalmies de type basedowien. — MM. Justin-Bezançon, Mlle Kohler, Mme Schiff-Wertheimer et M. Goutié.

Etudes sur la pathogénie de l'exophtalmie de type basedowien. — MM. M. Labbé, M. Villaret, Justin-Bezançon et P. Soulié.

La transformation d'un myxœdème en goitre exophtalmique par la sommation thyroxi-adrénalinique. — MM. Paul Sainton et Didier Hesse. — La reproduction du syndrome de Basedow complet, tachycardie, tremblement, exophtalmie, troubles psychiques, troubles du métabolisme, a été rarement réalisée, soit expérimentalement, soit cliniquement.

S'adressant à une malade atteinte de goitre, puis de myxœdème, très rebelle aux traitements thyroïdien ou thyroxinien, ils ont vu sous l'influence de la sommation thyroxi-adrénalinique (injection de 1 à 2 mmg. de thyroxine synthétique et ingestion de 60 gouttes d'adrénaline), se produire un syndrome basedowien temporaire typique, tachycardie, exophtalmie, tremblement, amaigrissement de 20 kilogs, modifications du métabolisme basal de —30 à +59 %, en une quinzaine de jours.

La suppression de l'adrénaline amena une diminution immédiate des accidents, quoique la thyroxine fût continuée.

Cette observation montre le rôle actif que peut jouer la sécrétion adrénalinienne dans la provocation du syndrome de Basedow, par son action sur le sympathique. Elle montre aussi comment les syndromes thyroïdiens peuvent se transformer les uns dans les autres, et la parenté qui peut exister entre eux et la lipodystrophie progressive.

Rhumatisme chronique déformant traité avec succès par l'extrait parathyroïdien. — M. Max-Lévy rapporte l'observation d'un rhumatisme chronique déformant très grave et très étendu qui fut amélioré d'une façon remarquable par l'extrait parathyroïdien collip (parathormone), alors que des extraits parathyroïdiens sans étalonnage physiologique avaient été administrés sans résultats.

PRATIQUE MÉDICALE

Avantages, indications et résultats d'une médication mixte analgésique et sédative (1)

Par le docteur S. Camredon.

Dans les multiples cas où il faut juguler le symptôme douleur, l'allonal, qui n'est pas toxique aux doses thérapeutiques, qui n'a aucune action nocive sur le cœur, les reins et les poumons, qui ne contient aucune substance du tableau B (ni opium, ni morphine, ni scopolamine, ni hyoscine) permet de remplacer ces substances toxiques pour obtenir, comme avec elles et mieux que par elles, ce triple résultat : calmer les algies, apaiser l'excitation et donner ensuite un sommeil calme et paisible ayant toutes les apparences, toutes les qualités et tous les bienfaisants effets du sommeil physiologique normal.

(1) *Courrier méd.*, 23 nov. 1930, nº 47, p. 657.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Lundi 1er février. Jury : MM. Clerc, président ; Loeper, Sergent, Chiray. — M. Galimard. Etude pathogénique des hypertensions artérielles. — M. Carpuat. Essai critique sur la pathologie de l'angine de poitrine. — M. Nedelkoff. Etude des septicopyohémies staphylococciques à évolution prolongée.

Mardi 2 février. Jury : MM. Carnot, président ; Lemaître, Terrien, Abrami. — M. Nguyen Van Dé. L'importance de l'équilibre binoculaire dans le choix des verres. — M. Niebo Maximilien.. Le traitement des épistaxis par la diathermie.

Mercredi 3 février. Jury : MM. Couvelaire, président ; Gosset, Ombrédanne, Portes. — M. Kagan Aron. La torsion et le rétrécissement du cordon ombilical comme cause de mort du fœtus pendant la gestation. — Mme Jeanne Henry. Fractures diaphysaires ouvertes de la jambe. — M. Lequit. Torsion du grand épiploon intra-abdominale, pure.

Jeudi 4 février. Jury : MM. Claude, président ; Gougerot, Chevallier, Gastinel. — M. Rottenberg. Syndromes démentiels de l'encéphalite épidémique. — M. Schneieser. Paralysie générale aiguë. — Mlle Basch. Concrétions calcaires des sclérodermies.

Samedi 6 février. Jury : MM. Nobécourt, président ; Tanon, Chabrol, Lian. — M. Huant. Système neuro-végétatif et radiations ultra-violettes. — M. Szejdel. Histoire de la peste en Roumanie.

Mardi 9 février (Thèses vétérinaires). Jury : MM. Gougerot, président ; Rathery, Henry, Lesbouyriès, Coquot, Robin. — M. Hayek. Le dromadaire. Ses affections cutanées. — M. Letort. Anesthésie du chat par le tribrométhanol (avertuex).

Mercredi 3 février. Jury : MM. Lemierre, président ; Tanon, Lesbouyriès, Panisset, Dechambre. — M. Devin. Entérite paratuberculeuse chez les bovidés. — M. Flachat. Foire concours des veaux reproducteurs charollais de la Pacaudière (Loire).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 10. — MERCREDI 3 FEVRIER 1932. 105e ANNEE. MERCREDI 3 FEVRIER 1932. — N° 10.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Juges : MM. les docteurs Roux-Berger, Okinczyc, Brocq, Métivet, Auvray, Grégoire et Chifoliau.

Censeurs : MM. les docteurs Boppe, Wilmoth, Thalheimer et Braine.

Lecteurs : MM. les docteurs Bloch (René), Petit-Dutaillis, Michon, Ameline, Bernard, Welti, de Gaudart d'Allaines et Madier.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX (admissibilité). — *Médecine opératoire.* — Séance du 26 janvier. — MM. Favory, 19; Hudelo et Renard, 18.

Epreuve clinique. — Séance du 28 janvier. — MM. Hudelo, 19; Favory, 18 ; Renard, 19.

Classement des candidats à la suite des épreuves de nomination :

MM. Favory, $47 + 19 + 18 = 84$; Hudelo, $45 + 18 + 19 = 82$; Renard, $44 + 18 + 19 = 81$.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite anonyme.* — Séance du 29 janvier. — Questions données : « Anatomie macroscopique du sinus frontal. — Thrombo-phlébite du sinus caverneux. »

— CONCOURS D'ÉLECTRORADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Jury : MM. les docteurs Belot, Haret, Delherm, Lobligeois, Laubry, Baumgartner et Cadenat.

HÔPITAL SAINT-MICHEL. — Une place d'interne en titre et une place d'interne remplaçant du service de gastro-entérologie sont vacantes. — S'adresser avant le 25 février à M. le docteur Delort, à l'hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres.

GUERRE. — Est promu :

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Morvan.

— (Troupes coloniales.) Mutations :

M. le médecin général inspecteur Lasnet, inspecteur général du Service de santé des colonies, président du Conseil supérieur de santé des colonies, est placé hors cadres en mission spéciale à la disposition du gouverneur général de l'Algérie.

M. le médecin général inspecteur Boyé, directeur du Service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole, est nommé inspecteur général du Service de santé des colonies.

M. le médecin général inspecteur Lecomte, disponible, est nommé directeur du Service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole, membre du Conseil supérieur de santé des colonies.

M. le médecin général Vivio, adjoint au directeur du Service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole, est nommé directeur du Service de santé et inspecteur des services sanitaires de l'Afrique orientale française, à Tananarive.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'argent.* — MM. les docteurs Lacaine (d'Aunay-sur-Odon), Baudelot et Lemaire (de Zuidcoote).

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE. — *Médaille d'argent.* — MM. Chappoux, médecin capitaine ; Lucien, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires départementaux d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de l'Aube.

La demande des postulants, rédigée sur timbre, devra être adressée à la préfecture de l'Aube (2e division), avant le 16 février 1932.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

VIe BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Nous rappelons que le VIe bal de la médecine française au profit des veuves et orphelins du Corps médical aura lieu le Lundi Gras 8 février, à 22 h., sous le haut patronage de M. le Président de la République, à la Maison de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor (Ve).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Alexandre Peyre (de Bordeaux), père du docteur André Peyre, auquel nous adressons nos sincères condoléances; — Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs O. Germain, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Montpellier, médecin chef de l'hôpital Ménélik II à Addis-Ababa (Ethiopie); Alfred Labat, ancien directeur de l'Ecole vétérinaire de Toulouse, correspondant de l'Académie de médecine; Pierre Caillot, interne des hôpitaux de Montpellier; M. Charles Vuillot, étudiant en médecine à Paris.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

NOS RESPONSABILITÉS

Le champ des responsabilités s'étend. Jadis, externe à l'hôpital Lourcine, j'ai connu un cas de syphilis communiqué par un mari à sa femme la nuit de ses noces et qui valut le divorce. C'était justice et ce n'était qu'un commencement. Depuis ce temps, nous assistons à une véritable exploitation sous le vocable responsabilité.

Les propriétaires sont poursuivis si leurs concierges, leurs locataires s'endommagent dans les immeubles de leur fait, marche d'escalier défectueuse, tapis supprimé, glissade...

Les médecins, pis encore, se voient rendus responsables à tout moment, cicatrices opératoires, visage mal réparé, jambe amincie, troubles esthétiques, sein trop gros ou trop petit... C'est toujours de leur faute. Nous avons vu plus fort. Un de nos confrères donnant sur sa demande instante, à un client occasionnel, une recommandation pour un chirurgien qu'il ne connaissait que de nom et choisi par le client pour son fils, celui-ci étant mort, se vit poursuivre par le client, mais gagna son procès, après, évidemment, dérangements et débours.

Un chirurgien de Marseille, soignant gracieusement un blessé sur la voie publique, se vit ensuite poursuivre par le guéri, sous prétexte de séquelles; il perdit en première instance — un comble! — mais gagna en appel.

Il y a de véritables parasites médicaux, se faisant, sous des prétextes divers, soigner ou examiner pour rien ou au rabais chez divers médecins, radiologues... et poursuivant l'un d'eux s'il y a accident, radiodermite par supposition de ce que j'ai appelé « les chocs radiants », radium chez les enfants et à la réaction mal surveillée par les parents...

En 1917, des juristes et médecins éminents voulaient que les médecins connaissant des avortements les déclarassent et en eussent toutes les responsabilités. (Nous devons déjà déclarer les naissances, les maladies contagieuses...) Toute une polémique courtoise en découla dans le *Matin* entre MM. Berthélemy, Mesureur, Doléris et le soussigné qui en avait saisi — au point de vue de la violation du secret médical et de ses conséquences — le Syndicat des Médecins de la Seine et avait été mandaté par lui pour répondre (et il eut gain de cause) : le médecin ne devint pas délateur, et on correctionnalisa l'avortement au lieu de le laisser à juger aux cours d'assises.

Geo London, le spirituel chroniqueur judiciaire du *Journal*, l'auteur des *Gangsters*, de l'*Humour au Palais*, le rappelait dans le *Journal* du 4 janvier 1932, à propos d'un autre crime :

« L'article 340 va faire de la bigamie un simple délit, justiciable non plus de la cour d'assises, mais du tribunal correctionnel. Les bigames n'y gagneront rien, car, cessant d'être acquittés, ils seront invariablement condamnés par des magistrats professionnels ayant à leur portée des sanctions proportionnées à la faute commise.

« C'est ce qui s'est produit pour d'autres crimes, notamment celui d'avortement. Puni autrefois de la peine de réclusion, il était presque toujours absous par les jurés, qui trouvaient le châtiment exagéré. La loi a alors été modifiée sur ce point. De crime, l'avortement a été transformé en délit et « correctionnalisé », avec cette conséquence que les inculpés, depuis, n'échappent plus à la sanction prévue (un à cinq ans de prison).

« On peut donc prédire que c'est du jour où la bigamie cessera d'être qualifiée de crime qu'elle deviendra dangereuse pour ceux qui s'y laissent entraîner dans l'ardeur de leur passion amoureuse. — GEO LONDON. »

Si je rappelle notre succès contre le rôle policier (et désastreux en l'espèce pour la santé des patientes) qu'on voulait nous faire jouer, c'est pour montrer que lorsque nous le voulons, la presse « marche » avec nous.

Mais continuons le domaine des responsabilités. C'est du *Matin* du 2 janvier 1932. Nous n'y sommes guère en cause qu'en bien, et le cas est amusant. Le titre est « Le nez de Joséphine ou le prix de l'odorat d'une cuisinière ». On peut en saisir les conséquences pour le médecin, au cas où cela arriverait de son fait, au cours d'une opération soi-disant pas réussie ! Ici, il s'agit d'un patron qui, voulant embrasser sa cuisinière, fut cause de la chute sur le fourneau où elle se cassa le nez, proprement, nez que le chirurgien raccommoda très bien, mais il y eut anosmie consécutive, et même plus : une cuisinière qui ne sentait plus ! Coût : cinq mille francs de dommages-intérêts au gourmand patron ! (et les frais du procès, cela va sans dire.) On sait des actrices défigurées et estimées à des taux considérables.

L'esthétique étant, si j'ose dire, un article de plus en plus demandé, on comprend — après les belles cures de Morestin et les visages sauvés et sauvant des existences n'envisageant plus que le suicide — l'utilité des lignes. Les Congrès de Chirurgie réparatrice le prouvent. Tant d'accidents d'automobiles, sans plus, peuvent défigurer, qu'on en doit admettre la nécessité. Il faut même propager tout ce qui est conservateur et réparateur en médecine !... et y convertir nos juges !...

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

RENSEIGNEMENTS

COPIES A LA MACHINE scient. et litt. Spéc. thèses. Exéc. impec. Trad. all. — Mlle Bernard, 5, r. Guy-Patin, Paris (Xe).

SYPHILIS CÉRÉBRALE A FORME MYOCLONIQUE [1]

PAR MM.

R. POINSO, Médecin

M. LEGRAND, Interne

R. BEAUCAIRE, Externe

des hôpitaux de Marseille.

Nous avons eu l'occasion d'observer une malade atteinte de syphilis cérébrale qui a évolué ensuite vers la paralysie générale, et dont l'histoire pathologique a été traversée à un moment donné par des épisodes myocloniques avec hoquet et température. Ces signes, bien faits pour engendrer l'erreur avec une encéphalite à forme myoclonique, et rarement rencontrés dans la syphilis du cerveau, nous ont incités à publier cette observation, dont nous donnons un résumé détaillé.

Observation inédite. — Mme Mau.... Louise, employée, âgée de 39 ans, entre dans notre service le 24 août 1930, avec le diagnostic d'hémiparésie droite. Depuis huit jours environ, cette malade ressentait divers troubles neurologiques : céphalée « en casque », continue, avec paroxysmes très douloureux ; troubles de la parole, à type de bégaiement ; troubles de la vue qui consistaient en une diminution de l'acuité visuelle, sans diplopie ; douleurs enfin dans les membres inférieurs, coexistant avec l'impression « de ne plus les sentir ». Ces symptômes importants étaient accompagnés d'un nervosisme extrême, avec irritabilité, et troubles de la mémoire, sans cependant désorientation dans le temps ou l'espace.

Il n'y avait ni fièvre, ni vomissements, mais notre malade se plaignait de douleurs abdominales avec constipation et dysurie. Le 22 août, alors qu'elle vaquait à ses occupations, elle a perdu connaissance pendant quelques minutes ; en reprenant ses sens, elle s'est aperçue que tout son côté droit était paralysé ; elle ne pouvait parler ; son mari constata, deux heures après, des mouvements convulsifs, cloniques, siégeant sur les membres supérieur et inférieur droits, suivis rapidement de tremblement. Ces troubles ne persistèrent pas ; sous l'influence d'un traitement calmant (?), ils disparurent, si bien que le 23 août, cette malade avait retrouvé l'usage de sa parole et de ses membres ; les phrases prononcées par elle étaient cependant un peu hésitantes. Ce jour même, dans la soirée, son mari aperçut sur les membres immobiles, du côté droit, une série de contractions, sans déplacement des membres atteints. Le 24, nouvel ictus analogue au premier, avec courte perte de connaissance, suivi d'une impotence des membres du côté droit, avec agitation marquée et myoclonies. C'est dans cet état que Mme M... entre à l'hôpital.

Ses antécédents dont nous n'avons eu connaissance que quelques jours plus tard, éclairent les signes actuels. Elle avait depuis 18 mois des troubles de la mémoire portant sur les petits faits de la vie courante ou des actes élémentaires ; la parole était parfois chevrotante, l'écriture était un peu tremblée ; enfin, le caractère était devenu très irritable. Un médecin consulté alors prescrivit un traitement spécifique par l'acétylarsan ; les troubles mentaux empirant, on institua une série d'injections d'Enésol. — En dehors de cette histoire révélatrice, nous ne notons rien de bien important. Mme M... n'a jamais eu d'accidents cutanéo-muqueux, et son mari nie énergiquement avoir eu la syphilis. Elle a eu 3 avortements (entre le 2e et le 3e mois) ; le dernier a été suivi d'endométrite hémorrhagique. Actuellement, les règles sont régulières. Sa mère est morte à 65 ans de cardiopathie ; son père, éthylique, est mort à 55 ans de troubles cérébraux indéterminés ; elle a un frère et une sœur en bonne santé ; 7 frères sont morts en bas âge.

A l'examen, nous nous trouvons en présence d'une malade très agitée, d'une loquacité excessive, mais sans délire. L'insomnie est complète ; il n'y a pas de fièvre. Le cœur est normal ; le pouls bat à 100 ; la tension artérielle est de 11-7 au Vaquez ; les urines sont rares, sans sucre ni albumine ; les poumons et l'appareil digestif sont indemnes. L'examen du système nerveux nous montre l'existence sur le membre inférieur droit de myoclonies typiques, contractant et décontractant brusquement le quadriceps, les adducteurs, les jumeaux, les extenseurs des orteils, dont les corps musculaires saillent sous la peau quelques fractions de seconde ; ces myoclonies se produisent une fois par seconde ; elles ne déplacent pas le segment du membre qu'elles atteignent ; elles sont rythmées, isochrones ; toutes les secousses se produisent en même temps sur les muscles contractés. La motricité du membre inférieur est diminuée à droite, normale à gauche ; il n'y a pas de contracture ; l'épreuve du talon sur le genou montre une dysmétrie très marquée à droite. Les sensibilités superficielle et profonde sont intactes. Les réflexes sont peut-être un peu plus vifs à droite ; le plantaire se fait en flexion des deux côtés ; il n'y a pas de clonus du pied ou de la rotule ; on ne note pas de troubles trophiques. — Le membre supérieur droit est lui aussi le siège de myoclonies, sur l'avant-bras (fléchisseurs des doigts), mais elles sont discrètes, et n'ont nullement l'intensité de celles que l'on voit sur le membre inférieur. La motricité, la sensibilité, ne sont pas touchées ; les sens stéréognosique et baresthésique sont normaux ; il n'y a ni dysmétrie, ni adiadococinésie. Les réflexes sont vifs et égaux. La face n'est pas parésiée, mais lorsque cette malade rit, on se rend compte qu'il existe un certain degré de moindre contraction du côté droit ; il n'y a pas de névralgie faciale. Les yeux ont leur mobilité intacte ; les pupilles sont en myosis, égales, régulières ; elles se contractent très faiblement à la lumière. Nous n'avons pas décelé de myoclonies faciales ; la langue tremble légèrement ; le voile du palais est normal. Le psychisme est atteint : il existe des troubles mnésiques portant sur les faits récents ou anciens ; la parole est achoppante, bégayante ; les mots très simples sont énoncés avec difficulté. Mais il n'y a pas de délire, cette malade, lorsqu'on arrive à capter son attention, répond de façon précise ; elle sait qu'elle est dans un lit d'hôpital, elle n'ignore pas le mois de l'année où elle se trouve, elle se rend enfin compte des troubles qu'elle ressent et se lamente sur son affection ; elle n'a donc pas perdu son auto-critique, et n'est pas atteinte de démence. — Pour terminer cet examen, nous avons recherché les réflexes abdominaux, qui sont très difficilement mis en évidence ; nous notons un dermographisme intense, lors de cette recherche ; il n'y a pas de myoclonies abdominales.

Les 25, 26 et 27 août, les myoclonies persistent en s'accentuant ; la température est entre 38 et 39° ; le 28 cette température atteint 40°. Devant ces signes, ignorant les antécédents si précis de cette malade, nous considérons qu'il s'agit d'une encéphalite à forme myoclonique, et nous pratiquons une injection intra-veineuse de salicylate de soude, des injections d'uroformine. Le salicylate est très mal toléré ; la piqûre est suivie d'une agitation extrême, de tremblement généralisé. Le soir même, l'agitation persistant, on fait une injection intra-veineuse de 2 cc. de somnifère ; la malade s'endort en quelques minutes. Le lendemain, 29 août, la température est à 37° et y restera désormais, les myoclonies ont disparu et ne se sont plus jamais reproduites. Un nouvel examen pratiqué ce jour ne montre

(1) Nous tenons à remercier vivement ici notre maître, M. le professeur H. Roger, pour les indications bibliographiques qu'il a bien voulu nous communiquer.

rien de particulier. Le 30 août, la malade a une crise de hoquet qui dure deux heures. Les examens de laboratoire nous donnent de précieux renseignements : *le BW est positif dans le sang ;* l'azoténie est à 0,40 ; le liquide céphalo-rachidien n'est pas hypertendu (35 au claude) : albumine 0,40 ; sucre 0,15 ; cytologie : 0,4 éléments (lymphos) ; *BW et benjoin positifs.* — Le 1er septembre et les jours suivants, le mieux s'accentue ; notre malade se lève ; elle se plaint de douleurs dans les masses musculaires de la cuisse droite ; on institue un traitement par le cyanure de mercure qu'on est malheureusement obligé d'interrompre à la suite d'une stomatite. Le 25 septembre, apparaît brusquement un hémi-tremblement droit, occupant l'hémiface, qui est tiraillée sans arrêt comme par un tic, les membres supérieur et inférieur ; ce tremblement est de grande amplitude ; il rappelle, comme intensité, celui de la sclérose en plaques ; il est à la fois statique et intentionnel, mais surtout statique (sans avoir du tout l'allure parkinsonienne). L'examen neurologique révèle à cette date une spasticité nette à droite : les réflexes sont exagérés, il y a un signe de Babinski. Les pupilles sont moyennement dilatées ; elles ne réagissent pas à la lumière ; la dysarthrie est évidente (avec ou sans mot d'épreuve) ; les opérations arithmétiques sont faites avec difficulté. Le 3 octobre, nouvel incident, il s'agit d'une crise épileptiforme, sans cri ni chute, mais avec raideur généralisée, mouvements cloniques, morsure de la langue. Les mouvements prédominent à droite. — Un nouveau traitement spécifique est institué, et cette malade sort de l'hôpital vers le milieu d'octobre. En avril-mai 1931, nous l'avons revue dans un service de chirurgie où elle était hospitalisée pour fracture du col du fémur gauche. L'aspect général a totalement changé ; cette pauvre femme est absolument désorientée, amnésique ; sa dysarthrie est telle qu'elle a peine à parler ; ses phrases sont dépourvues de sens. Son faciès est hébété, atone ; l'auto-critique a complètement disparu. Des périodes d'euphorie alternent avec des phases dépressives, de plus en plus fréquentes. Parfois des crises de colère violente obligent à la maintenir de vive force. Il y a perte globale des facultés intellectuelles (jugement, sens moral, affectivité, mémoire...) : la démence est donc caractérisée. L'examen somatique est rendu difficile à cause de ces troubles grossiers. La motilité active est intacte ; il y a une dysmétrie extrême ; la sensibilité paraît normale (?) ; les réflexes ne peuvent être recherchés ; il y a une trépidation épileptoïde du pied ; le signe de Babinski est bilatéral. Les pupilles sont myotiques, et ne se contractent pas à la lumière. Le liquide céphalo-rachidien contient 0 gr. 60 d'albumine, 10 lymphocytes par mm^3 ; le bw et le benjoin y sont fortement positifs. — L'agitation de cette malade augmentant, on fut obligé de l'admettre à l'asile d'aliénés, avec le diagnostic de paralysie générale. Depuis, nous l'avons perdue de vue. Signalons que les myclonies ne se sont plus reproduites depuis août 1930.

Cette observation nous paraît intéressante à plus d'un titre. Nous allons insister successivement sur les points qui méritent d'être soulignés.

1. — Tout d'abord, le diagnostic de syphilis nerveuse ne fait aucun doute ; notre malade en a les signes cliniques et humoraux. Elle a commencé par de petits accidents cérébraux, qui ont duré plus de 18 mois ; puis elle a été vue par nous une première fois, présentant des signes indiscutables de syphilis cérébrale. Cette syphilis du névraxe avait, à cette époque, une tendance nette à se fusionner avec le tableau classique de la paralysie générale. Mais certains symptômes (conservation de l'auto-critique, absence de démence, faible réaction albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien) pouvaient faire pencher plutôt vers le diagnostic de syphilis cérébrale pure, telle qu'elle a été décrite par Fournier. Nous pensons, quant à nous, que ces discussions ont peu d'intérêt, et nous croyons avoir eu affaire à une malade atteinte de syphilis nerveuse, en train d'évoluer vers la paralysie générale, dont un deuxième examen, à quelques mois d'intervalle, a démontré l'existence. En effet, dès août 1930, les ictus légers rapidement suivis de disparition des symptômes, les crises épileptiformes fugaces, devaient aiguiller vers le diagnostic de paralysie générale. Lorsque cette malade a eu ses myoclonies, elle était au début d'une P. G.; mais certains signes, sur lesquels nous avons déjà insisté, permettaient d'affirmer qu'elle n'en était qu'au début.

2. — Cette syphilis cérébrale a été marquée pendant quelques jours par l'apparition de myoclonies. Si nous relisons la claire description de M. le Professeur Roger, dans les *Annales de Médecine* (août 1922), nous retrouvons tous les caractères des myoclonies dans les secousses brusques constatées chez notre malade : contraction et décontraction très rapide d'un ou plusieurs muscles ; saillie sous la peau de ces muscles, comme s'ils étaient excités par un courant électrique; pas de déplacement du membre ; fréquence variable (de 10 à 80 par minute); secousses rythmées, isochrones. A l'inverse de ce que l'on peut constater dans l'encéphalite, les myoclonies, dans notre cas, n'étaient ni atténuées ni exacerbées par les mouvements, l'émotion, les thérapeutiques calmantes. Elles ont persisté, inchangées, pendant 5 à 6 jours. Seule, une injection de somnifène a coïncidé avec leur disparition. Elles ne s'accompagnaient pas de douleurs ; la pression des muscles où elles siégeaient n'était pas douloureuse. Signalons, enfin, 2 jours après la disparition des myoclonies, la présence d'un hoquet qui a duré 2 heures (myoclonie diaphragmatique).

3. — Cette syphilis cérébrale à forme myoclonique est rare. Nous en avons trouvé deux observations françaises : celle de Tinel et Cain (Soc. Neur., 1er juin 1911) et celles d'A. Thomas et Mme Long-Landry (Soc. Neur., 6 mars 1924).

Dans la première observation, il s'agit de « secousses myocloniques du membre inférieur, équivalent jacksonien au cours d'une monoplégie corticale ». Le malade présente un « état myoclonique » du membre inférieur gauche ; les secousses sont continuelles, avec de courtes accalmies nocturnes. Elles occupent tout le membre (début par le pied) et sont d'une grande amplitude, au rythme d'une par seconde. Puis on note l'apparition d'une monoplégie spasmodique, qui permet de rattacher les myoclonies à une origine corticale. Celles-ci précèdent et accompagnent la paralysie, et on peut les considérer comme des équivalents jacksoniens. Dans le cas de Tinel et Cain, ces myoclonies sont strictement localisées au membre inférieur gauche et à la partie inférieure de la paroi abdominale. L'examen somatique ne montre pas d'autres signes en dehors de légers troubles de la sensibilité sur le membre inférieur (erreurs de localisation) ; il n'y a pas de stigmates de syphilis ; mais la femme du malade est atteinte de paralysie générale. Un traitement mercuriel amène une amélioration considéra-

ble : les myoclonies diminuent d'intensité et de fréquence ; elles persistent encore cependant 3 semaines après le début du traitement. — Dans la deuxième observation, il s'agit d'un « syndrome myoclonique associé à un syndrome humoral de syphilis, avec deux types de clonie faciale », survenu chez une femme de 41 ans. On note un hémi-tremblement du membre supérieur droit à type parkinsonien avec quelques mouvements myocloniques.

Il existe un signe d'Argyll-Robertson ; le B. W. est positif dans le sang. Un traitement spécifique amène une importante amélioration. La malade est revue 6 mois après, avec des signes de paralysie générale ; il y a des myoclonies aux deux membres supérieurs ; à la face, il existe deux sortes de clonies, les unes brèves, les autres lentes.

Ces myoclonies sont augmentées par l'occlusion des yeux, la parole, etc...; elles persistent pendant le sommeil, mais à un rythme ralenti. Les signes de P. G. sont évidents ; le liquide céphalo-rachidien contient 1 gr. d'albumine, 58 lymphocytes ; B. W. et benjoin positifs. — Cette malade a présenté successivement un tremblement à type parkinsonien, des myoclonies. Elle est nettement syphilitique.

Si nous relisons notre observation, nous voyons combien elle se rapproche de celle d'A. Thomas et Mme Long-Landry. Comme ces derniers auteurs, nous devons faire remarquer la grande analogie qui existe avec l'encéphalite à forme myoclonique, d'autant plus que, dans notre cas, il y a eu de la fièvre et du hoquet. Mais il n'existait — notons-le — aucun autre signe d'encéphalite ; les myoclonies s'intégraient dans un tableau bien particulier où alternaient les crises épileptiformes et les tremblements : la notion de la saison (été) plaidait aussi contre l'encéphalite.

4. — Notre observation nous paraît intéressante surtout pour situer l'origine des myoclonies. On admet, à l'heure actuelle, qu'elles sont liées à une altération du système strié ou de la moelle ; certains auteurs ont cependant défendu la théorie corticale en s'appuyant sur l'association de crises d'épilepsie et de myoclonies; des autopsies ont montré des lésions du cortex, des méningo-encéphalites.

L'éclosion des formes myocloniques de l'encéphalite a laissé dans l'ombre cette théorie et on a rattaché au corps strié, toujours atteint dans la maladie de Von Œconomo, les myoclonies constatées.

Les faits que nous rapportons sont en faveur de la théorie corticale. Notre malade a une syphilis cérébrale qui paraît au début d'une évolution vers la P. G., évolution confirmée quelques mois plus tard. Or, la P. G. est, on le sait, une méningo-encéphalite. Et Fournier ne dit-il pas expressément que le cerveau est comme recouvert par une « carapace » dans la syphilis cérébrale ?

Nous savons donc que, dans l'un ou l'autre cas — si voisins en réalité qu'il s'agit vraisemblablement d'une simple question de degré —, le cortex cérébral est irrité par un épaississement considérable des méninges.

Rien d'étonnant alors si nous voyons, comme la physiologie nous l'enseigne, se succéder des crises épileptiformes à type jacksonien. Notre malade a eu ces crises, très typiques ; puis elle a eu des myoclonies ; et enfin, elle a présenté une nouvelle crise épileptiforme suivie et précédée d'un hémi-tremblement. Pourquoi séparer toutes ces manifestations ? Pour nous, il est logique de penser qu'une même cause, irritation du cortex, a déclenché une série de mouvements d'allure différente, mais toujours dans le même ordre moteur (clonies jacksoniennes, myoclonies, tremblement) ; on peut supposer que ces degrés dans les secousses observées répondent à des excitations plus ou moins intenses de l'écorce cérébrale. Notre observation permet donc de se rendre compte — quasi expérimentalement — de l'influence de la méningo-encéphalite sur certains troubles de la motricité, et en particulier sur les myoclonies.

Le fait que ces secousses ou ces mouvements ont, dans notre cas, évolué par accès, permet de les rapprocher, comme les auteurs précédents, des crises jacksoniennes et de les considérer comme de véritables équivalents.

Ainsi, à côté de la théorie striée des myoclonies, valable sans doute pour l'encéphalite, il y a place pour une théorie corticale qui explique de façon satisfaisante les myoclonies de la syphilis cérébrale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1931)

Urticaire par le froid. Traitement par l'accoutumance. — MM. Pasteur Vallery-Radot et Pierre Blamoutier rapportent l'observation d'une enfant de 10 ans qui avait de l'urticaire chaque fois qu'elle immergeait une partie du corps dans l'eau froide ou qu'elle sortait par un temps froid. Un jet de chlorure d'éthyle provoquait de l'urticaire.

Les auteurs se sont demandé si par l'accoutumance on ne parviendrait pas à faire supporter les basses températures. L'immersion des mains dans l'eau froide, répétée plusieurs fois par jour, a eu cet heureux résultat.

Sur un cas de périphrénite tuberculeuse. — MM. L. Langeron et J. Callens (de Lille).

Action de l'aurothérapie suivant les formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire. — MM. Ameuille et Hinault essaient de dégager quelles sont les formes les plus particulièrement aurosensibles.

Parmi les lésions cavitaires, il leur paraît qu'ils obtiennent plus facilement des résultats dans les cavernes fraîches, récemment creusées, en poussée exsudative. Les cavernes plus anciennes, encapsulées, disparaissent assez difficilement d'une façon complète, mais souvent leur diamètre diminue.

Les infiltrats petits ou étendus sont affectés d'une façon variable suivant les cas ; quelquefois ils disparaissent, quelquefois ils diminuent d'intensité, souvent ils ne sont pas modifiés.

Enfin les images nodulaires correspondant à de petits tubercules disséminés ou groupés disparaissent difficilement, mais presque toujours se fixent sur place.

Ce qui paraît le plus aurosensible, ce sont les formes infiltrantes initiales avec grosse poussée fébrile.

Gangrènes et abcès du poumon traités par bronchoscopie. — MM. Jean CATHALA et A. STRÉE. — Présentation de trois malades auxquels le traitement bronchoscopique a été appliqué par M. Soulas, pour deux abcès gangréneux, un abcès non putride. Ces trois, très graves, ont guéri rapidement après le traitement bronchoscopique.

Amylose. Evolution du syndrome rénal. Etude cytologique du foie. — MM. Marcel LABBÉ, Raoul BOULIN, Ivan BERTRAND et L. JUSTIN-BESANÇON présentent un malade atteint d'amylose hépatique, vérifiée par biopsie, et chez qui les troubles rénaux ont pu être suivis dès le début.

L'étude des lésions hépatiques montre qu'il s'agit d'amylose massive. Le fait capital, c'est que l'amylose débute nettement à l'intérieur même des cellules hépatiques. Il n'y a ni dégénérescence graisseuse, ni modification du réticulome, mais de grosses lésions cellulaires.

A propos de l'encéphalite vaccinale. — M. NETTER.

Huit cas de tumeurs cérébrales opérées (*Présentation de 7 malades*). — MM. Clovis VINCENT, DAVID et PUECH.

(SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1931)

Amylose expérimentale. — MM. Ch. ACHARD, J. VERNE, M. BARIÉTY et A. CODOUNIS rappellent les résultats qu'ils ont déjà obtenus en provoquant l'amylose chez le chien par les injections intraveineuses de caséinate de soude en solution à 5 %.

Seuls sont touchés le foie et la rate. Le rein reste indemne. Dans la rate, la substance amyloïde siège surtout dans les cordons de Billroth, de la pulpe rouge, accessoirement dans les trabécules fibreuses. Dans le foie, on note trois localisations ; l'espace porte, les capillaires parenchymateux du lobule, enfin les cellules hépatiques elles-mêmes.

Il semble qu'une perturbation de l'équilibre protidique et lipidique du sang soit à la base de ces dépôts amyloïdes : abaissement de la globulinémie après une élévation transitoire ; abaissement du taux des acides gras.

Guérison d'un cas d'ostéite fibro-kystique généralisée de Recklinghausen par parathyroïdectomie. — MM. Mathieu-Pierre WEIL, L. LANGLOIS et A. DRAGOMIRESCO.

Election du bureau de la Société française. — Président : M. M. Labbé ; vice-président : M. Apert; secrétaire général : M. Rivet ; secrétaires annuels : MM. Coste et Bécourt.

M. RIVET, secrétaire général, prononce l'éloge funèbre des membres de la Société décédés pendant l'année.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1931)

Un nouveau cas de dermatose exfoliatrice des nouveau-nés. — MM. BABONNEIX, CAYLA et Mlle FAYOT ont vu, chez un enfant de treize jours, toute la surface épidermique exfolier en larges lambeaux macérés laissant à nu un derme rouge et suintant ; on avait l'impression d'un enfant ébouillanté. Comme à l'ordinaire, le début s'était fait par des bulles de pemphigus apparues au cou. L'enfant avait une température à 40° et mourut dans les vingt-quatre heures. Ni dans son histoire, ni dans son examen même nécropsique, on ne put retrouver d'étiologie.

Les auteurs rappellent à ce sujet la distinction si nette qui existe entre la maladie de Leiner-Moussous, qui laisse toujours de l'épiderme au-dessous des squames, et la maladie de Ritter, résultant d'une véritable épidermolyse qui ne laisse rien sur le derme suintant. Cette dernière est exceptionnelle en France mais assez fréquente dans les pays de l'Europe centrale. Il est curieux de noter que l'enfant observé était de parents polonais.

Estomac biloculaire chez un enfant de trois jours. — MM. LEVESQUE et HÉBERT rapportent l'observation d'un petit Mongolien, né à terme, qui présenta, à l'âge de trois jours, des vomissements sanglants. L'examen radiologique montra une image de stricture médio-gastrique. Une double intervention chirurgicale permit d'obtenir une évacuation gastrique satisfaisante ; mais la mort survint quelques jours plus tard, au milieu d'un syndrome hémorrhagique.

Lésion métacarpienne de cause indéterminée. — M. LANCE a vu, chez un enfant de huit ans et demi, l'annulaire droit se raccourcir considérablement en quelques jours, sans aucun traumatisme, sans douleur ni gonflement. La radiographie montre le métacarpien diminué de hauteur et comme télescopé, l'épiphyse entrée dans la diaphyse taillée en cupule. En tirant sur le doigt, il récupère presque toute sa longueur.

Par comparaison, la radiographie d'une aplasie congénitale du cinquième métacarpien des deux mains, avec absence de l'épiphyse, chez une fillette de douze ans, montre un aspect bien différent.

Déformation précoce du thorax avec cardiopathie congénitale. — M. G. SCHREIBER présente une fillette de cinq ans, admise à l'âge de quatre mois dans le service du professeur Nobécourt pour une broncho-pneumonie sévère ; à ce moment, on constate une communication interventriculaire et des déformations du thorax qui se développèrent considérablement pendant les deux premières années, produisant un thorax en sablier, puis s'atténuèrent progressivement les deux années suivantes.

La coexistence de ce rachitisme précoce et de cette cardiopathie congénitale fait penser à la syphilis, mais ni les antécédents ni les symptômes cliniques ou biologiques ne permettent d'affirmer son existence.

A propos du diagnostic de la sténose pylorique. — Dans un cas où ni les moyens cliniques ni les moyens radiologiques n'avaient permis d'affirmer l'existence d'une sténose pylorique chez un enfant de deux mois et demi nourri au sein, M. RIBADEAU-DUMAS a pu porter ce diagnostic par la constatation d'un syndrome humoral particulier consistant en hypochlorémie avec élévation de la réserve alcaline. Ce diagnostic a été confirmé au cours de l'intervention chirurgicale, qui fut suivie très rapidement d'une grosse amélioration de l'état de l'enfant.

L'auteur insiste sur les services que pourra rendre ce syndrome humoral dans le diagnostic des vomissements du nourrisson.

Le babeurre et ses compléments. — MM. RIBADEAU-DUMAS, René MATHIEU et GUÉDÉ estiment que le babeurre est, après le lait de femme, la substance qui contient les protéines les plus favorables pour la nutrition des jeunes enfants. Mais c'est un aliment privé de graisse et, si l'absence de lipoïdes présente des avantages évidents quand il s'agit de traiter un trouble digestif aigu de courte durée, elle devient un danger si le régime doit être maintenu pendant une longue période. Associé à des substances complémentaires diverses, beurre, vitamines, hydrate de carbone, extrait de levure de bière ou légumes, le babeurre est un des aliments les plus utiles pour le traitement des enfants hypotrophiques.

Un nouveau symptôme d'hémorrhagie cérébro-méningée chez l'enfant. — Mme Marthe EHRLICH a observé, chez des enfants atteints d'hémorrhagie cérébro-méningée confirmée ultérieurement à l'autopsie, un aspect tout à fait particulier du faciès : ces nouveau-nés ont les yeux ouverts et paraissent plus éveillés qu'ils ne devraient l'être.

Quatre cas de splénomégalie chez le nouveau-né. — Mme Marthe EHRLICH.

Un cas de lupus du pharynx. — MM. GRENET et André BLOCH ont observé, chez un enfant de trois ans et demi examiné à l'occasion d'une dysphagie légère, une exulcération palato-pharyngée accompagnée d'adénopathie cervicale leur ayant donné l'impression d'un lupus pharyngé.

Un nouveau cas de hernie diaphragmatique. — MM. GRENET et MÉZARD rapportent un nouveau cas de hernie diaphragmatique gauche : la presque totalité du tube digestif était passée dans le thorax par une aplasie de la partie musculaire postérieure de la foliole gauche du diaphragme, et seuls restaient dans l'abdomen l'estomac, le côlon sigmoïde, le foie, le pancréas et la rate. Le poumon gauche était atelectasié.

L'enfant mourut quelques jours plus tard de broncho-pneumonie pseudolobaire droite.

Laryngites suffocantes grippales. — MM. GRENET, ISAAC-GEORGES et MÉZARD résument douze observations de laryngite suffocante grippale. Malgré quelques signes particuliers, la ressemblance clinique avec le croup est telle que l'on est presque toujours conduit à pratiquer d'emblée une injection de sérum. Tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'il faut temporiser le plus possible pour éviter une intervention : six malades ainsi traités, qui présentaient des formes légères, ont guéri. Mais quelquefois une intervention d'urgence s'impose, et il en fut ainsi dans six cas, où l'on fit un tubage d'urgence.

Trois enfants ont succombé à une broncho-pneumonie contemporaine de la laryngite ; ils étaient tous trois âgés de moins de deux ans. Les trois autres ont guéri ; ils avaient plus de deux ans et n'ont pas été atteints de broncho-pneumonie.

Faut-il, en pareilles circonstances, recourir au tubage ou à la trachéotomie ? Après une discussion serrée, les auteurs concluent en faveur du tubage, qui ne leur semble pas donner de résultats inférieurs à la trachéotomie.

Pneumothorax spontané généralisé non tuberculeux chez un enfant de deux mois et demi. — MM. B. WEILL-HALLÉ et N. KOANG signalent un nouveau cas de pneumothorax non tuberculeux chez un enfant de deux mois et demi opéré avec succès d'une sténose du pylore un mois auparavant. Ils insistent sur la brutalité du début, sur les signes fonctionnels très accusés, sur l'absence de syndrome physique et sur l'évolution rapidement mortelle.

Un cas de leucémie lymphoïde à forme splénique. — M. BERNHEIM (de Lyon).

Sténose congénitale de l'œsophage chez un enfant de deux ans. — MM. GUISEZ et ROUECHE rapportent l'observation d'un enfant de deux ans suivi depuis sa naissance et présentant des vomissements habituels que le traitement classique n'améliorait pas.

Une radiographie et une œsophagoscopie permirent de déceler une sténose congénitale incomplète de l'œsophage, avec début de dégénérescence fibro-cicatricielle siégeant au-dessus du cardia. La guérison survint après dilatation par des bougies.

Les auteurs insistent sur la nécessité de pratiquer des examens radiographiques et endoscopiques de l'œsophage chez les enfants qui présentent des régurgitations par crises sans nausées ni efforts pendant le sommeil.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1931)

Deux observations d'infection streptococcique au cours de tuberculoses osseuses. — M. A. RAIGA fait un rapport sur deux observations de M. M. Galland (de Berck) : la première concerne l'infection secondaire d'un abcès issu d'une coxalgie par un streptocoque parti d'un foyer de mastoïdite opérée, infection que des ponctions successives et répétées ont suffi à guérir ; la deuxième est celle d'un enfant porteur d'une para-coxalgie et chez lequel survint une ostéomyélite pubienne qui, sans modifier le cours de la lésion tuberculeuse, guérit par incision simple de l'abcès, et qui présenta tardivement une élimination d'un séquestre. Le rapporteur se demande si, dans ce dernier cas, qui revêt l'allure clinique d'une ostéomyélite staphylococcique, le streptocoque isolé ne représenterait pas un staphylocoque en état de mutation.

Traitement orthopédique du mal de Pott sous-occipital (variété inter-atlo-axoïdienne). — M. R. MASSART fait un rapport sur un travail de M. M. Galland (de Berck) où l'auteur montre que cette lésion se caractérise essentiellement par une tendance à l'inclinaison avec glissement en bas et en avant de l'atlas sur l'axis. Après avoir insisté sur les signes radiographiques du mal de Pott inter-atlo-axoïdien, l'auteur montre si on peut obtenir par un traitement approprié la correction de l'inclinaison et du glissement. L'appareil qu'il utilise de préférence aux minerves plâtrées est un appareil en celluloïd à mentonnière amovible et à bandeau frontal dont l'action peut être rigoureusement réglée.

Le cancer de l'estomac. — M. G. LUQUET fait un rapport sur un travail de M. Madureira (de Lisbonne) dans lequel l'auteur insiste sur la part de l'infection dans le cancer gastrique ; infection non seulement locale mais encore ganglionnaire à distance (ganglions sus-claviculaires). Il recule de ce fait les limites classiques de l'opérabilité. A l'appui de cette thèse, il apporte l'observation d'une jeune femme, mourante, présentant un énorme cancer de l'estomac avec ganglion, chez laquelle il fit avec plein succès une gastrectomie totale atypique avec survie de deux ans.

Eventration ombilico-sus-pubienne avec occlusion et gangrène de l'ileon. — M. G. LÉO. Chez une femme de cinquante-quatre ans, au niveau d'une éventration qui occupait toute la longueur d'une incision de laparotomie faite cinq ans auparavant par un autre chirurgien, l'auteur a observé une occlusion intestinale datant de cinq jours avec sphacèle d'une anse d'intestin grêle, qui a nécessité une résection intestinale longue de 41 centimètres, mesurée sur le bord mésentérique. Une suture termino-terminale a amené une guérison simple et rapide. Il cite une observation presque semblable, mais sans résection intestinale, publiée par le docteur Iliesco (de Bucarest), en 1930.

Gros calculs vésicaux. — M. G. LUYS présente deux gros calculs vésicaux pesant, l'un 128 grammes, l'autre 133 grammes, enlevés par taille hypogastrique. Leur grande dimension contre-indiquait la lithotritie. Pour les extraire, il est nécessaire de faire une grande incision de la paroi antérieure de la vessie, d'employer les tenettes et de drainer la vessie pendant longtemps. Les fistules hypogastriques consécutives sont longues à fermer.

Abcès sous-phrénique. Perforation duodénale. — M. VICTOR-PAUCHET et MM. R. DE BUTLER D'ORMOND et SOURDAT (d'Amiens) communiquent l'observation d'une malade opérée d'un abcès sous-phrénique dû à une perforation du duodénum. Tamponnement du foyer ; gastro-entérostomie précolique et jéjuno-jéjunostomie au bouton. Apparition d'une fistule duodénale guérie grâce à l'application d'une sonde de Pezzer dont le chapeau, formant bouchon, vint occlure l'orifice duodénal.

La lombalisation. — M. RŒDERER. La lombalisation bien moins connue que la sacralisation et plus récemment étudiée, a à son actif plus de scolioses que la sacralisation et un tableau clinique plus précis avec une symptomatologie douloureuse plus localisée. La coïncidence avec le spondylolisthésis n'est pas constante ; aussi, serait-ce une erreur de confondre comme l'a fait Léri, l'habitus extérieur du lombalisé avec celui du malade atteint de glissement en avant d'une vertèbre lombaire. Dans quelques observations, les malades effectivement lombalisés, ainsi qu'en témoignait la radiographie, faisaient néanmoins des tuberculoses vertébrales. Il faut être d'une grande prudence avant d'affirmer qu'un syndrome vertébral peut être rapporté à une anomalie.

Lombalisation de la première vertèbre sacrée. — M. MULLER (de Belfort) communique l'observation d'un homme de trente-huit ans souffrant depuis treize ans de douleurs lombaires, plus violentes depuis sept mois, s'irradiant vers l'épigastre et ayant fait croire à une gastropathie. L'aspect et la mobilité de la colonne vertébrale sont normaux. La pression des apophyses épineuses lombaires, du sacrum et de la crête iliaque droite est douloureuse. La radiographie montre une lombalisation totale de la première vertèbre sacrée et un crochet de spondylose de la cinquième vertèbre lombaire. On fait deux séances de radiothérapie : les douleurs ont disparu au bout de six mois.

Fracture de Dupuytren vicieusement consolidée. — M. DUPUY DE FRENELLE présente le résultat obtenu par une opération de fracture de Dupuytren vicieusement consolidée, opérée deux ans après l'accident. L'opérée, qui marchait sur le bord interne de son pied, marche maintenant correctement sur la plante du pied. L'opération a consisté à reporter à sa place la malléole interne qui était transplantée sous la surface articulaire du tibia, à tailler une loge dans la face externe du tibia pour la malléole externe qui était basculée en dehors, à visser le tout avec de longues vis, boulonnées à leur extrémité, pour parfaire le rapprochement de la mortaise tibio-péronière. Les vis restent parfaitement tolérées depuis cinq mois. Toutefois, la malade se plaint du frottement sous la peau de la vis qui fixe la malléole interne du tibia.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1931)

A propos de la communication de M. Soresi (de New-York) : **Appendicectomie par incision postéro-latérale,** M. THÉVENARD ne nie pas les avantages de cette incision, mais considère qu'elle a des indications particulières et exclusives. Elle est loin de répondre à tous les cas, même lorsqu'il y a collection purulente. D'autre part, la position en décubitus latéral droit pour faciliter le drainage, n'est pas une nouveauté, pas plus que le procédé d'appendicectomie sous-séreuse. Il y a longtemps déjà que Walter recommandait la première, et plus longtemps encore que Terrier a décrit le second.

Présentation d'ouvrages. — M. Georges ROSENTHAL présente le livre de Véran sur la cessation du pneumothorax. Trois idées essentielles se dégagent de ce travail hautement documenté : l'épanchement n'a pas la grande gravité qu'on lui attribue ; la guérison n'est acquise que quatre ans après la disparition des bacilles dans les crachats ; aucun pneumothorax ne doit être maintenu plus de six ans. L'auteur demande qu'il ne soit plus fait de distinction entre les tuberculeux de paix et de guerre, également innocents et secourables.

M. Georges Rosenthal présente le livre de V. de Lavergne sur « Allergie et anergie ». Toutes les notions modernes et nouvelles sont exposées avec une grande clarté, depuis le tuberculino-diagnostic jusqu'aux réactions étudiées récemment dans la scarlatine.

Présentation d'appareil. — M. BÉCART présente un nouveau tube gastro-duodénal.

Rougeoles anormales avec invasion prolongée. Difficulté du diagnostic. — M. BLECHMANN apporte six observations de rougeole insolite avec invasion prolongée. La maladie débute comme une grippe, avec fortes oscillations thermiques, catarrhe des premières voies, toux incessante et bronchite diffuse. L'évolution de ces rougeoles anormales a été sérieuse ou grave. Le diagnostic est resté en suspens jusqu'à l'apparition du signe de Koplik, prémonitoire de l'éruption dans cinq cas. L'interprétation de ces faits paraît difficile. La cuti-réaction n'a été positive que dans 1 cas sur 3, et par la suite, aucun malade n'a présenté de signes de tuberculose évolutive. L'auscultation n'a pas montré de signes d'hépatisation pouvant commander l'évolution fébrile du début.

Réduction mécanique instantanée des fractures sous le contrôle simultané du doucle-écran, face et profil. — M. PASCALIS présente cette méthode de traitement des fractures basée sur une instrumentation de mécanique très moderne qui permet d'obtenir instantanément la réduction et l'appareillage des pires fractures sous le contrôle radioscopique simultané de face et de profil avec une simplicité et une sécurité jusqu'ici inconnue qui en transforme radicalement le pronostic. Suit la présentation d'un film qui précise les avantages de la méthode.

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1931)

Fracture de l'humérus et appareil de Séjournet. — M. SÉJOURNET présente 5 malades atteints de fractures de l'humérus et porteurs de son appareil qui permet la mobilité intégrale de l'épaule et du coude, et, dès les premiers jours, le travail de ces articulations.

Pour l'auteur, l'abduction du fragment supérieur est exceptionnelle dans les fractures intra-cervicales de l'extrémité supérieure.

Douze années de direction thermale à Luchon. — M. DARTIGUES présente à la Société une plaquette du docteur Molinéry où celui-ci montre son œuvre d'hydrologie clinique, thérapeutique et sociale. La création des *camps thermaux* montre l'utilité de l'hydrologie dont les applications sont des plus étendues, puisqu'elle va jusqu'à envisager le thermalisme social.

Boîte métallique pouvant servir à la fois de trousse, de stérilisateur, de bock-laveur et de boîte à eau stérilisée. — M. DARTIGUES présente au nom du docteur Desjardins (de Saint-Renan, Finistère) cet appareil pouvant être surtout utile au médecin praticien.

Contribution à l'étude de la cicatrisation des plaies par la gazothérapie. — M. DARTIGUES, au nom du professeur Ramel (de Lausanne), rapporte que celui-ci a essayé, sur les plaies lentes à se cicatriser, la gazothérapie suivant la méthode de Tussau. Cette méthode a donné des résultats remarquables dans des cas interminablement chroniques et par l'absence de formations chéloïdiennes.

Ecriture et subconscient. — M. Pierre MÉNARD présente son livre où il expose que l'écriture est l'inscription graphique de gestes automatiques et insiste particulièrement sur le rythme de l'écriture.

Diagnostic et appréciation de l'état du tissu cellulaire par l'étude de l'élimination de la phénol-sulfone pataléine par voie intraveineuse, intramusculaire et sous-cutanée. — MM. Maurice DELORT et Pierre MORISSE rapportent des expériences concernant les sujets auxquels a été injecté 1 centimètre cube de phénol-sulfone-pataléine à 0 g. 06 successivement dans la veine, dans les muscles et sous la peau.

Ils concluent que l'état rénal étant vérifié par l'injection par voie musculaire ou intraveineuse, toute variation relative dans l'épreuve par voie cutanée traduit une variation dans l'état du tissu cellulaire.

A propos de l'hystéro-salpingographie. — M. Fernand MASMONTEIL rappelle qu'il fut le premier à faire des utéro-salpingographies au lipiodol. Il continue à les pratiquer toutes les fois que le diagnostic gynécologique reste en suspens. L'auteur rapporte deux observations de malades pour qui des erreurs de diagnostic et de traitement auraient pu être évitées par l'emploi de ce mode d'investigation.

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1931)

Traitement du rhumatisme chronique par les sels d'or. — M. Henri FORESTIER présente un cas de rhumatisme chronique du type polyarthrite infectieuse chez une femme de 67 ans, traité par les sels d'or et soufre, et nettement en voie de guérison. Il s'est basé sur le test de la sédimentation globulaire exagérée pour appliquer la chrysothérapie, les autres médications ayant échoué.

Corps étranger du poumon. Péricardite gangréneuse. Guérison. — M. Pierre MABILLE présente un malade de vingt-cinq ans qui fut atteint de péricardite gangréneuse traumatique avec volumineux pneumo-péricarde. L'incision et le drainage de la cavité péricardique amenèrent la guérison.

Ictère hémolytique. Splénectomie. Guérison. — MM. Pierre MABILLE et LAFONT présentent une malade atteinte depuis de longues années d'anémie profonde, avec amaigrissement et crises douloureuses simulant une lithiase du cholédoque. La splénectomie, suivie de transfusion sanguine, guérit la malade, dont la formule sanguine passa de 2.900.000 à 4.800.000 le mois suivant.

Contribution à l'étude des plis de la muqueuse digestive. — MM. Ch. GUILBERT et TARDIEU pensent que l'examen radiologique de la muqueuse digestive par la méthode de la couche opaque mince est moins une étude des plis réels de la muqueuse qu'un témoignage de sa souplesse et aussi de la tonicité de la musculeuse. Cette méthode ne donne pas, à l'heure actuelle, un diagnostic de certitude, surtout pour l'ulcus au début ; on peut espérer obtenir pour elle, par une technique modifiée, des images plus précises, analogues à celles de l'imprégnation de l'intestion, grâce aux colloïdes de thorium. L'étude des plis de la muqueuse, tant de l'intestin que de l'estomac, doit entrer dans l'usage courant des laboratoires radiologiques s'occupant de gastro-entérologie. La confrontation d'images multiples permettra d'obtenir précisément ce diagnostic de certitude et de perfectionner la technique actuelle.

Radiothérapie dans les gangrènes artéritiques. — MM. ZIMMERN, CHAVANY et BRUNET. — Le traitement des gangrènes ne peut pas être fondé sur une règle fixe; suivant les cas, diverses méthodes peuvent donner de bons résultats. La méthode de Leriche, qui consiste à reséquer le sympathique péri-artériel, au niveau du triangle de Scarpa, a donné dans quelques cas, rares il est vrai, des résultats remarquables, soit contre la gangrène, soit contre les douleurs de l'artérite.

Quand il s'agit du diabétique, dont les tissus sont en état de moindre résistance à cause de l'infiltration par le glucose, le premier traitement consiste à désucrer le malade ; on obtient bien souvent ainsi des résultats immédiats, qui ont permis de conserver des membres que le chirurgien s'apprêtait à amputer. Il est probable que la méthode proposée par notre collègue Zimmern pourra, non dans tous les cas, mais dons quelques cas choisis, donner des résultats curatifs.

Inattention et distraction chez l'enfant. — M. Gilbert ROBIN distingue ces deux défauts d'attention, tant au point de vue psychologique qu'au point de vue clinique.

L'habitation et l'hygiène audi-mentale. — M. GOMMES étudie, dans ce qu'il nomme *hygiène audi-mentale*, toute la question des sous-bruits, trépidations, dont les villes souffrent de plus en plus. Il montre les troubles variés, cérébraux et circulatoires, qui en résultent, et énumère les différents moyens de défense, malheureusement encore bien imparfaits : procédés individuels, domestiques, constructifs, ces derniers relevant de la technique sanitaire. Ces diverses notions font désormais partie du bagage de l'hygiéniste. Il s'agit d'une véritable maladie sociale.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1931)

Sur un cas de kyste dentaire. — MM. COURTY et DEFRENNE.

Recherches sur les réactions d'immunité chez les porteurs de méningocoques. — M. ARCHER. — Il s'agit d'intradermo-réactions faites au moyen d'endotoxines méningococciques chez des porteurs de méningocoques en activité, chez d'anciens porteurs et chez des sujets neufs.

Ces recherches avaient pour but de vérifier si les porteurs peuvent être ainsi distingués des sujets neufs et de dégager des conclusions au point de vue de la vaccination préventive anti-méningococcique.

Elles ont montré que les porteurs de germes réagissent comme les sujets sains à l'intradermo-réaction à l'endotoxine méinigococcique diluée, c'est-à-dire dans une très faible mesure.

Il ne semble donc pas que cette endotoxine représente un antigène intéressant pour réaliser l'immunité antiméningococcique.

Epilepsie Bravais-Jacksonienne consécutive à une fracture de la voûte, méconnue. Trépanation ; guérison avec persistance de parésie brachiale. — M. VINCENT.

Tuberculose urinaire. Impossibilité du cathétérisme urétéral. Bonne constante. Résultats paradoxaux de la pyélographie intraveineuse. Néphrectomie après double lombotomie

exploratrice. — M. C. LEPOUTRE. — L'intérêt de cette observation est double.

1° Nous ne connaissons pas encore les lois de l'élimination de l'uro-sélectan et des produits analogues. Dans le cas présent, du côté sain, il n'y eut pas d'image pyélographique après injection intraveineuse d'urosélectan. L'existence, du côté malade, d'un rein double dont une partie fonctionnait bien, aurait conduit à une grave erreur si l'on s'était contenté de l'épreuve pyélographique.

2° Dans les cas où le cathétérisme des uretères est impossible, la double lombotomie exploratrice et la néphrectomie sur la constante sont légitimes et donnent d'excellents résultats.

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1931)

Epilepsie traumatique, survenue sept ans après traumatisme de la région frontale. Trépanation (*présentation de pièce*). — M. BILLET. — Cette observation démontre une fois de plus la nécessité d'explorer systématiquement toutes les plaies du cuir chevelu et de traiter chirurgicalement toutes celles qui s'accompagnent de la moindre lésion du squelette. L'auteur se réfère à son rapport au *Congrès de Chirurgie* de 1921 : « La meilleure prophylaxie de l'épilepsie traumatique consiste à traiter correctement le traumatisme initial. »

A propos d'une cinquantaine d'anesthésies épidurales. — MM. VINCENT et LEFEBVRE. — Après avoir précisé la technique, les auteurs insistent sur l'intérêt considérable que présente cette méthode pour les interventions qui portent sur les organes génito-urinaires et sur le périnée ; ils soulignent également l'innocuité habituelle de ce procédé, qui mériterait d'être plus souvent employé.

Deux cas de tétanos guéris. — M. DOMMESENT (de Rexpoëde) insiste sur la nécessité d'un traitement intensif, mais il souligne la difficulté qu'éprouvent les praticiens de campagne à se procurer les fortes doses de sérum nécessaires.

A propos d'un cas de syndrome de Brown-Séquard, par myélite. — MM. DEREUX et THOYER.

(SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1931)

Un cas d'amygdale pharyngée surnuméraire. — M. DIDIER.

Abcès appendiculaire dans un cas d'appendicite chronique. — M. DELEZENNE.

Paralysie radiale secondaire à une fracture du coude. — M. LIBER.

(SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1931)

Un cas de varicelle gangréneuse. — M. WILLIATTE : (*Présentation de malade*). — Enfant de 15 mois atteint de varicelle : deux jours après, surviennent des plaques de gangrène dont la dimension varie d'une lentille à une pièce de 5 francs. Traitement par le sérum antigangréneux polyvalent de Vincent, par bains chauds et pommade-vaccin. Evolution parmi les phénomènes généraux graves ; élimination des escarres en 15 ou 20 jours ; cicatrices adhérentes.

L'auteur insiste sur la rareté des varicelles gangréneuses et sur leur gravité considérée naguère comme redoutable. Il vante les heureux effets de la sérothérapie antigangréneuse.

Deux cas d'astragalectomie pour fractures vicieusement consolidées du cou de pied. — M. VINCENT (*Présentation de radiographie et de malades*).

Un cas d'hémiplégie au cours d'une colique hépatique. — M. PARTURIER.

De l'intérêt de la pyélographie dans le diagnostic des tumeurs des hypochondres. — M. LEPOUTRE. — Les procédés classiques d'exploration, recherche de la mobilité contemporaine des mouvements respiratoires, étude des rapports avec les côlons, constatation d'un bord tranchant, etc., laissent parfois subsister un doute sur l'origine d'une tuméfaction d'un hypochondre.


LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE
OVAIRE (Vache)
corps jaune
Follicule
THYROÏDE (Bœuf)
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées
POST-HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY _ 48, rue Théophile Gautier _ PARIS (XVIe)

L'auteur rappelle l'intérêt de la radiographie de l'uretère rendu visible par une sonde opaque. Les tumeurs rétropéritonéales dévient l'uretère, et des radiographies d'une tumeur pararénale, d'un sarcome de la fosse lombaire, d'un abcès lombaire d'origine pottique, d'une adénopathie préaortique volumineuse, montrent un uretère dévié, le plus souvent en dedans, une fois en dehors. Les tumeurs intrapéritonéales ne dévient pas l'uretère et l'on en trouve des exemples dans les tuméfactions d'origine pancréatique ou biliaire.

Il est inutile d'insister sur l'importance de ce diagnostic pour établir un plan opératoire.

Un cas d'acrodynie infantile. — M. FLAMENT.

NOTES POUR L'INTERNAT

·RACTURES DE LA COLONNE VERTÉBRALE
SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Sous ce nom, il faut entendre les fractures interrompant la continuité du rachis, éliminant par cette définition :

Les luxations simples des vertèbres ;

Les fractures partielles (ap. transverses, lames, épineuse), dont des études récentes ont montré la fréquence.

Ainsi comprise, la fracture de la colonne reste une fracture grave, par ses *complications* :.

Immédiates :

Surtout conséquences des lésions plus ou moins marquées de la MOELLE ;

Tardives :

Si le blessé a survécu, il faudra, dans les mois qui suivent, s'attendre à l'apparition d'un *syndrome de Kümmel-Verneuil.*

ETIOLOGIE

1° Exceptionnellement, cause minime ; mais il y avait des altérations osseuses préexistantes (tabes).

Ces fractures spontanées sont d'ailleurs assez rares.

2° Le plus souvent, *traumatisme violent ;*

Chute d'un lieu élevé ;

Sur les talons ;

Sur les ischions,

Sur le dos,

Sur la tête (fracture des plongeurs) ;

Eboulement (très fréquent), pouvant alors s'accompagner de lésions thoraciques ;

Enfin, effort musculaire violent.

D'où, dans l'ensemble, *fréquence* chez l'ouvrier, au cours de travaux très rudes (mineurs, terrassiers, débardeurs) et prédominance chez des adultes, hommes, de 25 à 45 ans.

MÉCANISME

Il est toujours *indirect*, avec deux modalités :

Arrachement,

Tassement.

A. **Mécanisme de l'arrachement.** — La colonne subit une *flexion forcée* en avant (éboulement, chute).

1° La courbure dorsale s'exagère, alors que la lombaire diminue ;

2° Lorsque les deux segments sont dans le prolongement l'un de l'autre, dessinant une courbe régulière, si la force continue son action, il se produit une rupture de la *charnière* à l'union des deux segments dorsal et lombaire.

a) *La rupture initiale* siège sur l'épineuse, dont le sommet est arraché par le ligament sur-épineux sus-jacent.

b) *Elle se propage* AUX LAMES par les ligaments jaunes et interépineux.

Enfin, le mouvement de bâillement continuant, AU CORPS VERTÉBRAL, dont la partie supérieure est arrachée par les ligaments.

B. **Mécanisme du tassement.** — Soit une chute verticale :

Sur les pieds,

Sur les ischions.

La colonne est prise entre le sol, la résulvante MV^2 du mouvement de chute.

Deux éventualités :

a) *Tassement pur* des vertèbres de la charnière, les muscles maintenant la colonne rigide (pile d'assiettes).

b) *Tassement-arrachement :*

Il se produit en premier lieu un tassement vertébral ; la colonne se fléchit secondairement et les ligaments postérieurs arrachent alors lames et épineuses.

En définitive, les deux mécanismes, loin de s'exclure, semblent donc se compléter. Du reste, les associations des deux mécanismes seraient les plus fréquentes, l'arrachement pur étant le type le plus rare.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. — **La fracture.** 1° *Siège.* Le plus souvent, *charnière dorso-lombaire* de D^{10} à L^2.

Plus rarement autres sièges (tous les niveaux : selon le siége, mécanisme). Exemple : la fracture des plongeurs, chute sur la tête = fracture par tassement de la 6e cervicale.

2° *Trait.* Le trait porte :

Sur l'apophyse épineuse : base ;

Sur l'arc postérieur : en avant et en arrière de l'apophyse articulaire ;

Sur le corps : trait oblique en bas, en avant.

D'ou deux *fragments :*

Supérieur : petit ; haut en avant, bas en arrière ;

Inférieur : volumineux ; avec un bord supérieur aigu, traumatisant.

3° *Déplacement.* — Le fragment supérieur entraînant les lames se porte en avant, comprimant la moelle ;

Le fragment inférieur reste en place, menaçant la moelle par son arête postérieure et supérieure.

B. — **Les lésions associées.** 1° LA MOELLE : peut être lésée de façon variable ; quelquefois pas du tout (commotion). Plus souvent, on peut observer :

a) *Compression.* — Avant tout par le glissement de la vertèbre supérieure en bas, en avant.

Il en résultera un ramollissement rouge, avec dégénérescence consécutive.

b) *Contusion : hématomyélie,* surtout localement, rarement à distance.

c) *Section.* Seulement dans les grands fracas (luxation-fracture), pouvant être totale ou partielle.

En tous cas, elle ne se répare jamais.

2° LES VAISSEAUX intra-rachidiens : peuvent être lésés, d'où *hématorachis.* La collection tend à remonter, aggravant la compression.

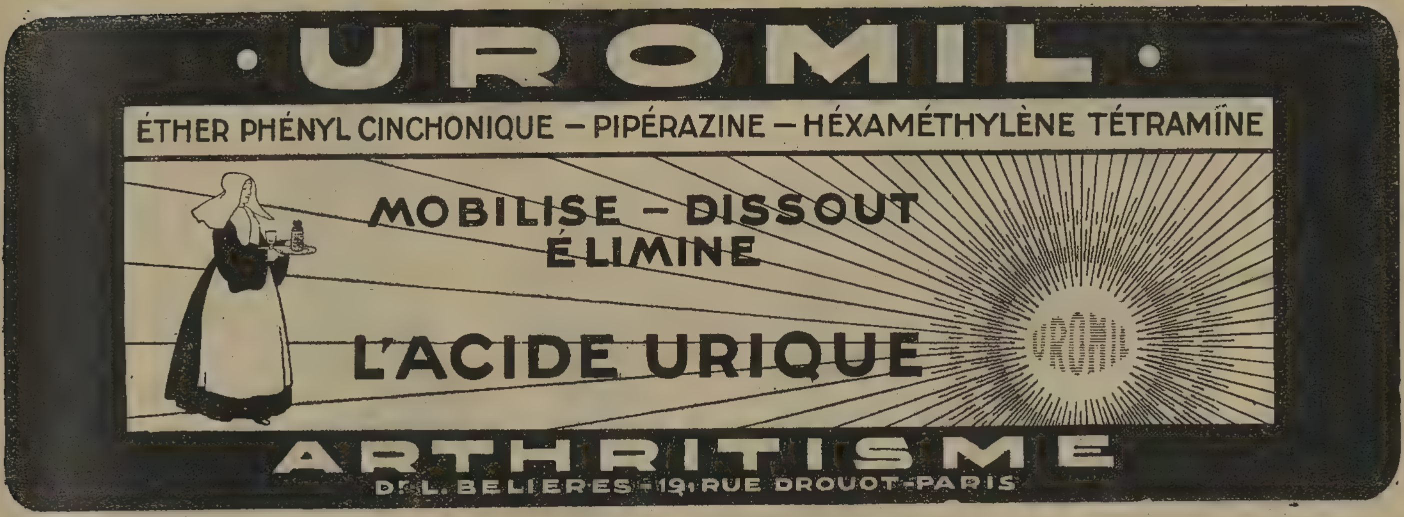
3° LES NERFS RACHIDIENS, rarement sectionnés d'emblée dans le canal de conjugaison, sont le plus souvent lésés secondairement par un cal (névralgies).

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.





350 Médecins écrivent...

Quelques centaines de praticiens ont bien voulu faire part de leurs observations après l'emploi du TOPHOL dans des cas généralement graves et rebelles de rhumatisme, goutte, sciatique, névralgies intercostales, lumbago, arthrite, douleurs d'étiologies diverses.

Deuxième liste.

Observ. n° 73. — Le TOPHOL est une excellente spécialité dont l'action sédative, résolutive est constante et durable.
Dr Ch. C. à M. (I.-et-V.).

Observ. n° 74. — Malade atteinte de rhumatisme chronique avec endocardite consécutive ; cette malade, qui faisait une poussée aiguë, a vu ses douleurs s'amoindrir au bout de trois jours d'emploi du TOPHOL à la dose de 6 cachets par jour.

J'en ai toujours obtenu d'aussi bons résultats dans d'autres cas, avec cette supériorité sur les autres produits que je n'ai jamais constaté de phénomène d'intolérance, tant du côté des reins que du côté de l'appareil digestif. Dr J. C. à H. (Ardennes).

Observ. n° 78. — J'ai employé le TOPHOL chez un " presque confrère " qui connaissait fort tous les remèdes employés depuis longtemps par nos divers prédécesseurs pour tous ces maux : gonflements articulaires, rhumatismes aigus et chroniques, toute la gamme. Il a été de suite soulagé et réellement c'est la pierre de touche chez un client qui sait à quoi s'en tenir.
Dr G. Ch. à T. (I. et Loire).

Observ. n° 80. — J'ai expérimenté le TOPHOL avec grand succès dans un cas de sciatique et dans un cas de lumbago rhumatismal. Dr J. C. Les A. (Cher).

Observ. N° 84. — Après plusieurs essais du TOPHOL, j'estime que son emploi rendra les plus grands services aux confrères pour obtenir de merveilleux résultats contre les douleurs si violentes de la goutte, du rhumatisme et, en général contre toutes les douleurs relevant de la diathèse urique. Dr C. à C.(H.-Gar.).

Observ. 87. — Le TOPHOL m'a donné un résultat remarquable dans une forme haute de sciatique où les autres médicaments n'avaient apporté que peu de soulagement, action marquée et durable. Dr Ch. à C. (Orne).

Observ. n° 107. — Merveilleux résultats avec le TOPHOL.
Dr D. à S. M (L.-Inf.).

Observ. 110. — Le TOPHOL est vraiment un spécifique du rhumatisme. Dr J. D à V. (Pas-de-Calais.)

Observ. n° 111. — A mon avis le TOPHOL est un excellent médicament que l'on ne saurait trop recommander dans la goutte et les affections rhumatismales. Dr D. à S. (Nord).

Observ. n° 112. — J'ai retiré du TOPHOL un succès complet et rapide chez un rhumatisant qui fut soulagé et guéri rapidement.
Dr G. D. à B. (Loire).

Observ. n° 114. — Ayant prescrit le TOPHOL à deux malades en pleine crise de goutte, j'ai eu la satisfaction de voir les douleurs et le gonflement s'atténuer peu à peu
Dr D. à R. (Ardennes).

Observ. n° 113. — Je prescris couramment le TOPHOL, chez les goutteux en particulier, avec des résultats réellement très satisfaisants. A. D. à V. (Allier).

Observ. n° 120. — J'ai été très satisfait du TOPHOL, notamment dans un cas de sciatique rebelle.
Dr G. D. à P. (L.-Inf.).

Observ. n° 170. — Les résultats obtenus avec le TOPHOL ont été très satisfaisants, et je le classe dans les spécialités sérieuses.
Dr A. G. à B. (M -et-L.).
(*A suivre.*)

Le Laboratoire du TOPHOL se fait un plaisir d'envoyer gratuitement à MM. les Docteurs échantillons médicaux et littérature. Prière de bien vouloir les lui demander : 3, rue Condillac, à Grenoble (Isère).

N° 11. — SAMEDI 6 FEVRIER 1932. 105e ANNEE. SAMEDI 6 FEVRIER 1932. — N° 11.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue **St-André-des-Arts**,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Les docteurs en médecine dont les noms suivent sont nommés pour un an ou prorogés pour une nouvelle année dans leurs fonctions d'assistants des chefs de service de médecine ou de chirurgie dénommés ci-dessous :

Hôtel-Dieu. — *Médecine.* — M. Bourgeois, assistant de M. Sainton; — M. Lenormand, assistant de M. Halbron; — M. Azerad, assistant de M. Baudouin; — M. Azoulay, assistant de M. Stévenin.

Chirurgie. — MM. Bloch et Sénèque, chirurgiens des hôpitaux. assistants de M. Cunéo.

Pitié. — *Médecine.* — M. Georges, assistant de M. Laignel-Lavastine; — M. Lemaire, assistant de M. Loeper; — M. Lévy, assistant de M. Aubertin; — M. Thiébaut, assistant de M. Vincent.

Chirurgie. — M. Wilmoth, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Lenormant; — M. Oberlin, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Fredet; — M. Desplas, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Chevrier.

Charité. — *Médecine.* — M. Wallich. assistant de M. Abrami; — M. de Sèze, assistant de M. Tixier; — M. Olivier, assistant de M. Fiessinger.

Saint-Antoine. — *Médecine.* — M. Chêne, assistant de M. F. Ramond; — M. Plichet, assistant de M. Pagniez; — M. Chevalley, assistant de M. Faure-Beaulieu; — M. Maximin, assistant de M. Chabrol.

Chirurgie. — M. Brocq, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Lejars.

Necker. — *Médecine.* — M. Renard, assistant de M. Brouardel; — M. Bith, assistant de M. Villaret.

Chirurgie. — M. Fey, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Legueu.

Cochin. — *Chirurgie.* — M. Leveuf, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Delbet; — M. Bayle, assistant de M. Chevassu; — M. Huet, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Mathieu.

Beaujon. — *Médecine.* — M. de Brun du Bois Noir, assistant de M. Harvier; — M. Cattan, assistant de M. Troisier; — M. Deron, assistant de M. Faroy.

Chirurgie. — M. Ameline, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Basset; — M. Boppe, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Okinczyc.

Lariboisière. — *Médecine.* — M. Nicaud, médecin des hôpitaux, assistant de M. Garnier; — M. Bascouret, assistant de M. Clerc; — M. Roberti, assistant de M. Herscher; — M. Hirschberg, assistant de M. Rivet.

Tenon. — *Médecine.* — M. Isch-Wall, assistant de M. P.-E. Weil; — M. Blondel, assistant de M. Lian; — M. Hillemand, assistant de M. Brulé; — M. Servel, assistant de M. Laroche; — M. Ollivier, assistant de M. May.

Chirurgie. — M. de Gaudart d'Allaines, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Roux-Berger; — M. Moulonguet, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Germez; — M. Michon, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Grégoire.

Laennec. — *Médecine.* — M. Guérin, assistant de M. Jousset; — M. Vialard, assistant de M. Louis Ramond; — M. Even, assistant de M. René Bénard.

Chirurgie. — MM. Houdard et Maurer, chirurgiens des hôpitaux, assistants de M. Proust.

Bichat. — *Médecine.* — M. Laporte, assistant de M. Lemierre; — M. Worms, assistant de M. Boidin; — M. Albot, assistant de M. Chiray; — M. Delafontaine, assistant de M. Vallery-Radot; — M. Escalier, assistant de M. Flandin.

Chirurgie. — M. Monod, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Mocquot.

Broussais. — *Médecine.* — M. Routier, assistant de M. Laubry.

Chirurgie. — M. Welti, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Mondor.

Boucicaut. — *Médecine.* — M. Morlaas, assistant de M. Trémolières.

Chirurgie. — M. Soupault, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Labey.

Vaugirard. — *Chirurgie.* — M. Gatellier, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. P. Duval.

Ambroise-Paré. — *Médecine.* — M. Chabanier, assistant de M. Monier-Vinard; — M. Florand, assistant de M. Huber.

Bastion 29. — *Médecine.* — M. Ducas, assistant de M. Hutinel.

Saint-Louis. — *Médecine.* — M. Pollet, assistant de M. Duvoir; — M. Cayla, assistant de M. Babonneix.

Chirurgie. — M. Pascal, assistant de M. Gouverneur; — M. Buquet, assistant de M. Martin.

Enfants-Malades. — *Médecine.* — M. Cambessédès, assistant de M. Apert; — Mlle Vogt, assistante de M. Weill-Hallé.

Chirurgie. — M. Huc, assistant de M. Ombrédanne.

Bretonneau — *Médecine.* — M. Prieur, assistant de M. Guillemot; — M. Isaac-Georges, assistant de M. Grenet.

Trousseau. — *Médecine.* — M. Lièvre, assistant de M. Lesné.

Chirurgie. — M. Oberthur, assistant de M. Sorrel.

Hérold. — *Médecine.* — M. Lestocquoy, assistant de M. Armand-Delille; — Mlle Papaioannou, assistante de M. Milhit.

Enfants-Assistés. — *Médecine.* — M. Lelong, médecin des hôpitaux, assistant de M. Lereboullet.

Chirurgie. — M. Plessier, assistant de M. Veau.

Bicêtre. — *Médecine.* — M. Thomas, assistant de M. de Gennes.

Salpêtrière. — *Méaecine.* — M. Mathieu, assistant de M. Ribadeau-Dumas; — M. Christophe, assistant de M. Crouzon.

Chirurgie. — MM. Petit-Dutaillis et Charrier, chirurgiens des hôpitaux, assistants de M. Gosset.

Ivry. — *Médecine.* — M. Oury, assistant de M. Cain.

Ménages. — *Chirurgie.* — M. Madier, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Lardennois.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu, M. Favory a été nommé ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

— Concours de l'internat en 1932. — Dans sa séance du 27 janvier 1932, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a adopté un projet de règlement présenté par le directeur général de l'administration et comportant les dispositions suivantes :

1° Les épreuves écrites anonymes du concours de l'internat en médecine s'ouvriront au cours de la première quinzaine du mois d'octobre. Cette réforme aura effet dès 1932.

Les épreuves orales pourront dès lors commencer au début du mois de janvier suivant.

2° Le concours de l'externat des hôpitaux sera ouvert au cours de la première quinzaine du mois de décembre.

3° Le concours de l'internat en pharmacie (à partir de 1933) s'ouvrira dans le courant du mois d'avril.

4° L'entrée en fonctions des élèves est fixée à partir de l'année 1933 au : 15 avril pour les internes en médecine; 1er mai pour les externes; 15 octobre pour les internes en pharmacie.

Fondation Georgette Arnold-Seligmann. — Par legs de Mme Arnold-Seligmann, la Faculté de médecine de Paris est en possession de deux annuités représentant chacune une somme de 10.000 fr. destinée à soigner un externe des hôpitaux de 3e année, ou un interne des hôpitaux de Paris, atteint de tuberculose débutante.

Les malades pensant avoir droit au bénéfice de cette Fondation devront en adresser la demande à M. le Doyen de la Faculté de médecine en vue d'être examinés, conformément aux clauses de la Fondation, par le professeur de clinique de la tuberculose.

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Santé publique. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Bouchet (de Paris) et Taravellier (de Briançon).

Médaille d'honneur de l'Assistance publique. — *Médaille d'or.* — M. Pons, pharmacien, maire de Briançon; M. le docteur Pin, à Briançon.

Sanatorium antituberculeux pour les infirmières. — Un concert de gala sera donné en la présence de M. le Président de la République et de M. l'Ambassadeur de Pologne le lundi 15 février, au théâtre des Champs-Elysées, à 21 h., en l'honneur de Chopin, interprété par M. de Radwan, au profit de la Fondation Seltzer, sanatorium antituberculeux pour les infirmières.

VIe bal de la médecine française. — Nous rappelons que le VIe bal de la médecine française au profit des veuves et orphelins du Corps médical aura lieu le Lundi Gras 8 février, à 22 h., sous le haut patronage de M. le Président de la République, à la Maison de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor (Ve).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 10 février. — Jury : MM. Gosset, président ; Legueu, Marcel Labbé, Loeper. — Mme Helmer-Dupic. Stérilité et perméabilité tubaire. — M. Ornstein. La cystite incrustée. — M. Soulié. Rôle des perturbations vago-sympathiques dans les accidents cardiaques, dans l'exophtalmie de la maladie de Basedow et dans le syndrome para-basedowien.

Jeudi 11 février. — Jury : MM. Bezançon, président ; Binet, Rathery, Vallery-Radot. — M. Vaneecloo. Contribution à l'étude des septicémies à proteus. — MmeDété-Butaud. Contribution à l'étude des courbes de fatigue chez l'enfant. — Jury : MM. Guillain, président ; Nobécourt, Baudouin, Aubertin. — M. Lereboullet. Les tumeurs du quatrième ventricule.

REVUE GENERALE

LES FORMES DÉPRESSIVES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

ÉTUDE CLINIQUE

PAR MM.

CL. VURPAS, Médecin et L. CORMAN, Interne

de la Salpêtrière.

Bayle, en individualisant le premier la Paralysie Générale en 1822, créa cette nouvelle unité morbide avec des éléments que, jusqu'à lui, on avait confondus dans l'ensemble des troubles mentaux. Peu après, en 1825, il montra, dans un second travail, que les malades atteints de cette affection présentaient un délire expansif avec idées de grandeur très particulières ; il fit de ce délire le trait le plus saillant de la maladie. Bien qu'ayant noté dans les prodromes un état de tristesse, il déclara nettement que cet état ne faisait pas partie de l'affection.

La plupart des aliénistes ne le suivirent pas dans cette voie, et, tout en vérifiant la justesse de ses idées, ils signalèrent cependant que l'affection pouvait s'accompagner de délire mélancolique (note 1).

Mais il ne s'agissait là que d'observations éparses. Le mérite de les avoir groupées et d'en avoir fait saisir l'importance revient tout entier à Baillarger (1857) (1). Celui-ci montra en particulier que le délire dépressif prend habituellement dans la P. G. la forme hypocondriaque ; il en décrivit les signes, l'évolution et il insista sur sa gravité. Après les travaux de cet auteur, l'existence des formes dépressives de la P. G. est un fait acquis.

Materne en décrit une variété particulière dans sa Thèse (2). Peu après, elles sont l'objet d'une étude d'ensemble de la part de A. Voisin et Burlureaux (3).

Mais la question n'était pas close. Si, pour Baillarger, le délire hypocondriaque de non-existence des organes était pathognomonique de la P. G., d'autres auteurs (notamment Pinel neveu) affirmaient son existence au cours d'autres affections. Cotard, dans un Mémoire qui fit date (4), montra que cette forme de délire faisait partie d'un vaste système d'idées délirantes et qu'il s'observait dans d'autres maladies, en particulier dans la mélancolie, dont il constitue une forme grave. Il l'appela « délire des négations » et depuis lors, ce terme a prévalu. Considéré désormais comme un symptôme commun à divers désordres mentaux, le délire des négations fait l'objet d'une importante discussion au Congrès de Médecine mentale de Blois (5) et de plusieurs études de Séglas (6).

*
* *

Le présent exposé des formes dépressives de la P. G. n'apporte pas une contribution originale à ce sujet. Il nous a semblé que la notion de l'état expansif et euphorique donnée par Bayle, était encore reçue par nombre de médecins comme caractéristique de la P. G. Bien que fréquemment on publie des observations de P. G. dépressives, il arrive souvent qu'en présence d'un état de cet ordre, le diagnostic soit méconnu. Ceci nous a incités à rassembler dans notre étude les notions classiques concernant l'état dépressif dans cette maladie.

Les malades affectés d'une P. G. de forme dépressive « offrent, réuni à la P. G., l'état mélancolique avec toutes ses nuances et tous ses degrés » [Baillarger (1)].

Et, sous les différentes modalités de ces formes dépressives, on retrouve les caractères généraux de l'*état mélancolique :*

C'est — en premier lieu, la tristesse, liée à la douleur physique et morale ;

— en second lieu, la dépression générale des forces ; la lenteur de la pensée, l'immobilité du corps ;

— en troisième lieu, une conscience relative de l'état morbide ;

— enfin ce qu'on peut appeler l'*humeur négative*, qui porte les malades à s'opposer, tant dans l'ordre physique que dans l'ordre moral, à toutes les sollicitations venues de l'extérieur et même de leur propre organisme.

*
* *

L'aspect clinique de la maladie diffère selon la période où on l'observe.

A la première période, ou *période prodromique*, l'état dépressif occupe toute la scène (G. Ballet 7, Gross 8, E. Regis 9 A). Les malades ressentent une lassitude générale qui les porte à cesser leur travail. Ils se plaignent de douleurs diffuses. Ils ont nettement conscience qu'ils sont malades et ils s'affligent. Ils se croient atteints d'une affection grave et disent qu'ils vont mourir ; ou bien, sentant que leurs idées s'égarent, ils craignent de devenir fous, cette crainte prend parfois la forme d'une idée obsédante. Leur caractère change ou bien leurs tendances antérieures s'exagèrent : ils deviennent sombres, taciturnes, ombrageux. Leur état général est touché : l'appétit est médiocre, l'amaigrissement appréciable. Cet état dépressif passe parfois inaperçu, le malade se montrant déjà méfiant, obstiné, et refusant de se confier au médecin. Quand le trouble est apparent, il est le plus souvent rapporté, soit à la neurasthénie ou à l'hypocondrie simple, soit, en raison des localisations douloureuses, à une affection viscérale, particulièrement digestive ou hépatique.

Cependant, dès cette période, si, au lieu de s'en tenir à la seule analyse des troubles accusés par le sujet, on procède à un examen objectif, on peut mettre en évidence un certain degré d'affaiblissement intellectuel et une légère paralysie de la parole, — signes qui permettent de rapporter la dépression à sa véritable cause. Parfois cependant ces derniers signes ne sont pas encore manifestes ; le vrai diagnostic est alors méconnu.

Cette phase dépressive peut être transitoire : c'est l'éventualité habituelle quand elle marque le début d'une P. G. de type expansif. Le malade passe graduellement, ou parfois brusquement, de la tristesse à l'euphorie. Les douleurs cessent. Il se déclare guéri

(Note 1). Ainsi Esquirol, Calmeil, Daveau, Parchappe, Lunier, J. Fabret, Lasègue, Pinel neveu, Billod.

Il dit même qu'il ne s'est jamais si bien porté. Si l'on est la dupe de cette euphorie, on arrive à partager l'illusion du malade et à rapporter le changement à l'heureux effet du traitement ; mais si l'on recherche les signes objectifs de la démence paralytique, on les trouve comme au début. Souvent à l'apathie fait suite l'excitation, prélude du délire mégalomaniaque.

Dans des cas plus rares — qui feront l'objet de notre étude — les manifestations dépressives se maintiennent ou s'aggravent, alors que les signes de la paralysie deviennent de plus en plus nets.

***

A la *période d'état*, les symptômes de la maladie sont complets. L'intime alliance du délire dépressif avec les troubles caractéristiques de la démence paralytique rend le diagnostic plus facile qu'à la première période.

Cependant les manifestations délirantes et les troubles de la nutrition générale attirent l'attention et sautent aux yeux. Au contraire, les signes démentiels et paralytiques doivent le plus souvent être recherchés. Bien que cette division soit un peu schématique nous la suivrons dans notre étude.

Première Partie : LE DÉLIRE ET LES TROUBLES NUTRITIFS. — A. *Le délire.* — Il est rare que le tableau dépressif de la P. G. réalise un état mélancolique ou hypocondriaque simple, sans délire.

Beaucoup plus souvent, à la douleur morale, à la tendance hypocondriaque s'ajoutent des idées délirantes.

Celles-ci peuvent ne pas s'exprimer. Le tableau clinique, dans ce cas, peut ressembler à celui d'une mélancolie avec stupeur, mais il se présente le plus souvent comme une véritable *folie d'opposition* avec ses signes habituels : mutisme, refus d'aliments, refus de se laisser soigner (un de nos malades disait : « Laissez-moi crever dans mon coin »). Sous une forme atténuée, cette opposition est très fréquente et produit une manière d'être exactement inverse de celle des P. G. expansifs : alors que ces derniers sont prodigues de paroles et de gestes, le P. G. déprimé refuse parfois de donner la main et répond par monosyllabes. Cette opposition n'est pas d'ordinaire aussi durable et aussi complète que dans la mélancolie. On conçoit toutefois les difficultés de diagnostic que peuvent soulever ces formes.

Lorsque le délire s'extériorise, il revêt deux aspects principaux : délire des persécutions ou délire hypocondriaque. Dans la règle, l'un et l'autre comportent un appoint mélancolique très marqué.

Ainsi, les P. G. qui ont des idées de persécution (note 1) sont habituellement des persécutés auto-accusateurs ; beaucoup plus que l'état mental des paranoïaques, ils ont celui des mélancoliques ; aussi ne protestent-ils pas contre leur internement avec l'énergie et la ténacité des premiers (E. Dupré 10).

Dans la variété hypocondriaque, la plus importante, les idées délirantes sont, elles aussi, marquées au coin de la dépression. Comme l'a vu le premier Baillarger (1), elles portent surtout sur la personnalité physique du malade ; c'est le délire de négation ou de non-existence des organes, dont il donne la description suivante :

« Les malades croient que leurs organes sont changés, détruits ou complètement obstrués. Ils prétendent, par exemple, qu'ils n'ont plus de bouche, plus de ventre, ou bien que leur pharynx est bouché, leur estomac complètement plein, que leur ventre est barré.

« Il semble à quelques-uns que les aliments qu'ils prennent sortent des voies ordinaires, qu'ils passent sous la peau ou même dans leurs vêtements.

« Quatre malades prétendaient que leur corps tombait en putréfaction. Plusieurs d'entre ces derniers paraissaient avoir des hallucinations de l'odorat.

« Il en est qui soutiennent qu'ils ne peuvent plus ouvrir leurs yeux et qu'ils sont devenus aveugles ; d'autres cessent de parler et assurent plus tard qu'il leur était impossible d'ouvrir la bouche ; ils affirment encore ne pouvoir avaler, ni aller à la selle, ni uriner.

« Ils trouvent que leurs membres sont changés, qu'ils sont plus gros ou plus petits : ils disent même qu'ils ne les ont plus. Enfin il en est qui vont jusqu'à se croire morts. Ils restent immobiles, les yeux fermés, et quand on soulève leurs membres, ils les laissent retomber comme s'ils étaient paralysés. »

En pratique, ces idées délirantes ont des conséquences très fâcheuses pour les diverses fonctions, le refus de manger ou d'accomplir leurs besoins naturels produisant chez les malades une dénutrition grave. Toutefois ces marques d'opposition n'ont pas ici la constance qu'elles offrent dans d'autres affections : la mobilité même des idées du P. G. aide à vaincre sa résistance.

Ces idées de négation physique sont celles qu'on rencontre le plus souvent et Baillarger les tenait pour caractéristiques. On observe cependant chez le P. G., quoique plus rarement, la négation de la personnalité morale et même la négation du monde extérieur (note 1).

Au délire peuvent s'ajouter des hallucinations. Si celles-ci sont, d'une manière générale, peu fréquentes dans la P. G., c'est dans les formes dépressives de la maladie qu'on les rencontre le plus souvent. Elles sont habituellement auditives dans la forme qui s'accompagne d'idées de persécutions et cœnesthésiques, olfactives ou gustatives dans la forme hypocondriaque.

B. *Les troubles de la nutrition.* — Contrairement à ce qui s'observe dans la forme expansive de la maladie à la même période, l'état général est très touché

(Note 1). Il faut mettre à part certaines formes rares de P. G. psychosiques réalisant un vrai délire de persécution et n'appartenant pas aux formes dépressives.

(Note 1). Aussi A. Voisin et Burlureaux (3) décrivaient-ils quatre formes cliniques :

1. Le délire de négation des organes ;
2. Le délire de négation de la personnalité ;
3. Le délire des petitesses de Materne (cf. 2) ;
4. Le délire d'exagération, analogue au délire d'énormité décrit dans la mélancolie : le malade n'a plus *rien*, et ce vocable est l'équivalent inversé du vocable *tout* des P. G. expansifs.

Il faut ajouter à ces formes le délire de transformation corporelle, dans lequel le malade se croit transformé en une chose ou un animal.

dans les formes dépressives. Un amaigrissement important est de règle. Il y a parfois de la fièvre. Enfin la tendance aux *escharres*, générale dans toute P. G. à la phase terminale, se montre ici avec une précocité particulière.

Deuxième Partie : Examen du malade. — En aucun cas, la nature des idées délirantes ne peut à elle seule suffire à faire porter un diagnostic certain. Derrière le délire, il faut rechercher la démence et la paralysie commençantes, puis en établir la nature en recherchant les signes de syphilis nerveuse.

A. L'étude du fond mental révèle un affaiblissement global de toutes les facultés.

L'intelligence est atteinte toute entière. Le malade est inattentif : il oublie les faits récents et anciens, se montre incapable de combiner deux idées, sinon par une association purement automatique. Son jugement étant très amoindri, il n'apprécie plus l'importance des faits, il ne s'affecte guère d'être à l'asile, ne se rend pas compte de l'absurdité de ses propos, des erreurs qu'il commet (perte de l'auto-critique). Il a même perdu certaines notions usuelles et de longtemps acquises, telles l'orthographe, le calcul, etc. Les facultés morales et affectives sont également amoindries. La volonté baisse, et malgré certaines apparences contraires, le malade se laisse assez docilement conduire.

Bien qu'une certaine conscience de l'état maladif persiste très longtemps chez le P. G. atteint d'une forme dépressive, la démence ne se montre pas chez lui moins profonde que chez le mégalomaniaque.

Le corollaire de cet affaiblissement global est que les idées délirantes ne présentent aucune systématisation. Elles portent le *cachet de la démence :* elles sont *incohérentes* et *absurdes*. Incohérentes, c'est-à-dire multiples et mobiles : un jour le malade se plaint d'avoir l'estomac bouché, le lendemain, l'estomac fonctionne, mais la vessie est bloquée..., etc.

Absurdes, en ce double sens qu'elles ne sont à aucun degré motivées par des lésions réelles des organes et qu'elles sont d'autre part contradictoires entre elles. L'expression la plus parfaite de cette absurdité est la coexistence d'idées de grandeur et d'idées dépressives : ainsi un malade se dit obstrué, mais c'est par une mine d'or.

B. Les signes *ataxo-paralytiques* ont la plus grande importance pour le diagnostic.

La *paralysie de la parole* est le plus important. C'est un signe précoce, à la condition de le provoquer en fatiguant le malade par une lecture prolongée ou en lui faisant prononcer les mots d'épreuve. Après la langue, c'est au visage que se montre avec le plus d'objectivité la paralysie. Le relâchement musculaire produit le *masque paralytique,* qui manque rarement dans les formes dépressives de la maladie. La physionomie est indifférente et atone ; les traits sont tombants. Le regard est inexpressif et vague, les paupières à demi-tombantes, comme chez un homme qui s'éveille avec peine. Au cours des efforts d'articulation de la parole, ce masque atone s'anime de trémulations fébrillaires très caractéristiques, surtout dans la zone péri-buccale. Le tremblement de la langue l'accompagne toujours.

C. La constatation des signes de syphilis nerveuse établit l'origine de la maladie, la syphilis étant actuellement considérée comme une de ses causes les plus importantes. Parfois l'anamnèse remonte à l'accident primaire ; c'est de peu d'importance, la syphilis étant très souvent ignorée. Il faut surtout s'attacher à la recherche des signes qui indiquent la localisation nerveuse de cette infection. L'examen des yeux fait constater l'inégalité pupillaire dont on sait, depuis Baillarger, la grande valeur pour le diagnostic de P. G. ; signe plus important encore, les pupilles ne réagissent plus à l'excitation lumineuse ; toutefois, ce signe, dit d'Argyll Robertson, est moins constant dans la P. G. que dans le tabès.

L'étude du liquide céphalo-rachidien est le complément indispensable de l'examen : la P. G. étant une méningo-encéphalite diffuse se traduit, en effet, dans la très grande majorité des cas par des modifications de ce liquide (cf. diagnostic).

***

La marche de cette affection n'est pas toujours la même. Dans un premier groupe de cas, les manifestations dépressives, présentes au début, font place assez rapidement à l'euphorie des formes expansives habituelles ; nous y avons déjà fait allusion.

Dans un deuxième, la persistance des troubles du début réalise une véritable *forme dépressive ;* c'est le sujet de notre description.

Enfin, dans le troisième, on voit survenir, au cours d'une P. G. évoluant comme une forme expansive, des manifestations mélancoliques ou hypocondriaques. Dans ces cas, le *changement de signe* du délire est accompagné par un changement parallèle de l'état physique : dénutrition profonde avec amaigrissement, inappétence, tendance aux escharres. Une telle phase dépressive offre une durée variable ; tantôt la mort survient rapidement, tantôt l'état général se relève, l'euphorie renaît et la maladie poursuit son cours (forme *circulaire* de la P. G.).

Il semble — la plupart des auteurs, depuis Baillarger, sont d'accord sur ce point — que toute forme dépressive de P. G., qu'elle soit épisodique ou continue, comporte un pronostic plus grave que les formes expansives. Cela est vrai surtout de la forme hypocondriaque avec idées de négation, qui entraîne une cachexie profonde et des escharres difficilement curables. Le pronostic est encore assombri par la possibilité du suicide, que ces malades réussissent parfois, malgré l'absurdité des moyens qu'ils y emploient (Monestier 11, Viallon 12).

***

Diagnostic. — A. Positif. — En présence d'un état ou d'un délire dépressif, le diagnostic de P. G. doit être *soupçonné* toutes les fois que cet état ou ce délire surviennent sans cause valable, chez un sujet de 30 à 50 ans. Surtout s'il s'agit d'un homme et surtout si cet homme a eu la syphilis.

Il sera *affirmé* sur le triple critère des signes de démence globale, des signes de paralysie et des signes de syphilis nerveuse.

La ponction lombaire, qui doit toujours être pratiquée, vient appuyer le diagnostic : le liquide présente de la leucocytose, de l'hyperalbuminose. Les réactions de B.W. et du benjoin colloïdal y sont positives.

Ces signes ont une importance telle que, s'ils font défaut, le diagnostic doit être réservé.

B. Différentiel. — Le diagnostic de la P. G. dépressive avec les affections qui la simulent présente plus d'un point commun avec le diagnostic des formes expansives de la même maladie. Il repose en partie dans les deux cas sur les mêmes signes : les caractères de la démence et de la paralysie, l'absurdité du délire et son incohérence. Mais ce diagnostic est ici plus malaisé en raison des caractères particuliers que confère à la maladie l'état dépressif (note 1).

A la phase prodromique, il est très difficile, et parfois impossible, car les signes cardinaux de la maladie peuvent n'être pas encore apparus. L'erreur, dans ce cas, peut être commise avec toutes les affections. On parle de neurasthénie, d'hypocondrie, de mélancolie ; on pense même à une affection viscérale.

Si la syphilis est connue, bien qu'on soit alors averti de la possibilité d'une P. G., il faut encore penser à la Neurasthénie syphilitique tardive décrite par Fournier (13).

C'est à cette période que certaines *nuances* cliniques — témoins discrets de l'affaiblissement intellectuel — peuvent décider du diagnostic : — la soudaineté d'apparition des troubles ainsi que la disproportion qui se montre dès le début entre la gravité de la dépression et le peu d'importance de ses causes apparentes ; — la mobilité des symptômes ; — l'indifférence relative du malade ; — enfin le fréquent contraste d'une disposition hypocondriaque très prononcée avec une tendance au contentement de soi et à l'exagération. Les ictus apoplectiformes ou épileptiformes, qu'ils soient frustes ou intenses, sont aussi un signe important.

Souvent, à cette période, le diagnostic n'est pas soupçonné ; il est parfois une surprise de la P. L. Si celle-ci n'est pas faite, l'évolution se poursuit sans qu'on ait reconnu le mal.

La maladie entre dans sa *période d'état :* le problème diagnostique se précise alors. Il ne s'étend plus comme à la première période à toute la Pathologie, mais, en raison de la netteté des idées délirantes, il se cantonne aux diverses affections mentales :

Mélancolie. Folie systématique. Délire des débiles. Confusions mentales. Démences.

On peut, par la seule Clinique, pousser très loin ce diagnostic.

L'étude du fond mental et du délire permet une première élimination : l'absence d'affaiblissement intellectuel et la cohésion des idées délirantes qui se constatent dans la *mélancolie* et dans la *folie systématique* — ainsi le délire des persécutions type Lasègue — sont deux caractères qui distinguent nettement ces affections de la P. G. Cependant, dans la mélancolie, certaines conditions peuvent rendre très difficile la constatation de ces caractères différentiels. Ainsi les cas accompagnés de stupeur avec mutisme complet. Il faut tenir compte alors que, d'une part, à l'inverse de la P. G., la mélancolie s'observe plus souvent chez la femme et après 45 ans (Regis 9 B), — d'autre part, que la contention douloureuse du mélancolique s'objective dans ses gestes et dans sa mimique : les traits sont concentrés vers la ligne médiane, dessinant sur le front un *oméga*, tandis que chez le paralytique, le visage est atone, placide, les rides du front horizontales.

Le diagnostic avec les délires des débiles, les états de confusion mentale (y compris le délire alcoolique) et les démences soulève de plus grandes difficultés, en raison de l'affaiblissement intellectuel qui existe dans toutes ces affections comme dans la P. G. et qui imprime son cachet aux idées délirantes.

Les *délires d'emblée des faibles d'esprit*, polymorphes, mobiles, incohérents, de début brusque, peuvent simuler la P.G., surtout s'il s'y ajoute un vice d'articulation de la parole et une inégalité pupillaire de nature congénitale, et du tremblement par hyperémotivité. Mais le fond de faiblesse intellectuelle est natif chez le débile, et, à côté de ces stigmates psychiques, il faut rechercher les signes physiques de la dégénérescence (J. Séglas 6, Boiron 14). La P.G. survenant chez un débile, ce qui semble rare, ne peut être affirmée que par la P.L.

La *confusion mentale* a souvent en commun avec la P. G., outre l'affaiblissement intellectuel, les idées dépressives hypocondriaques, l'altération de l'état général, le tremblement des lèvres et de la langue et jusqu'à l'inégalité pupillaire. Le facies exprime évidemment plus d'égarement que d'atonie, mais on peut s'y tromper. Le diagnostic repose essentiellement sur les caractères de l'affaiblissement intellectuel. Chez le confus, ce n'est pas une démence, c'est une *obnubilation :* le confus est comme un homme égaré, il cherche, il fait effort pour retrouver sa voie. Comme la P. G. débute parfois par une phase de confusion, il est des cas où l'évolution peut seule décider du diagnostic (note 1).

Le *délire alcoolique* n'est qu'une confusion mentale secondaire à l'intoxication. C'est la forme subaiguë de ce délire qui peut ressembler à la P. G. Elle se caractérise cependant par un état spécial d'agitation motrice et d'onirisme hallucinatoire à redoublement nocturne, différent du délire paralytique. Le tremblement est très intense chez l'alcoolique, tandis que la dysarthrie est toujours modérée, au contraire de ce qui se passe dans la P. G., où la dysarthrie est beaucoup plus importante que le tremblement, comme J. Falret l'a bien montré.

Cependant, on observe parfois des formes intermédiaires entre les deux affections, soit que l'intoxication réalise un tableau simulant la P. G. à s'y méprendre, soit que la P. G. survienne chez un buveur. Dans

(Note 1). Nous ne parlerons pas ici des pseudo-P. G., notion que l'on tend de plus en plus à abandonner depuis que la notion étiologique de la syphilis est venue compléter l'unité de la maladie.

(Note 1). C'est, bien entendu, dans de tels cas que le P. L. peut permettre un diagnostic précoce.

ces cas il est nécessaire, pour affirmer qu'il s'agit d'alcoolisme, d'attendre la rétrocession des troubles.

Le diagnostic avec les *états démentiels* proprement dits est plus difficile encore. En premier lieu, on peut observer dans la démence précoce et dans la démence sénile des états dépressifs divers dont certains s'accompagnent d'idées délirantes hypocondriaques absurdes et incohérentes. Dans la démence précoce, ces idées atteignent une incohérence aussi grande que dans la P. G. ; de plus le malade délire *à froid*, et présente un contraste très particulier entre son inadaptation affective à l'existence, et l'intégrité au moins apparente de ses fonctions intellectuelles. La démence sénile survient chez le vieillard ; la notion d'âge est donc primordiale dans le diagnostic, la P. G. étant une maladie de l'adulte, rare après 50 ans. Mais l'âge physiologique n'est pas toujours l'âge légal, la sénilité peut être précoce ; aussi doit-on s'attacher à en rechercher les signes somatiques.

En second lieu, la P. G. peut être confondue avec les démences par lésions cérébrales circonscrites : démence par tumeur, et surtout démence syphilitique, l'une et l'autre pouvant se traduire par des idées de négation. Le diagnostic entre ces états se fonde sur deux éléments : le fonds mental, les troubles de la parole. Alors que, dans la P. G., il existe un affaiblissement intellectuel global, dans les démences *partielles*, l'affaiblissement est « lacunaire ». D'autre part — outre l'existence de lésions partielles de la motilité, rares dans la P. G., presque de règle dans les lésions circonscrites — la dysarthrie de la P. G. est un symptôme tout à fait caractéristique et qui ne peut guère tromper. Il existe cependant des cas de syphilis cérébrale diffuse qui simulent de très près la P. G. et dont le diagnostic est très difficile.

***

Nous nous sommes attachés à un diagnostic essentiellement clinique. Mais il est bien entendu que la ponction lombaire, en révélant la méningo-encéphalite diffuse, doit confirmer dans tous les cas le diagnostic et lever les doutes s'il en existe. Très souvent, en effet, lorsque l'on hésite entre la P. G. et une autre affection, l'examen du liquide céphalo-rachidien fait cesser toute hésitation. Les psychoses, les démences vésaniques, la démence artérioscléreuse, les confusions mentales, ne s'accompagnent pas en effet de modification du liquide (note 1).

Il n'est guère que deux maladies — avec la P. G. — où la P. L. donne un résultat positif : la tumeur et la syphilis du cerveau.

Dans la tumeur, on observe une notable hypertension du liquide et parfois une dissociation albumino-cytologique, signes très différents de ceux qu'on voit dans la P. G.

Dans la syphilis cérébrale, par contre, les réactions du liquide sont, à quelques nuances près, les mêmes que dans la Maladie de Bayle. Aussi le diagnostic ne peut-il reposer que sur l'ensemble : sur les données de l'examen clinique, et aussi sur les résultats du traitement antisyphilitique classique (note 1), très actif dans la syphilis simple, presque inopérant dans la syphilis compliquée de paralysie générale.

(Note 1). Se rappeler cependant que, parfois, ces maladies peuvent survenir chez un syphilitique qui présente des réactions méningées cytologiques.

***

Dans cette revue des formes dépressives de la P.G., nous nous sommes particulièrement attachés à l'étude de la maladie dans sa forme typique, telle que l'a décrite Baillarger. Les degrés d'intensité les plus divers, les groupements symptomatiques les plus variés peuvent s'observer, sans toutefois que l'ensemble diffère sensiblement de notre description.

Bornant notre étude à la Clinique, nous n'y avons pas soulevé le problème cependant très intéressant de la Pathogénie. Les formes dépressives de la P. G. sont-elles dues à un virus spécial, différent de celui qui provoque les formes expansives, ou bien relèvent-elles de lésions cérébrales particulières ? La question posée semble résolue par la négative : à quelques détails près, les lésions sont les mêmes dans toutes les formes ; — et la spécificité du virus ne semble pas en cause.

Resterait à interroger l'organisation même du malade. Peut-être l'orientation nouvelle de la Psychiâtrie vers l'étude des relations entre la structure du corps et les tendances morbides pourra-t-elle un jour aider à cette recherche, et donnera-t-elle la raison des modalités cliniques observées !

BIBLIOGRAPHIE

(1) BAILLARGER. — Notes sur le délire hypocondriaque considéré comme symptôme et comme signe précurseur de la P. G., publiées dans *Gaz. Hôp.* 1857, p. 478 ; *Union médicale*, 6 août 1858 ; *Ann. Méd. Psych.*, 1861 ; Appendice au *Traité* de Griesinger 1869.

(2) MATERNE. — De la P. G. à forme dépressive. *Th. de Paris* 1869.

(3) A. VOISIN et BURLUREAUX. — *De la mélancolie dans ses rapports avec la P. G.*, Masson, éd. Paris, 1880.

(4) COTARD. — Du délire des négations. *Arch. de Neur.*, 1882, t. II, p. 282-296.

(5) Congrès de Médecine de Blois (Comptes rendus) 1692. Du délire des négations. Sa valeur diagnostique et pronostique.

(6) SÉGLAS. — Séméiologie et pathogénie des idées de négations. *Ann. Méd. Psych.*, Juillet 1889 ; Le délire d'auto-accusation. *Leçons cliniques*, p. 349 ; *Le délire des négations.* Un vol. de la collection Léauté.

(7) BALLET. — La période prodromique à forme neurasthénique de la P. G. Semaine Méd. Nov. 1893.

(8) GROSS (Heidelberg). — Ueber die frühe Diagnose der progressiven Paralyse (*Allg. Zeitsch.*, *f. Psychiatrie*, vol. LII, p. 1156).

(9) E. REGIS. A. *Neurasthénie* et P. G. *Presse Méd.*, 7 avril 1897. B. Diagnostic différentiel de la lypémanie hypocondriaque et de la P. G. *Congrès de Médec. mentale de Paris*, 1889.

(10) E. DUPRÉ. — Les auto-accusateurs, rapport au *Congrès de Grenoble* 1902.

(Note 1). Par classique, nous entendons le traitement mercuriel, bismuthique ou arsenical usité dans la syphilis et nous voulons par là le distinguer des traitements plus modernes de la P. G., tels que le Stovarsol sodique.

(11) MONESTIER. — Contribution à l'étude du suicide dans la P. G. *Ann. méd. psych.*, Mars 1900.
(12) VIALLON. — Suicide et Folie. *Ann. méd. psych.*, 1901-1902.
(13) FOURNIER. — Syphilis et P. G. *Bulletin méd.*, 3 mai 1893, N° 35, p. 407.
(14) BOIRON. — Contribution à l'étude du diagnostic de la P. G. *Thèse de Paris*, 1892.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1932)

Sensibilité du porc aux souches africaines de Spirochaeta hispanicum. — MM. Charles NICOLLE et Charles ANDERSON. Le porc est sensible au spirochète de la fièvre récurrente hispano-marocaine, tout au moins à ses souches africaines. La maladie qu'il contracte ne se traduit par aucun symptôme appréciable, elle appartient donc au type *inapparent*. L'examen microscopique du sang ne permet point d'y déceler la présence des spirochètes ; mais ce sang est virulent pour les animaux clairement sensibles. Chez eux, les spirochètes sont aisément décelables à l'examen du sang.

La sensibilité du porc, vis-à-vis de *Sp. hispanicum*, est trop faible pour qu'on puisse considérer cet animal comme jouant plus qu'un rôle négligeable dans la conservation naturelle du virus.

Le rôle fonctionnel de la bulle gazeuse stomacale. — MM. V. PACHON et R. FABRE. La masse gazeuse ou bulle gazeuse qui existe toujours à l'intérieur de l'estomac, au pôle supérieur de l'organe, et dont le volume est variable, est due à différentes causes : aérophagie, gaz contenus dans les aliments absorbés, gaz de fermentation.

Cette masse gazeuse, éminemment compressible, joue le rôle d'un matelas pneumatique qui permet les variations de volume sans excès de pression intérieure et sans ouverture des orifices.

Elle permet de plus pour un même effet utile une économie considérable de force motrice.

Contribution à l'étude numérique de la multiplication microbienne. Influence du nombre des microbes ensemencés sur la vitesse de leur multiplication. — M. Jean REGNIER et Mme Alice KAPLAN.

Présence d'un virus, voisin de celui du typhus exanthématique, chez les rats des navires de guerre à Toulon. — MM. MARCANDIER et Robert PIROT.

Sur la présence, dans l'encéphale des rats capturés à Athènes, d'un virus revêtant les caractères expérimentaux du typhus exanthématique (virus mexicain). — M. Pierre LÉPINE.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1932)

M. le PRÉSIDENT annonce la mort de M. Jean Labat, de Toulouse, correspondant national dans la section vétérinaire.

Importance de la technique histobactériologique pour la démonstration du rôle des spirochètes dans la gangrène pulmonaire. — MM. F. BEZANÇON et E. ETCHEGOIN, se basant sur l'étude histobactériologique de 11 cas de gangrène pulmonaire soit aiguë, soit chronique, montrent que si du point de vue anatomo-pathologique, selon la formule si précise de Laënnec, la caractéristique est la mortification avec formation cavitaire, du point de vue bactériologique, la caractéristique est non pas la présence de tel ou tel microbe, en plus ou moins grande quantité, mais une répartition toujours semblable à elle-même, en trois zones : une zone centrale constituée par les anaérobies de Veillon parmi lesquels peut se trouver le bacille Fusiformis (4 fois sur 11 selon les auteurs), avec de très rares spirochètes ; une zone intermédiaire constituée par une intrication d'anaérobies et de spirochètes ; une zone périphérique constituée exclusivement par des spirochètes.

Ils insistent sur la très grande quantité des spirochètes décelés, qui est comparable à la quantité de tréponème Pallida, qu'on peut voir sur des coupes de foie ou de poumon d'enfants hérédo-syphilitiques.

Dans certains cas où les coupes ont pu porter sur des lésions jeunes, ils ont pu trouver le spirochète seul, sans aucune association d'anaérobies. Dans d'autres cas, à une certaine distance du foyer et surtout autour des vaisseaux, ils n'ont trouvé également que le spirochète.

Ayant pu reproduire par inoculation de crachats, de pus et de cultures, sous la peau du cobaye, des abcès gangréneux, ils ont retrouvé, sur les coupes de la paroi, la même topographie bactériologique avec la localisation périphérique des spirochètes.

Sans vouloir, dans cette communication, insister sur les caractères du spirochète qu'ils ont toujours rencontré, les auteurs rappellent que toutes leurs recherches récentes, faites concurremment à cette étude histobactériologique, confirment les données qu'ils ont apportées dans leurs précédentes communications.

Fièvre exanthématique et typhus. — MM. PLAZY et GERMAIN. — Les injections de sang de convalescent de typhus commencées au quatrième jour de cette fièvre exanthématique ont amené une amélioration clinique très rapide, avec guérison au huitième jour ; elles semblent avoir abrégé nettement la durée de la maladie, qui s'annonçait avec des signes généraux assez intenses. Cette action favorable vient confirmer les conclusions de notre travail antérieur et milite en faveur de l'identité du virus du typhus et de la fièvre exanthématique.

Rapport. — **Mesures de protection contre l'importation et la dissémination de la variole.** — M. Lucien CAMUS donne lecture du rapport de la Commisison permanente de Vaccine.

La Commission permanente de Vaccine rappelle, à l'occasion des cas de variole constatés à Tours et à Montpellier, les mesures que l'Académie a précédemment recommandées en 1925, 1926 et 1927. Ces mesures concernent les *marchandises* et les *personnes* en provenance des pays où existe la maladie.

I. — *Protection contre le transport de l'infection par les marchandises.* Ne doivent être embarquées que les marchandises désinfectées et accompagnées d'un certificat constatant l'exécution de cette opération.

Au débarquement, afin de donner une garantie plus complète, le Service de santé procédera au port : 1° à la désinfection en surface des balles de marchandises ; ces balles recevront un étiquetage spécial et un avis sera adressé au préfet du département dans lequel sont expédiées les marchandises.

Les balles de marchandises ne seront ouvertes qu'à l'usine destinataire et le médecin inspecteur départemental d'hygiène s'assurera : 1° que le personnel de l'usine est immunisé ; 2° que toutes les mesures sont prises pour la désinfection de tout le contenu des balles, et 3° qu'aucun transport de germes en dehors de l'usine ne peut se produire.

II. — *Protection contre le transport de l'infection par les personnes venant d'un pays infecté.* 1° Ne doivent être admises à l'embarquement que les personnes en possession d'un certificat de vaccination récente délivré huit jours après la vaccination, comme l'exige le règlement des vaccinations publiques. Ce certificat devra mentionner la forme de la réaction à la vaccination : pustules, papulo-vésicules, papules ; 2° les objets transportés à la main par le voyageur doivent être stérilisés avant l'embarquement, comme les marchandises expédiées séparément.

III. — *Protection contre le développement de la variole.* Quant un cas de variole est constaté en France il importe : 1° que le médecin qui suspecte l'existence de la maladie en fasse immédiatement la déclaration pour que les mesures ladie ; 3° que localement le service d'hygiène prenne les 2° que les préfets informent immédiatement le ministre de l'Hygiène et le tiennent au courant de l'évolution de la maladie ; 3° que localement le service d'hygiène prenne les mesures suivantes : 1° qu'il procède à la vaccination des malades, de leur entourage, de tous les milieux (ateliers, bureaux, société, etc.) où ont pénétré les malades pendant les jours qui ont précédé le début de leur maladie ; 2° qu'il isole les malades pendant toute la durée de la maladie ; 3° qu'il isole les *contacts* (personnes ayant été en contact avec les malades) pendant le temps nécessaire pour s'assurer que ces contacts ne sont pas infectés ; 4° qu'il assure la désinfection des vêtements et des objets en possession ou ayant été manipulés par les malades ou les contacts.

Le rapport de la Commission est adopté par l'Académie.

La vérification des décès par une épreuve médico-scientifique. — M. Balthazard. — Pour éviter tous les dangers d'inhumation prématurée, il convient d'observer les prescriptions suivantes :

1° Observer un délai de 24 heures au minimum entre le moment de la mort et celui de la mise en bière ;

2° N'opérer aucune mise en bière avant vérification médicale du décès ;

3° Faire effectuer le contrôle médical des décès par des médecins de l'état civil, au moins dans les grandes villes, nommés dans des conditions propres à assurer leur compétence aussi bien au point de vue du diagnostic clinique de la mort qu'à celui de la mise en œuvre des procédés médico-scientifiques modernes du diagnostic de la mort.

Le pneumothorax préalable dans la chirurgie thoracique. — M. Arcé, de Buenos-Aires, fait une remarquable communication, avec projections, sur ce sujet.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux membres associés internationaux.

Les candidats étaient ainsi classés :

En première ligne : MM. Remlinger (de Tanger) et Lesbre (de Lyon).

En seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Cadéac (de Lyon), Chavannaz (de Bordeaux), Etienne (de Nancy), Nicloux (de Strasbourg), Sabrazès (de Bordeaux).

Adjoint par l'Académie : M. Paul Courmont (de Lyon).

Sont élus : M. Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur de Tanger, et M. Nicloux, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(Séance du 18 novembre 1931)

Sur les indications et la mise en œuvre du traitement antisyphilitique au cours du tabes. — M. Jacques Decourt montre que l'application du traitement spécifique doit être subordonnée à l'état des lésions anatomiques, dont le liquide céphalo-rachidien fournit l'image assez fidèle. La médication combat utilement les lésions inflammatoires spécifiques génératrices du tabes, alors que son action reste nulle et risque même d'être nocive sur la lésion dégénérative secondaire des éléments nerveux. Sauf contre-indication, le traitement du tabes évolutif doit être mené à peu près avec autant de rigueur que celui d'une syphilis secondaire. Il faut redouter les traitements insuffisants qui sont parfois plus nocifs qu'utiles. Correctement conduit, le traitement spécifique permet généralement d'arrêter l'évolution du tabes et de négativer les réactions du liquide céphalo-rachidien. Dans certains cas il se montre capable d'exercer une action curatrice véritable, mais liée aux plus récents symptômes de la poussée évolutive en cours. La persistance d'altérations du liquide céphalo-rachidien après quatre ans de traitement actif est une indication de la malariathérapie. En présence d'un tabes fixé l'expectative est imprudente ; un traitement d'entretien est nécessaire.

Le Centre crénothérapique des hôpitaux de Paris (hôpital Necker). — M. L. Justin-Besançon expose l'organisation du centre crénothérapique de l'Assistance publique, telle que le professeur Maurice Villaret l'a réalisée et fait fonctionner depuis 3 ans. Grâce à ce centre, les malades des services hospitaliers, les indigents et les malades ressortissant aux Assurances sociales, justiciables d'une cure hydro-minérale, peuvent être envoyés dans les hôpitaux thermaux. Des motifs impérieux, d'ordre médical et social, ont conduit à créer ce service ; chaque jour de la semaine les malades qui y sont adressés font l'objet d'un examen complet, de la part d'un des assistants spécialisés. Un système de dossiers permet de suivre le malade pendant et après sa cure. Plus de 200 malades ont été ainsi proposés l'an dernier par ce centre et 102 ont bénéficié d'une cure thermale.

Nouvelle méthode de préparation de produits glandulaires ingérables. — Mme C. Back, MM. S. Back et Edmond Israel présentent une note relative à un nouveau mode général de préparation de produits glandulaires ingérables, caractérisés :

1° Par un pH sensiblement égal à celui de l'estomac, résultant de l'extraction en milieu chlorhydrique ;

2° Par une forte teneur en protéines extractives (à l'état de protéoses) et en lipoïdes, qui assurent, d'après eux, à ces produits une très grande activité physiologique.

Nouvelles expériences sur la réhabilitation expérimentale du citrate de soude intraveineux. — M. Georges Rosenthal, poursuivant ses recherches expérimentales, confirme que l'eau citratée en injection intraveineuse agit par shock, comme Hédon l'a vu en 1919. La dilution au sérum physiologique, la lenteur de l'injection et l'anesthésie permettent l'injection intraveineuse de trois doses, dites mortelles, en une heure. Le procédé du barbotage, en n'injectant dans la veine que le sang citraté, est naturellement absolument toléré. Le citrate de soude est donc parfaitement inoffensif en transfusion sanguine, et le laboratoire confirme purement et simplement la vérité établie depuis bientôt vingt ans par la clinique.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(Séance du 17 novembre 1931)

Présentations. — M. Regis présente une dent surnuméraire et, à propos d'une radiographie, expose le diagnostic différentiel des racines incluses.

MM. Cadenat et Crocquefer présentent trois cas de dents soudées et pensent que c'est là la forme de transition entre

les follicules normaux et certaines tumeurs d'origine dentaire.

M. Palmgren présente un appareil d'hygiène buccale à l'usage des pyorrhéiques.

Communications. — **Les kystes fissuraires du maxillaire supérieur.** — M. Cadenat (de Toulouse) rappelle l'embryologie du maxillaire supérieur et s'appuie sur elle pour affirmer l'existence des kystes fissuraires qui n'ont aucun rapport avec l'arcade dentaire.

Tumeur solide d'origine dentaire. — MM. Rousseau, Decelle et Crocquefer présentent une tumeur solide du maxillaire supérieur contenant sept dents. Ils exposent la difficulté de sa classification et attendent l'examen histologique pour se prononcer.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA GENÈSE DE LA LOI ARMBRUSTER
APPEL AUX MÉDECINS DÉPUTÉS
LA CHAMBRE DOIT VOTER LA LOI INTÉGRALEMENT

Le vote de la loi Armbruster au Sénat dans les excellentes conditions que l'on sait, a réjoui tout le corps médical, parce qu'il est la conséquence d'une action professionnelle continue contre les équivalences du baccalauréat qui s'est développée depuis 1910 à l'Association Corporative des étudiants en médecine de Paris. Cette Association a en vingt ans peuplé les syndicats médicaux de nombreux militants de mêmes tendances, et ce sont eux qui ont fait le bloc compact sur lequel les Armbruster, les Dentu, les Debierre, les Chauveau et les Victor Bérard se sont appuyés pour rejoindre Léon Bérard, directeur de conscience des humanistes, qui les a soutenus de sa haute autorité. Que la masse des praticiens débordés par les soucis de la clientèle fasse un effort pour suivre la politique extérieure de leur profession, et l'Etat abusera un peu moins, vis-à-vis d'eux, de sa toute-puissance.

La loi Armbruster est l'œuvre de quelques hommes décidés à faire du protectionnisme médical ; je citerai d'abord son auteur, le jeune sénateur dont la loi porte le nom, ancien médecin militaire de l'active, qui, par ses habiles investigations au Quai d'Orsay, a détruit la légende du traité franco-roumain de Victor Duruy. Depuis 70 ans, grâce au privilège accordé par ce traité fantôme, la France a été envahie par ces médecins étrangers qui n'ont pas pour la plupart contribué à relever le niveau moral de notre profession ! Lorsque M. Armbruster, bien renseigné par les gens de la « Carrière », interrogea sur ce fait en pleine séance le ministre de l'Instruction publique, M. Marraud parut fort surpris de cette question insidieuse. Mais du jour où il fut d'accord avec notre confrère, le privilège des Rou-

mains devait disparaître, car celui-ci ne pouvait par la suite résister aux terribles arguments d'ordre historique développés par l'intelligent sénateur :

« Car pour un coup d'essai »,
« Ce fut un coup de maître ! »

Le laryngologiste de Troyes se signala par le fait même à l'attention de la France médicale et des Commissions sénatoriales de l'Hygiène et de l'Enseignement : la victoire était dès lors assurée, et nous fûmes des premiers à l'Association Corporative à le soutenir ardemment. J'ajoute que notre action de juillet 1929 contre les équivalences du baccalauréat, notre lettre ouverte au Ministre de l'Instruction publique reproduite par les grands quotidiens, et les séances orageuses de la Commission de l'Enseignement pendant lesquelles Léon Bérard, Victor Bérard et Debierre obligèrent le Ministre à s'engager à fond contre lesdites équivalences, j'ajoute, dis-je, que tous ces événements avaient déclenché à la Commission de l'Hygiène la réaction de M. Armbruster soutenu par le président Chauveau. En réalité, la question posée en février 1930, au Sénat, sur le prétendu accord international qui n'était qu'un simple décret ministériel de Duruy a prouvé que les médecins étaient décidés à prendre l'offensive contre le régime d'oppression dont ils sont les victimes. Et 84 sénateurs (le tiers de l'Assemblée) en signant la proposition de loi leur ont donné raison.

Quelques mois plus tard, un deuxième sénateur a surgi, l'homme inséparable de tout projet de loi, j'ai nommé le rapporteur, et quel rapporteur ; le Dr Dentu, un vieil humaniste normand qui occupe ses moments de loisir à discuter prosodie latine dans les salons du Luxembourg avec le vieux romantique qu'est le père Bienvenu-Martin. J'ai suivi dans le détail la lutte qu'il a dû soutenir contre certains bureaux du ministère des Affaires étrangères, et je puis, après constatation de cet effort, juger le caractère de l'homme. A eux deux, Armbruster et Dentu ont réalisé une heureuse symbiose et ils ont réussi à rallier le dernier carré des indécis.

Aussi « notre », loi, lors des débats, a-t-elle réuni plus des deux tiers de la Haute Assemblée qui écoutèrent avec beaucoup d'attention les divers orateurs. Nous fûmes heureux de constater que la gauche intervint avec ardeur dans la discussion pour soutenir à la fois le principe national de la défense contre une invasion « intolérable » de médecins étrangers selon le mot du Doyen Balthazard, et le principe des humanités obligatoires. Les paroles du regretté Victor Bérard, hélas disparu entre les débats de juin et de décembre, les deux harangues remarquables du professeur Debierre et le discours très habile du président Chauveau vinrent à l'appui de la thèse auparavant soutenue à la tribune par MM. Armbruster et Dentu. De leur place, Henry Chéron parlant au nom des malades reconnaissants qui ne doivent rien refuser de ce que les médecins leur demandent, Joseph Caillaux et Albert Sarraut proclamant la nécessité pour le pays d'assurer la sélection pour le recrutement de ses élites, se rencontraient du geste et du regard avec Léon Bérard venu tout exprès pour constater que le Sénat était en accord complet avec son programme universitaire. Et aucun sénateur ne pouvant admettre que, dans la Maison d'Hippocrate, des fils soient admis qui ignorent la langue de leur père spirituel et ne soupçonnent même pas les *œuvres sacrées* de la Grèce Antique, mère de la Philosophie, votèrent d'enthousiasme l'amendement Debierre : celui-ci impose le baccalauréat latin-grec aux futurs étudiants en médecine. Ce faisant, le Sénat à l'unanimité, sanctionna le vœu de l'assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux de 1930. La journée du 12 décembre 1931 fut pour la Médecine française une journée de triomphe.

Peu de jours après, la Chambre des Députés enregistrait sous le N° 5926 la loi Armbruster et l'envoyait pour étude à la Commission de l'Hygiène, dont le sympathique président Emile Vincent nous avait promis tout son concours. En effet, le 18 décembre, il désignait comme rapporteur le Dr Bonnefous, de l'Aveyron, praticien distingué qui représente à la Confédération les syndicats de la région dont il est le député. Le rapporteur ne pouvait pas être mieux choisi, car nous connaissons de longue date son point de vue sur la loi Armbruster. Nous demandons à tous nos confrères de la Chambre de faire triompher la loi Armbruster *in extenso*. C'est à cette seule condition en effet que nous éviterons la navette entre la Chambre et le Sénat, navette qui risquerait d'ajourner le vote urgent et définitif de cette loi de salut public.

Que les praticiens et les étudiants usent tous de leur influence auprès de leurs amis députés pour nous assurer la victoire avant la fin de la présente législature.

Maurice MORDAGNE.

NOTES DE PRATIQUE

MICROBES ET PARASITES INTESTINAUX

« Les vers qui intoxiquent par eux-mêmes peuvent devenir de plus des inoculateurs de germes microbiens », ont dit Guiart et Joyeux. Les premiers, Bécart et Goelinger, transportant ces notions sur le terrain de la clinique, ont mis en évidence les relations existant entre les parasites et le coli-bacille, montrant que ce microbe ne disparaît par vaccination qu'après la « déparatisation » des sujets infestés et infectés à la fois (Léo. *Soc. de chir.*, Paris 1924).

La colibacillurie est la conséquence de la colibacillémie qui, elle-même, est le résultat de l'issue vers la circulation des colibacilles intestinaux, hôtes normaux des colons qui ne devraient pas traverser la muqueuse et ne le font que grâce aux portes de sortie créées par les parasites. Il faut donc pour traiter efficacement la colibacillurie supprimer les parasites, aveuglant ainsi tous les passages qui permettent au colibacille d'aller dans la circulation. Les nombreuses observations cliniques publiées ces derniers temps confirment que le traitement des oxyures par un vermicide efficace amène très rapidement la cessation de la colibacillurie et des désordres qui l'accompagnent (Gandy (Bruxelles), Peugniez (Paris).

L'observation suivante de Moinson est significative :

Petite fille de quatre ans ayant à l'admission des hématuries fréquentes. Présence d'œufs et larves d'oxyures et œufs de trichocéphales. Traitement de six jours par la Chrysémine gouttes. Suppression des hématuries dès le deuxième jour. Selles ne révélant plus aucun œuf de parasite à la fin du traitement.

(1) GUIART. Les parasites intestinaux et les maladies qu'ils produisent. *Revue des sciences*, 1907; — *Les Parasites inoculateurs de maladies*, Paris 1911. — JOYEUX. *Helminthes et bactéries*, Nancy 1907.
(2) LÉO. *Helminthes et protozoaires*, Paris 1929; — *Soc. des chir. de Paris*, 1924.
(3) GOELINGER. *Concours méd.*, juin 1927.
(4) GANDY. *Bruxelles méd.*, avril 1929.
(5) PEUGNIEZ. *Soc. des chir. de Paris*, déc. 1929.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 12. — MERCREDI 10 FEVRIER 1932. 105e ANNEE. MERCREDI 10 FEVRIER 1932. — N° 12.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux (admissibilité). — *Dévoilement de l'anonymat.* — Séance du 4 février. — MM. Huet, 28 + 19 = 47; Lévy et Lallemant, 27 + 19 = 46; Maduro et Lemariey, 26 + 19 = 45; Magdelaine, 25 + 19 = 44; Rémy-Néris, 23 + 19 = 42.

En conséquence, sont déclarés admissibles aux épreuves de nomination : MM. Huet, Lévy et Lallemant.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le *Lyon médical* annonce que par suite de l'extension donnée au service d'urgence de l'Hôtel-Dieu une importante modification des services de médecine vient d'avoir lieu.

M. le docteur Garin quitte l'Hôtel-Dieu pour aller à l'Antiquaille à la place du docteur Dumas.

M. le docteur Dumas quitte l'Antiquaille pour prendre à la Charité le service de médecine générale d'adultes qui vient d'y être créé.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Sont nommés professeurs sans chaire :

M. Noël, agrégé pérennisé, chargé d'enseignement à la Faculté de médecine de Lyon.

M. Thévenot, agrégé, chargé d'un cours d'anatomie médico-chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

— Toulouse. — M. Dalous, professeur de thérapeutique, est nommé professeur de clinique médicale.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée, à titre posthume, à M. le docteur Nicolleau, des Sables-d'Olonne, mort victime de son dévouement.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique a clos sa première session ordinaire de 1932.

Le Conseil a décidé :

D'accorder la dispense de la première épreuve du concours de l'agrégation de médecine à quatre professeurs suppléants de l'ancienne école de médecine de Marseille;

D'accorder aux professeurs honoraires des facultés le droit de faire partie de l'assemblée de la Faculté.

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — Par arrêté en date du 20 janvier 1932, M. André Nicoli, docteur en médecine de la Faculté de Paris, a été nommé médecin du ministère du Travail et de la Prévoyance sociale.

SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Sont nommés assistants des hôpitaux coloniaux :

Pour la section bactériologie. — M. le médecin capitaine Ott, du 3e rég. d'artillerie coloniale.

Pour la section médecine. — MM. les médecins capitaines Carrière, du 41e rég. de mitrailleurs malgaches; Germain, du 8e rég. de tirailleurs sénégalais.

Pour la section chirurgie. — M. le médecin capitaine Favier, du 52e rég. de mitrailleurs indochinois.

Pour la section électroradiologie. — M. le médecin capitaine Varrin, du 22e rég. d'infanterie coloniale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le médecin général de 1re classe de la marine Henry Girard, ancien inspecteur général du Service de santé de la marine, ancien professeur à l'Ecole du Service de santé de la marine, membre associé de l'Académie de médecine, membre correspondant de la Société nationale de chirurgie, grand officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris.

CHRONIQUE

UN PREMIER VOYAGE MÉDICAL INAUGURE LE SANATORIUM DES NEIGES

C'était bien, suivant une expression souvent employée, un temps de « Côte d'Azur » que les participants au premier voyage médical de Briançon ont trouvé samedi dernier à 1.300 mètres d'altitude.

Les invités se réunirent à l'Hôtel des Neiges, sous la présidence d'honneur de MM. Camille Blaisot, ministre de la Santé publique, et Maurice Petsche, sous-secrétaire d'Etat et député de Briançon, et la présidence effective de M. le professeur Emile Sergent, membre de l'Académie de médecine, président du Comité médical consultatif du Sanatorium. A côté d'eux, aurait dû figurer M. le professeur Emile Forgue (de Montpellier), membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, qui est un des illustres enfants de Briançon ; retenu au dernier moment, il s'était excusé par une lettre très chaleureuse.

Dans la nombreuse assistance médicale, on reconnaissait M. le professeur Paul Carnot, membre de l'Académie de médecine ; M. le Dr F. Mouisset (de Lyon), vice-président du Comité national de défense contre la tuberculose ; le Dr Pierre Fredet, chirurgien des hôpitaux de Paris, médecin-chef de la Compagnie P.-L.-M.

De Paris étaient encore venus MM. les docteurs Rist, Courcoux, Ribadeau-Dumas, Armand-Delille, Pruvost, Jacob, médecins des hôpitaux ; Ch. Girode, Oberlin, chirurgiens des hôpitaux ; Louis Le Sourd, médecin de l'hôpital Saint-Joseph ; Poix, rédacteur en chef de la *Revue de Phtisiologie Médico-Sociale* ; Gardette, secrétaire général de l'Association de la Presse Médicale Française ; Beauvy, chef de laboratoire à la Faculté ; J. Vibert, chef de clinique à la Faculté et René Mignon qui, avec nous, fait partie du comité consultatif.

De Lyon, MM. les professeurs Mouriquand, Tavernier, les docteurs Guilleminet, Carle, Sargnon, Revol ; de Montpellier, M. le professeur Gaussel ; de Marseille, M. Ant. Raybaud fils, médecin des hôpitaux ; de Grenoble, M. le professeur Porte, directeur de l'Ecole de médecine et MM. les docteurs Béthoux et Lamy ; de Lille, MM. les professeurs A. David et L. Langeron, de la Faculté libre de médecine ; de Dijon, M. le docteur Guillemart ; de Nice, M. le docteur Destrès ; de Durtol, M. le docteur Labesse ; d'Embrun, M. le docteur Bonnardel ; de Briançon, MM. les docteurs Petit, Taravellier, Thiebault, Baudet et Lavandier ; de Gap, M. le docteur Coronat ; de Veynes, le docteur Bazin.

L'inauguration débuta par un déjeuner confraternel dans la magnifique salle à manger inondée de soleil du sanatorium. A la table d'honneur, on remarquait autour des ministres et du professeur Emile Sergent, M. Mouisset, M. le Maire de Briançon, M. le préfet des Hautes-Alpes, M. le sous-préfet de Briançon ; M. Toy-Riont, sénateur ; M. Escalle, conseiller général ; M. Chabas, conseiller d'arrondissement ; M. Léon Labbé, chef de cabinet de M. le sous-secrétaire d'Etat aux Beaux-Arts.

A l'issue du repas, des toasts furent prononcés par M. Antony, préfet des Hautes-Alpes ; par M. Pons, maire de Briançon, qui salua la réalisation de son rêve : la séparation de la ville qu'il administre du groupement sanatorial en formation dans la vallée de la Guisane. Cette dernière région portera désormais le nom significatif de Forsville.

Puis M. Emile Brindel, président du Conseil d'administration du Grand Hôtel des Neiges, et le docteur Pin, médecin directeur, saluèrent leurs hôtes.

Le vénéré docteur Mouisset parla au nom de ses collègues de Lyon. Il fut accueilli par des applaudissements d'autant plus nourris et sympathiques qu'il avait été il y a quelques jours dans notre journal, la victime de la plus déplorable erreur typographique. M. le professeur Emile Sergent traça ensuite magistralement les indications thérapeutiques que comporte le climat privilégié du Briançonnais. Il insista sur les avantages moraux et physiques du sanatorium unisexe. M. le sénateur Toy-Riont, M. Maurice Petsch, sous-secrétaire d'Etat, prononcèrent des allocutions très applaudies.

Enfin M. Camille Blaisot, ministre de la Santé publique, affirma avec une grande autorité l'importance de la naissance d'un groupement sanatorial dans ce climat idéal du Briançonnais, où l'on compte, par an, trois cents jours ensoleillés et dont le ciel de Provence ignore les nuages et les brouillards. Il félicita le maire d'avoir réalisé la spécialisation de Briançon en deux zones nettement séparées.

Pour marquer son intérêt aux promoteurs de ce mouvement, il décerna la médaille d'or de l'Assistance Publique à M. le maire de Briançon et des médailles d'argent au Dr Pin, à M. Henri Joulie et à M. Emile Brindel.

En terminant, il annonça, au milieu des applaudissements, la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur du Dr Taravellier, de Briançon.

Après le déjeuner eut lieu la visite du Sanatorium, sous la conduite du Dr Pin, des administrateurs et des éminents architectes MM. Joulie et Bissuel qui l'ont réalisé.

Destiné, on le sait, aux dames et aux jeunes filles, le Grand Hôtel des Neiges a été ouvert il y a deux mois déjà sous la direction médicale du Dr Pin, assisté de Mme la doctoresse Pin-Sentis.

Admirablement conçu au point de vue de l'hygiène et du confort, sans luxe inutile, le nouveau sanatorium offre les ressources les plus complètes au point de vue médical.

Son inauguration, dans la vallée de la Guisane, où s'élèvent déjà quelques cliniques et maisons de cure populaires ou privées, marque bien, et il faut le répéter, la spécialisation de Briançon en deux zones nettement séparées : d'une part, la ville historique et touristique — d'autre part, le groupement sanatorial réclamé par tous les hygiénistes, et dont M. Pons, le savant maire de Briançon, saluait la naissance.

Et la neige ? dira-t-on. Si elle était absente aux abords du sanatorium, il n'y avait pas à aller bien loin pour la trouver. Le Dr Pin et Mme Pin, hôtes attentifs et charmants, conduisirent le lendemain matin les ministres et les invités au mont Genèvre où les magnifiques champs de neige permirent d'assister sous le plus beau ciel méridional à une très belle réunion de sports d'hiver, délicieux repos avant de retrouver nos villes froides et embrumées.

Qu'il nous soit permis en terminant de remercier encore M. le président Brindel et ses collègues pour leur magnifique réception et d'adresser à M. Prudent, l'éminent inspecteur général de la Compagnie P.-L.-M., l'expression de la gratitude des voyageurs, pour l'amabilité avec laquelle il sut rendre le voyage facile et agréable.

F. L. S.

TRAITEMENT CURIETHÉRAPIQUE DES NÉOS DU COL UTÉRIN

Par M. le professeur Léon IMBERT (de Marseille).

Chacun sait que nous avons maintenant deux moyens de guérir le Cancer du col utérin :

La Chirurgie ;
Le Radium.

La Chirurgie a fait ses preuves ; elle donne de bons résultats ; J.-L. Faure l'a abondamment démontré ; mais il y a une mortalité. Les chirurgiens les plus habiles l'ont réduite, il est vrai, aux environs de 5 0/0 ; outre que ce taux n'est pas négligeable, toutes les malades ne peuvent pas se faire opérer par ceux-là pour bien des raisons, y compris celle fort respectable, qu'elles accordent leur confiance à d'autres hommes, dont les statistiques publiées arrivent parfois à 20 et 25 0/0 de mortalité. Ce taux, en effet, ne dépend pas seulement des qualités du chirurgien, si grandes soient-elles, mais aussi des cas qu'il consent à opérer. Il arrive généralement au même chirurgien que dans sa jeunesse, étant plus hardi, il opère beaucoup de mauvais cas ; plus tard, devenu plus prudent, il les repoussera et n'en chargera pas sa statistique qui s'améliorera en conséquence. Ses progrès seront mis au compte de son expérience, tandis qu'ils seront dus surtout à sa sagesse. En réalité, l'ensemble des malades n'en aura pas tiré le profit qu'on pourrait croire.

Et puis, il y a les récidives ; leur pourcentage s'est également amélioré ; mais les mêmes raisons peuvent être données ; il est certain en effet qu'un cas avancé est plus grave au double point de vue de la mortalité opératoire et des risques de récidive.

Ce que je viens de dire n'est certes pas pour diminuer les immenses services rendus par la Chirurgie, mais pour montrer que la psychologie des malades, la science des médecins traitants interviennent pour une bonne part dans l'amélioration des résultats.

En résumé, il convient de retenir seulement que les reproches à faire à la Chirurgie sont :

La mortalité opératoire ;
La fréquence des récidives, presque toujours inopérables.

L'avènement du Radium a ouvert les plus beaux espoirs ; des Chirurgiens qualifiés ont affirmé, il y a dix ans, que la chirurgie du cancer cervico-utérin avait vécu, l'efficacité du Radium étant souveraine. Depuis, cet enthousiasme s'est calmé ; il a été trop évident que toutes les espérances n'étaient pas réalisées ; rapidement on en est même venu à sous-estimer l'action du Radium. Mais l'équilibre s'est fait aujourd'hui, et l'opinion moyenne admet tout au moins que Chirurgie et Radium sont sur le même plan. Les opinions extrêmes : tout par le Radium, ou tout par la Chirurgie, existent encore, mais il semble bien que la première prend nettement le dessus sur la seconde.

Que la mortalité du Radium soit moindre, sans être rigoureusement nulle, personne ne le conteste sérieusement, et c'est bien l'avantage essentiel du Radium ; mais cet avantage serait bien maigre, si les résultats définitifs demeuraient nettement moins bons que ceux de la Chirurgie ; c'est le problème qui se pose aujourd'hui et dont il semble bien que l'on puisse dès maintenant deviner la solution : elle sera, je crois, en faveur du Radium.

Enfin, il faut bien ajouter une autre considération : Les chirurgiens capables de faire correctement un Wertheim sont devenus légion ; les grands Centres d'Enseignement ont formé en quantité d'excellents élèves ; et ceux-ci exercent aussi bien à l'hôpital que dans la clientèle privée. En somme tout cancer utérin trouve aisément à se faire opérer dans de bonnes conditions techniques et pécuniaires. Il n'en est pas de même du Radium. Je ne prétends évidemment pas comparer les difficultés du Radium à celles du Wertheim. Mais le Radium a sa technique, qu'il faut connaître, et même avoir vu appliquer ; or, cet enseignement est pratiquement inexistant ; de plus, nombre d'hôpitaux sont encore dépourvus de Radium, bien qu'il n'en faille pas beaucoup pour traiter un cancer cervical à la mode actuelle. En somme dans bien des cas, une indigente arrive difficilement à se faire soigner. Et il y a aussi le danger inverse : les malades traitées par le Radium, mais de quelle façon ! et avec quelles doses !

Toutes ces réserves permettent de comprendre que les résultats définitifs, à longue échéance, donnés par le Radium, sont en somme moins bien connus que ceux qui sont donnés par la Chirurgie.

Voici encore une autre considération qui entre en ligne de compte : si aucun chirurgien, quelque hardi qu'il soit, n'opère indistinctement tous les cas qui se présentent, il n'est pas de cancer, si avancé qu'on le suppose, qui n'admette le Radium. Il y a d'abord les applications « morales », faites uniquement pour donner une satisfaction morale au malade ou à sa famille ; il y a surtout sur ce terrain comme en chirurgie, le tour d'esprit du médecin ; dans certains centres anticancéreux, la consigne est de ne pas irradier les cas trop graves ou trop avancés ; je comprends fort bien les raisons qui dictent cette conduite, mais j'en suis une autre ; sauf généralisation, il est bien rare que je trouve le cas trop avancé pour le Radium ; cela n'améliore pas ma statistique, mais j'ai parfois la joie d'obtenir une guérison, guérison éphémère, s'entend, car la récidive est la règle ; mais j'ai donné ainsi quelques semaines, parfois quelques mois d'espoir, et j'ai prolongé la vie de la malade : l'Art médical peut-il avoir d'autres prétentions ?

Tout ce long préambule n'aurait pas de sens s'il ne servait à montrer à quel point la thérapeutique du cancer est flottante. Je vais exposer maintenant la technique que je considère comme la meilleure ; c'est celle du jour ; elle n'est pas immuable, loin de là ; elle a changé, et surtout elle changera encore, les résultats actuels étant vraiment trop éloignés de la perfection ; mais on comprend que tous ces changements donnent au praticien l'impression de l'incertitude, alors qu'ils indiquent incontestablement les diverses étapes de la marche vers le progrès. Les données qui suivent, je les considère donc comme valables actuellement ; pour combien de temps ? Je l'ignore. J'es-

père seulement qu'elles seront bientôt remplacées par d'autres plus efficaces.

***

Réserve faite de la télécuriethérapie, on admet assez généralement que la dose nécessaire de Radium appliquée à un cancer de l'utérus doit être représentée par 50, 60 ou 70 millicuries détruits : 1 millig. de RaE donnant environ 1 millicurie en 5 jours 1/2. on obtiendra la dose indiquée avec 50, 60 ou 70 milligr., à la condition de les appliquer pendant 5 jours 1/2 ; si l'on fait une dose moindre, on augmentera la durée ; si l'on emploie davantage de Radium, on la diminuera. Que 50 millic. détruits soient donnés par 250 milligr. appliqués pendant 1 jour ou par 25 milligr. appliqués pendant 10 jours, nul ne pense que le résultat thérapeutique soit exactement le même ; fort heureusement, la tendance générale dans les centres est plutôt de prolonger l'application en donnant de faibles doses ; fort heureusement, car il est beaucoup plus facile d'avoir 25 milligr. de Radium pendant 10 jours, que 250 milligr. pendant 1 jour. Cependant, dans un centre anticancéreux à grand rendement, l'un n'est pas plus avantageux que l'autre, et l'on préfère pourtant dans bien des cas les doses faibles. Envisageons une application considérée actuellement comme normale de 50 à 60 milligr., pendant cinq jours ou davantage et fournissant 50 à 80 millicuries ; la dose sera répartie en tubes de 10 ou de 20 milligr., pourvus d'un filtre or et maintenus dans un de ces tubes en caoutchouc dits « amétal ». Faut-il mettre des tubes (sans caoutchouc naturellement), dans la cavité cervicale ? J'estime que le principal danger est celui d'une infection qui, partie du vagin, naturellement fort septique, arrive à l'abdomen par la cavité utérine, et y produit salpingite ou péritonite. Avec de bonnes précautions de nettoyage, ce danger est minime, mais il est réel et pour mon compte, je suis plutôt disposé à m'abstenir du tube intra-cervical ; pas de tube aussi et autant que possible dans le cul-de-sac postérieur ou tout au moins un tube très filtré, car de tous les organes qui entourent le col utérin, le plus susceptible est certainement le rectum, dont beaucoup de malades souffrent cruellement après l'application.

Il arrive du reste que tout cela soit plus facile à dire qu'à faire ; quand on n'hésite pas, comme je l'ai dit plus haut, à soigner de mauvais cas, on a souvent à faire à des fonds de vagin si déformés, qu'il n'y a plus ni culs-de-sac ni col. On fait de son mieux, mais on ne peut jamais faire très bien. On renouvelle l'application tous les jours ou au moins tous les deux jours pour donner les soins de propreté.

Dans un vagin qui a conservé sa forme normale, et la malade restant au lit, le radium demeure en place sans qu'il soit nécessaire de le fixer ; on peut donner alors des injections tous les jours. Habituellement, on maintient les tubes par des compresses-tampons. Se méfier des malades qui vont à la selle ; il arrive en effet que les efforts chassent du vagin compresses et tubes ; sous aucun prétexte, l'évacuation intestinale ne doit être faite aux w.-c. ; les infirmières doivent être dressées d'autre part à ne rien jeter sans vérifier que les tubes sont en place.

***

Les résultats donnés par ces applications sont difficiles à apprécier : on peut les trouver très bons ou très médiocres. Les guérisons — ou plutôt les cicatrisations, guérisons provisoires — sont la règle ; on peut en obtenir dans les pires cas ; résultat vraiment non négligeable, quelquefois presque miraculeux. Mais les récidives sont malheureusement presque aussi fréquentes : résultat décevant. Si la situation devait se stabiliser ainsi, je crois bien que l'avenir serait à la Chirurgie. Mais rien, heureusement, ne fait prévoir — j'ai déjà exprimé cette idée plus haut — que nous ayons atteint le maximum de perfection possible en Curiethérapie, bien au contraire. Pour ma part, je pense que les applications doubles ou triples, à quelques mois d'intervalle, doivent rendre des services ; j'en ai eu des résultats encourageants, mais à la condition de ne pas attendre la récidive, de la prévenir, et je pense que ces essais méritent d'être continués.

***

Pour terminer cette étude, je donnerai ici un aperçu des résultats provisoires obtenus au Centre anticancéreux de Marseille. Quel terme employer ? Celui de guérison, dont on abuse trop souvent en médecine est manifestement trop ambitieux. Puisque aussi bien le cancer du col est toujours une ulcération, je parlerai seulement de cicatrisation, qui comporte la disparition, si appréciée par les malades, de toute perte rouge et même blanche, et de toute fétidité.

Faisons remarquer tout d'abord que l'action du Radium est très limitée dans l'espace en raison de la loi du carré des distances. A 1 cm., son action est incontestablement efficace ; à 2 cm., elle l'est 4 fois moins ; à 4 cm., 16 fois moins ; c'est dire qu'avec les doses indiquées plus haut, cette distance constitue pratiquement une limite extrême. Toute lésion située au delà, ganglions, à plus forte raison généralisation, échapera aux radiations, ou même, ce qui est bien pire, réagira dans le mauvais sens.

Avant d'exposer les résultats obtenus au Centre de Marseille, je présenterai quelques réflexions sur les degrés de gravité du cancer de l'utérus.

Regaud a rendu un incontestable service, un très grand service à la cause du Cancer du col, en y décrivant 4 stades ; sa classification est, on peut le dire, unanimement acceptée. Comme toutes celles de ce genre, elle prête assurément à la critique ; mais en somme elle fournit des points de repère précieux que les chirurgiens n'avaient pas réussi à établir avant lui, et qui permettent la comparaison des résultats.

J'oserai dire que la principale, ou si l'on veut, la seule objection que je lui fais est la suivante :

Le stade 4 renferme, outre les cas très avancés mais demeurés localisés du Cancer cervical, ceux où des métastases à distance se sont déjà produites. Or, si l'on peut conserver l'espoir de voir un jour la thérapeutique locale venir à bout des premiers, il est trop

évident que les seconds sont au-dessus de ses moyens d'attaque. Nous n'avons malheureusement entre les mains jusqu'à ce jour, que des moyens locaux, Chirurgie, Rayons X, ou Radium. Sans doute est-il permis d'espérer de l'avenir une thérapeutique d'ordre général, susceptible de faire disparaître aussi bien les métastases que la lésion initiale ; actuellement, et en restant sur le terrain des faits, nous sommes obligés de reconnaître que la généralisation nous condamne par avance à l'impuissance thérapeutique. Il serait donc légitime de faire de la généralisation un 5e stade représentant pour nous l'impuissance absolue aussi bien pour la Chirurgie que pour les rayons X et le radium.

Sous le bénéfice de ces observations, voici en résumé les caractéristiques essentielles de chacun des 4 stades admis par Regaud :

Premier stade. — Cancer strictement limité au col : Cas précis, et ne prêtant guère à discussion.

Deuxième stade. — Cancer ayant dépassé le col, ayant gagné, soit en surface, vers les culs-de-sac vaginaux, soit en profondeur, vers le paramètre, soit dans les deux directions. L'utérus conserve encore une assez bonne mobilité ; le cas est opérable, anatomiquement, mais il est déjà médiocre.

Troisième stade. — L'utérus n'est plus mobile, car l'atteinte des culs-de-sac et des paramètres est plus profonde ; les ganglions peuvent être envahis, mais cette notion ne peut être acquise que par une opération ; elle manque forcément pour les cas traités par les rayons ; et c'est fort regrettable, car elle est de première importance et sans doute à la base de bien des échecs.

En somme, on peut dire que le 3e stade est caractérisé essentiellement par le fait que les cas qu'il vise n'appartiennent ni au 2e stade — ce qu'il est assez facile d'affirmer — ni au 4e, ce qu'il est beaucoup plus difficile de savoir.

Le 3e stade est encore anatomiquement opérable ; mais l'abstention est la règle pour tout chirurgien soucieux de sa mortalité et de sa statistique, scrupule parfaitement honorable.

Quatrième stade. — Utérus complètement fixé ; les deux paramètres infiltrés adhèrent à la paroi pelvienne ; ou bien tout le vagin est envahi, et plus ou moins transformé en tube rigide ; les parois rectale ou vésicale sont atteintes par le mal : cas inopérables sans aucune discussion ; mais il n'est pas déraisonnable de penser que le Radium pourra un jour les guérir, contrairement aux cas à métastases qui échappent à la fois à la Chirurgie et au Radium.

*
* *

Voici maintenant les résultats immédiats, les cicatrisations, obtenus au centre de Marseille pendant les années 1929 et 1930 :

Catégorie 1 : 1 cas... 1 cicatrisation.
Catégorie 2 : 21 cas... 20 cicatrisations,
1 insuccès (décès).
Catégorie 3 : 25 cas... 20 cicatrisations,
5 insuccès (décès ultérieurs).
Catégorie 4 : 36 cas... 15 cicatrisations,
21 insuccès (décès ultérieurs).

On remarquera tout d'abord la rareté des cas du 1er degré, très opérables, mais donnant aussi de bons résultats au radium. Un seul en 2 ans, c'est peu pour un service où on a vu pendant cette période plus de 100 cancers du col. Cela peut s'expliquer assurément par la négligence des malades ou des médecins ; mais je pense aussi que ces cas, étant les meilleurs, sont opérés plus volontiers.

Pour les cas 2, qui sont des cas nettement opérables au sens anatomique, mais que les chirurgiens n'opèrent pas toujours, 20 cicatrisations pour 21 cas, c'est presque du 100 0/0. On pourrait être évidemment très satisfait, si l'on ne songeait aux récidives futures.

Pour les cas 3, 20 cicatrisations sur 25 cas. Les malades qui n'ont pas tiré bénéfice du radium sont naturellement mortes à bref délai. Il faut considérer que ces cas sont considérés comme inopérables par la plupart des chirurgiens ; ceux qui les opèrent sont naturellement ceux qui ont les mortalités opératoires les plus élevées. Enfin, pour les cas 4, unanimement considérés comme au-dessus des ressources de la Chirurgie, je compte encore 15 cicatrisations sur 36 cas.

Je répète qu'il ne faut pas perdre de vue le spectre de la récidive ; mais les résultats immédiats ne sont-ils pas très appréciables dans les cas opérables, très beaux dans les cas inopérables ? Est-il exagéré de dire qu'ils ouvrent la porte à tous les espoirs ? Et que si nous savons un jour tirer du radium tous ses avantages, en évitant une partie de ses défauts, nous devons venir à bout du cancer de l'utérus ?

Tirer du Radium tous ses avantages, parer à ses inconvénients, assurément le problème est difficile. Mais n'est-ce pas l'éternel problème de la thérapeutique médicale et chirurgicale ? Les remèdes ne sont-ils pas tous des poisons ? Et les plus précieux ne sont-ils pas les plus violents ? Il n'est pas possible que l'effort combiné de tous n'arrive pas un jour à résoudre le problème.

LE LIPOIDE OVARIEN EN THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

DEUX OBSERVATIONS

Par M. le docteur Georges LÉVY (de Nancy),
Ancien chef de Clinique à la Faculté.

L'ensemble des travaux récents en matière d'opothérapie ovarienne ont attiré l'attention sur l'hormone folliculaire et aussi sur toutes les vitamines lipo-solubles existant dans l'ovaire.

Nous rapportons ici deux observations pour lesquelles nous avons utilisé l'opothérapie ovarienne sous forme du lipoïde ovarien.

La première observation est un cas d'aménorrhée chez une femme de 32 ans, Madame C...

Antécédents héréditaires. — La mère a eu 16 grossesses : 12 accouchements, 4 avortements (7 enfants vivants).

Mari cardiaque réformé de guerre.

Les sœurs de Mme C... sont bien réglées.

Antécédents personnels. — Réglée pour la première fois à dix-sept ans, pertes de moyenne abondance pendant une matinée ; mariée à vingt et un ans, sans avoir été réglée depuis 4 ans (9 février 1918).

Première grossesse : accouchement le 25 novembre 1918 à terme, écoulement peu abondant pendant 3 jour, pas de retour de couches.

Deuxième grossesse : accouchement le 22 juillet 1920, écoulement de 3 jours, pas de retour de couches.

Entre ces deux accouchements, Mme C... augmente de 23 kg. en un an.

Troisième grossesse : fin février 1921, avortement de six semaines, avec hémorragies assez abondantes.

Quatrième grossesse : 17 octobre 1923, accouchement à terme, écoulement de 3 jours, pas de retour de couches.

Cinquième grossesse : 27 mai 1925, accouchement dans les mêmes conditions.

Sixième grossesse : 9 mai 1927, accouchement dans les mêmes conditions.

Septième grossesse : accouchement le 11 août 1929, suivi d'une double phlébite, pas de retour de couches.

En somme, femme réglée pour la première fois à dix-sept ans, pas de règles jusqu'au mariage, pas de règles entre les grossesses, pas de retour de couches après les accouchements.

Le 9 février 1930, on commence une série d'injections de lipoïde ovarien (injections sous-cutanées tous les deux jours, au nombre de 12).

Au mois de mars : règles de 3 jours peu abondantes.

Au mois de mai : règles de 6 jours peu abondantes.

Deuxième série d'injections de lipoïde ovarien : le 7 juin 1930 (12 injections) :

Règles d'abondance moyenne, fin août.

Règles d'abondance moyenne, fin septembre.

Troisième série d'injections de lipoïde ovarien : 6 injections du 6 au 27 octobre.

27 octobre 1930 : règles moyennes de 4 jours.

27 novembre 1930 : règles moyennes de 3 jours.

5 janvier 1931 : règles abondantes de 3 jours.

Quatrième série d'injections de lipoïde ovarien (12 injections, le 7 février :

Règles de 3 jours le 10 avril 1931.

Pas de règles en mai et juin.

Règles de 3 jours le 28 juillet.

Règles de 3 jours le 27 août.

En octobre, nous avons repris une nouvelle série actuellement en cours, dont nous ne pouvons donner actuellement le résultat.

D'autre part, au point de vue de l'état général de Mme C..., on a constaté une diminution de poids de 2 kg. sous l'effet du traitement et une amélioration des membres inférieurs porteurs de réseaux variqueux très développés.

En résumé, on peut dire que chez cette malade sous l'influence du lipoïde ovarien, il y a eu apparition de règles qui, pour ainsi dire, n'avaient jamais existé. La menstruation n'est pas encore devenue régulière, mais on peut espérer qu'elle le deviendra sous l'effet d'un traitement prolongé.

Dans la deuxième observation que nous avons faite, il s'agit d'une ménopause précoce chez une femme de 41 ans, traitée et améliorée par le lipoïde ovarien.

Antécédents personnels. — A eu un enfant il y a 14 ans et 7 ans.

Disparition des règles depuis le mois de février 1931, jusqu'au 3 septembre, date à partir de laquelle elle perd pendant quelques jours.

Pas de règles en octobre. Consulte le 25 octobre ; à partir de cette date, on lui fait 6 injections de lipoïde ovarien ; le 15 novembre, réapparition des règles pendant 6 jours.

Une nouvelle série d'injections pratiquée entre le 25 novembre et le 10 décembre a amené la réapparition des règles le 15 décembre.

Cette observation paraît montrer combien le lipoïde ovarien est susceptible d'apporter un remède aux troubles d'une ménopause précoce.

Il nous a paru intéressant de rapporter ces deux observations où l'emploi du lipoïde ovarien s'est montré très actif.

Le lipoïde ovarien contient la folliculine, mais aussi toutes les vitamines lipo-solubles et les vitastérines de l'ovaire.

Il nous semble que l'on peut faire un rapprochement entre l'opothérapie ovarienne et l'opothérapie surrénalienne, en rappelant qu'à la suite de la découverte de l'adrénaline, on avait complètement négligé l'étude de la cortico surrénale. Ce n'est que dans ces derniers temps qu'on a appris que la cortico surrénale avait dans l'économie un rôle au moins important.

Peut-être en est-il de même pour l'ovaire et l'emploi exclusif de la folliculine laisse-t-il trop de côté ces vitastérines et ces vitamines lipo-solubles dont des travaux multiples ont montré toute l'importance biologique et qui sont très utiles en opothérapie ovarienne (1).

(1) Nous remercions le Laboratoire Iscovesco d'avoir bien voulu mettre à notre disposition le lipoïde ovarien qu'il prépare sous le nom de « Gynocrinol » depuis 1913.

FAITS CLINIQUES

LA LUXATION DOUBLE PLANTAIRE INTERNE DU BLOC TARSIEN ANTÉRIEUR

M. R. Fourche (de Longwy) publie dans le *Bulletin des Accidents du Travail* (N° 48, octobre 1931) un certain nombre d'observations qui apportent des précisions nouvelles sur les luxations du métatarse déjà remarquablement étudiées par Quénu et Küss (*Revue de chirurgie*, 1910) et par Houzel (*Th. de Paris* 1911).

Les faits apportés par M. Fourche sont très précis et lui permettent d'arriver aux conclusions suivantes :

« 1° Nous appelons luxation double plantaire interne du bloc tarsien antérieur, écrit-il, un déplacement de ce segment osseux qui se manifeste :

a. Par la perte des connexions articulaires normales du bloc tarsien antérieur simultanément dans l'interligne de Lisfranc et de Chopart ;

b. Par une translation en dedans et vers la plante, en masse, de l'antétarse luxé.

2° Cette luxation, en raison de la disposition anatomique cunéiforme du massif tarsien antérieur, en raison du mécanisme qui la provoque, ne peut présenter qu'une seule variété : « La luxation plantaire interne ».

3° Nous pensons que la luxation double du tarse antérieur s'apparente directement aux luxations du métatarse ou aux luxations médio-tarsiennes.

Mais le respect d'une nomenclature exacte et le souci de la précision anatomique nous obligent à la considérer comme une entité pathologique bien déterminée, et à l'isoler des différentes variétés de luxations tarsiennes.

4° Les traumatismes violents sont la cause habituelle de cette lésion ; elle est l'apanage de l'adulte et, en particulier, de l'ouvrier mineur ou métallurgiste.

5° Les symptômes généraux sont ceux de toutes les lésions traumatiques ostéo-articulaires du pied ; les signes caractéristiques sont les suivants :

a. Raccourcissement du bord externe du pied ;

b. Elargissement transversal du pied au niveau des interlignes de Lisfranc et de Chopart ;

c. Saillie normale sur le bord interne du pied du premier cunéiforme et du scaphoïde ; disparition en retrait de la tête astragalienne ;

d. Aplatissement de la voûte plantaire.

6° Le traitement immédiat par réduction sous anesthésie générale est possible et formellement indiqué.

Lorsque la lésion est ancienne, par conséquent irréductible, deux alternatives se présentent :

a. L'aplatissement plantaire est peu marqué.

Le traitement de choix sera l'abrasion des surfaces osseuses saillantes sur le bord interne du pied : ou bien l'ablation du premier cunéiforme étendue plus ou moins complètement au scaphoïde (tarsectomie antérieure partielle).

b. L'aplatissement plantaire est une cause d'infirmité.

L'indication est de procéder à la résection cunéiforme du tarse antérieur. »

Ce travail est suivi de deux observations inédites du Dr Raoul Fauquez, se rapportant à la luxation dorso-latérale externe du métatarse.

Ces deux observations montrent de façon tangible les différences anatomo-pathologiques qui existent entre les deux variétés de luxation.

L'article de M. Fourche est illustré de belles radiographies et de schémas qui facilitent la lecture de son excellent travail.

L. G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1931)

Sympathectomie périartérielle et syndrome de Raynaud. — M. GOUVERNEUR, chez une femme de 44 ans, a obtenu par sympathectomie pour maladie de Raynaud une cessation des douleurs, cessation temporaire puis plus tard définitive, et une cicatrisation des lésions qui s'est maintenue à longue échéance.

Parathyroïdectomie dans la sclérodermie. — M. MOULONGUET, dans un cas de sclérodermie, n'a rien obtenu de l'ablation d'un adénome parathyroïdien.

Circulation thyroïdienne. — MM. GRÉGOIRE et FOLLIASSON, par des ligatures artérielles et injection dans d'autres artères thyroïdiennes, concluent que l'injection poussée dans une artère suffit à vasculariser l'ensemble de l'appareil thyroïdien.

Nouvelles recherches sur les ulcères gastriques expérimentaux. — M. Pierre DUVAL rapporte ce travail de MM. Weiss, Graver et Gurriaran. Ce travail complète les expériences antérieures de ces auteurs et répond aux critiques formulées. Le reflux duodénal dans l'estomac existe certainement d'après les auteurs. La cause des ulcères est le spasme pylorique qui empêche ce reflux d'où l'intérêt de la sphinctérectomie partielle.

Lymphogranulome splénique et syndrome de Banti. — Le travail de M. Mirizzi (de Cordoba) est rapporté par M. PROUST. Il porte sur trois cas de maladie et syndrome de Banti. Dans le premier cas, bon résultat immédiat, mais mort neuf mois plus tard. Dans le second cas, les suites immédiates sont bonnes. Dans le troisième cas, il s'agissait d'une lymphogranulomatose et le malade mourut quelque temps plus tard.

Splénectomie pour maladie de Banti. — Deux travaux : l'un de MM. Lamare et Larget (de Saint-Germain) ; l'autre de M. Ferey (de Saint-Malo), sont analysés par M. MATHIEU.

Dans le cas de M. Ferey, il s'agissait d'une enfant qui fut très améliorée, mais présenta un ictère prolongé et finit par mourir d'ictère grave. Le cholédoque et l'hépatique étaient bourrés de calculs.

Le malade de MM. Lamare et Larget présenta des hémorragies tardives après la splénectomie et l'hyperleucocytose persista.

M. GRÉGOIRE rappelle les caractères cliniques de la maladie de Banti et insiste sur les résultats de la ponction splénique et de la biopsie des ganglions pour le diagnostic de la lymphogranulomatose.

M. CUNÉO voudrait qu'on élargît le cadre de la maladie de Banti.

Infarctus intestinal. — M. LAPOINTE pense que pour réaliser l'infarctus d'origine artérielle, l'oblitération artérielle n'est pas suffisante et la défaillance du myocarde doit s'ajouter à la lésion anatomique.

Infarctus intestinal. — M. RICHE rapporte un cas personnel où il vit l'anse passer du rouge bordeaux au rouge groseille. Il rentra donc cette anse intestinale et la malade guérit.

Obturation tubaire. — M. CARAVEN a eu l'occasion d'observer un rétrécissement médio-tubaire d'origine tuberculeuse qu'il réséqua. Il rétablit la perméabilité tubaire comme le désirait la malade.

M. LEVEUF a pratiqué pour salpingite une opération analogue.

Traitement des hémorragies graves d'origine gastrique. — M. PAUCHET est redevenu interventionniste et pratique actuellement dans ces cas une résection segmentaire, une caecostomie et des transfusions. Il insiste sur la nécessité d'évacuer le sang contenu dans le côlon par caecostomie, ce qu'on réalise en faisant passer une grande quantité d'eau par une sonde qui permet le nettoyage colique.

Présentation d'instruments :

M. Jacques-Charles BLOCH. Modification du tracteur de Cunéo pour l'extension des fractures.

(SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1931)

Résection segmentaire de la trompe, grossesse ultérieure. M. LEVEUF a réséqué un pyosalpinx d'un côté et réalisé une résection partielle tubaire de l'autre. Après un examen lipiodolé, la malade devint enceinte.

Ligature de la carotide primitive. — Ce travail de M. Lecercle (de Damas) est rapporté par M. HOUDARD qui fit une ligature de la carotide primitive pour plaie des vaisseaux carotidiens. Opéré trois heures après la blessure, le blessé guérit avec parésie légère du membre inférieur du côté op-

posé, qui avait presque disparu trois mois plus tard chez ce sujet de vingt-cinq ans.

M. DE FOURMESTREAUX rappelle les lésions de thrombose signalées par Guinard à la suite des ligatures de cette artère.

Abcès osseux. — M. MARTIN rapporte cette observation de M. Marcel Faure (de Limoges) qui opéra un abcès osseux du calcaneum survenu quatre ans après une arthrite purulente de l'épaule gauche. Un abcès du fémur fut opéré un mois plus tard.

Invagination intestinale aiguë de la seconde enfance. — M. Leroy (de Montluçon) présente cette observation que rapporte M. MARTIN. Une enfant de 11 ans fut opérée à la 60e heure pour invagination iléo-colique. L'invagination dut être réséquée. Les suites furent très simples et la malade était en parfait état deux mois après l'intervention.

Arthrodèse de la hanche pour coxalgie. — Ce travail de M. Félix Bérard (de Lyon) est présenté par M. SORREL : il s'agit d'arthrodèses pour coxalgie en évolution, exécutées chez l'enfant et l'adulte. Plusieurs méthodes ont été employées : il faut soigner l'attache trochantérienne du greffon dans l'arthrodèse juxta-articulaire. L'arthrodèse mixte a été pratiquée suivant le procédé de M. Sorrel. Si le membre est en mauvaise position, il faut faire l'arthrodèse ainsi et exécuter plus tard une ostéotomie connectrice. La méthode mixte paraît la meilleure pour les cas anciens. Pour les cas récents au contraire, il est préférable d'employer l'arthrodèse juxta-articulaire. Les indications opératoires ne se posent pas chez l'enfant à la période de début, les conditions locales ne sont guère favorables à la période d'état. Par contre, elle peut devenir excellente à la période de réparation.

Arthrodèse para-articulaire pour coxalgie en évolution. — Cette observation de M. Courcaud (Marine) est rapportée par M. Sorrel. Il s'agit d'un adulte. L'intérêt vient du choix du moment de l'intervention en se basant sur la réaction de séro-floculation de Vernes. Le résultat fut bon.

Infections localisées aux espaces celluleux de la loge palmaire médiane. — Ce travail de MM. Iselin et Evrard est rapporté par M. CADENAT. Ces auteurs ont individualisé trois sortes de phlegmons des espaces celluleux : les rétro-tendineux, les prétendineux sous-aponévrotiques et ceux des espaces commissuraux.

Résection précoce dans l'ostéomyélite. — M. LEVEUF résume la discussion sur ce sujet. L'os ne se reproduit pas si le périoste a été détruit par l'infection ou par une intervention inadéquate.

Fracture de Manteggia. — M. FREDET montre que la réduction de la luxation est parfois arrêtée par un obstacle fibreux et que si la réduction de la fracture cubitale ne réduit pas tout, il faut nécessairement traiter la tête radiale et sectionner le ligament annulaire. Le pronostic de ces cas graves est réservé au point de vue fonctionnel. Une série de projections illustre les conclusions de l'auteur.

Présentation de malades :

M. PROUST : luxation ancienne du poignet. Résection. Guérison.

Présentation de pièces :

M. CHEVASSU : tumeur de testicule du type placentome ayant donné des signes analogues à ceux du début de la grossesse, avec réaction de Zondek et Erschein positive.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1931)

L'immunité dans la fièvre boutonneuse, la non-virulence du sang des anciens malades et l'absence de pouvoir préventif de leur sérum. — MM. BLANC et J. CAMINOPETROS. — Il ressort d'expériences portant sur huit anciens malades réinoculés qu'une première atteinte de fièvre boutonneuse confère une immunité qui dure au moins deux mois.

La réinoculation peut être suivie, après une dizaine de jours, d'une élévation de température qui ne semble pas indiquer une réinfection, puisque le sang au moment de cette poussée fébrile se montre dépourvu de virulence.

D'autre part, le sang d'anciens malades paraît dénué de propriétés virulicides et partant de pouvoir préventif.

Les effets de la saignée sur l'excitabilité du nerf grand splanchique. — M. et Mme CHAUCHARD et D.-T. BARRY ont étudié chez le chien les modifications qu'apporte la saignée à l'excitabilité du grand splanchique, vasoconstricteur et inhibiteur des mouvements de l'intestin. Leurs expériences montrent que la saignée a pour effet d'augmenter dans une large mesure la chronaxie et le temps de sommation. La réinjection du sang extrait ou de solution physiologique, en même temps qu'elle relève la pression artérielle, ramène ces deux constantes à leur valeur primitive. Du fait que ces modifications portent à la fois sur la chronaxie et le temps de sommation, on peut conclure que la saignée agit en même temps sur l'excitabilité des axones centrifuges et sur celle des plexus nerveux des parois artérielles ou intestinales.

Interprétation du choc anaphylactique déterminé par l'injection d'un sérum d'homme sensibilisé à un lapin préparé avec la protéine sensibilisante. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et Mme A. HUGO ont décrit précédemment un nouveau test d'anaphylaxie chez l'homme en montrant que le sérum d'un homme sensibilisé, injecté à un lapin préparé 16 à 45 jours auparavant avec la protéine sensibilisante, peut déclencher un choc. Les auteurs ont recherché l'interprétation de ce phénomène. Il ne s'agit pas d'une réaction anticorps-anticorps, mais d'une réaction antigène-anticorps : dans le sérum humain coexistent très vraisemblablement l'antigène et l'anticorps. Il y aurait donc, chez l'homme sensibilisé, comme chez l'homme infecté, présence d'antigène et d'anticorps simultanément.

Sur la culture du B. C. G. en profondeur dans le bouillon. — M. A. SAENZ démontre que le B. C. G. ensemencé en séries dans la profondeur du bouillon perd peu à peu sa vitalité par raréfaction progressive des éléments vivants. En ce qui concerne, soit l'aptitude du B. C. G. à végéter en anaérobiose relative dans la profondeur du bouillon, soit, dans ces conditions, le retour de ce bacille-vaccin à la virulence, les résultats des recherches de A. Saenz sont manifestement et complètement opposés à ceux que Dreyer et Vollum affirment avoir obtenus.

Voies d'introduction et activité des sérums anti-trypanosomes. — MM. L. NATTAN-LARRIER et B. NOYER. Le sérum humain exerce une action curative bien plus marquée lorsqu'il est inoculé à l'animal par la voie intra-veineuse. L'action préventive du sérum humain est également plus nette lorsqu'il est inoculé dans les vaisseaux. Les immun-sérums possèdent aussi une action préventive plus accusée quand ils sont injectés dans les voies circulatoires. Introduits dans les veines des souris infectées, ils semblent posséder un pouvoir curatif appréciable.

Modifications histologiques provoquées par la vaccination antirabique dans le système nerveux des lapins. — MM. S. NICOLAU, L. CRUVEILHIER et Mme L. KOPCIOWSKA ont étudié les modifications tissulaires engendrées par la vaccination antirabique dans le système nerveux central et périphérique de lapins. Les examens histologiques ont porté sur le système nerveux d'animaux vaccinés, soit à l'aide de virus fixe atténué, soit à l'aide de virus rabique fixe non atténué, soit encore d'animaux témoins ayant subi des injections répétées d'émulsions de moelle normale. Chez les lapins vaccinés à l'aide de virus atténué, les auteurs décrivent les modifications histologiques suivantes : *cerveau*, légère méningite basilaire, ébauches de manchons périvasculaires, satellitose dans le mésocéphale et dans le diencéphale; *moelle*, satellitose intense au niveau des cornes latérales de la région lombaire et modifications morphologiques des corps de Nissel dans les neurones de cette dernière région; *ganglions spinaux*, prolifération des cellules capsulaires, infiltration à mononucléaires, petits manchons périvasculaires, intumescence nucléaire dans certains neurones, et modifications dans la morphologie, dans les réactions tinctorielles et dans la disposition des corps de Nissel à l'intérieur des cellules nerveuses ganglionnaires ; *nerfs*, quelques troncs nerveux présentent des légers processus de névrite interstitielle. Ces modifications histologiques ont un maximum d'intensité chez les lapins sacrifiés de 1 à 17 jours après la 15e injection vaccinante ; ce délai passé, elles diminuent en intensité, pour disparaître par la suite. Chez les animaux vaccinés à l'aide du virus rabique fixe non atténué, les modifications histologiques du système nerveux sont plus marquées. Ces réactions tissulaires sont absentes chez les animaux témoins injectés avec des émulsions de moelle normale.

Les variations saisonnières de la sensibilité de l'organisme à l'intoxication protéique s'observent toujours en présence de vitamines. — MM. F. MAIGNON et M. A. CHAHINE. Les variations saisonnières de la sensibilité de l'organisme à l'intoxication protéique chez le rat blanc alimenté à l'ovalbumine, ne sont pas supprimées par l'addition de vitamines A et B à la ration.

Influence de l'addition de vitamines sur les périodes de fixité de poids et de survie, chez les rats blancs soumis aux régimes ovalbumine-graisse, ovalbumine-glucides. — MM. F. MAIGNON et M.-A. CHAHINE. Dans toutes les expériences d'alimentation de rats blancs à l'aide de mélanges ovalbumine-graisse, ovalbumine-glucides, donnés à discrétion, quelles que soient les proportions relatives de graisse ou de glucides, les périodes de fixité de poids et de survie sont toujours plus longues lorsque l'ovalbumine est associée à la graisse que lorsqu'elle est donnée avec des glucides, que la ration comporte ou non des vitamines.

La présence de vitamines ne fait qu'allonger la durée de ces périodes, tout en laissant substituer un avantage net en faveur des graisses, en ce qui concerne l'utilisation de la protéine.

Phlorizine et sucre protéidique. — MM. BIERRY, F. RATHERY et Mlle Yv. LAURENT. Chez le chien, après injection de phlorizine, on observe de fortes fluctuations de sucre protéidique dans le sang sus-hépatique, le sang porte et le sang artériel. Ces fluctuations du sucre protéidique sont parfois plus amples que celles du sucre libre. Chez les chiens phlorizinés, les variations du sucre protéidique dans les plasmas : porte et sus-hépatique sont d'un ordre de grandeur parfois bien supérieur à celui des variations du glycogène hépatique.

Sur une nouvelle technique de désalbuminisation du sérum et du sang. — MM. BAUDOIN et LEWIN présentent un nouveau procédé de désalbumination à l'aide d'un réactif iodé. Ce procédé présente un certain nombre d'avantages, en particulier la facilité de l'élimination du réactif du filtrat, et il est particulièrement intéressant pour déféquer le sérum sanguin en vue des dosages minéraux.

Les hépatites et les cirrhoses expérimentales au bioxyde de thorium. — MM. René HUGUENIN, WEMOURS, AUGUSTE et Guy ALBOT montrent que le bioxyde de thorium détermine des hépatites diffuses des plus intéressantes pour l'étude des divers stades de la cirrhose expérimentale. Le thorium se fixe dans les cellules de Kupfer où on peut le colorer électivement par le bleu d'aniline. Les modifications parenchymateuses sont celles de toutes les hépatites diffuses : clarifications cellulaires généralisées, atrophie de certaines cellules, et s'accompagnent ultérieurement d'une sclérose périportale progressive. Ces hépatites s'accompagnent de proliférations mononucléées autour des canaux biliaires, fait qui semble montrer l'absence de rapports entre l'infection canaliculaire et ces aspects appelés communément « périangiocholitiques » qui sont des infiltrations des lymphatiques portaux.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1931)

Le traitement de la leishmaniose du chien. — M. V. ROBIN signale la gravité de cette affection transmissible à l'homme, et pour laquelle la thérapeutique stibié échoue ; il est donc nécessaire de savoir dépister la leishmaniose du chien, pour éviter sa transmission humaine.

Rhumatismes chroniques d'origine hépato-biliaire. — MM. R.-J. WEISSENBACH, R. GLÉNARD et F. FRANÇON. — Parmi les facteurs susceptibles de déterminer l'apparition de rhumatismes chroniques, on est loin de réserver aux affections et aux perturbations fonctionnelles de l'appareil hépato-biliaire la place qu'elles méritent.

Elles peuvent, en effet, donner naissance à trois grandes classes de rhumatismes :

Rhumatisme infectieux biliaire, par angio-cholécystiste calculeuse ou non.

Rhumatisme colloïdoclasique par insuffisance de la fonction protéopexique du foie.

Rhumatisme goutteux par perturbation des fonctions endocrino-chimiques du foie.

Le traitement aura pour double but d'améliorer l'état du foie et de lutter contre les manifestations rhumatismales, la première directive devant prendre d'autant plus d'importance qu'on sera plus près du début de la maladie.

Contribution à l'étude d'une nouveau dérivé arseno-benzolique soluble, indolore en injections aqueuses intramusculaires. — M. LOUSTE et Mlle J. MOUNEYRAT ont étudié un nouveau dérivé arsenical, le 802, découvert par M. A. Mouneyrat. Ce composé se rattache à la série des arsenobenzols du type 914. Le 802 s'injecte en solution aqueuse par voie intramusculaire, il est, et cela est un fait nouveau, indolore à toutes les doses sans addition d'anesthésique ; d'autre part, les solutions aqueuses préparées d'avance sont stables et se conservent tout comme des solutions de cacodylate de soude, résultat qui n'avait jamais été atteint jusqu'ici.

Les auteurs ont employé le 802, sous forme de solution aqueuse, aux doses de 0 gr. 30, 0 gr. 50, 0 gr. 70, 1 gr. 05 et même 1 gr. 20 ; les injections intramusculaires sont faites deux fois par semaine. Les résultats cliniques ont été ex-

cellents aux périodes primaire, secondaire et tertiaire. L'activité a été comparable à celle du 914. Les auteurs rapportent deux observations de malades atteintes de lésions ulcéreuses tertiaires du nez rapidement cicatrisées par le 802. Le 802 a été bien toléré, même à fortes doses, il n'y a pas eu de crises nitritoïdes.

LIVRES NOUVEAUX

L'anesthésie en pratique chirurgicale (1), par Robert MONOD, chirurgien des hôpitaux. Un volume de 154 pages.

L'anesthésie idéale qui serait à la fois profonde, inoffensive et agréable n'existe pas ; il faut se contenter des méthodes actuellement connues qui toutes ont leurs inconvénients.

Il existe une grande variété d'anesthésies. Si dans un grand nombre de cas de chirurgie courante, le choix de l'anesthésie est pour ainsi dire indifférent et peut rester une question d'habitude ou de préférence, il s'en présente d'autres où, du fait de l'âge du malade et de l'importance de l'intervention, la question de l'anesthésie passe au premier plan et va jusqu'à conditionner le succès opératoire.

C'est pour ces cas encore fréquents, ceux qui engagent le plus sa responsabilité, qu'il importe au praticien d'être exactement documenté sur toutes les données actuelles du problème anesthésique. Ce livre contient toutes les connaissances nécessaires non seulement à l'opérateur, mais aussi au médecin traitant qui confie son malade au chirurgien.

L. G.

(1) Collection Médecine et Chirurgie pratiques. Un volume de 154 pages avec 24 figures. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DE LA COLONNE VERTÉBRALE
SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT (1)

SYMPTOMES

Décrire comme type une fracture de la charnière dorsolombaire avec *syndrome de section complète* de la moelle. Disons d'ailleurs que ce syndrome ne traduit pas exactement l'état de la moelle, s'observant fréquemment de façon passagère en dehors de toute lésion grave du névraxe.

Après un violent traumatisme, le sujet est amené à l'hôpital :

Ou bien il est conscient, un peu pâle ; il souffre ; son pouls est rapide. Il ne s'est pas révélé et ne peut mouvoir ses membres inférieurs, qui sont insensibles.

Ou bien il est prostré, inconscient, agité, en état de choc marqué.

Examen. — Quelles que soient les lésions médullaires, une même symptomatologie, traduisant le *choc médullaire*.

1° *La Paraplégie.*

I. *Les membres inférieurs* sont inertes :

a) Motilité : soulevés, ils retombent lourdement ; cependant les muscles conservent leur tonus pendant cette période.

b) Sensibilité : abolie à tous les modes : pincement, piqûre, chaleur ;

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 10, p. 174.

Au-dessus de la zone d'anesthésie qui remonte plus ou moins haut sur le tronc, zone de thermo-analgésie.

c) Réflexes : tendineux, abolis. C'est donc une paraplégie flasque ;

Cutanés abdominaux, de même, mais le crémasterien est conservé ;

Enfin, on peut constater un *signe de Babinski*, qui traduirait une section incomplète.

Il n'y a pas de réflexes de défense.

II. *Les réservoirs* sont paralysés.

Penser dès ce moment à rechercher la *rétention d'urines*, pour la traiter précocement.

Les troubles des réservoirs seront évidents plus tard, consistant en rétention vésicale d'urines, incontinence sphinctérienne.

III. Accessoirement, on pourra noter :

Un semi-priapisme.

Des troubles vaso-moteurs des membres inférieurs :

Peau sèche avec sécrétion sudorale abolie.

Œdème violacé léger.

Hyperthermie souvent nette.

Hypotension artérielle.

De la contracture de la paroi abdominale (ventre en bois), pouvant faire penser à une hémorragie péritonéale ou lésion d'un viscère. Elle cède au bout de 24 à 36 heures.

2° *La fracture.*

L'examen de la colonne demande beaucoup de douceur :

— Glisser la main sous le dos du blessé,

— Le faire tourner avec précaution.

On constate :

Soit une *déformation nette*,

— Dépression interépineuse (marche d'escalier) ;

— Petite cyphose angulaire avec un léger degré de scoliose ;

Soit seulement une zone infiltrée, œdémateuse, en tout cas toujours *douloureuse*.

Une douleur vive et bien localisée doit donc suffire au diagnostic.

Le syndrome : paraplégie brusque ; point douloureux vertébral est donc presque toujours net.

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on devra recourir à la *Radiographie* qu'on ne pratiquera qu'avec les plus grandes précautions.

ÉVOLUTION

1° **Cas malheureux.** — Les plus fréquents :

A. *La mort peut être rapide :* en quelques heures parfois, surtout chez les polyblessés ; souvent en quelques jours par complications aiguës (broncho-pneumonies, escarrhes).

B *Plus souvent elle est lente :* l'évolution s'étage sur quelques semaines ou quelques mois; classiquement deux phases :

— Phase d'automatisme médullaire ;

— Phase de cachexie.

Mais en réalité, elles chevauchent l'une sur l'autre, et pour les reconnaître avec netteté, il faut que le blessé survive au moins 40 jours, — ce qui est assez rare.

a. *Phase d'automatisme médullaire.* — Cette phase se caractérise par :

— Des *réflexes d'automatisme* ou de défense :

— Phénomène du triple retrait ou des raccourcisseurs (parfois multiple pour une seule excitation) ;

— Réflexe controlatéral des adducteurs.

La *paraplégie flasque* persiste, mais :

— Les réflexes cutanés s'exagèrent ;

— Les troubles sphinctériens et génitaux aboutissent à l'automatisme.

Mictions, défécations automatiques, érections.

b. *Phase de cachexie terminale.* — Elle reste purement schématique. C'est la phase des *complications mortelles* :

Le blessé présente des *troubles trophiques*.

— Ulcérations, maux perforants, mais surtout ESCARRHES sacrées, fessières ou talonnières.

— Incurables, creusantes, extensives, car sur un terrain trophiquement diminué.

Pouvant aboutir à :

— Dénudations puis ostéite du sacrum ;

— Voire méningite suppurée.

La mort peut encore être hâtée par :

— Des troubles intestinaux, subocclusion, meloena.

— Des troubles d'anémie cérébro-bulbaire.

En pratique, elle est le fait :

— DE L'INFECTION URINAIRE :

Cystite, pyélonéphrite ascendante, de sondage, aboutissant à l'urémie terminale ;

— D'UNE COMPLICATION PULMONAIRE :

Bronchopneumonie, congestion pulmonaire.

2° **Cas heureux.** — Rares :

a. *La paraplégie rétrocède* en quelques jours :

Motilité, sensibilité, réflexes réapparaissent.

Ces cas répondent à une simple *commotion médullaire*.

b. D'autres fois, dans les *syndromes de section incomplète*, la paraplégie évolue :

— En quelques heures réapparition de la *sensibilité* dans certaines zones ;

Ou réapparition d'une *sensibilité dissociée :*

— Superficielle conservée ;

— Profonde abolie (hémi-section postérieure).

— Constitution d'un *syndrome de Brown-Séquard* (hémi-section latérale).

Ces formes peuvent se localiser, et avoir une conclusion relativement favorable. Mais la marche reste toujours difficile.

LES SÉQUELLES d'ailleurs variables sont donc très graves. Ce seront :

a. *Des séquelles neurologiques ;*

b. *Des séquelles osseuses.*

— *Cals* volumineux, exubérants, douloureux ;

— Surtout *syndrome de Kümmel-Verneuil*, caractérisé par des *douleurs*, une *cypho-scoliose* progressive, une *évolution interminable* si l'on n'intervient pas.

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les maladies organiques du faisceau de His-Tawara. Les syndromes coronaires. L'Endocardite septale. L'infarctus septal. Etude clinique et Anatomique, par Ivan MAHAIM, privat-docent à la Faculté de médecine de Lausanne, préface du professeur MICHAUD, de Lausanne. Un volume de 586 pages avec 188 figures. — Prix : 80 fr. Paris, Masson et Cie.

Conseils aux tuberculeux et à leur entourage, par P. COLOMBIAN, ex-interne du Sanatorium d'Hauteville, diplômé de l'Institut d'hygiène de l'Université de Paris, médecin du service des tuberculeux à l'hôpital de Grasse. Préface du Dr E. RIST. Un volume de 170 pages avec 4 radiographies. — Prix : 16 fr. Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 13. — SAMEDI 13 FEVRIER 1932. 105e ANNÉE. SAMEDI 13 FEVRIER 1932. — N° 13.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Liste des candidats pourvus d'une ou de plusieurs admissibilités antérieures :

MM. les docteurs Armingeat, Aurousseau, Banzet, Blondin (Marcel), Blondin (Sylvain), Chabrut, Chastang, Chevallier, Dessaint, Diamant-Berger, Funck-Brentano, Garnier, Galtier, Gérard-Marchant, Gueullette, Huard, Iselin, Lapeyre, Lecœur, Leydet, Meillère, Ménégaux, Merle d'Aubigné, Patel, Redon, Sauvage, Seillé.

LE PROCÈS DE LUBECK ET LE B. C. G. (*Havas*). — « Dans ses attendus, le Tribunal de Lübeck, qui a condamné le professeur Deycke, chef du laboratoire municipal de Lübeck, accusé principal dans l'affaire des vaccins, à deux ans de prison, et le docteur Altstaedt, du Service national d'hygiène, à un an et trois mois de la même peine, déclare que la tragédie de Lübeck *n'a pas été provoquée par un retour à la virulence du B. C. G.*

Le Tribunal estime que la souche de B. C. G. qui provenait de l'Institut Pasteur *a été souillée au laboratoire de Lübeck, ou bien il y a eu confusion avec une souche de bacilles humains cultivés aussi dans le laboratoire du professeur Deycke.*

Il s'agit, déclare le Tribunal, de méprise reconnue. Il faut reprocher au professeur Deycke et au docteur Altstaedt d'avoir fait utiliser pour des êtres humains un vaccin qui avait été préparé *dans un laboratoire nullement approprié.*

Le professeur Deycke aurait dû compter avec la possibilité d'une souillure des cultures et il n'aurait pas dû délivrer ce vaccin.

Le chef du laboratoire s'est rendu coupable d'homicide par imprudence dans 68 cas et de blessures par imprudence dans 131 cas.

Le docteur Altstaedt est coupable, lui aussi. Il a omis de *faire vérifier sur des animaux l'innocuité d'un vaccin dont il devait être fait usage sur des enfants.* »

— A ce propos, l'Institut Pasteur communique la note suivante :

« Les débats du procès de Lübeck, qui vient enfin de s'achever le 6 février après 76 séances, ont définitivement établi que le vaccin B. C. G. ne peut, en aucune manière, être rendu responsable des nombreux décès d'enfants qui se sont produits dans cette ville pendant les premiers mois de 1930.

Le jugement du Tribunal et les rapports des experts du gouvernement allemand ont démontré que ces décès sont dus à ce que le laboratoire de l'hôpital de Lübeck a distribué aux médecins et aux sages-femmes, au lieu de vaccin B. C. G., une émulsion contenant des bacilles virulents d'origine humaine, dont les cultures étaient utilisées pour d'autres usages dans le même laboratoire et par le même personnel.

En conséquence, il importe que, dans tous les pays où la vaccination B. C. G. a été mise en pratique, soit à titre d'expérience, soit comme mesure générale de prophylaxie antituberculeuse, le public médical et les familles soient informés et rassurés.

Le B. C. G., préparé conformément aux prescriptions des auteurs de la méthode, est parfaitement inoffensif. »

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. (Réserve.) — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Sauvage (Charles-Guillaume), médecin capitaine.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Baudot (Pierre-Marie), médecin lieutenant.

COMMISSION CONSULTATIVE DE LA LÈPRE. — Il est créé au ministère des Colonies (inspection générale du Service de

santé) une commission consultative de la lèpre aux colonies.

Cette commission a pour but d'étudier toutes les questions se rapportant à cette maladie, d'établir des rapports et de faire toutes propositions utiles en vue de la combattre.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — SÉANCE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 26 JANVIER. — Le président donne lecture d'une lettre du docteur Smithies (de Chicago) nous annonçant qu'un comité américain composé d'un grand nombre de sommités médicales s'est constitué pour patronner les cours de perfectionnement faits à Paris en anglais. Etant donné la crise actuelle, il pense que cette année il y aurait lieu de ne pas faire de cours, mais de recevoir dans les hôpitaux et les laboratoires les Américains qui désireraient venir à Paris. Il est décidé qu'une lettre sera adressée au docteur Smithies, lui exprimant le sentiment général, qui est de faire un accueil cordial à ses compatriotes, leur ouvrant nos différents services.

M. Rivière communique une lettre du docteur Norman Titus annonçant l'arrivée à Paris, en août prochain, d'un groupe de physiothérapeutes.

M. Hartmann annonce que le professeur Cortes Llado (de Séville) est actuellement à Paris avec 25 de ses élèves. L'A. D. R. M. a organisé pour eux un programme de visites et doit les présenter à M. le Doyen qui les recevra et leur fera visiter la Faculté.

Lecture d'une lettre du ministère des Affaires étrangères avisant d'une place de médecin-chirurgien à Addis-Ababa. On demande que ce médecin soit marié à une femme médecin (pour les conditions s'adresser à l'A. D. R. M.).

M. Hartmann adresse, au nom du Conseil, ses félicitations à M. le docteur Noir pour sa nomination dans la Légion d'honneur.

Réélection de l'ancien bureau pour 1932.

Election de nouveaux membres : docteurs Eisendrath (de Chicago) et Ivanissevich (de Buenos-Aires).

LE VIe BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Le bal annuel de la médecine française, organisé au profit des veuves et des orphelins du Corps médical, a remporté un succès plus grand encore que les années précédentes.

Le vaste Palais de la Mutualité était trop étroit pour contenir les invités. Le ministre de la Santé publique, reçu par les membres du Comité, honorait la soirée de sa présence; on remarquait aussi le général Braconnier, chef de la maison militaire du Président de la République; S. M. l'Empereur d'Annam était également présent. Quant aux médecins de Paris et de province qui étaient là, nous renonçons à les citer.

On dansa en haut, pendant qu'en bas était représentée, enlevée par une brillante troupe, une spirituelle revue : « Coups de bistouri. »

On dansa encore, puis on fit honneur au souper, conçu et exécuté suivant les règles de la diététique moderne sous la direction de notre éminent confrère le docteur de Pomiane. On redansa toujours, et au petit jour on put voir, cheminant boulevard Saint-Michel, de graves académiciens, heureux du devoir joyeusement accompli, chanter les louanges des organisateurs dévoués de cette belle manifestation de solidarité confraternelle.

INSTITUT GÉNÉRAL PSYCHOLOGIQUE. — Trois conférences sur l'art et la vision, avec projections et démonstrations, par M. Serge Youriévitch, sculpteur, vice-président de l'Institut général psychologique, les mardis 16 et 23 février et 1er mars, à 14 h. 30, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine ; entrée : 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

1. Les problèmes de la création d'une œuvre d'art.

2. Les mouvements oculaires. Essai d'une esthétique à base physiologique.

3. Esthétique physiologique et arts plastiques.

Madame PÉAN

Mme Péan, veuve du grand chirurgien, a succombé mercredi à une longue affection ; elle était dans sa 88e année. Depuis 62 ans que nous étions liés par une amitié profonde et sincère, il nous a été donné de suivre cette belle vie, toute de bonté, de dévouement et de vertus familiales.

Au début de son mariage, elle a beaucoup souffert moralement de la lutte acharnée qu'a subie son mari. Elle le soutint courageusement et bien souvent son réconfort fut bien utile. Epouse idéale, mère de famille exemplaire, elle éleva dignement ses trois filles. Quand après la lutte vinrent le succès et la fortune, elle s'occupa très activement de bonnes œuvres, en particulier à la Société de Secours aux blessés militaires où elle occupa un poste important. Quand éclata la guerre en 1914, elle consacra l'hôpital créé par son mari à la Croix-Rouge et le mit à la disposition des blessés. D'une grande générosité, elle donna beaucoup et très discrètement. Essentiellement aimable et bonne, elle se concilia bien des amis qui tous l'aimaient et l'admiraient. Ce fut une nature d'élite éminemment respectable et bonne. Elle sera vivement regrettée de tous ceux qui l'ont approchée. Nous prions sa chère et nombreuse famille de trouver ici la bien vive et bien douloureuse sympathie de la *Gazette* et de ses collaborateurs.

A. BROCHIN.

NÉCROLOGIE — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Charmeil, doyen honoraire de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille, décédé dans sa 71e année; M. le professeur Johanovitch (de Belgrade); MM. les docteurs H. Reddon, décédé à Paris; Pierre Collangettes, conseiller général du Puy-de-Dôme ; G. de la Rochefordière (de Nantes); Etienne Josserand, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon; Edmond Lauriat, chevalier de la Légion d'honneur, fabricant de produits pharmaceutiques; Joseph Goossens, chef du service de chirurgie à l'hôpital d'Ixelles; M. Fernand Debat, étudiant en médecine, fils du docteur François Debat, auquel nous adressons l'expression de notre bien vive sympathie.

(*Voir la suite des* « Informations », *p.* 215.)

INFORMATIONS

(SUITE)

VACANCES DE PAQUES SUR LA COTE D'AZUR. — La Société médicale du Littoral méditerranéen organise actuellement le VIe Voyage international de Pâques (Voyage Rose), dans la plus belle partie de la Côte d'Azur, de Saint-Raphaël à Menton.

Ce Voyage sera présidé par M. le professeur J. Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, et sera placé sous la direction scientifique de MM. les professeurs Perrin de la Faculté de Nancy (thérapeutique générale), de Nobele, de l'Université de Gand (thérapeutique physique) et de M le professeur agrégé Thévenot, de la Faculté de Lyon (médecine générale).

Le rassemblement aura lieu à Cannes, d'où l'on fera le tour de l'Esterel et de la Corniche d'Or, en visitant : Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Boulouris, Agay, Le Trayas. Puis l'on se rendra au Cannet, à Super-Cannes, au Golfe Juan, à Juan-les-Pins, au Cap d'Antibes, d'où l'on gagnera Nice, par Grasse et Vence.

Après un arrêt à Nice et une excursion dans les Alpes, on parcourra la Grande Corniche en visitant l'Observatoire et le Monument d'Auguste, Roquebrune, Le Cap Martin, Menton et le château de Grimaldi, où l'on visitera les laboratoires du docteur Voronoff et les célèbres jardins de la Mortola.

On reviendra, par Monaco et Monte-Carlo, Beaulieu et la Moyenne Corniche, à Nice, où le Voyage se terminera.

A la suite de ce voyage, des excursions en Corse, en Italie, et des séjours sur la Côte d'Azur seront organisés, si les voyageurs le désirent.

Les adhérents recevront des permis de circulation à demi-tarif sur les chemins de fer français, italiens, roumains et yougoslaves, valables en toutes classes, durant un mois. Les familles des médecins seront admises, ainsi que les étudiants en médecine.

La visite de chaque station sera assurée avec tous les concours scientifiques nécessaires. Les parties instructives du programme alterneront avec les plus beaux parcours touristiques et les réceptions aussi cordiales que somptueuses selon la tradition de la Société médicale du Littoral.

La durée du Voyage sera de huit jours. Le parcours pourra être effectué pendant la Semaine Sainte (20 au 27 mars), la Semaine de Pâques (27 mars au 3 avril), ou la semaine de Quasimodo (3 au 10 avril). Les médecins que ce voyage intéresse sont priés d'indiquer la semaine qu'ils préfèrent, en informant la Société un assez long temps à l'avance, car les parcours ne seront définitivement établis que lorsqu'ils auront été demandés par un nombre d'adhérents correspondant au nombre de places disponibles. Il y a donc lieu d'écrire, dès à présent, au secrétariat de la Société Médicale, 24, rue Verdi, à Nice, en précisant les dates choisies. Il sera répondu gratuitement à toute demande de renseignements ou d'adhésion.

VOYAGES MÉDICAUX. — L'*Univers médical* organise pour les vacances de Pâques un voyage médical en Italie.

Et pour l'été prochain un voyage médical au Canada et aux Etats-Unis.

S'adresser pour tous renseignements à la direction technique des Voyages et Congrès de l'*Univers médical*, 33, avenue de l'Opéra, Paris. Tél. Opéra 01-80.

— Croisière de Pâques au Maroc et aux Iles Canaries.

Cette croisière, organisée par la *France judiciaire*, s'adresse également aux médecins.

Renseignements : La *France judiciaire*, 158, rue de Rivoli, Paris (Ier). Tél. Central 58-03.

**

REVUE GENERALE

INFECTIONS OSSEUSES AIGUES D'ORIGINE DENTAIRE

Par M. Charles RUPPE,
Ancien interne et stomatologiste des hopitaux de Paris.

« Les accidents infectieux aigus d'origine dentaire ont à leur base une complication initiale, mère de toutes les autres, l'extension à l'articulation alvéolo-dentaire de l'infection intra-dentaire. » (Frey.)

Il nous faut donc étudier cette mono-arthrite alvéolo-dentaire aiguë avant d'envisager les complications qu'elle peut engendrer.

Rappel anatomique et historique. — Un rappel anatomique nous paraît un préliminaire indispensable pour la compréhension de la question.

1° Autrefois, la dent était considérée comme « un clou implanté dans une planche ». Cette théorie de la « gomphose » a été infirmée.

2° L'espace compris entre la racine et l'alvéole a été ensuite envisagé comme étant occupé *par du périoste* (Magitot, Tomes...). Aussi l'expression de *périostite* a été longtemps utilisée pour désigner l'accident inflammatoire périradiculaire, et combien de patients l'emploient encore !

3° Mais les recherches histologiques de Kölliker, Malassez, Sarran, Beltrami, etc., ont montré que la dent possédait *une articulation*. Cette amphiarthrose est représentée par un ligament alvéolo-dentaire. Les fibres obliques de ce ligament s'enfoncent dans l'épaisseur du cément et se terminent librement dans les travées osseuses. Entre ces faisceaux, existent des logettes renfermant des vaisseaux et des nerfs, des lymphatiques, des cellules fixes et mobiles, des corpuscules graisseux et des amas épithéliaux. Au niveau du collet de la dent, les fibres sont épaisses, circulaires, constituant le ligament externe de l'articulation alvéolo-dentaire (Beltrami), le ligament circulaire externe de Kölliker qui est, à la fois, un moyen de maintien de la dent et de protection de l'articulation.

Retterer discute le terme de ligament et il qualifie de membrane circum-radiculaire ce tissu conjonctif jeune, d'apparence réticulée, très vasculaire.

Ainsi donc, quelle que soit l'appellation adoptée : ligament alvéolo-dentaire, membrane circum-radiculaire, péricément, périodonte, on voit que l'infection en débordant la dent provoque une monoarthrite alvéolo-dentaire (syn. péricémentite, périodontite).

A. MONOARTHRITE ALVÉOLO-DENTAIRE AIGUE

Etiologie. — Elle est très fréquente. Nous ne nous occuperons ici que des monoarthrites consécutives à une lésion pulpaire.

1° Dans la plus grande majorité des cas, la filiation des faits est la suivante. *a*) Les tissus durs de la dent ont été attaqués, *d'où carie* ; *b*) la pulpe s'est infectée, d'où pulpite purulente ou gangréneuse ; *c*) l'infection a gagné l'articulation, d'où arthrite alvéolo-dentaire.

Cette arthrite se déclenche à titre spontané ou provoqué.

a) *Spontanée*, l'arthrite peut être aiguë d'emblée, ou au contraire survenir comme un épisode aigu au cours d'une inflammation périapicale chronique. Elle répond dans ce cas à toute rupture d'équilibre microbien intra-canaliculaire (Fourquet), à tout fléchissement des défenses tissulaires d'ordre local ou général. Elle se produit au niveau de dents cariées, ou de dents obturées de quelque manière que ce soit, alors que la désinfection des canaux radiculaires n'a pas été ou n'a pas pu être complète.

b) *Elle est provoquée* au cours de la reprise du traitement de la dent. Un pansement, sans qu'il y ait faute de technique, occasionne parfois un réveil infectieux, sorte de biotropisme local. Dans d'autres cas, l'opérateur pratique trop rapidement un alésage mécanique des canaux radiculaires et fait ainsi une inoculation septique des tissus périapicaux.

2° L'arthrite aiguë alvéolo-dentaire peut également survenir comme une complication de *la mortification pulpaire sans carie* (de cause traumatique, par voie rétrograde, comme suites opératoires de cure radicale de sinusite, de kyste).

Ce ne sont pas là évidemment les seules causes des monoarthrites alvéolo-dentaires, nous les discuterons au diagnostic étiologique.

Anatomie pathologique. — L'infection intra-pulpaire atteint d'abord la région périapicale (espace de Black). C'est une périapexite. Elle gagne ensuite une partie ou la totalité du ligament alvéolo-dentaire.

1° *La réaction est au début du type congestif.* Il y a congestion intense, diapédèse active et infiltration séreuse, prolifération des cellules fixes. Cette réaction aiguë peut tourner court. Il y a guérison, ou *passage à la chronicité.*

2° Dans d'autres cas, *l'évolution se fait vers la suppuration.* Il se produit dans les logettes interligamenteuses des amas cellulaires qui se désagrègent pour aboutir à la formation de pus. Ces petits abcès miliaires souvent disposés en chapelet peuvent ainsi rester isolés. Dans les formes sévères, ils se réunissent. La dent baigne alors dans le pus et il ne reste plus que quelques vestiges de ligament adhérent au cément ou à l'alvéole.

La gencive, le cément, les parois alvéolaires participent toujours sur un espace plus ou moins étendu et profond à la réaction inflammatoire. Il y a nécrose alvéolaire par ostéoclasie et résorption cémentaire par odontoclasie (Roemer).

Bactériologie. — Elle sera étudiée dans notre revue générale sur les accidents infectieux chroniques.

I. Monoarthrites congestives.

Symptomatologie. — Le malade éprouve une *douleur pulsatile, continue, gravative.* Ce n'est plus une douleur lancinante, avec accalmie comme au cours de la pulpite, mais une douleur constante des plus pénibles qu'exagère considérablement la rencontre des dents les unes avec les autres. Le malade appréhende ainsi la fermeture de la bouche. Il a la sensation d'une dent allongée, très douloureuse. Toute modification thermique qui augmente la congestion intra-ligamentaire accentue cette douleur. Il en va ainsi du très chaud. Les boissons froides calment momentanément, mais la douleur reprend ensuite plus violente. Ces douleurs ont des irradiations des plus variables, sui-

vant la dent causale : l'otalgie, l'irradiation périorbitaire, temporale sont parmi les plus communes.

A l'examen, on constate une hyperhémie gingivale. La dent est légèrement *extrusée et mobile*. Cette mobilisation est extrêmement douloureuse, de même que la percussion de la dent. Cette douleur est quelquefois plus accusée sur une cuspe que sur une autre. La percussion rend un son sourd. La palpation de la région périapicale est souvent pénible. L'exploration de la carie à la sonde est indolore, ce qui prouve la désintégration de la pulpe.

Toutes ces manœuvres de mobilisation de la dent doivent être exécutées avec la plus extrême douceur, étant donné la douleur qu'elles provoquent.

Evolution. — 1° Ces phénomènes s'apaisent parfois rapidement ; 2° Dans d'autres cas, l'arthrite reste au stade congestif pendant plusieurs jours, prolongeant l'état douloureux qui épuise la patience du sujet, lui rend tout travail impossible et le condamne à une insomnie des plus pénibles ; 3° dans d'autres cas, l'inflammation continue et aboutit à la suppuration.

Diagnostic. — Le diagnostic est, d'ordinaire, évident.

a) *La pulpite* entraîne une douleur violente, spontanée, névralgiforme, apparaissant notamment le soir dès que le sujet se couche, déclenchée par les différences de température intrabuccale. Entre ces crises, il y a accalmie absolue. D'autre part, la dent n'est pas douloureuse à la percussion, elle n'est pas mobile et une exploration prudente du fond de la carie réveille une douleur **vive.**

b) Un problème plus délicat se pose lorsqu'une *dent pyorrhéique* déjà obturée vient à présenter des signes *d'arthrite aiguë*. Est-ce un abcès pyorrhéique en formation ou bien une infection périapicale ? La radiographie renseigne rapidement sur ce sujet.

c) *Les arthrites amicrobiennes* sont les arthrites traumatiques, congestives (au moment des règles, de la grossesse), ou médicamenteuses. Elles sont facilement rapportées à leur véritable cause.

d) Par ailleurs, l'articulation alvéolo-dentaire est susceptible *d'être infectée par une autre voie que la voie pulpaire :*

a) par voie gingivale (stomatite, lésions des septa interdentaires) ;

b) par voie osseuse (ostéomyélite, propagation d'un ostéo-phlegmon d'une dent contiguë, lésions post-opératoires) ;

c) par voie sanguine, au cours des maladies infectieuses, l'articulation alvéolo-dentaire s'infecte au même titre qu'une autre articulation, mais ces faits sont rares et discutés. Il est plus fréquent de voir se produire un réveil infectieux au niveau d'une lésion périapicale chronique qui sommeillait jusqu'alors.

Dans tous ces cas, l'interrogatoire, l'examen, la radiographie affirmeront ce diagnostic étiologique.

II. Monoarthrites suppurées.

Symptomatologie. — Au lieu de tourner court, les phénomènes inflammatoires évoluent très souvent vers la suppuration. La formation du pus dans ces cavités osseuses à parois inextensibles, s'accompagne de phénomènes douloureux d'une grande acuité. Ce sont des douleurs gravatives, continues, sensation de pesanteur, de tension, aggravées par la moindre pression, le moindre contact, même celui de la langue. Le malade a l'impression que sa dent est plus haute que les autres.

Les signes objectifs précédemment décrits s'accentuent. Il y a :

a. hyperhémie de la gencive ;
b. douleur à la pression et à la percussion ;
c. mobilité de la dent ;
d. douleur à la pression des tables osseuses.

La radiographie fait constater :

a. un élargissement de l'interligne articulaire ;
b. des aréas périapicaux s'il s'agit d'une poussée aiguë sur des lésions chroniques ;
c. parfois une zone de raréfaction osseuse.

Evolution. — A ce moment, trois éventualités sont possibles : évacuation du pus par le canal radiculaire, par la voie ligamentaire ou à travers l'os.

1° L'ÉVACUATION DU PUS PAR LE CANAL RADICULAIRE, soit spontanée, soit provoquée, fait cesser aussitôt les phénomènes douloureux. La dent reste encore sensible pendant quelques jours à la pression et si elle n'est pas traitée, les lésions de l'arthrite chronique s'installent à bas bruit.

2° LA SUPPURATION PEUT, AU CONTRAIRE, SE FAIRE JOUR PAR VOIE ALVÉOLAIRE. La tuméfaction de la muqueuse gingivale est à son maximum ainsi que la mobilité de la dent. Le pus apparaît le long de la racine; un abcès gingival (parulie) se produit. Il aboutit à la guérison avec l'ablation de la dent.

3° Enfin, très souvent, le pus cherche sa voie à travers l'os. La quatrième étape de l'infection est franchie ; après les tissus durs de la dent, la pulpe et l'articulation : l'os. L'ère des complications infectieuses est ouverte.

B. COMPLICATIONS DES MONOARTHRITES SUPPURÉES

Généralités. —*a*) *Modes de propagation.* Le pus s'extériorise, en effet, et va traverser toute une série de tissus. Cette propagation infectieuse se fait, le plus habituellement, *par effraction*. La migration microbienne est possible. Enfin, dans le tissu cellulaire, le cheminement par les voies lymphatiques a été décrit par Sebileau. Il y aurait lymphite, puis périlymphite.

b) *Tissus traversés.* — De par la situation anatomique de l'abcès alvéolaire, on comprend que le tissu traversé ou atteint le premier soit le tissu osseux, vient ensuite le périoste, puis le tissu cellulaire périmaxillaire. Lorsque l'infection intéresse les muqueuses, elle est encore capable de se propager par voie lymphatique et d'engendrer des adéno-phlegmons.

Par conséquent, les infections aiguës, suites de mono-arthrites apicales suppurées, sont avant tout des accidents osseux et des cellulites, beaucoup plus rarement des accidents lymphatiques et exceptionnellement des accidents généraux septicémiques.

c) *Variabilité des lésions.* Ces infections varient avec la virulence microbienne et le degré de participation des tissus à l'infection. Le cheminement du pus n'entraîne habituellement que des réactions légères. Dans des cas beaucoup plus rares fort heureusement, les tissus s'associent plus ou moins violemment à l'infection. D'un autre côté, il n'y a pas toujours rapport entre les phénomènes de cellulite et d'ostéite ; tel malade pouvant faire une cellulite grave pour des accidents osseux légers et vice versa. Enfin, les différences de virulence microbienne et de résistance organique auront comme corollaire des modalités inflammatoires des plus variables.

I. Ostéo-phlegmons.

Il est pour ainsi dire de règle que les complications des monoarthrites apicales suppurées soient bénignes. Tout se borne à un accident banal, sans gravité, d'une grande fréquence, *l'ostéo-phlegmon ;* c'est-à-dire, la migration du pus à travers l'os, le périoste, le tissu cellulaire et son évacuation par la muqueuse, avec une participation minima de ces tissus au processus inflammatoire.

Anatomie pathologique. — Trois tissus se trouvent intéressés : l'os, le périoste, le tissu cellulaire.

1° *Au niveau de l'os,* « la lésion, écrit Truffert, se présente comme une succession d'abcès localisés, dans des logettes médullaires, formant une chaîne ininterrompue de l'alvéole au tissu périostique ».

2° *Au niveau du périoste,* la plupart des auteurs admettent qu'il y a décollement sous-périosté, abcès sous-périosté, périostite phlegmoneuse. Dechaume revient sur cette opinion classique et croit que l'abcès sous-périosté est loin d'être la règle. Il rappelle que chez l'enfant, le périoste est une membrane active, assez épaisse, mais élastique, qui se laisse facilement distendre et décoller. L'abcès sous-périosté serait donc plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte. Chez celui-ci, le périoste est une formation fibreuse résistante, plus adhérente à l'os et ayant perdu de son pouvoir ostéogénétique. Aussi, l'abcès sous-périosté ne se produirait que dans des régions dépourvues d'insertions musculaires, région gingivale et palatine, quadrilatère de moindre résistance, au niveau de la région prémolaire inférieure. Partout ailleurs, le pus perforerait le périoste sans le décoller et ferait irruption directement dans le tissu cellulaire périmandibulaire. Ces déductions intéressantes appellent de nouvelles recherches anatomiques.

3° *Au niveau du tissu cellulaire,* outre le cheminement du pus, il se produit une fluxion, qui est une lympho-cellulite circonscrite ou diffuse, un œdème infectieux, un œdème périphérique, collatéral de toutes les suppurations profondes » (Truffert).

En somme dans les cas courants, il y a successivement :

a) traînée de pus dans l'os ;

b) abcès sous ou sus-périosté qui forme une tuméfaction plaquée à l'os ;

c) fluxion.

Symptomatologie. — Revenons à notre malade. Nous l'avons laissé avec des douleurs d'arthrite aiguë. Celles-ci, après avoir subi une atténuation de quelques heures, reprennent rapidement plus intenses, avec des irradiations plus lointaines. Ces douleurs dentaires, toujours accusées à la pression, ne sont plus modifiées par le froid et sont apaisées par le chaud, d'où l'action bienfaisante des bains de bouche chauds. Ces phénomènes douloureux durent d'autant plus longtemps et sont d'autant plus intenses que l'apex est plus profondément situé et que l'os est plus compact ; en un mot que la collection a plus de mal à s'extérioriser. C'est dire que les ostéo-phlegmons du maxillaire inférieur sont plus pénibles que ceux du maxillaire supérieur.

Parallèlement à ces phénomènes douloureux, on assiste à l'empâtement du vestibule. Puis, apparaît la fluxion. A ce moment, les douleurs s'apaisent et l'examen du malade nous permet de retrouver les deux termes d'extériorisation de l'infection : la fluxion et l'abcès périmaxillaire.

1° *Le malade est défiguré par la fluxion.* C'est un œdème qui s'accentue dans le décubitus. Cette fluxion est maximum le matin au réveil, pour diminuer dans la journée. Son intensité est proportionnelle à la laxité des tissus et à la virulence microbienne. Son maximum siège au niveau de la région apicale de la dent causale, où la peau est rouge, tendue, douloureuse au palper. Tout autour, l'œdème est plus ou moins mou, avec des téguments de couleur normale, sans sensibilité particulière à la pression. L'allure inflammatoire de cette fluxion sera évidemment d'autant plus accentuée que la cellulite aura plus de tendance à évoluer vers la suppuration.

2° Si l'examen de la face nous décèle la fluxion, l'examen du vestibule buccal nous permet d'apprécier *l'abcès périmaxillaire* qui se traduit par une tuméfaction notable du sillon gingivo-labial ou jugal recouverte par une muqueuse très rouge. Cet empâtement très douloureux devient plus ou moins rapidement fluctuant suivant que la collection est à une distance plus ou moins grande du cul-de-sac vestibulaire.

3° Enfin, l'examen dentaire confirme les signes objectifs que nous avons précédemment décrits, concernant la mono-arthrite apicale causale.

Envisageons maintenant les modalités topographiques des ostéo-phlegmons.

Incisives supérieures. — *Les apex des incisives sont relativement superficiels, et c'est pour cette raison que les ostéo-phlegmons provenant de ces dents ont une évolution vestibulaire. Il y a en même temps gonflement considérable de la lèvre, véritable labialite.*

Le muscle myrtiforme est tendu de la région apicale de l'incisive latérale à la sous-cloison. Il guide les collections purulentes. Celles qui proviennent de *l'incisive centrale aboutissent à la sous-cloison. Celles qui sont issues de l'incisive latérale bombent au maximum au niveau de l'aile du nez.*

Les apex sont recouverts en arrière par une couche osseuse plus épaisse qu'en avant. Aussi, *les collections palatines sont beaucoup plus rares que les collections*

vestibulaires ; et, fait capital, elles se voient surtout pour l'incisive latérale.

Dans le sens vertical, les apex des incisives sont normalement loin du plancher des fosses nasales. Les racines des incisives ont une longueur qui oscille entre 12 et 13 millimètres. Or, la hauteur qui sépare le plancher des fosses nasales du rebord alvéolaire est de 2 centimètres environ. *Il y a donc une forte épaisseur d'os entre les apex et le plancher des fosses nasales ; c'est pourquoi les abcès nasaux d'origine dentaire sont rares.* Leur production nécessite une racine particulièrement longue ou un plancher particulièrement bas. L'abcès de l'incisive centrale se fait jour près de la cloison : celui de l'incisive latérale près de la paroi externe des fosses nasales. (David, Albernaz.)

Canines supérieures. — Etant donné la grande longueur de la racine de la canine supérieure (18 mm.), on conçoit que les collections périapicales soient haut situées.

Les lésions ostéitiques dues à la monoarthrite apicale suppurée de la canine *envahissent la branche montante du maxillaire supérieur ;* tantôt, elles s'extériorisent sur la table externe, au niveau de l'angle interne de l'œil, simulant *une dacryocystite suppurée ;* tantôt, mais rarement, elles se fistulent sur la table interne, en avant de la tête du cornet inférieur dont la muqueuse est boursouflée, entraînant une suppuration nasale unilatérale, qu'il ne faut pas confondre avec une suppuration d'origine sinusienne.

On peut se demander si le canal ou les canaux de Parinaud qui, de l'apex de la canine, se dirigent vers l'angle interne de l'œil, servent de guide au processus ostéitique ?

Les cellulites ont tendance *à fuser vers l'angle interne de l'œil.* Cette propagation est due, comme l'a montré Fargin Fayolle, à la progression de la sérosité entre deux couches musculaires, l'une antérieure formée par les muscles élévateurs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure ; l'autre postéro-externe constituée par le canin et le petit zygomatique.

La fluxion a une grande tendance à donner de l'œdème palpébral inférieur.

Prémolaires et molaires supérieures.— a) *La première prémolaire* donne des périapexites qui évoluent normalement vers le vestibule ; ce n'est que dans le cas de bifidité radiculaire et de racine interne franchement palatine, qu'une fusée vers le palais est susceptible de se produire ; cela est rare.

b) *La deuxième prémolaire* a un retentissement vestibulaire et antral presque jamais palatin.

c) *Les deux premières grosses molaires* peuvent intéresser par leurs racines externes, le vestibule et le sinus ; par leur racine interne, le palais et le sinus. S'il y a tuméfaction palatine, elle est allongée dans le sens transversal et non dans le sens antéro-postérieur, comme dans les abcès dus à l'incisive latérale.

La fluxion est sous-malaire et peut également gagner la région temporale ou la région palpébrale inférieure.

Incisives et canines inférieures. — Les muscles de la houppe du menton s'insèrent, haut sur le rebord alvéolaire. Leurs fibres se dirigeant ensuite obliquement en bas et en avant pour se perdre dans la peau du menton. Ainsi se trouve constitué une sorte d'appentis ouvert en bas, dans lequel évoluent les collections purulentes. *Si bien que les collections hautes ont une évolution muqueuse vestibulaire et tuméfient la lèvre et que les collections basses ont une évolution mentonnière.*

Les phénomènes fluxionnaires mentonniers sont légers.

Prémolaires inférieures. — En dehors, la disposition musculaire est inverse de celle que nous avons trouvée dans la région antérieure Les muscles, au lieu de s'insérer haut, s'insèrent bas dans la partie antérieure de la ligne oblique externe et leurs fibres se dirigent en haut et en dehors pour se perdre : *le triangulaire,* le plus superficiel, dans les téguments ; *le carré du menton,* le plus profond, sous la muqueuse.

Ils forment ainsi une sorte de hamac, rempli de tissu cellulaire ; *de sorte que les collections évoluent vers la muqueuse, vers le vestibule.*

Dans cet espace cellulaire, vient s'épanouir le *plexus mentonnier* qui sort du trou mentonnier pour aller innerver la région commissurale de la lèvre inférieure. Donc, règle formelle, lorsque l'on ouvre un abcès par la voie vestibulaire, il faut n'inciser que la muqueuse et débrider ensuite à la sonde ou à la pince afin de ne pas sectionner le plexus mentonnier et de ne pas provoquer une anesthésie désagréable de la lèvre.

Molaires inférieures. — De l'étude des coupes de cette région, nous tirons les conclusions suivantes :

1° La couche osseuse qui sépare les racines de la face externe du maxillaire est d'autant plus épaisse que la dent est plus postérieure. Inversement, la couche interne s'amincit au fur et à mesure que l'on se reporte en arrière. *Les ostéo-phlegmons ont d'autant plus tendance à évoluer vers la table interne qu'ils émanent d'une dent plus postérieure ;*

2° Autre fait. Les lignes obliques externe et interne sont très obliques en bas et en avant. Or, sur la ligne oblique externe s'attache le buccinateur, au-dessus de lui, la collection sera vestibulaire, au-dessous jugale. Sur la ligne oblique interne s'insère le mylohyoïdien. Au-dessus, c'est le plancher buccal ; au-dessous, la olge sous-maxillaire et la porte ouverte vers le cou.

Etant donné l'obliquité de ces lignes, les ostéo-phlegmons auront d'autant plus de tendance à s'ouvrir au-dessous du mylohyoïdien ou du buccinateur, qu'ils émaneront d'une dent plus postérieure et à racines plus longues.

Tous ces ostéo-phlegmons s'accompagnent d'un trismus « d'autant plus intense que les lésions se rapprochent davantage de l'alvéole de la dent de sagesse et du segment angulaire de la mâchoire » (Truffert).

De ce qui précède, il résulte que ces ostéo-phlegmons peuvent siéger sur la table externe ou sur la table interne de l'os.

Voici la description que donne Sébileau de *l'ostéo-phlegmon de la table externe.*

« Cet ostéo-phlegmon, fait en même temps saillie « dans la région sous-maxillaire et dans le vestibule « de la bouche. Il n'efface pas toujours, ne soulève « même pas toujours le cul-de-sac gingivo-jugal au « fond duquel on perçoit plus ou moins nettement, « selon les cas, un empâtement profond ; en compri-

« mant, même légèrement, dans le vestibule de la « bouche, la face externe de la mâchoire, particulièrement sur le rempart alvéolaire de la dent infectée, « on provoque ordinairement une douleur vive ; là, « d'ailleurs, la muqueuse est toujours rouge, souvent « tuméfiée et œdémateuse. Le pus de ces ostéo-phleg- « mons, selon la hauteur de l'os où la perforation s'est « opérée, s'oriente soit vers la bouche (cul-de-sac gin- « givo-jugal), soit vers l'extérieur (région sous-maxil- « laire haute). Bien des fois j'ai vu la suppuration « décoller le périoste et se faire jour dans la bouche, « autour du collet de la dent, par la sertissure de la « gencive. » (M. Sebileau).

Truffert reprend ainsi le tableau clinique *des ostéo-phlegmons internes et inférieurs de Sebileau* suivant que la perforation se fait au-dessus ou au-dessous du mylohyoïdien.

« α) *Perforation au-dessus du mylohyoïdien*, c'est l'ostéo-phlegmon interne de M. Sebileau. — L'empâtement débute à la face interne du corps du maxillaire, collé contre l'os, à la partie externe du plancher de la bouche et séparé nettement du bord inférieur de l'os par un sillon. Rapidement, au bout de 24 ou 48 heures, la masse inflammatoire s'étend, envahissant plus ou moins largement la face interne du corps du maxillaire inférieur.

La tuméfaction apparaît alors au-dessous du maxillaire, présentant un maximum sous-maxillaire, angulo-maxillaire ou sus-hyoïdien suivant le siège de la dent cariée, point de départ de l'infection. Elle refoule au-devant d'elle les organes de ces régions, et en particulier les ganglions qui peuvent être perçus à la surface. Le plus souvent ceux-ci sont pris dans la masse inflammatoire qui avoisine la collection et ne peuvent être perçus.

La dysphagie est très marquée du fait de l'envahissement toujours très étendu du plancher de la bouche. Les mouvements de la langue réveillent une douleur très vive pouvant irradier vers l'oreille ; la gêne de déglutition qui en résulte se manifeste par l'écoulement, au niveau de la commissure, de la salive dont la sécrétion est augmentée.

La fétidité de l'haleine est plus accentuée dans cette variété.

Le *sillon gingivo-jugal est libre, non douloureux, sauf à la pression au niveau de l'alvéole infecté.*

Par contre, lorsque, après avoir vaincu le trismus, le doigt explore *le plancher de la bouche*, on perçoit une *masse dure, résistante, douloureuse*, s'étendant plus ou moins loin suivant le volume de la collection, on arrive également à sentir souvent le prolongement antérieur de la glande sous-maxillaire refoulé par la masse inflammatoire.

Au bout d'un temps variable, généralement 3 ou 4 jours, pendant lequel le malade éprouve des douleurs atroces empêchant le sommeil, et présente les symptômes généraux propres à l'intensité de l'infection, la collection s'abcède.

Elle vient s'ouvrir au plancher de la bouche, à peu de distance du maxillaire, et les signes douloureux de tension de la poche s'atténuent ; mais la suppuration persiste en général longtemps.

Dans certains cas, le pus fusant à travers le mylohyoïdien ou contournant son bord postérieur, la tuméfaction apparaît au-dessous du bord inférieur du maxillaire. Cette tuméfaction sous-maxillaire est primitive lorsque la perforation osseuse siège au-dessous du mylohyoïdien.

β) *La perforation se fait au-dessous des insertions du mylohyoïdien ;* c'est l'ostéo-phlegmon inférieur de M. Sebileau. — Cette variété est le véritable pseudo-adéno-phlegmon.

La suppuration se collecte en effet « dans la partie haute du cou, respectant presque complètement l'étage inférieur de la face », dans cette région où l'on a coutume de localiser les ganglions sous-maxillaires.

Le *sillon gingivo-jugal* est complètement libre et souvent non douloureux.

Le *trismus* est d'emblée intense.

Le *plancher de la bouche* est rapidement dur et infiltré.

Ces abcès sous-mandibulaires s'ouvrent toujours à l'extérieur et c'est eux qui, suivant leur siège, simulent le plus complètement, les adéno-phlegmons sus-hyoïdiens, sous-maxillaires ou sous-angulo-maxillaires. »

Ajoutons qu'il se produit un gros œdème fluxionnaire du cou s'étendant parfois très bas.

Abcès périostique juxta amygdalien. — *Escat et son élève Gibert* ont isolé un abcès juxta amygdalien dont le propre est de siéger dans la région de l'épine de Spix, entre le ptérygoïdien interne et la mandibule, en arrière du ligament ptérygo-maxillaire. Il en résulte une irritation du nerf dentaire inférieur, du nerf lingual et du constricteur supérieur du pharynx, d'où :

1° des douleurs maxillo-pharyngo-linguales ;

2° une dysphagie à la fois mécanique et inflammatoire par irritation du constricteur supérieur du pharynx, du ligament ptérygo-maxillaire, et par refoulement de l'amygdale ;

3° un trismus d'abord réflexe, puis de nature inflammatoire par myosite du ptérygoïdien interne et par rétraction du ligament ptérygo-maxillaire.

Cette inflammation peut se résoudre spontanément, mais avec une grande lenteur. Le plus souvent, il y a abcédation avec issue du pus soit autour de la dent de sagesse, soit plus fréquemment vers la partie externe du segment inférieur du bourrelet ptérygoïdien, soit enfin vers la partie inférieure de l'espace, dans la région sous-angulo-maxillaire.

La constriction des mâchoires est le reliquat le plus fréquent de cet abcès. Elle ne cède qu'avec une lenteur désespérante, quelques mois après la disparition de tous les signes.

Evolution. — Dès que le pus de la collection a fait son issue, l'apaisement est total, la fluxion disparaît en 24 ou 48 heures.

Il subsiste une fistule muqueuse qui ne se tarira qu'après l'ablation ou les soins de la dent causale.

D'autres fois, heureusement assez rares, des ostéites, des cellulites, des adénites peuvent évoluer pour leur propre compte, nous les étudierons ultérieurement.

Diagnostic. — Le diagnostic de cet ostéo-phlegmon est, en général, des plus faciles. Le début par des

douleurs dentaires, la tuméfaction gingivale, la fluxion forment une triade symptomatique qui ne trompe pas.

1° DIAGNOSTIC DE LA FLUXION. — 1° Le décor infectieux, fébrile, au milieu duquel se développent ces accidents locaux permet de rejeter facilement *les œdèmes apyrétiques :* urticaire, érythème polymorphe, engelure, ainsi que l'*eczéma aigu des paupières et le zona,* car ces deux lésions ne sont pas douloureuses au toucher.

2° *L'érysipèle* est essentiellement caractérisé par sa plaque. Elle naît au pourtour des orifices naturels : bouche, nez, œil, conduit auditif externe.

Elle s'étend excentriquement, envahissant le pavillon de l'oreille, le cuir chevelu, respectant le menton et le cou.

Cette plaque est toujours douloureuse, le malade ne peut se coucher sur elle. Elle est dure, épaisse, surélevée, chaude, de consistance chagrinée, rouge vineux ou écarlate ; la peau ne peut plus se plisser à son niveau.

Fait capital, elle est toujours entourée par *un bourrelet* que l'on voit souvent et que l'on sent toujours, et c'est à son *niveau que se trouve le maximum de douleur, de chaleur et de rougeur* (Milian).

A son apogée, l'érysipèle œdématie les paupières, les lèvres, les oreilles et s'il est né au niveau de la racine du nez, il s'étend symétriquement à tout le visage, en donnant au malade l'aspect d'un « magot chinois ». L'érysipèle gagne rarement les muqueuses.

3° Les œdèmes faciaux seront également discutés :

a) *la dacryocystite suppurée*, avec péridacryocystite, outre ses signes prémonitoires entraîne une tuméfaction plus haut située que celle de la fluxion en rapport avec une lésion périapicale de la canine. Il y a du pus dans l'œil et on en fait sourdre en pressant sur le coin de l'œil. Le cathétérisme des voies lacrymales est impossible :

b) *la thrombo-phlébite de la veine faciale* s'accompagne d'une telle symptomatologie grave que la pensée s'en écarte aussitôt ;

c) *un furoncle du vestibule nasal* engendre un œdème inflammatoire de l'aile du nez avec tuméfaction du sillon gingivo-labial qui pourrait en imposer pour un accident dentaire ;

d) *l'adénite génienne aiguë* est caractérisée par sa masse arrondie, dans la joue, sa périadénite et la lésion déchaînante ;

e) la notion d'épidimicité, la bilatéralité et le siège de la tuméfaction permettront d'éliminer *les oreillons.*

4° Ce n'est qu'en dernière analyse et à titre exceptionnel, que l'on pensera à l'*œdème malin des paupières* (charbon) avec ses vésicules et ses eschares, et à *la morve aiguë* avec son jetage nasal.

2° DIAGNOSTIC DE LA TUMÉFACTION GINGIVALE. — 1° Les tuméfactions inflammatoires aiguës vestibulaires au niveau des maxillaires supérieurs sont toujours d'origine dentaire. La sinusite d'origine nasale ne s'extériorise pas.

Au niveau de la mandibule, sur la table externe, il faut songer aux abcès migrateurs de Chompret et Lhirondel, en rapport avec un accident d'éruption de la dent de sagesse et à titre de rareté aux ostéites corticales sur lesquelles Dechaume est récemment revenu. L'interrogatoire et la radiographie étayeront le diagnostic.

Les ostéo-phlegmons de la table interne soulèvent le problème tant débattu et magistralement exposé par le Professeur Sebileau et par Truffert de l'adéno-phlegmon. Selon eux, l'adéno-phlegmon secondaire à une lésion dentaire n'existe pas, sauf s'il y a lésion muqueuse.

La tuméfaction de l'ostéo-phlegmon est encadrée par l'os et fait corps avec lui. L'adéno-phlegmon « est l'empâtement dur, épais, qui remplit et déborde la loge sous-maxillaire » (Lejars). Il n'est pas adhérent à l'os.

« Dans l'*adéno-phlegmon, au début, le plancher de la bouche garde toute sa souplesse*, contrairement à l'opinion de Verneuil. En effet, les chaînes ganglionnaires qui reçoivent les lymphatiques buccaux ont une situation superficielle. C'est seulement quand la cellulite périganglionnaire est intense que l'on peut percevoir une résistance au niveau du plancher buccal ; résistance qui n'atteint jamais la dureté de la périostite phlegmoneuse. En résumé, dans l'*ostéo-périostite phlegmoneuse, la tuméfaction s'étend de la profondeur vers la superficie ; dans l'adéno-phlegmon de la périphérie vers la profondeur.*

Le trismus *précoce et serré dans l'ostéo-périostite* surtout quand elle atteint la région angulo-maxillaire est plus *tardif dans l'adéno-phlegmon.* » (Truffert.)

Certains ostéo-phlegmons inférieurs du bord basilaire de la mâchoire ressemblent à s'y méprendre à l'adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire de Chassaignac.

« Cet adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire n'est pas un phlegmon du département sous-maxillaire, mais bien un phlegmon du département jugulo-carotidien ; il se développe autour de ce ganglion qui occupe, un peu en avant du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, la place où la veine faciale antérieure débouche de la glande sous-maxillaire et la veine faciale postérieure de la glande parotide. Des ulcérations de la langue, des amygdales et du département postérieur des joues ou des gencives peuvent engendrer l'adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire, comme des ulcérations des lèvres ou du vestibule nasal peuvent engendrer l'adéno-phlegmon sous-maxillaire. Mais, en tant qu'abcès odontophatique, le phlegmon qui siège sous l'angle de la mâchoire est, comme le phlegmon qui siège sous le bord inférieur de celle-ci, un ostéophlegmon. Il y a cependant ici une difficulté nouvelle, venue de la dent de sagesse. En effet, cette dent ne provoque pas seulement des accidents par les lésions de pulpite ou de radiculite dont elle peut, comme les autres dents, être atteinte ; elle en provoque encore par les lésions des parties molles que son éruption peut engendrer : aussi, pour ce qui la concerne, le diagnostic se pose-t-il quelquefois réellement quoique exceptionnellement, entre l'ostéo-phlegmon consécutif aux infections de la dent ou de l'alvéole et l'adénophlegmon consécutif aux ulcérations de la gencive. J'attache ici encore une très grande importance au trismus qui, dès l'instant qu'il est très violent, commande pour ainsi dire le diagnostic de complication osseuse. » (M. Sebileau.)

« L'*abcès péri-amygdalien* doit être également différencié de l'ostéo-périostite phlegmoneuse de la face interne de la branche montante. Il est toujours secondaire à une angine. Il entraîne une dysphagie initiale, atroce, absolue, un trismus tardif et léger. La tuméfaction est avant tout vélique. Pas d'empâtement ni de douleur, dans ces régions angulaire, sous et rétro-angulaire. » (Truffert).

Traitement. — Le *traitement* de l'ostéo-phlegmon comporte :

1° l'évacuation de la collection péri-apicale ;
2° l'évacuation de la collection périmandibulaire ;
3° le traitement du foyer osseux.

La thérapeutique varie d'abord suivant la gravité des lésions, et, pour une même gravité, suivant l'importance du foyer périmandibulaire et du pertuis qui le relie à la collection péri-apicale.

Dans les cas d'*infection légère*, la *trépanation de la dent* (si celle-ci vaut la peine d'être conservée), *l'ouverture vestibulaire de la collection sous-périostée* suffisent, en général, pour la rétrocession de tous les phénomènes. Ultérieurement, la dent pourra être soignée et guérie par les soins dentaires habituels ou par curettage péri-apical.

Dans les cas plus sérieux, l'avulsion est, au contraire, indispensable, et elle doit être faite d'urgence.

a) Dans plus de la moitié de ces cas, le pus fait son issue par l'alvéole dès que l'on a retiré la dent. Une pression continue sur la tuméfaction vestibulaire permet d'évacuer la collection sous-périostée par l'alvéole. *Avulsion, expression alvéolaire,* telle est en résumé la technique du Professeur Sebileau.

Doit-on faire un *curettage alvéolaire* ? Nous pensons qu'il est préférable de s'en abstenir. Ce curettage nous paraît inutile et dangereux, car il est aveugle, et risque d'ensemencer du tissu sain si la curette est maniée avec force.

b) Mais lorsque la périmandibulite est trop importante, que la collection périapicale est située profondément dans l'os et n'est reliée à la collection sous-périostée que par un trajet long et fin, l'expression alvéolaire n'est plus suffisante. Il faut compléter par une large incision vestibulaire faite au point culminant le plus fluctuant et le plus douloureux ; et, pour ne pas s'égarer dans les tissus mous, on devra longer l'os qui est un bon guide. Cette manœuvre permet d'atteindre sûrement la collection *puisque son point de départ est osseux.*

Il est exceptionnel que l'on soit amené à pratiquer une intervention par voie cutanée et, dans ce cas, le drainage filiforme est, en général, suffisant et ne laisse derrière lui aucune cicatrice.

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Diagnostic de la tuberculose rénale, par le Dr Edmond PAPIN, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph. 1 vol. in-8° de 80 pages avec 4 planches hors texte. Prix : 22 fr. Paris. Gaston Doin et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1932)

Peut-on compter l'or parmi les éléments de la matière vivante? — M. Gabriel BERTRAND montre que l'existence de l'or parmi les éléments de la matière vivante végétale ou animale n'a pas encore été démontrée.

Courbes de la déperdition et du métabolisme en fonction de la température extérieure, chez l'homéotherme au repos. — MM. A. AUGUET et J. LEFÈVRE.

Utilisation de la spectrographie de races en histochimie. (histospectographie). — MM. A. POLICARD et A. MOREL.

Action du cuivre métallique sur les germes des eaux d'alimentation. — MM. PILOD et CODVELLE. On connaît les propriétés germicides de certains métaux : argent, cuivre, mercure.

Les auteurs ont entrepris des études sur le pouvoir germicide du cuivre. On peut conclure de leurs expériences que le cuivre serait un agent imparfait d'épuration des eaux d'alimentation, en raison de la lenteur relative de son action.

Par contre, le pouvoir germicide du cuivre pourrait être utilisé avec avantage pour conserver dans des réservoirs, pendant plusieurs mois, des eaux de pluie ou des eaux de source peu souillées. Les eaux ainsi traitées ne renferment que des traces indosables de cuivre dont il est aisé de se débarrasser par filtration rapide sur sable ou sur coton.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1932)

En ouvrant la séance, M. Meillère, président, a prononcé l'allocution suivante saluée par de vifs applaudissements :

« L'Académie, à l'occasion du jugement intervenu dans l'affaire de Lübeck, est heureuse de s'associer au verdict qui met hors de cause le vaccin B. C. G. et renouvelle à M. Calmette l'expression du vif intérêt qu'elle prend à ses remarquables recherches. »

M. Calmette a répondu :

« Je désire remercier notre président et tous mes collègues de l'Académie pour la sympathie qu'ils veulent bien me témoigner. Cette sympathie a été pour moi un précieux réconfort pendant les heures douloureuses qu'il m'a fallu vivre. Je leur exprime ma plus vive gratitude. »

De nouveaux et très vifs applaudissements ont accueilli cette réponse.

M. le PRÉSIDENT annonce la mort de M. le médecin général de 1re classe de la marine Henry Girard, membre associé national, et il donne lecture du discours qu'il a prononcé à ses obsèques au nom de l'Académie.

M. BROCQ-ROUSSEU donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Labat (de Toulouse), membre correspondant dans la section vétérinaire, récemment décédé.

A propos du procès-verbal. — M. Arnold NETTER prend la parole au sujet de la communication de M. Plazy dans la séance du 2 février. Il insiste sur la nécessité de la recher-

che de manifestations inapparentes du typhus endémique bénin chez les matelots des équipages de la marine de guerre à Toulon.

Rapport. — **Les débits de boissons.** — M. Sieur donne lecture de son rapport sur les débits de boissons alcooliques. Ce rapport se termine par le vœu suivant : 1° Que le Parlement tenant compte des graves dangers que le trop grand nombre de débits de boissons fait courir à la morale, à la santé et à la fortune publiques, en favorisant l'alcoolisme dans toutes les classes de la société, prenne les dispositions nécessaires pour limiter le plus possible et dans le plus bref délai le nombre des débits de boissons alcooliques ;

2° Qu'en attendant une nouvelle législation, le ministre de la Santé publique veuille bien inviter les préfets et les municipalités à appliquer rigoureusement à ces établissements les lois, décrets et règlements qui les régissent à l'heure actuelle et à refuser toute ouverture nouvelle de débits ;

3° Qu'il soit défendu de servir dans les débits de quelque nature qu'ils soient des boissons alcooliques à consommer sur place aux enfants au-dessous de seize ans.

Le tout sous sanctions sérieuses et effectives.

L'Académie examinera ce vœu dans quinze jours.

Le traitement de la fièvre exanthématique. — MM. L. Plazy, Germain et M. Plazy étudient le traitement de la fièvre exanthématique par le sang total de convalescent de la même maladie. Ils montrent notamment que l'efficacité de ce traitement semble nettement fonction de sa précocité.

Le traitement du diabète à l'hôpital. — M. Marcel Labbé expose les résultats d'une année d'expérience dans son service hospitalier.

Il montre que les complications cardio-vasculaires et rénales entrent pour un pourcentage très élevé dans la mortalité des diabétiques. Elles équivalent presque au danger de la tuberculose.

Bien traité et bien surveillé, le diabétique vit toujours dangereusement et l'on ne saurait user de trop de soins pour le maintenir en bon état de résistance et pour lutter contre les moindres complications qui peuvent se présenter chez lui. Les résultats obtenus par M. Labbé sont déjà supérieurs à ceux qu'on obtenait il y a quelques années, il est certain qu'on obtiendra mieux encore.

Election. — On procède à l'élection de deux associés étrangers. Les candidats étaient ainsi classés :

En première ligne : MM. Roux (de Lausanne) et Marinesco (de Bucarest).

En deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Madsen (de Copenhague) ; Mayo (de Rochester) ; Morquio (de Montevideo) ; Sanarelli (de Rome) ; Sherrington (d'Oxford). Adjoint par l'Académie : M. Viggo Christiansen (de Copenhague).

Le premier scrutin donne la majorité à M. Roux (de Lausanne).

Un deuxième scrutin très disputé donne la majorité à M. Marinesco (de Bucarest).

En conséquence, MM. Roux et Marinesco sont proclamés membres associés étrangers.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(Séance du 3 décembre 1931)

Apoplexie séreuse post-arsénobenzénique terminée par la guérison. — MM. J.-A. Chavany et Raymond Tournay relatent le cas clinique d'une femme de trente ans, indemne de syphilis cérébrale cliniquement appréciable ; trois jours après une piqûre de novarsénobenzol de 0 gr. 45, cette femme présenta un état comateux, qui débuta brusquement par une série de crises épileptiques subintrantes, et qui se prolongea pendant soixante heures. La déviation conjuguée de la tête et des yeux donnait l'impression d'une lésion organique importante du parenchyme cérébral. L'issue heureuse et rapide, — éventualité rare en cas d'apoplexie séreuse — les pousse à croire qu'il s'est seulement agi d'une poussée d'œdème aigu cérébral, analogue à celles qu'on observe chez certains cardiaques asystoliques avec vaso-dilatation intense des artères du cerveau et inondation séreuse du tissu cérébral. La ponction lombaire fut pratiquée quelques heures après le début des accidents. Il y avait grosse dissociation albumino-cytologique. La malade était une dystonique du sympathique, sujette à de fréquentes crises urticariennes.

Elle avait présenté, le lendemain de l'injection de novarsénobenzol, un accès fébrile et un érythème rubéolique, qui avaient disparu au moment de l'apoplexie séreuse.

Section du nerf auditif pour vertige. Guérison. — MM. H. Velti et M. Ombrédanne. — La section du nerf auditif dans un cas de vertige labyrinthique très intense, accompagné de surdité et de « paralysie cochléo-vestibulaire » totale, a permis d'obtenir une guérison immédiate et définitive.

L'action eutrophique du liquide céphalo-rachidien. — M. F. Negro a eu l'occasion de voir mourir, en vingt-six jours, dans un état de cachexie et de momification remarquable, un malade qui avait gardé, à la suite d'une intervention rachidienne, une fistule méningée, par laquelle il perdait son liquide céphalo-rachidien.

Des chiens et des lapins furent opérés, et des fistules de liquide céphalo-rachidien furent réalisées chez eux. Ceux de ces animaux qui survécurent à l'opération moururent en cinq ou six jours, avec de l'asthénie, de l'amaigrissement, de la somnolence et de l'hypothermie.

Par contre, des cobayes, des souris, des lapins, soumis à des injections de liquide céphalo-rachidien, gagnaient du poids, et leur développement sexuel s'accélérait.

Ces propriétés sont susceptibles d'applications thérapeutiques. L'auteur a traité, par des injections de liquide céphalo-rachidien, des asthéniques, des impuissants, des femmes atteintes de troubles de la ménopause, et il a obtenu des succès très nets. Le métabolisme basal et le taux de l'hémoglobine se relèvent sous l'influence de ce traitement.

Quatre cas d'hématomes sous-duraux. — M. Van Gehuchten rapporte quatre cas d'hématomes sous-duraux et projette les photographies des lésions. Le diagnostic n'a été fait exactement qu'une fois, dans un hématome post-traumatique, et l'intervention a permis la guérison du malade. Dans un autre cas, le diagnostic de l'hématome sous-dural (pachyméningite hémorragique) était soupçonné, mais les signes cliniques avaient fait opérer à gauche, et l'autopsie montra que l'hématome était à droite.

Dans un troisième cas, le diagnostic fait était celui d'abcès du cerveau, mais l'intervention montra l'hématome. Malgré l'amélioration immédiate, qui s'était manifestée pendant l'opération, le malade mourut dans l'hyperthermie le lendemain. Dans la quatrième observation, la pachyméningite hémorragique a été une découverte d'autopsie.

L'évolution clinique et l'étendue des lésions donnent à penser que la lésion primitive est une hémorragie, mais que la vascularisation anormale de l'arachnoïde, au pourtour de l'hématome, réalise de véritables lacs sanguins, qui sont le siège de nouvelles hémorragies.

MM. BARRÉ, Cl. VINCENT, J. LHERMITTE, ROUSSY discutent cette pathogénie et rapportent des observations.

Crampes, myoclonies et paralysie périphérique du sciatique poplité externe évoluant depuis six ans chez un parkinsonien post-encéphalitique. Contribution à l'étude des phénomènes neuro-musculaires au cours de l'encéphalite prolongée. — MM. Georges GUILLAIN, Th. ALAJOUANINE et R. GARCIN présentent un malade, chez lequel une paralysie du sciatique, apparue dès la première atteinte d'une encéphalite, reste indélébile depuis dix ans, en même temps que s'est constitué un syndrome parkinsonien, qui vient signer la nature de cette atteinte du neurone périphérique. En outre, chez ce malade surviennent des crampes d'un type spécial au niveau des jumeaux internes, des soléaires, de la partie sous-costale du droit antérieur, survenant trente ou quarante fois par jour, encore plus marquées la nuit et de façon générale surtout dans la position couchée. Analysant les différents facteurs qui favorisent le déclenchement de ces crampes, les auteurs insistent sur le rôle de l'attitude en général, et du relâchement en particulier, dans le muscle qui va être atteint. Ils étudient les rapports de ces crampes avec les différents types de secousses musculaires dont les muscles intéressés sont le siège. Ces phénomènes crampoïdes paraissent différents, dans leurs caractères comme dans leur nature, des différents spasmes toniques et tétanoïdes décrits dans l'encéphalite.

Adénome de l'hypophyse avec troubles mentaux. Considérations sur quelques points de technique opératoire. — MM. Clovis VINCENT, Fanny RAPPOPORT et Henri BERDET présentent une malade opérée au début de novembre d'un adénome de l'hypophyse. Des troubles mentaux, très accusés, étaient apparus depuis quelques mois, en même temps que les signes d'hypertension intracranienne, et ils évoluaient parallèlement avec eux : confusion mentale, désorientation, incontinence, délire lors des crises de céphalée. Il y eut disparition complète des troubles après l'intervention.

L'incision fut pratiquée de telle façon qu'elle fût invisible, une fois les cheveux repoussés, sans cependant nuire à la clarté du champ opératoire. On fit un curettage contrôlé de toute la capsule de l'adénome, ce qui doit avoir pour résultat de rendre moins fréquentes les récidives. Les auteurs ajoutent qu'un autre progrès serait d'enlever complètement la capsule.

Un cas d'encéphalite aiguë à forme cérébelleuse pure. — MM. J. LHERMITTE et Jacques DE MASSARY présentent pour la deuxième fois une jeune fille, qui, ayant été atteinte en 1929 d'un syndrome cérébelleux pur secondaire à un épisode infectieux aigu, a été considérablement améliorée par un traitement de néosilbersalvarsan. Ils discutent à nouveau le diagnostic de sclérose en plaques, de maladie de Economo, d'ataxie de Leyden et se rattachent, en se basant sur l'évolution, à celui d'encéphalite aiguë, à forme cérébelleuse pure, due à un virus neurotrope voisin des 3 maladies précitées, mais différent cependant, et encore inconnu.

SOCIETE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1931)

Résultats éloignés de 82 myomectomies pour fibromes utérins. — M. Ch. MARTIN (Angers).

Un cas d'hémi-résection utérine suivie de gestation. — M. F.-A. PAPILLON (Paris).

Kyste dermoïde de l'ovaire à carapace osseuse ayant donné lieu par son évolution à deux erreurs de diagnostic, grossesse ectopique, rein mobile. (*Présentation de radiographies*). — M. ROMANT (Marseille).

Phlébite et périphlébites multiples d'origine métritique. — M. Maurice FABRE (Paris).

Le traitement des manifestations colibacillaires chez la femme. — M. Xavier COLANERI (Paris).

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1931)

A propos de la fécondation artificielle. — M. Robert JEUDON (Paris). — Bien que les premiers essais suivis de succès remontent au XVIIIe siècle, la fécondation artificielle, devenue pratique courante en art vétérinaire, semble abandonnée chez la femme. L'auteur apporte quatre cas personnels suivis de succès, et relate des observations en montrant que la méthode revient à la mode dans certains pays.

Ses indications sont strictement limitées aux stérilités de cause anatomique (Sténoses, déviations, anomalies morphologiques de la femme ou de l'homme). L'auteur décrit la technique, faite de petits détails dont dépend le succès. Il s'agit d'une « *insémination artificielle* », terme qu'il faudra substituer à celui, un peu prétentieux et ridicule, de « fécondation artificielle », généralement employé.

Mais à côté de la technique proprement dite, se posent des problèmes plus complexes relatifs au chimisme des sécrétions vaginales et utérines, dont les altérations sont souvent la cause essentielle de la stérilité, et qui est modifiable, tout au moins pour un temps suffisant pour pratiquer l'intervention.

Enfin, il faut tenir compte de la période optima de fécondabilité, qui semble se situer vers le 12e jour qui suit le début des règles.

Fibrome et grossesse. A propos d'un cas de coexistence. — M. H. REYNAUD (de Paris).

SOCIETE DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1931)

Greffe d'Albee. Mal de Pott lombaire. — MM. DAMBRIN et POMMEPUY présentent un cas de greffe d'Albee exécutée le 6 juin 1929 sur une malade atteinte d'un mal de Pott de la 3e lombaire, accompagné d'un gros abcès par congestion tombant dans la région crurale.

MM. Dambrin et Pommepuy rappellent les divers temps de la technique de l'opération d'Albee (préparation du lit du greffon, fente des apophyses épineuses en deux valves, prélèvement du greffon tibial, mise en place, etc., etc...). Appareils plâtrés et corsets orthopédiques immobilisèrent ensuite cette malade pendant de longs mois.

Le résultat acéuel est des plus satisfaisants. La colonne vertébrale a récupéré sa souplesse normale. L'abcès crural a totalement disparu.

Petites lésions linguales d'origine dentaire. — M. CADENAT. Un certain nombre de petites lésions linguales amènent actuellement, par suite de la propagande des centres anticancéreux les malades à consulter le médecin alors qu'autrefois ils n'y portaient aucune attention.

On arrive ainsi à dépister très précocement des lésions néoplasiques au début, mais également on doit fréquemment examiner des lésions basales d'origine dentaire. Pour

assurer sond iagnostic, et tranquilliser, à juste titre, le malade, il faut connaître le mécanisme de semblables lésions.

L'auteur insiste sur l'examen soigneux au doigt des bords triturants dentaires pour rechercher les saillies coupantes secondaires à la carie, au tartre et à l'usure de l'émail, et cela plus particulièrement au niveau des dents en position anormale ou munis de tubercules accessoires. L'examen lingual doit être répété quelques jours après la suppression de la cause, et toute hésitation levée par la biopsie.

Opération de Cunéo-Bloch modifiée pour cancer du rectum compliqué d'envahissement vaginal. — MM. Ducuing et Grimoud présentent en même temps que la malade sur laquelle ils ont pratiqué une opération de Cunéo-Bloch modifiée, la pièce opératoire extirpée. Il s'agit d'une femme de 45 ans présentant les signes cardinaux d'une néoplasie de l'ampoule rectale. Elle est admise au centre anticancéreux de Toulouse, dix mois après le début clinique de la maladie. A son arrivée dans cet établissement, l'examen local permet de constater l'étendue de la tumeur et l'infiltration de la paroi postérieure du vagin. En juin-juillet 1930, un anus iliaque gauche avec éperon est pratiqué, puis on installe un traitement curiéthérapique. Le 26 septembre 1931, sous rachi-anesthésie, les auteurs exécutent l'amputation étagée du rectum par voie périnéale. Mais au lieu d'extirper en entier la masse recto-utéro-vaginale,, ils procèdent à une modification du Cunéo-Bloch en conservant la paroi antérieure du vagin. Cette technique nouvelle, tout en respectant l'idée d'une exérèse large du rectum est moins mutilante, un peu plus rapide et permet la reconstitution d'un petit infundibulum vaginal édifié aux dépens de la paroi antérieure de ce conduit primitivement respectée.

(Séance du 19 décembre 1931)

Occlusion par adhérences du grêle au fond d'un sac herniaire chez un vieillard. — M. Boularan.

Les cancers du sillon glosso-épiglottique. — MM. J.-L. Ducuing. Ces cancers siègent dans une région mal explorée située aux confins de la chirurgie et de la spécialité. Ces néoplasmes frappent surtout les hommes, ce sont des épithéliomas le plus souvent spino-cellulaires. On peut isoler des formes ganglionnaires, asphyxiques, dysphagiques. Le pronostic est sombre, le diagnostic relativement aisé. Il faut surtout insister sur la valeur de la biopsie. Voici la ligne de conduite que proposent les auteurs malgré la lourde léthalité de cette affection.

1. Néoplasme localisé, sans ganglion ou avec ganglions non adhérents :

Sur la tumeur : radium ou électro-coagulation.
Sur les ganglions : curage.

2. Néoplasme localisé avec ganglions fixés :

Sur la tumeur : radium.
Sur les ganglions : radium ou radiothérapie pénétrante.

3. Néoplasme diffus avec ganglions non fixés :

Sur la tumeur : collier.
Sur les ganglions : curage.

4. Néoplasme diffus avec ganglions fixés :

Sur la tumeur : collier.
Sur les ganglions : collier.

Un cas de goitre plongeant. — M. Dieulafé.

CHRONIQUE

CULION
LA CITÉ DES LÉPREUX

Mme Burnet vient de publier un livre très beau, très bon et très émouvant sur un voyage qu'elle a fait il y a quelques mois aux Philippines à l'occasion de la Conférence de la Lèpre où son mari, notre éminent confrère et ami le Dr Etienne Burnet, représentait la France (1).

Le livre de Mme Burnet dépasse de beaucoup en intérêt et en portée les relations habituelles de voyage. Il est l'œuvre d'une femme de haute intelligence et de grand cœur qui est un écrivain de race. Il emprunte de plus aux circonstances actuelles un intérêt de toute première importance. Aussi ne résistons-nous pas au plaisir d'extraire quelques passages du chapitre que Mme Burnet a consacré à sa visite à *la Cité des lépreux*.

« Culion n'est pas un hôpital ni un sanatorium. C'est une ville de sept à huit mille habitants qui contient beaucoup de malades et d'hôpitaux et que je comparerais, à ce point de vue, à Berck-sur-Mer, s'il était possible de comparer une immense plage nordique, grise et plate, à une île de formation volcanique enveloppée de végétation et de lumière tropicales. Culion occupe un promontoire extrêmement accidenté, incisé de criques profondes, modelé en collines pittoresques, où la vue change à chaque pas...

Nous passâmes, pour entrer dans la colonie, une sorte de poste frontière où se tiennent des gardiens. A terre, près de la barrière, il y a un baquet de crésyl où l'on doit laver ses semelles quand on sort de chez les lépreux.

Nous suivions une belle allée de cocotiers. A gauche, la mer, tout près ; à droite, des rues très raides, grimpant la pente, même des rues à escaliers.

— Pourquoi, demandai-je, avoir choisi un terrain si difficile ?

— A cause de l'eau, qui descend ici de la montagne. Au commencement, on ne pouvait se rendre d'un point à l'autre de la colonie que par mer, avec une barque. Peu à peu, on a construit les routes. La terre rejetée en bas nous a donné ces avenues de cocotiers.

Nous passions devant des maisons en bois, des écoles, des ateliers. Les enfants étaient à leurs bancs ; des menuisiers à leur établi. Je vis une école professionnelle pour charpentiers, dirigée par des missionnaires protestants. Je lus cette enseigne sur un atelier de tailleurs : « Aux chevaliers de Pythias ». Tout ce monde était lépreux. Ceux qui travaillent pour la communauté reçoivent un salaire. Les autres ont leur clientèle. Nous arrivâmes à une rue bordée de boutiques où l'on vend des conserves, des bananes, du charbon de bois, du tabac, des gâteaux, des bougies, de la mercerie, de tout. Les marchands sont des lépreux, les clients des lépreux. Comme dans toute société, il y a division du travail et échanges. On frappe pour celle-ci une monnaie spéciale, qui se stérilise par flambage. Il y a une banque, succursale d'une grande banque de Manille.

Nous arrivâmes, au haut d'un raidillon, sur une esplanade entourée de grands arbres. L'espace du milieu était libre. Sous les arbres, une foule de gens rangés, non pas avec une régularité militaire, mais en bon ordre, sur plusieurs rangs ; d'un côté, des hommes ; de l'autre, des femmes, surtout de la jeunesse.

— Quand il y a des visiteurs d'importance, me dit mon guide, les lépreux se rassemblent ainsi, pour leur faire honneur.

Des lépreux ! il y en avait là peut-être un millier, et il y en a plus de cinq mille à Culion. Cette foule, des lépreux ! Une émotion indicible s'empara de moi ; je me raidis et je regardai. Une seule chose, à distance, me frappait ; leur propreté, leur tenue ; la même propreté qui m'avait tant frappée à Manille ; des vêtements blancs et nets. Je ne pouvais distinguer les traits. Il me sembla que sur les visages, dans les regards, il y avait je ne sais quoi d'étrange.

Le médecin-chef les salua, fit le tour de l'esplanade, parla à plusieurs, naturellement, cordialement. Point de discours. Un photographe prit des vues pour les membres de la conférence. Nous continuâmes notre chemin, tandis que les malades se dispersaient.

Nous entrâmes dans la vérandah d'un long pavillon ; on me dit que c'était l'une des cliniques. Les membres de la conférence s'assirent sur un rang de chaises que l'on avait préparées, face au pavillon, et les médecins de la léproserie, en blouse blanche, leur présentèrent des malades.

Dire que je suivis la séance dans tous les détails, que j'entendis toutes les explications, je ne puis. J'étais dans un état de demi-étourdissement et mon cœur battait à grands coups. Je n'avais pas peur : on m'avait dit que la lèpre ne se prend pas comme la scarlatine ou la rougeole et que je ne risquais rien. Mais la vue des malades me bouleversait. J'imaginais la destinée de chacun de ceux qui défilaient, depuis le jour où il avait appris qu'il était lépreux, jusqu'au moment présent, et plus tard.

— La plupart des lépreux n'ont pas besoin d'être alités, me dit le Dr Gomez. Comme des tuberculeux non avancés, ils vont et viennent, ils s'occupent, ils travaillent. Ils viennent ici une ou deux fois par semaine, pour le traitement. C'est pourquoi vous voyez tant de mouvement dans ce quartier. Tous ceux-ci ont des chances de guérir.

Les médecins, discutant entre eux, examinaient les symptômes. Je voyais des taches sur le dos et les bras, des taches claires, des taches brunes, des cercles rougeâtres, des oreilles et des sourcils gonflés, des fronts tuméfiés. Pour chacun je me demandais : « Qu'est-ce qu'il souffre ? Qu'est-ce qu'il pense ? » Avec l'idée que j'avais de la maladie, j'étais étonnée, troublée, de les voir si calmes, en apparence.

Les médecins montrèrent comment ils font le traitement. A chaque malade ils faisaient vingt, trente toutes petites piqûres, l'une tout près de l'autre, très vite. L'aiguille de la seringue me paraissait très courte et je remarquai qu'ils l'enfonçaient à peine. On m'expliqua que l'injection se fait dans l'épaisseur même de la peau, et que le médicament est préparé avec une huile végétale, l'huile de chaulmoogra, qu'on extrait des graines d'un arbre qui pousse dans l'Asie tropicale.

Les malades ne se faisaient pas prier. Il était visible qu'ils se prêtaient au traitement avec confiance.

— Combien de temps dure le traitement ? demandai-je.

— Très longtemps. Deux ans, trois ans, six ans, même davantage.

Nous passâmes au service suivant, consacré spécialement à l'examen des fosses nasales ; l'un des services les plus importants, me dit le Dr Gomez ; presque toujours le nez est plus ou moins pris, le nez est la grande source de contagion. L'un après l'autre, sans perdre de temps, les malades, d'eux-mêmes, prenaient place au fauteuil, la tête renversée en arrière, et le médecin, son miroir attaché au front, armé de pinces, d'aiguilles, de tampons, examinait, sondait, cautérisait. Je ne vis pas un seul médecin qui fût, non pas brutal, mais même brusque. Visiblement, les malades étaient habitués à cette douceur ; je pensais aux oiseaux qu'on ne chasse pas, qu'on n'effraie pas, et qui s'apprivoisent. Ils devaient souffrir, et pas un ne poussa de plainte. La dernière que je vis passer était une petite vieille qui avait sûrement plus de soixante-dix ans ; elle n'avait, à l'extérieur, presque plus de nez. Elle s'en alla toute seule, d'un pas menu. J'étais étonnée de pouvoir supporter ce spectacle. Etais-je déjà, moi aussi, par cette douceur, par cette confiance, apprivoisée ?

Nous assistâmes ensuite à un examen de *négatifs*. Après un certain temps de traitement, on ne trouve plus le microbe de la lèpre dans la peau et dans les fosses nasales du lépreux : on dit alors qu'il est négatif. C'est le commencement de la guérison. Mais il faut rester longtemps négatif pour être déclaré guéri, et, un jour, rendu à la liberté. « Voilà ce qui nous intéresse le plus », dit l'un des médecins de la conférence. Je pensai que pour les malades,

(1) Lydia BURNET (Anna SWAUSEA). *La Croix de Magellan* (voyage aux Iles Philippines). — Un volume in-8 de 243 pages, Denoël et Steele, édit., Paris.

c'était l'épreuve la plus émouvante, la plus terrible. Avec quel espoir, avec quelle crainte ils devaient y venir ! Il n'y avait qu'une question au monde : ce que le médecin allait trouver. Ils passaient l'un après l'autre, avec le même calme apparent. A chacun le médecin grattait l'intérieur du nez, coupait avec un fin ciseau, sur le bras, sur la poitrine, surtout au lobe de l'oreille, un tout petit copeau de peau, et il étalait cela sur une lame de verre. Ce soir, après l'examen microscopique, le malade saura. J'étais stupéfaite que, sous le ciseau, aucun ne criât ; les muscles de leur visage ne bougeaient même pas. Je me rappelai ce que j'avais entendu à l'examen des symptômes : les parties du corps où il y a la lèpre n'ont plus de sensibilité.

Hors du pavillon, faisant cercle devant la fenêtre, des lépreux, attroupés, regardaient ; pour eux aussi, spectateurs ce jour-là, l'examen des négatifs était la séance la plus émouvante ; ils regardaient, les bras pendants, les yeux attentifs, les traits immobiles. J'étais contente qu'on ne les écartât pas ; c'était encore un signe de la gentillesse qui est de règle à Culion. Mais leur impassibilité m'étonnait. Le Dr Gomez me dit qu'il y a très souvent chez les lépreux une légère paralysie des muscles de la face, qui leur donne cet air continuellement sérieux et triste. Je les regardais ; ils étaient à quelques pas de moi, je reconnaissais les stigmates sur les visages, les oreilles, les mains, et j'étais toujours troublée ; et cependant, si près d'eux, je n'éprouvais pas une horreur atroce ; je pouvais ne pas m'enfuir.

Des cliniques, nous devions aller aux hôpitaux où l'on soigne, au lit, dans des services de médecine et de chirurgie, les lépreux qui sont atteints d'autres maladies, les lépreux opérés et ceux qui traversent une phase d'exacerbation de la lèpre. La première salle où nous entrâmes, une dizaine de lits, était celle des femmes opérées. Je n'osais trop les regarder en face. Passant entre les lits, je les apercevais de côté, les unes couchées, les autres assises, ou demi-assises sur leur lit. L'une attira mon regard et je ne pus m'empêcher de m'approcher d'elle. Elle était couchée et me parut très abattue. Il n'y avait pas de stigmates de lèpre sur son visage. Je m'arrêtai au pied de son lit. C'était une lépreuse qui avait été opérée la veille d'appendicite aiguë. Il faisait très chaud. On avait écarté la moustiquaire de tulle, et deux autres lépreuses, avec des éventails, doucement, lui rafraîchissaient le visage. Je suivais le jeu gracieux de ces éventails, si familiers à toute femme philippine qu'ils paraissent aussi naturels au bout de son bras qu'une fleur au bout de sa tige ; des éventails, petits, légers, qui venaient sans doute du Japon ; et à moi-même, ils faisaient du bien, ils rafraîchissaient mon esprit, ils le détournaient un instant de l'effroyable maladie.

Mais dans le pavillon d'hôpital où nous entrâmes ensuite, j'eus la vision de la lèpre au Moyen âge. Tandis que les sœurs allaient et venaient et donnaient leurs soins avec autant de tranquillité que s'il ne s'agissait pas d'une maladie contagieuse, et de la lèpre, je vis une réalité pire que ce

que j'aurais jamais pu imaginer ; des corps, comme disent les descriptions du Moyen âge, « hideux et repoussants » ; je voulais en détourner mes yeux et je ne pouvais pas. La vision s'était emparée de moi. Des bras, des jambes, au bout desquels il y avait de gros pansements en boules, comme des gants de boxeurs, enveloppant des plaies, avec du sang qui avait traversé ; et des pieds et des mains déformés, mutilés et réduits en moignons. Je vis sur le drap d'un lit deux bouts de bras, étendus comme les bras d'un malade qui se repose ; il n'y avait plus de doigts ; l'avant-bras était décharné, desséché, inanimé, une chose, un outil primitif gauchement taillé dans du bois. Des pieds rétractés, des anciens pieds de Chinoises. Des doigts et des mains recroquevillés comme à la suite d'atroces brûlures. Des jambes sans pied parce qu'il avait fallu amputer ou parce que la lèpre avait amputé elle-même. Des jambes, des bras, couverts de nodosités ulcérées et purulentes, ou de taches et de zébrures rougeâtres, noirâtres, livides. Les visages aussi s'imprimèrent dans mes yeux : tuméfiés, plissés, creusés, boursouflés, sans sourcils, sans cils ; des oreilles gonflées et violacées dont le lobe pendait ; des « nez en lorgnette », enfoncés dans la face, ridiculement petits ; des bouches tirées d'un côté ou d'un autre, tordues ; une face où il n'y avait plus ni bouche ni nez, mais une brèche béante dans de la chair sanieuse. Pas un seul visage simplement humain. Les plus épargnés étaient défigurés par quelque déformation des joues, du front, de la bouche, privés à jamais de la lumière du sourire, la paralysie dont m'avait parlé le docteur y ayant posé un masque d'inertie, de tristesse ou de stupidité. Le plus horrible, c'était, entre des paupières rétractées et incapables de se refermer, aux bords sanguinolents comme si on les avait coupées, deux yeux sans blanc ni pupilles, deux boules immobiles de pus jaunâtre. Par-ci par-là, d'un visage monstrueux, sortait un regard, effrayant d'indifférence apparente, à la fois désespéré et honteux. C'est ce regard que j'osais le moins regarder. Je sentis mes jambes se dérober sous moi, l'air commençait à me manquer ; je tendis ma volonté pour arriver jusqu'à la porte de sortie sans défaillance, surtout sans avoir l'air de courir. J'arrivai. Je respirai largement. L'air me fit du bien et je pus me ressaisir. Mais je renonçai à poursuivre la visite des hôpitaux...

Le docteur Gomez s'aperçut sans doute de ma crise, car il me proposa de monter jusqu'à un belvédère pour voir l'ensemble de la colonie. Par un escalier monumental nous arrivâmes au sommet de la colline, au-dessus d'une place qui s'appelle place Rizal, sur laquelle se dresse, parmi des fleurs splendides, la statue de José Rizal.

Je voyais à mes pieds les longs toits des cliniques et des hôpitaux, d'où nous venions ; d'un côté le quartier du fort et des internats ou *dormitories* des femmes non mariées qui vivent sous le patronage des sœurs ; de tous côtés, de jolies rues perdues dans les palmes et bordées de maisonnettes philippines en bambou et nipa. Plus loin, séparée de celle où j'étais par un vallon, une autre colline en dôme, couverte de centaines et de centaines de petites maisons de lépreux, à parois et toitures en feuilles de palmier : elle avait l'air d'un immense rucher.

De là nous prîmes la rue qui suit la crête. Du côté opposé à celui de notre arrivée à Culion, je découvrais l'autre baie, aux contours délicieux, et sur les pentes qui l'entourent des maisonnettes et encore des maisonnettes de lépreux.

— Les lépreux campagnards, me dit le docteur ; nos pourvoyeurs en légumes. Cette agglomération s'appelle Pilapilan. Nous y avons un dispensaire et nous y faisons le traitement une fois par semaine.

J'apercevais sans cesse des lépreux, mais à distance, des passants comme les autres, et la splendeur de la lumière, les arbres à fleurs en longues grappes et les palmiers m'enchantaient comme un Eden océanien.

Une belle auto vernie nous dépassa.

— Un marchand chinois, dit le docteur ; un lépreux.

Une route se détachait de la nôtre et filait vers l'intérieur de l'île. Je demandai s'il y avait des habitants ailleurs que dans la colonie.

— L'île n'a pas d'autres habitants que les lépreux et ceux qui les soignent. Nous avons, à quelque distance, une station agricole pour diriger nos lépreux agriculteurs. La route va plus loin encore, au delà de cette montagne, jusqu'à une plaine où nous installerons bientôt une seconde colonie pour les lépreux guéris qui ne peuvent retrouver leur place dans la société. Il faut avoir vécu un certain temps ici pour savoir à quel point cette nouvelle route a changé la vie à Culion. On devrait l'appeler : route de la liberté. La pire souffrance des lépreux est de sentir qu'ils ne sont pas libres. Cette route leur permet des promenades plus longues. Le dimanche vous y rencontrez des autos chargés d'excursionnistes, comme autour de toutes les villes.

J'avais pris rendez-vous pour l'après-midi avec la sœur Exupérie. Je la trouvai dans le dortoir de ses jeunes filles. Elle me raconta comment elle était arrivée à Culion, un jour de l'an 1906, en compagnie du célèbre Dr H... (1) et du premier convoi de lépreux. Il n'existait alors qu'un tout petit village, Balala, serré contre le pied de la montagne. On avait tracé le plan d'une colonie grande comme une ville, taillé dans la montagne pour faire des chemins, jeté la terre en bas pour gagner de l'espace sur la mer.

— Maintenant, vous voyez, nous avons une vraie ville. Mais il n'y a pas assez d'églises.

Les fillettes et les jeunes filles avaient un air de bonne santé. Après ma visite du matin à l'hôpital, je ne pouvais en croire mes yeux. Seulement, sur des joues bien pleines, la peau lisse, tendue, était par places d'un bleu violacé comme l'épiderme de l'aubergine, ou le visage des enfants quand ils ont mangé des mûres. La sœur me dit que c'est l'effet du remède injecté dans l'épaisseur de la peau et que cela disparaît avec le temps.

Je remarquai, tout le long des murs, un grand nombre de coffres en bois peint.

— Leurs petites affaires personnelles, dit la sœur ; leur propriété ; elles ont besoin de l'avoir tout près d'elles.

Le petit monde féminin se livrait à ses occupations de l'après-midi ; l'une, au piano, chantait ; d'autres repassaient, cousaient, brodaient, faisaient des fleurs artificielles. Elles n'avaient pas l'air triste, mais toujours un je ne sais quoi dans leur regard, que je ne pouvais définir.

Sœur Exupérie me montra le dortoir des femmes mariées, dont le mari est resté au pays. Il n'est pas lépreux...

— Mais il peut le devenir, et il viendra retrouver sa femme.

— Dites-moi, ma sœur, ces pauvres gens sont très, très malheureux ?

— Oui. Oui et non. Au commencement, quand ils viennent d'apprendre qu'ils sont lépreux, oui. Ils arrivent ici épouvantés et dépaysés. Bientôt, ils s'habituent.

— Ils se résignent ?

— A la maladie ? Cela, on ne peut pas le dire. Ils n'acceptent pas l'idée de la maladie définitive. L'homme ne peut pas croire qu'il sera toujours malade. Ils espèrent guérir. Nous faisons tout pour qu'ils reçoivent le traitement avec courage, avec patience. Il en faut beaucoup, le traitement est très long. Sans le traitement, Culion serait l'Enfer dans ce monde-ci. Le Bon Dieu n'a pas voulu cela.

— Mais, repris-je, tous ces hommes et toutes ces femmes...

— C'est la grande question. Nous y faisons attention. La plupart sont des êtres simples, qui se laissent aller. Il y a beaucoup d'immoralité quand ils arrivent, surtout chez les hommes et les femmes séparés de leur conjoint. Ils cherchent à se consoler entre eux. Le plus souvent, c'est la femme qui commence. Au début je n'avais pas d'espoir. Cet attrait-là est plus fort chez les lépreux que chez les autres hommes, peut-être à cause de leur misère. Comment interdire l'amitié, la tendresse ? Comment séparer le sentiment d'avec le corps, leur pauvre corps ? Ah ! sans la religion...

Elle sortit d'un tiroir une assez grande photographie qui représentait la fin d'une procession de la semaine de

(1) Nous croyons savoir qu'il s'agit du docteur Heiser, inspecteur général de l'hygiène, représentant de la Fondation Rockfeller et fondateur de Culion. — *N. D. L. R.*

Pâques. Toutes les lépreuses étaient rassemblées, vêtues de blanc, parées de guirlandes de fleurs, autour d'un échafaudage fleuri. De la machinerie descendait, planant dans l'air, une jeune fille costumée en ange. Elle soulevait le voile qui couvrait une figure en dessous. Je ne compris pas très bien le symbole.

— Vous voyez mes filles : c'est comme si elles étaient dans un pensionnat. Ces pauvres gens ont perdu leur vie, il faut bien leur en donner une nouvelle, avec des compensations. Il faut que Culion ait bonne réputation, pour que les lépreux n'aient pas peur d'y venir. S'il n'y avait pas la maladie, ils seraient ici comme dans un jardin. On les soigne, on les instruit, on les amuse... Mais qu'est-ce que serait Culion sans la religion et sans le traitement ! répéta-t-elle, en joignant les mains.

Elle m'apprit qu'il y a environ quatre-vingts naissances par an à la colonie. La lèpre, comme la tuberculose, est contagieuse et n'est pas héréditaire. Pour sauver ces enfants de la lèpre, il faudrait les éloigner des parents dès la naissance. Les médecins n'osent pas. Sous les tropiques, l'allaitement artificiel est difficile, trop d'enfants meurent. On ne veut pas que les parents aient cette misère de plus. On leur laisse leurs enfants jusqu'à l'âge de six mois. A six mois ils sont transférés à la *nursery*, et à deux ans dans une colonie spéciale pour enfants, Wellfareville, tout près de Manille. La lèpre est chez eux tout à fait exceptionnelle et chaque fois qu'elle s'est manifestée on l'a rapidement guérie.

La *nursery* est en dehors de l'enceinte infectée. Sœur Exupérie et moi, nous trempâmes nos semelles dans le crésyl.

. . . .

Je vis que parmi ces enfants les uns étaient plus vigoureux que les autres, mais aucun n'avait la lépre ni aucune autre maladie, et la sœur m'assura que les enfants un peu chétifs se développeraient très bien dans la suite. Dans le dortoir, toutes fenêtres ouvertes, — et d'ailleurs les enfants n'y vivent jamais pendant le jour, — les petits lits de poupée étaient alignés, tout blancs. Il y avait dans le cabinet de toilette dix baignoires d'enfants ; chacun est baigné le matin et le soir. Quand nous repassâmes par la vérandah, plusieurs me tendirent les mains pour que je les prisse dans mes bras. Quelle destinée tragique ! Séparés de leurs parents dès la première enfance, séparés de la famille et de la société pendant le jeune âge. Et plus tard ?

— Les parents viennent les voir ici ?

— Pas ici. Sous ce kiosque que vous voyez à côté de la *nursery*. Ils ne doivent pas les toucher, ils ne doivent rien leur donner. Ils restent séparés d'eux par une double barrière. Il y aura une visite dans deux heures. Vous pourrez l'apercevoir d'ici.

Je dis à la sœur que je ne pourrais pas revenir. Non, non, j'aimais mieux ne pas voir cela.

Sœur Exupérie me conduisit à la communauté et me présenta ses « petites sœurs » philippines, toutes brunes, mignonnes, aux mains incroyablement petites. Elles font leur noviciat à Manille dans la maison de l'Ordre, qui est l'Ordre de Saint-Paul de Chartres. Sœur Exupérie me remit une brochure sur son Ordre, et à douze mille kilomètres de Chartres je revis les flèches de la cathédrale et me rappelai le fondateur de l'Ordre, l'évêque Godet des Marets, celui qui travailla avec Mme de Maintenon pour perdre Fénelon. Je visitai enfin leur chapelle, leur orgueil, cirée, frottée et ornée, dans ce pays de palmes et de fleurs exubérantes, de feuillages en papier doré, comme en France.

. . . .

Le lendemain, je me rendis à l'invitation de sœur Exupérie. Il vient rarement des Français à Culion, avait-elle dit ; elle n'avait pas manqué l'occasion de donner une fête en l'honneur des deux Français qui y étaient de passage, un docteur de la conférence et moi. Elle savait de quels pays venaient les autres membres de la conférence et il n'y en eut pas un qui ne trouvât dans la décoration de la salle le drapeau de sa patrie. Des palmes s'éployaient sur les murs, et entre elles les grandes fleurs en grappes violettes des arbres de Culion et des hibiscus. Toute la jeunesse lépreuse était assise en rangs épais. Les dix-neuf médecins de la colonie, les membres de la conférence, les deux journalistes et moi, prîmes place sur l'estrade. J'admirai une fois de plus cette propreté que j'appelle désormais la propreté philippine. Les filles étaient en robe blanche, un certain nombre en costume philippin à col de *pina ;* les garçons en blanc ou en uniforme de *boy-scout.* Pas une tête blonde, rien que des cheveux de jais et des visages mats et bistrés, sauf les étranges mouchetures violâtres sur des fronts et des joues, et les yeux noirs brillants et éloquents. J'avais le programme en main, j'avouai mon étonnement à la sœur : Comment avait-elle pu préparer cette séance en moins d'un jour ?

— Elles ont beaucoup de facilité, me dit-elle ; mais pas autant de constance.

Une jeune fille prononça une adresse en tagalog ; une autre, une adresse en visaya : ce sont les principaux dialectes des Philippines. Il y eut une troisième adresse en anglais : c'est la langue officielle et beaucoup de ces jeunes lépreuses avaient eu le temps d'apprendre de l'anglais à l'école. Mais on n'apprend pas le français aux Philippines, et quand j'entendis la quatrième et dernière adresse, en français, je me demandai quel talisman sœur Exupérie avait donné à cette fillette.

. . . .

Je regardais la bonne figure de sœur Exupérie. Elle était heureuse par la foi, le bons sens et l'activité. Elle était joyeuse de donner le plus grand bien-être matériel possible à son troupeau sans mécontenter le bon Dieu.

— Ma sœur, il y a longtemps que vous n'avez revu la France ?

— Je suis ici depuis vingt-cinq ans, je suis allée en France une fois.

Elle me donna, comme elle me l'avait annoncé la veille, l'adresse de ses parents. Toutes les deux, face à face, nous nous regardâmes un instant, en silence. »

. . . .

En terminant, Mme Burnet rappelle l'effort considérable que les Américains ont fait depuis 24 ans aux Iles Philippines pour combattre la lèpre. Elle souhaite ardemment que notre pays dont les « savants ont été les premiers à lancer des idées qui sont devenues des mots d'ordre de la nouvelle croisade contre la lèpre » mène à bien dans nos colonies la tâche qui s'impose si impérieusement.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 10 *février.* — (*Thèses vétérinaires.*) — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Panisset, Robin. — M. MALON. Epidermo-réaction à la tuberculine chez les mammifères.

Samedi 13 *février.* — Jury : MM. J.-L. Faure, président ; Jeannin, Lemaitre, Dognon. — M. JARRIAULT. Le radium dans le traitement des affections gynécologiques autres que le cancer. — M. MASSON. Sympathectomie et revitalisation glandulaire par action chimique ou isophénolisation. — M. REIX. De la consistance de l'utérus après la délivrance et dans les suites de couches. — M. DAVID. Contribution à l'étude du polype solitaire des fosses nasales.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - **Téléph.** : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Jury d'admissibilité :

MM. Louste, Pinard, Moreau, Trémolières, Léchelle, Ravaut, Grenet, Rathery, Brodin, Boidin, Claisse, Herscher.

Censeurs : MM. Célice, Mouquin, Pichon, Levesque, Turpin, Mme Fontaine, MM. Carrié, Decourt.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite d'admissibilité.* — Séance du 8 février. — Questions données : « Indications thérapeutiques et traitement du cancer du rectum. — Artères du corps thyroïde. »

Médecine opératoire. — Séance du 9 février. — Questions données : « Ligature de l'artère cubitale au tiers supérieur de l'avant-bras. — Désarticulation du poignet. »

MM. Sauvage, 7; Dessaint, 9; Lecœur, 5; Patel et Aurousseau, 7; Seillé, 5; Diamant-Berger, 1; Armingeat, 6.

Première séance du 10 février. — Questions données : « Ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter. — Désarticulation de Choppard. »

MM. Merle d'Aubigné et Garnier, 6; Banzet et Funck-Brentano, 8; Gérard-Marchand et Ménégaux, 9; Lapeyre, 4; Galtier, 9; Chabrut, 10.

Deuxième séance du 10 février. — Questions données : « Ligature de l'artère axillaire sous la clavicule. — Désarticulation du genou. »

MM. Leydet et Iselin, 7; Meillère, 9; Redon, 8; Gueullette, 9; Blondin, 7; Huard, 9; Chevallier, 7.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Médecine opératoire.* — Séance du 8 février. — Question donnée : « Ligature de la carotide externe. »

MM. Lévy, 18; Huet, 19; Lallemant, 17.

Epreuve théorique. — Séance du 9 février. — MM. Huet, 19; Lallemant et Lévy, 18.

Epreuve clinique. — Séance du 10 février. — M. Huet, 19; reçu.

HOPITAUX DE PROVINCE. — NIMES. — Ont été, après concours, nommés internes titulaires à l'hôpital Ruffi : MM. Stoer et Orenstein; internes provisoires : MM. Saussine, Brun et Ramain.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — « Sont dispensés des épreuves du premier degré et peuvent se présenter aux deux premiers concours du second degré qui s'ouvriront sous le présent régime :

Les anciens professeurs suppléants de l'Ecole de médecine de Marseille qui sont actuellement chargés des fonctions d'agrégé à la Faculté de médecine de Marseille. »

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BESANÇON. — Par décret en date du 28 janvier 1932, est approuvée la délibération du Conseil de l'Université de Besançon du 3 novembre 1931 portant création, dans les conditions prescrites par le décret du 31 juillet 1920 (art. 3, § 2), d'un institut régional d'éducation physique relevant, au point de vue scientifique, de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Besançon.

COLLÈGE DE FRANCE. — MM. Croiset, d'Arsonval, Cagnat, Brillouin, Loth, anciens professeurs au Collège de France, sont nommés professeurs honoraires.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

TRAVAIL. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Jean Chatelin et Zalta.

TRAVAUX PUBLICS. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Béhague, directeur des postes de secours sur route; Susini (de Vichy).

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Maynard Owen Williams, citoyen américain (mission Citroën centre Asie).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Notre confrère le docteur Gonzalve-Menusier (de Paris) vient d'être nommé commandeur du Nicham Iftikar, et il a reçu en outre la médaille d'argent de la Mutualité.

GUERRE. — M. le médecin commandant Lombardy, de la direction du Service de santé au ministère de la Guerre, est désigné comme commissaire militaire auprès de la Société de l'Association des Dames françaises, en remplacement de M. le médecin colonel Rault.

— M. le médecin colonel Courvoisier est nommé directeur du Service de santé de la 7e région à Besançon.

— Est promu :

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Malaspina.

M. le médecin général Malaspina est nommé adjoint au directeur du Service de santé au ministère de la Guerre.

ASILES D'ALIÉNÉS ET MAISONS DE SANTÉ. — M. le docteur Loup, médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir), a été nommé médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente), en remplacement de M. le docteur Dubourdieu, admis à la retraite.

— Ont été nommés :

Médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise), M. le docteur Chatagnon, médecin directeur de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne).

Médecin chef de service à la maison départementale de santé de la Seine-Inférieure, M. le docteur Daussy, médecin chef de service à l'asile privé, faisant fonction d'asile public, de Bégard (Côtes-du-Nord).

Médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Marseille, M. le docteur Merland, médecin chef de service à l'asile autonome d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Durylès-Amiens (Somme), M. le docteur Hyvert, médecin chef de service à l'asile de Vauclaire (Dordogne).

MÉDECINE ET HUMANITÉS. — Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris nous communique la note suivante :

« L'Association corporative, en demandant avec le Sénat et les syndicats médicaux le baccalauréat latin-grec obligatoire pour les études médicales, rappelle :

1° Qu'il n'a jamais été dans son intention de diminuer la valeur des études scientifiques absolument indispensables au médecin; bien au contraire, elle estime le P. C. N. mal conçu dans les facultés des sciences et en demande le transfert dans les facultés de médecine;

2° Que l'égalité des programmes et des épreuves scientifiques, existant désormais pour les trois sections A, A' et B du baccalauréat latin-grec, ne sera pas inférieure du point de vue culture scientifique aux titulaires des autres baccalauréats;

3° Que jusqu'en 1905, le baccalauréat classique seul permettait l'accès des facultés de médecine, ce qui est un précédent réel et important à « l'inégalité de sanction » des divers baccalauréats;

4° Que l'avis de ses maîtres de la Faculté de médecine et de la Confédération des syndicats médicaux est beaucoup plus qualifié que celui des professeurs d'une faculté étrangère. »

MÉDAILLE DUJARIER. — Un Comité d'honneur a été constitué en vue de commémorer la mémoire de Charles Dujarier en apposant prochainement un médaillon à son effigie dans son service de l'hôpital Boucicaut.

Les souscriptions sont reçues dès maintenant à la librairie Masson et à l'hôpital Boucicaut. Toute souscription de 100 fr. au minimum donnera droit à un exemplaire de la médaille du sculpteur Auguste Maillard.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Adrien Constans, député du Tarn-et Garonne; Stelianides, décédé à Paris; M. Eugène Galbrun, docteur en pharmacie, décédé à Nogent-sur-Marne (Seine).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur F.-M. Cadenat, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire, fera cinq conférences d'anatomie clinique et chirurgicale. Ces conférences auront lieu dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique le vendredi 19 février, à 16 h., et les lundis, mercredis et vendredis suivants.

Sujet des conférences : « Anatomie du vivant (avec modèle). — Voies de pénétration du membre supérieur. »

Ce cours s'adresse aux médecins et aux étudiants.

(*Voir la suite des* « Informations », *p.* 237.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 15 *février.* — Jury : MM. Couvelaire, président; Ombrédanne, Sergent, Portes. — M. SOURICE. De l'utilisation de la ponction lombaire chez le nouveau-né. — M. RIVÉ. Etude des kystes du grand épiploon. — M. RAUTUREAU. La collapsothérapie par alcoolisation du nerf phrénique dans la tuberculose pulmonaire.

Jeudi 18 *février.* — Jury : MM. Binet, président; Maurice Villaret, Baudouin, Chailley-Bert. — M. EVEN. Les cirrhoses pigmentaires du foie, étude clinique et expérimentale.

Samedi 20 *février.* — Jury : MM. Roussy, président; Tanon, Oberling, Gastinel. — M. ABRAMOVICI. Traumatismes craniens et tumeurs cérébrales. — M. SARTMADJIEFF. Contribution au traitement de l'encéphalite léthargique. Rôle de l'abcès de fixation. — M. LONDON. Accidents de la vaccination jennérienne chez les leucémiques et subleucémiques.

INFORMATIONS

(SUITE)

LIGUE NATIONALE FRANÇAISE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN. — Un concours pour la nomination de six médecins adjoints des dispensaires de la Ligue, pour la région parisienne, s'ouvrira le 18 avril 1932, à 9 h. 30, dans la salle des conférences au musée de l'hôpital Saint-Louis.

Renseignements et inscriptions au siège social de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, à Paris (VIIIe), du samedi 19 mars 1932 au samedi 26 mars inclus, de 10 h. à midi.

VOYAGE MÉDICAL EN ESPAGNE. — Le Comité d'entente scientifique hispano-belge, dont les présidents sont MM. Jules Bordet (Belgique) et Ramon y Cajal (Espagne) et les secrétaires généraux MM. René Beckers et Bandelac de Pariente, nous prie d'annoncer la nouvelle suivante :

Un voyage exclusivement réservé aux médecins, à leurs femmes et à ceux de leurs enfants les accompagnant, est organisé, du 13 au 29 mars 1932, au prix de 3.700 fr. français par personne, avec hôtels de premier ordre et parcours en chemin de fer en Espagne en 1re classe, les trajets de nuit s'effectuant en wagons-lits lorsqu'ils en comportent.

L'itinéraire de ce voyage sera le suivant : Saint-Sébastien, Burgos, Madrid, Tolède, Cordoue, Séville, Grenade, Alcazar, Valence, Barcelone et Cerbère.

Les médecins qui le désireraient pourront modifier leur voyage à partir de Séville. Une variante, actuellement à l'étude, comportera, en effet, le retour par le Portugal, avec réembarquement à Vigo pour Bordeaux sur le nouveau paquebot de grand luxe *L'Atlantique* (40.000 tonnes), véritable palace flottant récemment entré en service.

Le nombre de places étant strictement limité, les médecins que ce voyage intéresse sont priés de s'adresser, le plus tôt possible, à l'agence belge de la Compagnie française du tourisme, 29, boulevard Adolphe Max, à Bruxelles, que le Comité charge exclusivement de son organisation.

LA LIGUE D'UNION LATINE EN ITALIE. — La Ligue d'Union latine et son journal l'*OEuvre latine* organisent durant les vacances de Pâques leur sixième voyage en Italie. Du 20 au 30 mars ils visiteront Rome, Naples, Pompéi, Florence et Pise, où de grandes réceptions attendent déjà les voyageurs.

Demander l'itinéraire et tous les détails à la Ligue d'Union latine, 51, rue Saint-Georges, Paris (IXe), qui les enverra gratuitement par courrier.

La SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE célébrera cette année le 50e anniversaire de sa fondation. A cette occasion le Congrès annuel sera exceptionnellement reporté au mois de juillet. Il commencera le 18 juillet pour se terminer le 21 juillet.

Des réceptions et un banquet seront organisés. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, le docteur René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris (VIIe).

A l'occasion du IXe CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE qui se tiendra à Madrid du 15 au 18 mars 1932 aura lieu une exposition d'appareils, instruments, produits pharmaceutiques, etc.

Les conditions de cette exposition et le plan des emplacements peuvent être consultés au secrétariat des chambres syndicales intéressées et à la Faculté de médecine, à l'A. D. R. M., salle Béclard.



NOTE SUR LE

TRAITEMENT DES ALGIES

« signes d'alarme » d'un état pathologique hépato-biliaire

Par MM. L. DELHERM et LEVERE.

Au dernier Congrès International de Radiologie (Paris, juillet 1931), nous avons rapporté quelques observations de sujets atteints de manifestations douloureuses d'apparence « rhumatismale », « idiopathique », « arthritique », etc..., qui, en réalité, étaient conditionnées par un processus pathologique discret ou latent hépato-biliaire.

En général, ces douleurs résistent désespérément à toutes les thérapeutiques, y compris les thérapeutiques physiques effectuées suivant la technique antinévralgique habituelle.

Par contre, elles sont rapidement améliorées ou guéries par un traitement dirigé sur la région hépatique : ionisation, infrarouges, diathermie surtout.

Nous avons été amenés à faire ce traitement sur la région hépato-vésiculaire parce que des examens de laboratoire, faits sur ces cas particulièrement rebelles, nous ont montré l'existence d'une cholestérinémie marquée. Après le traitement, elle s'est trouvée très diminuée. Ce fait a coïncidé avec une amélioration considérable ou la guérison.

C'est ainsi que des taux de 2 gr. 50, 2 gr. 75, 3 gr. et plus sont tombés à 1 et même au-dessous.

Bien entendu, les sujets étaient soumis à un régime approprié, à des médications anticholestérinémiques classiques, en même temps qu'aux agents physiques, parmi lesquels le meilleur nous paraît être la diathermie, un pôle sur la région vésiculaire, l'autre sur la zone douloureuse. Les séances sont quotidiennes au début, tri-hebdomadaires ensuite, elles durent une vingtaine de minutes environ.

OBSERVATION I. — Mme L., 35 ans, se présente au début de janvier 1931 pour une douleur rhumatismale de l'épaule droite qui s'est installée lentement il y a un mois et demi environ. Après avoir épuisé tous les moyens thérapeutiques et en particulier après avoir fait du salicylate intraveineux, on nous adresse cette malade pour un traitement physiothérapique.

Un examen radiographique est pratiqué qui ne révèle aucune lésion d'arthrite. A l'examen : limitation des mouvements de l'articulation scapulo-humérale et en particulier des mouvements d'élévation par périarthrite. La pression au niveau du nerf circonflexe est douloureuse. Réactions douloureuses également au niveau des plexus brachial et cervical. La malade n'a jamais eu de rhumatisme. Une analyse du sang fait ressortir un taux normal d'urée, d'acide urique et de glycose, mais le taux de cholestérine est de 2 gr. 375.

Un régime alimentaire est institué et nous commençons la diathermie suivant la technique indiquée plus haut. Une amélioration commence à se dessiner vers la sixième séance et les progrès deviennent ensuite réguliers. La malade nous quitte guérie à la fin février. Nous faisons à ce moment doser la cholestérine dans le sang : le taux en est de 1 gr. 50.

OBS. II. — Il s'agit cette fois d'un homme de 48 ans qui, lui aussi, atteint de limitation des mouvements de l'épaule droite, avec douleurs, point douloureux au niveau des racines cervicales du circonflexe avait été soigné, depuis un mois environ, pour rhumatisme de l'épaule. Radiographie négative comme dans le cas précédent.

On institue un traitement constitué par des rayons infrarouges combinés à de l'ionisation salicylée. Au bout de 15 jours, devant la persistance des phénomènes douloureux, nous faisons pratiquer un dosage de la cholestérine dans le sang qui indique un chiffre de 3 gr. 10 sans hyperglycémie, sans excès d'urée. Nous instituons le régime alimentaire indiqué et commençons la diathermie suivant la technique précisée ci-dessus.

A la troisième séance, une sédation des phénomènes douloureux commence à apparaître et les progrès ne cessent ensuite de se manifester, tant et si bien que le malade nous quitte guéri après trois semaines de traitement diathermique.

Le malade a été revu un mois plus tard. Il continue à suivre le régime alimentaire qui lui a été prescrit. Son taux de cholestérine est devenu normal et les douleurs de l'épaule ont tout à fait disparu.

OBS. III. — M. K., 52 ans, atteint de lumbago rebelle depuis deux mois. Douleurs le long du sciatique à la fesse et à la cuisse.

Réflexes normaux.

Soigné sans succès par tous les moyens habituels ;

Pas de spécificité, pas de diabète ;

Radiographie négative. L'analyse du sang fait ressortir un taux de cholestérine de 3 gr. 10, les autres éléments étant normaux ;

Traitement de désintoxication. Diathermie : une plaque vésiculaire, une plaque à l'émergence sciatique ;

Guérison absolue à la douzième séance.

Le taux de cholestérine est descendu au bout d'un mois à 1 gr. 75.

OBS. IV. — Femme de 25 ans, atteinte de névralgie crurale rebelle.

Bien réglée ; rien d'anormal du côté de l'utérus, des annexes ou de l'intestin ;

Pas de spécificité ;

Avant tout traitement physiothérapique, nous faisons pratiquer une analyse du sang, qui nous indique 2 gr. 60 de cholestérine, sans hyperglycémie ;

Amélioration après la cinquième séance de diathermie. Guérison complète et durable après trois semaines de traitement physique et diététique.

OBS. V. — Un médecin de trente-cinq ans présente des douleurs dans la région scapulo-humérale et dans la nuque. Il a un passé cholécystique. Instruits par les observations précédentes, nous lui faisons de la diathermie sur sa région hépatique et au bout d'une dizaine de séances, les douleurs ont complètement disparu.

OBS. VI. — Une dame, âgée de 70 ans, s'est présentée fin novembre 1930 pour une gêne marquée et douloureuse des mouvements de l'épaule droite datant d'une vingtaine de jours environ. Les phénomènes douloureux ont été combattus par des frictions avec lotions ou baumes variés sans qu'un soulagement appréciable ait été obtenu.

A l'examen, on constate une douleur vive à la pression au niveau des origines du plexus cervical avec même un léger degré de contracture des fibres postérieures du sterno-mastoïdien.

L'examen de l'articulation scapulo-humérale est douloureux sans craquements articulaires (périarthrite). Douleur à la pression profonde du nerf circonflexe.

Par ailleurs, l'examen des différents appareils révèle une sensibilité vive de la vésicule biliaire. La malade raconte d'ailleurs avoir eu, à plusieurs reprises, des coliques hépatiques.

Le laboratoire indique une dose d'acide urique dans le sang de 0 gr. 49, en léger excès sur la normale, et un taux de cholestérine de 3 gr. 015 franchement exagéré.

Devant la triade : plexalgie, lithiase biliaire, cholestérinémie, le traitement diététique général est institué aussitôt et le traitement diathermique lui est adjoint : électrode vésiculaire coutumière et électrode soigneusement appliquée sur la nuque et prenant toute la région douloureuse. Intensité : 1.200 milliampères. Durée des séances : 20 minutes.

A la quatrième séance, il y a une sédation des phénomènes douloureux. A la septième séance, une amélioration nette et continue. Une légère rechute se produit vers le douzième traitement, mais n'est point de longue durée.

Après 18 séances, un nouveau dosage de cholestérine indique le chiffre de 2 gr. 30 sans que le taux de l'urée ou de l'acide urique ait sensiblement diminué. Les douleurs sont améliorées, mais n'ont pas disparu.

* * *

Notre pratique journalière nous a montré la fréquence de ces algies qui constituent un « *petit signe de la lithiase biliaire* » sous forme d'engourdissement, de douleur névralgique nocturne avec exacerbation pendant le séjour au lit, etc., chez des sujets présentant des troubles en apparence banaux : fatigue, amaigrissement, sans signes ou avec signes de dyspepsie hépato-biliaire.

L'orientation et le succès du traitement dépendent d'un diagnostic précis, ainsi que nous l'avons indiqué dans notre précédente note, ainsi que le montrent également le Prof. Maurice Villaret et Jean Camus dans un article récent très documenté et très instructif à cet égard (1).

En dehors des médications qu'ils préconisent à juste titre, nous pensons, d'après notre expérience personnelle, que le courant continu, les infrarouges et surtout la diathermie exercent dans ces cas une action des plus efficaces.

BIBLIOGRAPHIE

L'Enseignement médical en France. — Notre confrère, la *Presse médicale* vient de publier à l'usage des médecins et étudiants français ou étrangers une nouvelle édition de son excellent livre sur l'enseignement de la médecine en France, et les centres français d'enseignement de la médecine dans le monde.

Ce guide parfait doit être sur la table de tout médecin et de tout étudiant, il sera consulté chaque jour.

F. L. S.

(1) Les troubles sensitifs du membre supérieur droit ou d'un de ses segments, signe d'alarme de processus pathologiques hépato-biliaires latents. *Arch. des mal. du tube digestif*, nov. 1931, n° 9.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Il n'y a pas encore bien longtemps, puisque nombre d'entre nous ont vécu cette période, les études médicales étaient organisées de telle sorte que nul ne songeait à une réforme, au moins sous la forme d'une refonte complète comme celle que nous sommes obligés d'envisager aujourd'hui. Ces études répondaient exactement au but proposé qui était de faire des praticiens instruits et elles les faisaient.

A cette époque, les études classiques comprenant, nous insistons sur ce point, le latin et le grec, assuraient à nos écoles un recrutement d'étudiants possédant une culture générale qui les mettait à même d'entreprendre sérieusement leurs études et plus tard de remplir comme il convient le rôle social dévolu au médecin.

Le P. C. N. se passait dans les Ecoles et Facultés de médecine : c'est dire qu'au cours de cette année, les sciences du programme étaient enseignées dans un but médical et envisagées dans leurs rapports avec la médecine et dans leurs applications à cette dernière. En outre, des libertés étaient laissées aux étudiants pour qu'ils pussent, certains jours, prendre contact avec l'hôpital et commencer un stage clinique réduit.

Cette préparation judicieuse permettait de consacrer, les années suivantes, tout le temps nécessaire à une préparation médicale générale par l'étude complète de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie générale et par les stages hospitaliers dans des services de médecine et de chirurgie générales. Ce n'était que beaucoup plus tard, alors qu'était achevée cette préparation indispensable, qu'intervenaient des stages se rapportant à certaines branches médicales.

Depuis, par suite de conceptions singulières, de vues théoriques, de préoccupations qui n'avaient rien à voir avec l'enseignement médical, toute une série de dispositions malencontreuses furent mises en pratique, qui bouleversèrent les traditions qui avaient cependant fait leurs preuves.

Le baccalauréat fut transformé : toute une série de branches dont le peu de solidité est bien marquée par leurs transformations incessantes, furent créées et déversèrent dans nos Ecoles un flot d'étudiants dont le nombre même était un facteur de médiocrité, d'autant que nombre d'entre eux se trouvaient dépourvus d'une culture classique suffisante.

Il résulta de cet afflux une pléthore que le manque de préparation rendit encore plus néfaste. En ne considérant que le nombre et en nous appuyant sur des chiffres précis, nous pouvons nous rendre compte de la menace que cette pléthore fait peser, à tous points de vue, sur le corps médical. Pour maintenir le chiffre déjà élevé de 26.200 médecins, il suffirait de 708 nouveaux diplômés par an ; or pendant l'année scolaire 1930-1931, il a été délivré 1.120 diplômes d'Etat. Ce dernier chiffre correspondrait à 41.440 médecins, et c'est vers ce nombre que nous tendons, avec des promotions aussi importantes. Si actuellement, il y a un médecin pour environ 1.600 habitants, avec 41.440 praticiens, il n'y aura plus pour chacun qu'un peu plus de 900 habitants. Il n'est point besoin d'épiloguer sur ces chiffres.

Le P. C. N. fut retiré aux Ecoles et Facultés de médecine pas une mesure qui ne visait en rien une amélioration même hypothétique des études médicales : il s'agissait tout simplement de donner quelque vie aux Facultés des Sciences (qui sont sauf erreur au nombre de 17). Elles se mou-

raient, et dans cette affaire, l'intérêt médical fut délibérément sacrifié. Enseigné par des non-médecins, le P. C. N. fut automatiquement amputé de tout ce qui pouvait se rapporter à la médecine ; en outre, les possibilités de fréquentation hospitalière furent supprimées aux étudiants.

Il fallut donc prévoir et organiser dans les Ecoles et Facultés de médecine, ce qui n'était plus fait au P. C. N. Le programme de ces sciences dites accessoires fut d'abord restreint. Mais, par la force des choses, il en vint à s'hypertrophier de telle sorte que chacune d'elles a obtenu 80 leçons : il s'ensuit qu'il ne reste guère de temps pour la médecine générale. Aussi fallut-il réduire considérablement l'anatomie, la physiologie, et même la pathologie générale. En même temps, la médecine générale s'effritait en une infinité de branches, les services hospitaliers se spécialisaient ; l'étudiant suivait l'exemple et des études ainsi comprises aboutissaient à l'acquisition d'une technique propre à certaines branches de la médecine, mais technique lacunaire par manque des connaissances générales indispensables.

Entre temps intervenait un nouveau facteur, l'organisation des spécialités médicales, qui nécessitait une adaptation des programmes à leur enseignement. Il fallait compter aussi avec la complexité croissante des études médicales et ces deux facteurs ne permettaient plus de les conserver dans le même cadre.

Mais, si des modifications étaient devenues nécessaires, il ne fallait pas qu'elles fussent l'occasion d'un bouleversement de l'enseignement traditionnel, et c'est parce que cette tradition a été abandonnée qu'une refonte complète est devenue indispensable. La conclusion en est que la réforme projetée doit viser tout d'abord au retour à des méthodes qu'on n'aurait jamais dû abandonner, ensuite à les adapter aux nécessités nouvelles.

En somme, les buts essentiels à poursuivre sont :

1° Préparation aux études médicales par une culture générale classique aussi étendue que possible ;

2° Etablissement de programmes qui assurent une culture générale médicale ;

3° Enseignement rationnel et pratique des spécialités.

Ce sont ces préoccupations qui ont guidé le travail de la Commission de l'enseignement de la Confédération des Syndicats médicaux français qui s'est réunie le 31 janvier dernier et qui ont déterminé ses décisions.

Tout d'abord (1), elle a bien précisé que la préparation aux études médicales ne pouvait être réalisée que par le baccalauréat latin-grec (A), qui correspond à l'ancien baccalauréat classique.

Il ne faut pas se dissimuler que cette exigence rencontrera des adversaires déterminés : tous les primaires, tous ceux qui font profession de considérer les études latines et grecques comme le stigmate d'une politique désuète, et même des scientifiques qui s'imaginent qu'en reniant leur passé, ils font preuve de libéralisme d'esprit.

Les objections ? Il est difficile, dira-t-on, de choisir si jeune la voie médicale et de suivre le programme latin-grec. Mais du temps où il y avait l'enseignement classique et l'enseignement moderne, est-ce qu'on ne choisissait pas avant la sixième ? D'autre part, en cas de doute, on prendra tout simplement le latin-grec, puisqu'il ouvre toutes les portes. Quant aux programmes, ils sont identiques, au point de vue scientifique, avec cette seule différence que dans le latin-sciences (A') le grec est remplacé par une langue vivante. Or, sans vouloir développer les avantages du latin-grec, on peut bien dire tout de même que la terminologie médicale étant tirée des racines grecques, il est bien indispensable aux médecins d'en avoir des notions pour pouvoir comprendre la signification des mots qu'ils emploient.

Pour le P. C. N., c'est encore l'ancienne formule qui a été adoptée par la Commission. Toutefois, comme il paraît impossible d'obtenir le retour à sa place normale, dans les Ecoles et Facultés de médecine, de cette année de préparation aux études médicales, la Commission a dû se contenter de le déplorer, mais a bien spécifié que les programmes devaient être modifiés et établis d'accord avec le corps enseignant de nos Facultés. Elle a également insisté pour que cet enseignement fût autant que possible donné par des docteurs en médecine et que les futurs étudiants en médecine pussent avoir trois matinées libres par semaine pour commencer un stage hospitalier réduit.

Ce qu'il faut obtenir, ce sont des praticiens et par conséquent des cliniciens. Aussi ne saurait-on apporter trop d'attention à la question du stage hospitalier. Il faut l'étendre le plus possible et il faut qu'il soit efficace. C'est pourquoi celui qui serait fait au cours du P. C. N. aurait une très grande importance, car il préparerait les étudiants à en profiter d'une façon effective dès le début de leur première année de l'enseignement hospitalier, par une adaptation antérieure.

Il n'est pas possible de concevoir que ces stages puissent donner des résultats sérieux dans les conditions actuelles d'accumulation des élèves dans certains services : il est indispensable qu'une convention intervienne entre les Facultés et l'Administration de l'Assistance publique ou des Hôpitaux ouvrant tous les services sans exception aux stagiaires ; et il faut qu'ils soient ouverts et suivis pendant les douze mois de l'année et comportent une fréquentation effective avec service de garde de jour et de nuit.

Le P. C. N. étant modifié comme nous venons de le voir, il devient possible d'alléger les programmes des études médicales proprement dites de la plus grande partie des leçons consacrées aux sciences dites accessoires. Ainsi pourra-t-on reprendre l'enseignement complet de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie générale et les trois premières années pourront être consacrées exclusivement à l'enseignement de la médecine générale, les stages étant obligatoirement faits dans des services de médecine et de chirurgie à l'exclusion de toute spécialisation.

Il est des branches qui, pour être un peu spéciales, ne rentrent pas moins dans la pratique courante, et, à ce titre, font partie de l'instruction générale indispensable tant à l'ancien praticien qu'au futur spécialiste : ce sont les maladies des enfants, les accouchements, la neuro-psychiatrie, la dermato-syphiligraphie. C'est à leur étude et aux stages correspondants que serait consacrée la quatrième année.

Il est également indispensable à tous les médecins d'avoir des données sommaires, enseignement et stages, sur toutes les spécialités : la cinquième année leur serait affectée. Ainsi tous les médecins, aussi bien omnipraticiens que spécialistes, auraient la même instruction générale acquise pendant ces cinq années. Dès lors, on peut en envisager l'application, mais avec une bifurcation entre les deux catégories de praticiens, et cela, au début de la sixième année qu'il a été indispensable d'envisager pour que le programme complet des études médicales puisse, dans les conditions actuelles, être rempli.

Pour les omnipraticiens, cette sixième année, terminée par la thèse, serait occupée à des stages d'application, autant que possible dans les hôpitaux du ressort de la Faculté où les élèves rempliraient les fonctions d'interne dans des services de médecine ou de chirurgie (Projet du professeur Roussy).

Les futurs spécialistes commenceraient l'étude de la spécialité choisie, étude qu'ils poursuivraient pendant une sep-

(1) Contrairement à l'opinion récemment émise par le plus grand nombre des facultés des sciences.

tième année au cours de laquelle ils soutiendraient leur thèse sur un sujet de leur spécialité.

Ainsi, toutes les études aussi bien générales que spéciales seraient faites dans le cadre du doctorat en médecine qui continuerait à donner à son titulaire le droit d'exercer toutes les branches de la médecine. Les études supplémentaires du spécialiste seraient constatées par un certificat sans caractère obligatoire. Mais si un docteur en médecine pourrait exercer toutes les spécialités, pour se dire spécialiste, en remplir officiellement les fonctions, il faudrait ou bien posséder le certificat correspondant ou bien être qualifié syndicalement comme tel.

Au point de vue général, il paraît désirable que l'enseignement médical ne continue pas à être dispersé en un trop grand nombre d'écoles, dont la nécessité n'est plus justifiée actuellement.

Cependant, il faut encore qu'on puisse éliminer tous ceux qui ne sont pas susceptibles de suivre des études ainsi organisées : elles sont trop spéciales pour que cette sélection puisse être effectuée avant l'entrée dans les Facultés et d'autre part, il ne faut pas attendre pour juger l'étudiant, qu'il soit trop engagé dans des études auxquelles il lui serait difficile de renoncer. C'est pourquoi, à la fin de la première année, devrait être passé un examen éliminatoire: cet examen portant sur une série de questions devrait être *écrit* et *anonyme*, et les épreuves corrigées par un *jury général* et *anonyme* pour éviter toute faiblesse locale, et à la fin de la deuxième année, un nouvel examen devrait être passé dans les mêmes conditions (1).

Telles ont été dans l'ensemble les décisions de la Commission de l'enseignement qui a envisagé la réforme dans ses grandes lignes et elles paraissent bien correspondre aux vœux maintes fois exprimés par l'ensemble du corps médical.

A. HERPIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1932)

Allocution de M. Claude, président sortant, et de M. M. Labbé, président de la Société pour 1932.

Un cas d'hématémèse, d'origine splénique. Heureux résultat de la splénectomie. — MM. Et. CHABROL, M. MAXIMIN et J. SORIN.

Syndrome humoral de néphrose au cours des néphrites chroniques. Son influence sur l'évolution des œdèmes. — MM. P. ABRAMI, Robert WALLICH et J. FOUQUET rapportent deux observations de néphrite chronique de longue date au cours de l'évolution desquelles s'est surajouté un syndrome humoral et urinaire de néphrose lipoïdique caractérisé d'une part par une hypoprotéinémie avec surtout hyposérinémie et d'autre part par une hyperlipidémie avec présence de corps biréfringents dans l'urine.

Malgré que les variations des albumines sériques ne puissent être considérées comme la cause de l'œdème brightique, ainsi que ces auteurs l'ont montré dans des travaux antérieurs, ils pensent cependant que ces modifications humorales tendent à imprimer aux œdèmes un caractère particulièrement rebelle.

Agranulocytose pure après deux injections de novar. Syndrome cardiorénal transitoire. Guérison. — MM. CASSOUTE, POINSO, TUCCOLI, MONTUS et GUÉVRARD (de Marseille).

Pseudo-tabès d'origine typhique. — M. P. ABRAMI, Mme BERTRAND-FONTAINE, MM. ROBERT-WALLICH et J. FOUQUET rapportent l'observation d'un malade indemne de toute syphilis antérieure, qui a présenté consécutivement à une émotion survenue dans le décours d'une typhoïde grave, un syndrome ataxique aigu polynévritique pseudo-tabétique. L'évolution de ce syndrome à tendance progressive semble avoir été brusquemment arrêtée sous l'influence d'injections de venin de crotale chauffé, dilué au 1/3000.

Septicémie colibacillaire post-abortive. Pyopneumothorax putride fistulisé dans les bronches. Guérison. — MM. A. LEMIERRE, A. LAPORTE et D. MAHOUDEAU-CARREPOYER.

Une confirmation typique de l'étiologie zonateuse de la varicelle. — M. ARMAND-DELILLE et Mme TROCMÉ relatent des faits qui confirment la théorie soutenue par M. Netter après les observations de Bokaï.

Une fillette tuberculeuse, en traitement pour pneumothorax, et séjournant dans une salle boxée depuis le mois de juin, présente le 12 octobre un zona thoracique des huitième et neuvième racines dorsales droites.

Exactement 15 jours après, le 27 octobre, deux enfants, l'un dans le box voisin, l'autre dans le box en face, commencent une varicelle typique. Une troisième enfant, dans le deuxième box, est prise le lendemain 28.

Cette épidémie a donné naissance à un quatrième cas, 15 jours après.

Il n'y avait pas eu de varicelle dans le service depuis plus de 30 jours, et un seul cas, immédiatement évacué.

MM. DANIELOPOLU et DIMITRIU (Bucarest) ont démontré en 1927, que l'**excitation du sinus carotidien produit un réflexe respiratoire.** — Ce tonus est entretenu mécaniquement par la pression sanguine diastolique et systolique. Chez un même sujet l'occlusion des carotides primitives produit tantôt une inhibition de la respiration, tantôt une excitation.

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1932)

Œdème aigu du poumon compliquant un syndrome hydropigène d'origine thyroïdienne et cédant au traitement thyroïdien. Le rôle de l'insuffisance thyroïdienne. — M. Ed. DOUMER (de Lille) a eu l'occasion d'assister à l'apparition de petites crises répétées d'œdème aigu du poumon chez un sujet portant d'abondants œdèmes périphériques du type des œdèmes rénaux, sans albuminurie. Le cœur était normal et les chiffres de tension normaux. Elles disparurent, ainsi que les œdèmes périphériques, sous la seule influence du traitement thyroïden.

Dans une observation précédente, l'auteur a montré que l'œdème aigu du poumon peut être de cause purement neurotonique.

Jointe à ce fait, l'observation présente semble montrer, par l'efficacité même du traitement thyroïdien, que l'insuffisance thyroïdienne peut conditionner la perturbation neurotonique favorable à l'exsudation œdémateuse et peut être tenue pour le facteur déterminant essentiel de l'œdème aigu du poumon dans certains cas exceptionnels.

Forme respiratoire ou asphyxique de la maladie de Heine-Médin. Etude anatomo-clinique. — MM. J. LHERMITTE, Ph. PAGNIEZ et PLICHAT rapportent l'observation d'un hom-

(1) Le décret organisant ces examens éliminatoires est à la signature du ministre. Mais, comme il ne réalise pas l'anonymat du jury, il ne pourra avoir l'approbation du Corps médical.

me de 34 ans qui fut pris brutalement d'une dyspnée intense et paroxystique. Le lendemain apparurent quelques signes parétiques des membres, et le malade succomba aux progrès de l'asphyxie.

L'examen histologique montra l'existence de lésions typiques de la maladie de Heine-Médin dans la calotte bulbo-protubérantielle et le locus niger. Les auteurs concluent qu'elle peut s'expliquer par les lésions des faisceaux de la calotte protubérantielle qui assurent les connexions entre les différents étages des centres respiratoires.

Œdème aigu du poumon à forme hémoptoïque par collapsus aigu, cardio-vasculaire avec hypotension. — M. Ed. Doumer (de Lille) apporte l'observation d'un sujet de 19 ans qui présenta brusquement, après une angine d'allure banale, des signes de défaillance cardiaque aiguë avec hypotension, que rien ne laissait prévoir.

Cette observation montre que l'œdème aigu du poumon, complication habituelle de la défaillance cardiaque des états hypertensifs, peut aussi se développer sur terrain d'hypotension. Elle vient à l'appui de la conception suivant laquelle le déterminisme de la crise d'œdème tient moins à l'influence mécanique de l'hypertension qui gagne le réseau vasculaire du poumon, qu'à l'intervention prédominante d'une excitation réflexe qui trouve son point de départ au niveau des parois du ventricule gauche, sensible à la distension, et qui retentit sur l'appareil vaso-moteur pulmonaire.

La pyrétothérapie associée à la chimiothérapie dans le traitement de la syphilis. — MM. Charles Richet fils et François Toly. — La fièvre était provoquée par les procédés classiques (Dmelcos, propidon, injection de lait...) ; la chimiothérapie arsénicale ou bismuthique était faite à doses normales... La méthode ne semble pas très dangereuse. La guérison du chancre, de la roséole, des syphilides, semble plus rapide qu'avec les méthodes habituelles.

Un cas de silicose pulmonaire pure probable. — M. Garin (de Lyon). — Mineur de 51 ans, atteint de silicose pulmonaire typique, avec images radiographiques caractéristiques.

Syndrome de chorée aiguë masquant une méningite tuberculeuse. — M. C. Urehra. — Observation d'un homme de 50 ans, chez lequel apparut le tableau caractéristique d'une chorée aiguë infectieuse, avec si peu de phénomènes méningés que le diagnostic causal ne put être établi qu'à l'autopsie.

Diagnostic et traitement de la leishmaniose viscérale à propos d'un cas de kala-azar méditerranéen. — MM. d'Œlnitz et Liotard (de Nice) étudient les variations des différents éléments du syndrome clinique ; ils recherchent la valeur respective des différentes épreuves de certitude et de présomption permettant d'établir le diagnostic de la maladie et font une étude critique de celles paraissant en rapport avec les modifications quantitatives ou qualitatives du sérum sanguin. Ils soulignent l'action utile de l'uréa-stibamine.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(Séance du 5 décembre 1931)

L'action cholérétique des composées. — MM. Etienne Chabrol, Charonnat, Maximin, Waitz et Porin ont éprouvé comparativement à l'artichaut une vingtaine de plantes de la famille des Composées ; la grande absinthe, l'achillée, le pied de chat, le pissenlit ne sont pas moins actifs que l'artichaut ; ils peuvent quadrupler ou tripler le volume de la bile excrétée par demi-heure. La balsamite, la bardane, l'eupatoire, la santoline, le scolymus, le souci se bornent à entraîner des variations allant du simple au double. Aucun résultat favorable n'a été obtenu avec le laiteron, l'armoise, la racine de pyrèthre, le tussilage, le séneçon. Toutes ces plantes ont été employées sous forme de décoction, injectée par voie veineuse à une dose qui correspondait à 5 grammes de plante sèche. L'empirisme a depuis longtemps consacré les vertus cholagogues d'un certain nombre de Composées. Dioscoride citait déjà l'absinthe et Avicenne, l'eupatoire et le pissenlit. L'action cholérétique des feuilles d'achillée, de balsamite, de bardane et de scolymus ne semble pas avoir été jusqu'à ce jour signalée.

L'action cholérétique du cynara scolymus. — MM. Etienne Chabrol, Charonnat, Maximin et Waitz ont recherché sur 17 chiens porteurs de fistule cholédocienne quelles étaient les parties actives de l'artichaut, en ce qui concerne les propriétés cholagogues. Il ressort de leurs expériences que la sécrétion biliaire du chien peut quadrupler à la suite d'une injection intraveineuse d'un extrait de racine, aussi bien que sous l'effet d'une infusion de feuilles ; dans le capitule, le réceptacle, communément appelé le fond d'artichaud, est faiblement actif ; les bractées donnent des résultats négatifs ; les jeunes feuilles contiennent le principe actif qui commande la cholérèse ; ils montrent qu'il ne adultes. La cholérèse de l'artichaut est un peu moins rapide que celle de l'atophan, des phénols ou du chloralose ; il faut attendre 2 ou 3 heures pour avoir l'apogée de la courbe; le taux de l'extrait sec de la bile est presque toujours considérablement accru ; il peut passer de 1 à 6. Les auteurs ont essayé d'isoler dans l'extrait d'artichaut le principe actif qui commande la cholérèse ; ils montrent qu'il ne s'agit pas des sels de potassium, ni d'un glucoside oxyanthraquinonique, comme on l'a suggéré ; leurs expériences tendent à prouver que l'on est en présence d'une substance à caractère acide susceptible de donner avec le plomb un sel insoluble ; à en juger par leurs recherches antérieures, le principe actif de l'artichaut figurerait parmi les composés cycliques à fonctions phénols dont l'action cholérétique est consacrée par de multiples expériences et qui sont largement répandus dans le règne végétal.

Interprétation des modifications histologiques provoquées par la vaccination antirabique dans le système nerveux des lapins. — MM. S. Nicolau, L. Cruveilhier et Mme L. Kopciowska interprètent les modifications tissulaires qu'ils ont décrites au niveau du névraxe et du système nerveux périphérique chez les animaux soumis au traitement pastorien. Ces modifications ne seraient pas des « *lésions* » dans le sens du mot, mais plutôt des *réactions spéciales* du tissu nerveux vis-à-vis du germe neurotrope vaccinant qui provoque un léger *processus infectieux*. On sait que ce processus infectieux fruste est nécessaire à la production de l'état réfractaire). La mobilisation des éléments de défense au sein du tissu (lymphocytes, cellules plasmatiques, macrophages, cellules microgliques, prolifération des cellules capsulaires dans les ganglions spinaux), la disposition particulière des corps de Nissel et l'intumescence nucléaire dans certains neurones, seraient l'expression morphologique de l'hyperactivité du système nerveux, réponse du tissu sensible à l'incitation provoquée par la présence du virus-vaccin. Ce dernier se comporterait ainsi comme un stimulant des moyens de défense du névraxe et du système nerveux périphérique. Le coup de fouet que l'infection vaccinante donne à l'activité du système nerveux, se répercute sur l'état physique des animaux, sur leur résistance vis-à-vis des diverses maladies spontanées, ainsi que sur leurs réactions humorales.

Ultrafiltration et action antitrypanosome du sérum humain. — MM. L. NATTAN-LARRIER et B. NOYER. Le sérum humain soumis à l'ultrafiltration conserve, suivant la perméabilité des filtres de collodion, son pouvoir curatif et son pouvoir protecteur, tous deux affaiblis, ou seulement son pouvoir curatif diminué. On pourrait peut-être en conclure que le pouvoir curatif et le pouvoir protecteur du sérum correspondent à des substances différentes.

Présence d'anticorps spécifiques dans les urines de sujets sensibilisés. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC, Mme A. HUGO et M. Paul GIROUD ont constaté que l'urine des sujets sensibilisés à une protéine spécifique pouvait contenir des anticorps comme en contient le sérum. Mais les anticorps dans les urines sont inconstants et la réaction de Prausnitz-Kütsner faite avec les urines est bien plus faible que celle faite avec le sérum.

Action du magnésium sur l'excitabilité du sympathique. — MM. René HAZARD et Lise WURMSER. Le chlorure de magnésium à doses fortes, alors qu'il touche peu l'excitabilité électrique des accélérateurs cardiaques, augmente l'action accélératrice de l'adrénaline. Il exerce une action dépressive sur le splanchnique et les vasoconstricteurs, surtout ceux du rein.

Les cirrhoses cobaltiques. — MM. Maurice VILLARET, Ivan BERTRAND, L. JUSTIN-BESANÇON et Roger EVEN présentent un nouveau type de cirrhose expérimentale déterminée par les sels métalliques : les cirrhoses dues à l'intoxocation prolongée par les sels de cobalt. Leurs expériences poursuivies sur 174 animaux (150 lapins et 24 cobayes) ont été soumises à de nombreux contrôles. La longue durée de leurs essais (3 ans) leur a permis de prolonger suffisamment l'intoxication expérimentale pour obtenir régulièrement des altérations hépatiques assez intenses. Les auteurs ont obtenu, en effet, des lésions assez nettement proportionnelles à la durée de l'intoxication. La réticulose apparaît vers le deuxième ou troisième mois ; elle augmente jusqu'au huitième mois et subit alors un temps d'arrêt. La sclérose ne se voit qu'à partir du troisième mois, évolue assez lentement jusque vers le sixième, puis progresse plus rapidement, surtout par rapport à la réticulose ; il semble donc qu'à partir d'un certain stade, la sclérose peut se développer d'une manière relativement indépendante de la réticulose.

Etude histologique des pigments ferrugineux dans les cirrhoses pigmentaires. — MM Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON, Serge DOUBROW et Roger EVEN apportent les résultats de leurs examens histologiques d'un nombre important de cirrhoses pigmentaires. Ils étudient, dans la présente note, les rapports qui unissent les deux sortes de pigments ferrugineux observés dans ces cirrhoses : l'hémosidérine et l'hémofuscine. La méthode de micro-incinération de Policard leur a montré la localisation des pigments ferrugineux, mais ne leur a pas donné de précisions sur la constitution chimique de ceux-ci. En oxydant les coupes, par différents procédés, avant de pratiquer la réaction de Perls, ils ont vu que l'hémofuscine donnait bien, après oxydation, une coloration bleu de Prusse. Par d'autres techniques, les auteurs ont pu étudier successivement les deux pigments ferrugineux, et ils en concluent que l'hémosidérine et l'hémofuscine sont deux pigments ferrugineux qui diffèrent essentiellement par leur degré d'oxydation : dans l'hémosidérine, le fer est à l'état d'ion trivalent et dans l'hémofuscine à l'état d'ion bivalent.

Rôle des graisses dans le métabolisme protéique. — MM. F. MAIGNON et M. A. CHAHINE. — Les graisses interviennent favorablement dans le métabolisme azoté et permettent un meilleur rendement nutritif des protéines en vue de la protéosynthèse.

Cet avantage des graisses est surtout manifeste avec les rations contenant une forte proportion de protéines, lorsque le métabolisme azoté est élevé.

Ces faits permettent de comprendre les bons effets constatés en clinique de l'administration d'aliments gras aux malades atteints de maladies cachectisantes avec forte dénutrition azotée.

L'hépatite graisseuse tuberculeuse décelée par la galactosurie provoquée. — MM. F. THIÉBAUT et J. DIERYCK.

Lysines de bactériophages présentant différentes thermorésistances. — MM. V. SERTIC et N. BULGAKOW. Les bactériophages produisent des ferments lytiques ou lysines de différente qualité : les unes sont détruites par chauffage à 80°, les autres résistent à cette température.

Contribution à l'étude de la fermentation lactique. Influence de Kill. — M. G.-P. LE GALLIC. Une ligne de bacille lactique, cultivée sur un milieu de composition définie, y produit une fermentation dont l'arrêt régulier et précis permet de caractériser cette fermentation même si le bouillon de culture contient du KCl, à la dose de 1,06 n (80 %). Les pH et les acidités atteints par les cultures pour différentes doses de KCl ont été reliés entre eux par une formule simple.

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1931)

Les variations de l'équilibre acide-base dans le diabète hypoglycémique à la phloridzine. — MM. M. SENDRAIL et A. LAMARCHE ont suivi concurremment les fluctuations du sucre sanguin et des valeurs acidobasiques chez des chiens soumis à des injections intraveineuses de phloridzine. Ils ont vu que, pour des chutes accentuées de la glycémie, la réserve alcaline et le pH du plasma restaient stables, l'acétonurie nulle. C'est seulement dans le cas d'un épuisement préalable des réserves glycogéniques que l'acidose apparaît. Il n'y a donc pas, entre la dépression glycémique et la cétoacidose, la relation simple et constante, admise par les classiques. Ces faits infirment les notions (telle celle de glycémie critique) qui reposent sur l'hypothèse de cette relation.

Le genêt d'Espagne. Comparaison avec le genêt à balai. Effets musculaires post mortem. — MM. H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC. Le genêt d'Espagne, tout en possédant certaines analogies pharmacodynamiques avec le genêt à balai, en diffère sous beaucoup de rapports et ne peut pas être utilisé, comme ce dernier, à titre de succédané de l'adrénaline. La particularité la plus frappante du genêt d'Espagne est son effet *post mortem* sur l'animal à sang chaud. Après l'arrêt définitif de la respiration et du cœur, un chien chloralosé commence à exécuter des mouvements assez violents des membres et de la mâchoire. Ces mouvements se prolongent pendant 30 à 45 minutes avant de s'épuiser complètement. L'énervation préalable des membres n'empêche pas leur apparition.

Le sucre protéidique chez le chien normal après injection de glucose et d'insuline. — MM. BIERRY, F. RATHERY et Mlle Yv. LAURENT. Après administration de glucose et d'une dose convenable d'insuline, ou d'insuline seule, on observe, chez le chien normal, des variations importantes du taux du sucre protéidique. La sécrétion interne du pancréas est donc capable d'activer ou de ralentir soit la formation, soit

la destruction du sucre protéidique, ainsi qu'il ressortait déjà de notes précédentes.

L'aérogastrie par sécrétion gazeuse de la muqueuse. — MM. F. Ramond et D. Popovici rapportent leurs expériences, démontrant le pouvoir sécréteur gazeux de la muqueuse gastrique du lapin et du chien. L'éther émulsionné, injecté sous la peau, se dégage en partie dans l'estomac, qu'il distend rapidement. De même pour l'oxygène, l'azote, l'acide carbonique qui, injectés sous la peau, s'exhalent en quelques minutes à travers la muqueuse gastrique d'un estomac vide, dont le pylore et le cardia sont fermés. Cette exhalation est accrue après lavage au sérum artificiel alcoolisé à 30 %, ce qui montre qu'elle est plus marquée lorsque la secrétion de la muqueuse est sollicitée. L'aérogastrie peut donc être en partie fonction de l'exhalation des gaz du sang, à travers la muqueuse de l'estomac. Il en est de même pour la muqueuse de l'intestin.

Note sur l'injection intraduodénale d'insuline. — MM. F. Ramond, P. Chêne, J. Dimitresco-Popovici. L'introduction de 20 à 40 unités d'insuline par la sonde d'Einhorn détermine un abaissement de la glycémie et parfois des troubles liés à l'hypoglycémie. Ces résultats concordent avec ceux de Murlin, Sutter et Gibbs, lesquels insistent en outre sur leur caractère temporaire.

L'instillation d'insuline étudiée sur 21 sujets indemnes d'affection hépato-vésiculaire ou de diabète a, par ailleurs été sans effet notable sur la contractilité de la vésicule. Le fait qu'il était nécessaire d'étendre ce produit dans au moins 20 centimètres d'eau, l'absence constante de réponse vésiculaire lorsque la solution était faite dans deux ou 3 centicubes rendent très suspects les résultats que l'on peut obtenir. La bile B ainsi extraite est peut-être liée à la seule irritation causée par la quantité de solution et non à la qualité du produit : l'insuline. Dans les cas de réponse positive avec la solution d'insuline, la bile vésiculaire présentait les caractères habituels, seul le mécanisme de cette excitation vésiculaire est douteux.

Le phénomène de la « mort subite ou précoce » au cours de l'infection herpétique chez le lapin. — M. Levaditi, Mlle Schœn et M. Reinie ont observé un phénomène qui par ses caractéristiques biologiques et le problème pathogénique qu'il soulève, offre un intérêt tout particulier. Il s'agit de la mort subite ou précoce de lapins qui reçoivent des injections intramusculaires d'émulsions cérébrales contenant du virus herpétique. A l'occasion de la 4e ou la 5e injection, l'animal succombe en proie à des convulsions, suivies de paralysies et de coma. L'étude de ce phénomène, rapprochée des constatations de Remlinger concernant la mort subite d'animaux qui reçoivent, par voie sous-cutanée, des émulsions névraxiques normales, permet de formuler les conclusions suivantes :

Les injections intramusculaires répétées d'émulsions cérébrales riches en virus de l'herpès, peuvent déclencher, chez le lapin, une mort subite ou plus ou moins précoce, du fait de l'action neurotoxique exercée par l'extrait cérébral sur un système nerveux en proie à une neuro-infection latente ou évolutive.

Variation de la valeur du rapport vitamines-glucides B suivant la constitution des glucides du régime, dans certaines conditions d'équilibre alimentaire. — Mme L. Randoin et M. R. Lecoq. Dans les conditions d'équilibre alimentaire d'un régime relativement peu riche en glucides et riche en lipides, l'utilisation, par l'organisme du pigeon, de *glucose*, de *saccharose* ou de *maltose*, ne nécessite pas, dans les trois cas, l'apport d'une même proportion de vitamines B.

La quantité nécessaire et suffisante de vitamines B serait d'autant plus élevée que le glucide présent dans la ration est plus directement et plus rapidement utilisable par l'organisme.

La valeur nécessaire et suffisante du rapport vitamines B-glucides varierait donc avec la constitution des glucides utilisés. Cette valeur optima serait deux fois plus forte avec le glucose qu'avec le maltose ; avec le saccharose, elle serait intermédiaire entre les deux autres.

Avec l'un ou l'autre de ces trois sucres, un excès de vitamines B ne serait pas préjudiciable à l'économie.

Les infections varioliques inapparentes. — MM. P. Teissier, J. Reilly, E. Rivalier et V. Stefanesco. — Exceptionnelles chez les simiens et nécessitant pour se produire certains artifices expérimentaux, les infections varioliques inapparentes sont fréquentes chez le chien et le chat. Alors que l'infection testiculaire d'un virus provenant du singe détermine fréquemment chez ces animaux l'apparition d'une orchite, l'inoculation d'un virus de premier ou de deuxième passage n'engendre aucun symptôme local, et pourtant le sérum des sujets ainsi inoculés possède ultérieurement un pouvoir virulicide pour la vaccine.

Chez le lapin, l'infection inapparente survient d'emblée : l'insertion dans la glande génitale d'un virus variolique, de provenancve simienne, n'est suivie d'aucune réaction ; toutefois, le virus persiste au moins deux semaines dans le testicule et provoque un état d'immunité partielle envers la vaccine. Aucune transmission en série n'est d'ailleurs possible.

A ces diverses modalités d'infection inapparente, les auteurs opposent le caractère latent de l'infection variolique chez le chat et la souris. Inoculé sous la peau ou dans le testicule, le virus peut être retrouvé plus de 40 jours après dans les différents viscères, et le sérum des animaux, comme le faisait prévoir cette longue persistance, ne possède aucune propriété virulicide.

Influence de l'alcalose et de l'acidose sur la réaction thermique vaccinale sur la production des agglutinines et sur la résistance à une toxine microbienne. — MM. J. Davesne et P. Haber ont utilisé, pour réaliser l'alcalose ou l'acidiose, la technique de Tiffeneau, Mlle J. Levy et D. Broun : injection intraveineuse lente (30 minutes) au lapin, de 20 cc. de soude n/8 ou d'acide chlorhydrique n/2.

En injectant immédiatement après l'alcalose ou l'acidose un vaccin antihistolytique, les auteurs n'ont pas noté de différences notables entre l'hyperthermie présentée par des animaux témoins, et celle présentée par les animaux traités. De même, le taux du pouvoir agglutinant développé à la suite de l'injection de vaccin, n'a pas semblé être influencé par l'injection préalable de solution acide ou alcaline.

La résistance à l'injection intraveineuse de toxine histolytique n'a donc été ni atténuée, ni renforcée par l'alcalose ou l'acidose expérimentales.

Surinfection tuberculeuse du cobaye par voie dermique. — M. A. Boquet. — La peau des cobayes tuberculeux conserve sa réceptivité pendant plus de 5 semaines après l'inoculation sous-cutanée d'une dose modérée de bacilles virulents.

La progression de l'immunité spécifique se traduit par l'affaiblissement graduel des réactions ganglionnaires. Cependant, au 44e jour de la primo-infection, alors même que les ganglions paraissent ne plus réagir, une inoculation tant soit peu importante détermine encore la formation d'un nodule évolutif où les bacilles d'épreuve conservent toute leur vitalité et toute leur virulence.

Comme A. Krause et D. Peters, R. Debrée et H. Bonnet l'avaient déjà constaté, le caractère essentiel du tubercule de surinfection réside dans ce fait qu'il se développe plus rapidement que le tubercule de primo-infection. En outre,

l'ulcération qu'il subit débute plus tôt que chez les témoins et sa tendance à la guérison est d'autant plus marquée que le délai qui sépare les deux inoculations est plus grand.

Eloge nécrologique de Marc Bridel. — M. LEVADITI.

Le rôle de la maladie de Nicolas-Favre dans l'étiologie du rétrécissement inflammatoire du rectum ; étude de 21 cas par l'intra-dermo-réaction de Frei. — MM. R. BENSAUDE et A. LAMBLING ont obtenu chez 21 malades porteurs d'une sténose rectale 19 réactions positives, soit dans 90 p. 100 des cas. En prenant comme test diagnostique l'intra-dermo-réaction à l'antigène lymphogranulomateux, la maladie de Nicolas-Favre semble donc jouer à l'origine du rétrécissement rectal un rôle très important et qui paraît mieux démontré que celui de la syphilis, de la blennorragie et de l'infection chancrelleuse jusqu'ici incriminées. L'intra-dermo-réaction au Dmelcos, pratiquée parallèlement, n'a été positive que dans 2 cas, une fois en association avec un Frei positif, une fois isolée. Une seule malade n'a réagi à aucune des deux épreuves. Cette statistique doit surtout son intérêt à ce que, contrairement aux faits identiques publiés dans différents pays, elle concerne les formes les plus variées de sténose rectale, non seulement les formes associées à un bubon inguinal ou à un œdème de la vulve (f. génito-ano-rectales de Jervild) surtout étudiées jusqu'à présent, mais des rétrécissements rectaux purs, indemnes de toute participation ganglionnaire ou génitale.

— Société de biologie de Lyon (séance du 14 décembre) :

Sur la quantité d'ultra-violet réfléchie par divers miroirs. Application à l'actinothérapie. — J. CLUZET et Th. KOFMAN montrent que les mesures effectuées au moyen de la cellule photoélectrique au cadmium leur ont permis de vérifier que l'ultra-violet au-dessous de 3.000 A. se comporte exactement comme la lumière ordinaire avec les miroirs métalliques, et que les plus petites différences dans la netteté des images données par ces miroirs se traduisent par des différences importantes dans la quantité d'ultra-violet réfléchie. De plus, les glaces argentées ou non sont des réflecteurs d'ultra-violet bien inférieurs aux miroirs métalliques, et même, à partir d'une épaisseur de glace de 1 millimètre, la surface antérieure réfléchit seule l'ultra-violet, toute la partie du faisceau incident qui pénètre dans le verre par réfraction étant entièrement absorbée.

A deux points de vue ces résultats sont applicables à l'actinothérapie. Il y aurait lieu, d'une part, pour améliorer considérablement le rendement des appareils producteurs d'ultra-violet, d'employer comme réflecteurs, à la place des plaques d'aluminium insuffisamment polies, de véritables miroirs métalliques ; d'autre part, les miroirs laryngoscopiques utilisés dans le traitement actinique des laryngites tuberculeuses devraient être aussi aplanitiques que possible, en nickel ou en acier par exemple, mais non en verre, cette substance absorbant presque en totalité le rayonnement ultra-violet incident.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

L'HIVER DE LA CÔTE D'AZUR C'EST UN AUTRE PRINTEMPS. — Les trains du P.-L.-M., « les trains du soleil » comme on les appelle, nombreux, rapides, confortables, mettent ce printemps en quelques heures à la portée de tous. Le prix du voyage est singulièrement réduit si l'on use des cartes donnant droit à la délivrance de billets à demi-tarif valables un mois, qui pour un trajet aller et retour de 2.000 kilomètres procurent une économie de 20 p. 100 en 1re, de 14 p. 100 en 2e et 3e classes, économie qui atteint 30 p. 100 en 1re et 26 p. 100 en 2e et 3e si le trajet est de 3.000 kilomètres.

Photoptomètre à écran radioluminescent pour les mesures de l'acuité visuelle aux faibles éclairages. — MM. J. Cluzet, J. Rollet et Th. Kofman étudient les possibilités d'utilisation d'écrans avec sulfure de zinc fluorescent au mésothorium pour la mesure de l'acuité visuelle aux faibles éclairages et du sens lumineux absolu et différentiel. Après étalonnage d'une telle source lumineuse, ce qui est d'ailleurs très difficile, un tel procédé paraît pouvoir être facilement utilisé en clinique.

Sur la mesure du champ visuel des couleurs. Résultats périmétriques obtenus avec des tests dits monochromatiques. — J. Cluzet et P. Ponthus montrent que l'étendue du champ visuel pour le blanc et le rouge, dans les mêmes conditions de diamètre apparent et de brillance, est sensiblement la même. Cette étendue varie dans le même sens que ces deux facteurs ; elle varie en outre en sens inverse de l'éclairage extérieur aux tests considérés.

Les champs visuels des couleurs simples — même si elles ne sont pas rigoureusement monochromatiques — subissent l'influence des mêmes facteurs et, dans les mêmes conditions d'examen, la décroissance d'étendue des champs s'observe dans l'ordre classique : rouge, jaune, bleu, vert, sans que la diminution atteigne jamais les limites admises habituellement.

Lorsque les tests colorés sont placés dans des conditions d'intensité lumineuse correspondant au minimum de perception chromatique de l'œil à la distance de 5 mètres, les champs diffèrent encore avec la couleur et ils subissent une décroissance considérable, les limites des champs visuels atteignant 15 à 18° pour le rouge dans les différents méridiens, et 10° environ pour le vert. (Laboratoire de Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.)

Recherches sur le fonctionnement hépato-rénal au cours de l'acridinothérapie. — MM. I. Gaté, Tourniaire, P.-J. Michel et J. Dorche, chez 19 sujets (enfants ou adultes) atteints d'affections gonococciques diverses, apparemment indemnes de toute tare hépatique ou rénale et soumis à l'acridinothérapie ont étudié les fonctions hépato-rénales à l'aide de contrôles simples (coefficient de Maillard, azotémie, recherche de l'albumine, des sels et des pigments biliaires). Ils n'ont noté qu'une albuminurie et un subictère transitoire. Dans tous les autres cas, les sels d'acridine, aux doses relativement faibles auxquelles se sont tenus les A. (5 cc. de la solution à 2 % par injection ; 15 à 20 injections), se sont montrés d'une remarquable innocuité.

Essai de traitement de la tuberculose expérimentale du cobaye par l'association radiothérapie-ergosterine irradiée. — MM. F. Arloing, A. Josserand, Ponthus et Vidailhet ont recherché, en présence des résultats obtenus avec l'ergostérine irradiée dans la calcification des lésions dans la tuberculose expérimentale, si l'association de cette thérapeutique à la radiothérapie n'en renforcerait pas les effets.

Leurs expériences ont porté sur 20 cobayes dont les uns ont servi de témoins des effets du traitement combiné radiothérapie-ergostérine, les autres de sujets soumis, soit à l'ergostérine irradiée seule, soit à l'ergostérine et à la radiothérapie après tuberculisation avec une dose à la vérité un peu forte de 3 milligrammes de bacilles bovins injectés sous la peau de la cuisse.

Les résultats de l'association rayons X-ergostérine irradiée réalisée pendant 8 semaines ne furent pas favorables. Les lésions viscérales étaient dans ce cas nettement plus accentuées que chez les autres cobayes tuberculisés traités ou non par l'ergostérine. L'action nocive de la radiothérapie seule, bien étudiée déjà par d'autres auteurs, n'est donc pas modifiée par l'adjonction d'ergostérine irradiée au cours d'une infection tuberculeuse expérimentale sévère du cobaye.

THÉRAPEUTIQUE

L'EXTRACTIF AMYGDALIEN DANS L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES

A la séance du 7 janvier 1932, de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, les Docteurs Cuvier (de Bordeaux), et Carrère (d'Ozillac), poursuivant l'étude qu'ils ont entreprise il y a deux ans et demi, sur l'action des extractifs de tumeurs, ont fait part de leurs premiers essais avec des produits amygdaliens, dans l'hypertrophie des amygdales. Ceux-ci sont administrés par voie buccale, sous forme de gouttes, à doses faibles et fractionnées (une goutte, de trois à cinq fois par jour, suivant l'âge, loin des repas). Sept observations démonstratives ont été citées, où depuis un an et demi environ, des régressions et un retour à l'état normal ont pu être constatés, après 2 à 3 mois de traitement.

Bien entendu, les indications précises de l'amygdalectomie et de l'amygdalotomie, restent entières et du domaine exclusif du spécialiste.

Citons la conclusion de ce travail : « Nous nous croyons autorisés, disent les auteurs, à attirer l'attention sur ce procédé biologique relativement simple, afin de l'étudier pour en connaître la valeur et la portée pratique exactes. L'intérêt de la conservation des amygdales, lorsqu'une indication opératoire ne s'impose pas, mérite de retenir l'attention, pour ne pas priver l'organisme d'un organe glandulaire dont l'ablation peut ne pas être sans inconvénients de divers ordres. Et parce que, comme l'a dit récemment à Sofia, le Professeur Portmann : « Les méthodes de destruction, par quelque procédé que ce soit, sont des méthodes moyenageuses », dont, ajouterons-nous, la biologie doit progressivement nous libérer. »

LIVRES NOUVEAUX

Précis de Bactériologie médicale (1), par André Philibert, professeur agrégé de bactériologie, chef des travaux pratiques de bactériologie à la Faculté de médecine de Paris.

Le point de vue original de cet ouvrage est de partir d'un point de vue médical dans l'exposé d'une science où les conceptions « botaniques » ont très longuement servi de guide à l'enseignement.

Le plan de ce précis a été tracé pour s'ajuster aux connaissances strictement utiles à l'étudiant et au médecin. Celui-ci a tout d'abord besoin de connaître les ressources que lui offre la bactériologie pour aider son diagnostic clinique. C'est donc à l'étude des méthodes de diagnostic qu'est consacrée la première partie de l'ouvrage. Puis, dans une seconde partie plus étendue, l'auteur décrit chaque microbe pathogène de l'homme en se plaçant au point de vue de la biologie pathogène, les caractères essentiels de la maladie provoquée, tant au point de vue anatomique que physiologique, étant mis au premier plan, et en ne gardant de la botanique pure que ce qui est indispensable pour déterminer l'espèce.

(1) Deuxième édition revue. Un volume de 552 pages avec 21 planches en couleurs hors texte. — Prix : broché, 50 fr. ; cartonné toile, 65 fr. — Paris, Masson et Cie.

Cette méthode conduit à faire des groupements microbiens fondés sur la pathologie.

La troisième partie traite des questions générales. Les grands processus, tels que la défense, l'immunité, etc., y sont exposés brièvement avec le souci de montrer que ces processus ne sont pas d'ordre général, mais bien variés, multiples et particuliers à chaque microbe ou à chaque groupe de microbes, corollaires de leur biologie dont ils sont inséparables.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DE LA COLONNE VERTÉBRALE

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT [1]

FORMES CLINIQUES

1° Suivant l'atteinte médullaire. — Plusieurs types schématiques, rarement purs :

— a. *Commotion* avec une paraplégie transitoire ;

— b. *Contusion* avec une paraplégie partiellement curable ;

c. *Syndromes de compression* se caractérisent par des signes radiculaires ; ultérieurement si l'on n'intervient pas, séquelles amyotrophiques et sensitives.

Peut relever d'un *hématorachis* ou d'une *compression par lame*.

d. *Syndromes de section partielle* réalisent des types divers, dont le plus net est le *Brown-Séquard*.

2° Suivant le siège. — A. *A la région cervicale.* — La mort est presque toujours très rapide.

Dans la région cervicale basse, il y a quadriplégie et la mort est consécutive à la paralysie respiratoire.

Dans la région cervicale haute, elle est due aux lésions bulbaires.

Cependant, il existe des cas de *fracture bénigne de la colonne cervicale*, sans retentissement médullaire, pouvant même passer inaperçus et qui seront des diagnostics de radiographie.

B. *A la région dorsale.* — La paralysie est d'étendue variable suivant la hauteur du segment médullaire atteint (Lois de Chipault).

A la région dorsale supérieure, les muscles du thorax sont pris. A la région dorsale moyenne, les muscles de l'abdomen.

C. *A la région lombaire.* — *Au-dessus de* L^5 : la paraplégie est variable, il y a des douleurs radiculaires, une grosse amyotrophie.

Au-dessous de L^5 : il n'y a plus de troubles moteurs, mais une anesthésie en selle du périnée et des organes génitaux avec rétention sphinctérienne (syndrome de la queue de cheval).

3° Fractures latentes. — (Sans retentissement médullaire).

Peu connues autrefois, leur nombre se multiplie depuis qu'on utilise systématiquement la *radiographie*.

Se voient surtout dans la *région dorsolombaire* ou *lombaire* (centre traumatique de Ménard) parfois à la colonne cervicale.

Cliniquement, elles passent souvent inaperçues :

— Soit parce que noyées dans un tableau complexe de polyblessé ;

— Soit parce qu'en présence de signes discrets, on n'a pas fait l'examen capital : LA RADIOGRAPHIE.

Elles se révéleront donc souvent tardivement par un *syndrome de Kümmel-Verneuil.*

DIAGNOSTIC

1° Différentiel. — I. Facile dans les cas typiques, il peut cependant se poser avec :

— Un *mal de Pott* avec effondrement subit (très rare).

— Une *luxation vertébrale :* mais se voit surtout à la colonne cervicale ; attitude caractéristique.

— *Une fracture partielle des vertèbres ;*

— Non pas *fracture de l'épineuse*, car pas de troubles médullaires, douleur localisée, mobilité anormale ;

— Mais surtout *fracture des lames*, car il y a un syndrome médullaire ; mais la radiographie, pratiquée avec précaution, au lit du blessé si possible, tranche le diagnostic.

II. Lorsque le syndrome n'est pas au complet :

— *Contusion simple ;*

— *Hystéro-traumatisme* et ses variantes (camptocormie, railway-spine).

On n'hésitera pas cependant à recourir à la *radiographie*, de face, de profil, et même si possible à la stéréo-radiographie.

Elle révélera souvent des *fractures parcellaires* du corps, des fissures, des tassements, graves cependant lorsqu'elles restent méconnues.

2° Diagnostic lésionnel. — Revient à établir un *pronostic*, lequel est évidemment fonction de l'état de la moelle.

Au début, aucun élément ne permet d'en préjuger ;

Plus tard, on se basera sur

— L'état des réflexes ;

— L'état de la sensibilité.

Mais en pratique, seule, l'*évolution* jugera en dernier recours.

TRAITEMENT

1° Cas classique :

On se contentera d'une *immobilisation* en gouttière ou en lit suspendu, avec traction continue modérée.

On s'efforcera de prévenir les *complications :*

— Sondages aseptiques ou cystostomie ;

— Prophylaxie des escarres.

Les *indications chirurgicales* sont limitées :

— Compression nette (hématorachis ou lame) ;

— Troubles radiculaires.

2° Fractures partielles :

Commencer par le même traitement, puis mise en place d'un corset plâtré puis orthopédique.

Ne pas permettre le travail avant six mois.

Une greffe d'Albee précoce permettrait peut-être d'abréger tout en évitant le *Kümmel-Verneuil* qui reste le gros point noir dans l'avenir de ces blessés.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 10, p. 174, et n° 12, p. 204.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6°

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

COLONIES. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Van Chinh, médecin hors classe de l'assistance médicale en Indochine.

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — M. Louis Millet, chimiste biologiste à Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bord (de Paris), Bossu-Liard (de Vanves), Paul Boudin (de Paris), Bouillette (de Conflans-Sainte-Honorine), Casenave (d'Hendaye), Daniel (de Fort-de-l'Eau), Dibos, président de la Confédération des syndicats médicaux de France; Gouverneur, chirurgien des hôpitaux de Paris; Jean Minet, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Moundlic (de Paris), Quénée (de Béthune), Richard (de Berck), Tamboise (du Cateau), Thouvenin (de Bonnelles), Vadon (de Saint-Raphaël), Wetterwald (de Paris), Meyer (du Mans), Parazols (de Pau), Pennel (de Paris), Tourmeuse (de Courseulles).

— C'est avec un grand plaisir que nous apprenons la nomination de chevalier de la Légion d'honneur de notre confrère et ami Paul Boudin, du *Concours médical*. Venant quelques jours après la croix décernée à notre ami le docteur Julien Noir, l'éminent rédacteur en chef du *Concours médical*, elle récompense tardivement, pour l'un comme pour l'autre, de longues années mises au service de la presse médicale et des œuvres confraternelles.

Nous leur adressons nos bien sincères félicitations.

GUERRE. — M. le médecin général Rubenthaler, directeur du Service de santé de la 7e région, a été placé, à compter du 15 février 1932, dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire.

— Sont désignés pour suivre le stage d'information à l'Ecole de Joinville :

MM. les médecins capitaines Pousse, Géral, Piquemal, Lacaze, Fontaine, Blanc, Brocard, Jalet, Lanet, Dravet, Nouail, Vergez.

MM. les médecins lieutenants Adam, Paupard, Bernard, Dickson, Moulinie, Conte, Prat-Carrabin, Pietri.

A PROPOS DU BACCALAURÉAT LATIN-GREC. — Dans notre dernier numéro nous avons publié un article de notre confrère Herpin montrant que l'opinion de la Confédération des syndicats médicaux est formellement en faveur du baccalauréat latin-grec pour les études médicales.

Dans le même numéro nous avons publié le manifeste de l'Association corporative affirmant la nécessité du latin et du grec.

Rappelons aujourd'hui l'enquête poursuivie par notre ami Mordagne dans l'*Information universitaire*. Elle montre que les maîtres de la Faculté de médecine, comme les syndicats, comme les étudiants, concluent en faveur du latin et du grec.

AVIS DE VACANCES. — Le ministère de la Santé publique donne avis des vacances suivantes :

Le poste de médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne) est vacant, par suite du départ de M. le docteur Chatagnon, nommé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service à l'asile privé faisant fonctions d'asile public d'aliénés de Bégard (Côtes-du-Nord) est vacant, par suite du départ de M. le docteur Daussy, nommé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône) est vacant, par suite du départ de M. le docteur Merland, nommé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne) est vacant, par suite du départ de M. le docteur Hyvert, nommé à un autre poste.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous apprenons l'apparition du *Journal de médecine de Lille*. Tous nos meilleurs vœux à ce nouveau confrère.

CINQUANTENAIRE DE LA ROYAL SOCIETY OF CANADA. — Le cinquantième anniversaire de la fondation de la Société sera célébré les 26, 27 et 28 mai 1932, à Ottawa.

(*Voir la suite des* « Informations », *p.* 257.)

CHRONIQUE

HÔPITAUX MODERNES

La conception des hôpitaux modernes a suivi depuis quelques années une évolution très importante dont nous trouvons une excellente mise au point dans *Nosokomeion* (1).

Tous les médecins et les chirurgiens qui, depuis la guerre, ont fait des voyages en Amérique, ont été frappés par les avantages que présente l'hôpital bloc vis-à-vis de l'hôpital européen à pavillons séparés. Si celui-ci a encore des indications particulières lorsqu'on dispose de grands terrains ensoleillés, il a par contre des inconvénients sérieux au point de vue de l'exploitation et du service, qui deviennent compliqués et onéreux.

Dans les conditions économiques actuelles, l'hôpital bloc, où le service se fait dans le sens vertical, paraît rallier tous les suffrages. Ce sont ses avantages que fait ressortir très judicieusement notre confrère R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE dans l'étude très documentée qu'il consacre à l'*Evolution des idées pour la construction des hôpitaux en France* (2).

Notre confrère donne plusieurs exemples récents, dont le nouvel hôpital de Colmar, et l'hôpital de Clichy, à Paris.

L'hôpital de Colmar, de 740 lits, sera du type bloc à cinq étages, comprenant : médecine, chirurgie, maternité, services de pédiatrie et spécialités.

Son architecte, M. W. Vetter, a adopté les principes suivants :

1° Superposition des unités d'un même service, reliées par ascenseurs et monte-charges ;

2° Hospitalisation des malades dans de petites salles (4 lits au maximum), toutes exposées au Midi, de même que les réfectoires ;

3° Balcons-terrasses devant toutes les salles et les chambres.

Cela a amené M. Vetter à concevoir un bloc d'hospitalisation avec juxtaposition des différents services disposés en tranches verticales indépendantes les unes des autres. Les étages sont en gradins, pour obtenir des balcons sans obscurcir les salles situées au-dessous. Afin d'éviter l'inconvénient classique des constructions en gradins, c'est-à-dire la grande profondeur de l'immeuble aux étages inférieurs, la façade nord est constituée en contre-gradins légèrement moins inclinés que ceux du Midi. Si bien que l'ensemble présente l'aspect que pourrait offrir une pile de dominos légèrement décalés d'avant en arrière les uns par rapport aux autres, conception originale qui permet une heureuse disposition des salles et des couloirs de service.

Le nouvel *hôpital de Clichy*, que l'Assistance Publique va faire construire, est un grand et magnifique établissement du type bloc de onze étages, comprenant 1.006 lits dont 350 avec chambres séparées. Ses plans sont dus à deux architectes parisiens, MM. Plouzey et Cassan.

A proximité d'un grand hall d'entrée se trouve un garage pour 100 voitures permettant aux médecins de ranger leurs autos au pied même des ascenseurs desservant le bloc.

L'hôpital comprend, au rez-de-chaussée, les services généraux, au premier étage la maternité, aux deuxième, troisième et quatrième étages les services de chirurgie avec groupes opératoires aux deux extrémités, le groupe aseptique à l'Ouest, le groupe septique à l'Est.

Du cinquième au huitième étage sont les services de médecine.

Chaque étage a une autonomie complète.

Au neuvième étage la chirurgie spéciale (oto-rhino et ophtalmologie).

Aux dixième et onzième étages, le service des tuberculeux, etc...

La place nous manque pour donner ici une description plus complète de ce magnifique hôpital qui sera vraiment digne de la Ville de Paris.

M. Dujarric de la Rivière étudie encore un centre médical pour maladies pulmonaires, et il montre la nécessité de former des architectes et des ingénieurs spécialisés dans la construction des hôpitaux dont l'étude devient de plus en plus délicate et cependant de plus en plus urgente.

Nous ne pouvons que mentionner les articles qui figurent dans le même numéro de *Nosokomeion*. Ils sont tous utiles à lire pour ceux qui s'occupent des questions hospitalières. Ce sont : l'étude de M. C. E. Elcock sur l'état actuel de la construction des hôpitaux en Grande-Bretagne et en Irlande ; celle de M. F. Stevens sur les hôpitaux américains ; celles de M. G. B. Roatta sur les hôpitaux italiens, de M. A. Lommel sur les hôpitaux allemands et autrichiens. M. Jacques Parisot traite de l'organisation hospitalière et de ses rapports avec l'enseignement, M. B. P. Watson des exigences hospitalières du point de vue de l'obstétricien ; M. Martiny montre ce que le médecin demande à l'hôpital moderne ; M. Frédéric Mac Curdy traite des consultations, M. Giulio Grandi de la section de stomatologie à l'hôpital ; M. Rollier décrit la clinique manufacture internationale de Leyzin, centre d'héliothérapie et d'adaptation au travail pour les tuberculeux chirurgicaux.

Suivent un certain nombre d'articles techniques parmi lesquels nous citerons tout particulièrement le travail de M. Genairon, l'éminent ingénieur des hospices civils de Lyon, sur l'Economie calorifique et dynamique dans les hôpitaux.

F. L. S.

(1) *Nosokomeion*, revue trimestrielle des hôpitaux, Stuttgart, oct. 1931.

(2) *Nosokomeion*. Loc. cit.

**

INFORMATIONS

(SUITE)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Le *Journal officiel* du 9 février publie un arrêté relatif à l'examen des candidatures aux fonctions de directeur du bureau municipal d'hygiène.

— Il a été créé, au ministère de la Santé publique, un corps de médecins consultants, dans l'intérêt des fonctionnaires et agents de l'administration centrale.

Ont été nommés consultants du ministère de la Santé publique, pour leur spécialité :

MM. les docteurs Desplas, chirurgien des hôpitaux; May, médecin des hôpitaux; Monbrun, ophtalmologiste des hôpitaux; Ramadier, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

LE DINER DE LA SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE. — A la suite de sa réunion annuelle, les membres de la Société d'hydrologie se sont réunis en un brillant dîner confraternel. Autour de M. Flurin, président, de M. Sérane, secrétaire général, avaient pris place plus de cent convives, parmi lesquels MM. les professeurs Achard, Fernand Bezançon, Desgrez, Marcel Labbé, Rathery, Carnot (de Paris), Etienne et Perrin (de Nancy), MM. Moulonguet, Crouzon, Lian, Mathieu-Pierre Weil, Weissenbach, Etienne Chabrol, Raymond Durand-Fardel, etc... ; MM. les professeurs Carnot, Léon Bernard, Loeper, Villaret, Fiessinger (de Paris), Giraud et Puech (de Montpellier), Duhot (de Lille), Santenoise (de Nancy), Louis Blanc (d'Aix) s'étaient excusés.

Au champagne, notre ami Flurin, président, salua cordialement ses invités, et remercia tout particulièrement le professeur F. Bezançon d'avoir été l'infatigable animateur de la journée de travail.

MM. Achard, F. Bezançon, Desgrez, Godlewski portèrent des toasts salués par de nombreux bans.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE DE LA CHARITÉ. (Hôpital de la Charité. Professeur : M. Emile SERGENT.) — Le cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire commencera le lundi 11 avril, à 9 h 1/2.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. le professeur Portmann, outre son enseignement d'oto-rhino-laryngologie destiné aux étudiants et aux spécialistes, fera en 1932 des cours spéciaux dont voici le programme :

1° *Cours sur la mastoïde.* — Ce cours sera fait par le professeur Portmann, du 1er au 15 mars.

2° *Cours de broncho-œsophagoscopie.* — Ce cours aura lieu du lundi 11 au jeudi 21 avril. Il comprendra des conférences théoriques et des exercices pratiques sur le cadavre, les chiens chlolarosés et les malades.

3° *Cours d'anatomie pathologique en oto-rhino-laryngologie.* — Le cours d'anatomie pathologique aura lieu du lundi 2 mai au samedi 21 mai, sous la direction du professeur Portmann. Il comprendra des conférences théoriques, des travaux pratiques et des démonstrations avec examens de pièces macroscopiques et microscopiques qui accompagneront ces conférences.

4° *Cours de perfectionnement en français.* — Ce cours aura lieu du lundi 4 juillet au samedi 16 juillet. Le programme détaillé en sera publié ultérieurement.

5° *Cours de perfectionnement en anglais.* — Ce cours aura lieu du jeudi 21 juillet au jeudi 25 août. Le programme détaillé en sera publié ultérieurement.

REVUE GENERALE

INFECTIONS OSSEUSES AIGUES D'ORIGINE DENTAIRE [1]

Par M. CHARLES RUPPE,
Ancien interne et stomatologiste des hopitaux de Paris.

II. Complications osseuses.

Les complications des monoarthrites apicales suppurées sont :

Des accidents osseux ;
Des cellulites ;
Des adéno-phlegmons ;
Des thrombo-phlébites ;
Des septicémies.

Toutes ces complications, nous l'avons déjà écrit, sont peu fréquentes par rapport aux ostéo-phlegmons. Parmi elles, viennent au premier plan les ostéites et les cellulites, au second plan les adéno-phlegmons, à titre de rareté, les thrombo-phlébites et les septicémies. Nous n'étudierons dans cette revue générale que les accidents osseux.

Ostéomyélite d'origine dentaire.

Généralités. — Si l'infection est plus virulente ou si le terrain est déficient par fléchissement de l'état général ou par suite d'*antécédents syphilitiques notamment*, l'os participe au processus infectieux. Des appellations différentes ont été employées pour désigner ces faits. Le terme d'*ostéomyélite* est couramment usité, mais il peut prêter à confusion avec l'ostéomyélite des adolescents et Sébileau lui préfère les expressions d'*ostéo-phlegmons diffus* ou d'*ostéites diffuses nécrosantes*. Chompret et Dechaume emploient le terme d'ostéo-phlegmon diffusé.

Les formes cliniques de l'ostéomyélite varient :

a) Avec la virulence de l'infection ;
b) Avec le siège des lésions ;
c) Avec l'âge du sujet.

a) *D'après la virulence de l'infection.* — L'infection attaque toujours, en premier lieu, le tissu conjonctif intra-osseux. 1° *Si l'infection est virulente*, il se produit un phlegmon intra-osseux. La moelle osseuse congestionnée devient rouge vineux, prend un aspect grisâtre et suppure; 2° *Si l'infection est moins virulente*, le tissu conjonctif bourgeonne, fabrique de nombreux vaisseaux et devient *granulomateux* ; 3° Enfin, dans les *formes très atténuées*, le tissu conjonctif *devient fibreux* et de moins en moins riche en cellules.

Ces désordres du tissu conjonctif intra-osseux ne sont pas sans avoir une répercussion intense sur le tissu ossifié :

1° Si la vascularisation est brusquement interrompue dans un département important, le tissu ossifié est frappé de mort : il y a *nécrose*, c'est-à-dire formation de *séquestres* ;

2° S'il y a congestion, comme dans les infections atténuées, il y a disparition du tissu ossifié : c'est l'ostéite raréfiante des classiques. Elle peut se faire par ostéolyse ou ostéoclasie.

L'ostéolyse (halistérèse) porte sur l'osséine et les matériaux calcaires et laisse intacte la matrice collagène (Leriche et Policard). L'ostéoclasie est la destruction complète du tissu ossifié, par un processus macrophagique animé par les grosses cellules multinucléées de l'os, les ostéoclastes ;

3° Enfin, si *l'inflammation se prolonge*, des mutations calciques locales s'opèrent et de l'os nouveau, souvent mal calcifié, se forme : il y a *hyperostose*.

Quant à la lésion du périoste, elle est secondaire.

Ainsi, les deux lésions du tissu conjonctif et du tissu ossifié se combinent de façon variable et, schématiquement, on peut décrire :

α *Une forme aiguë, suppurative et séquestrante ;*
β *Une forme subaiguë, granulomateuse et raréfiante ;*
γ *Une forme prolongée, chronique, fibreuse et hyperostosante.*

b) *L'ostéomyélite varie encore avec le siège de la lésion.* — L'infection osseuse de la mâchoire inférieure n'est pas comparable à celle de la mâchoire supérieure, parce que la mandibule est une carapace de tissu compact qui enclôt du tissu spongieux, tandis que le maxillaire supérieur est un os mince, cavitaire. Sur ces os, l'allure clinique de l'infection se modifie encore, suivant qu'elle se cantonne sur le rempart alvéolaire ou gagne le corps de l'os.

c) *L'âge du sujet* a aussi son importance, par suite de la présence des germes des dents permanentes dans les maxillaires des enfants.

Ainsi donc, il nous paraît légitime d'étudier séparément l'ostéomyélite de la mandibule et des maxillaires supérieurs et, pour chaque mâchoire, d'envisager les formes aiguës, subaiguës et chroniques, chez l'adulte et chez l'enfant.

Ostéomyélite du maxillaire inférieur. — A) FORMES AIGUËS. — **Anatomie pathologique.** — *C'est une forme suppurative et séquestrante.* La lésion siège, d'ordinaire, sur le corps de la mandibule, dans la région prémolaire et molaire. *L'infection diffuse rapidement*, soit dans le sens antéro-postérieur, entre les deux tables osseuses, soit dans le sens vertical, atteignant le rebord basilaire, elle peut se limiter au rempart alvéolaire, véritable pyorrhée aiguë (Sébileau).

La *séquestration* est variable. Il peut ne se former qu'un séquestre, mais on assiste parfois à la production simultanée ou successive de plusieurs séquestres et, dans les formes extrêmes à la perte d'un hémimaxillaire, voire même d'un maxillaire entier. Le séquestre est un fragment d'os mort, fenêtré, à bords dentelés, avec une face lisse et une autre irrégulière. Il est sec, jaune lorsqu'il est resté inclus, noirâtre lorsqu'il a été en communication avec le milieu buccal. Au bout d'un certain temps, il est enchatonné dans de l'os nouveau, comme un « cadavre dans un cercueil » (Frœlich).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 13, p. 215.

Suppuration et séquestration *peuvent se continuer en arrière vers la branche montante, vers l'articulation temporo-maxillaire, vers le temporal.*

Les fractures spontanées au cours de l'ostéomyélite sont peu fréquentes et se font habituellement à la hauteur de la dent causale. Elles n'évoluent pas fatalement vers la pseudarthrose, mais elles se consolident lentement, avec un cal peu exubérant.

L'ostéogenèse qui fait suite à la séquestration est toujours importante et, comme il y a rétraction du périoste, l'os néoformé constitue un arc plus court et moins haut que l'arc ancien.

Symptomatologie. — Forme de l'adulte. — C'est la plus fréquente, et nous la prendrons comme type de description.

Schématiquement, la maladie se déroule en trois temps : *début dentaire, période aiguë, période suppurative et séquestrante.*

Au début, c'est le tableau habituel de la monoarthrite apicale suppurée des grosses molaires inférieures. Mais l'intensité de la douleur et du trismus, le retentissement sur l'état général font suspecter qu'il y a en marche autre chose qu'un ostéo-phlegmon banal. Si l'on retrouve : la fluxion classique, l'empâtement marqué de la table externe ou de la table interne de la mandibule, on constate aussi qu'il n'y a pas seulement une, mais plusieurs dents mobiles. L'angle de la mâchoire est douloureux si l'accident provient de la dent de sagesse. Enfin, *l'anesthésie du nerf dentaire inférieur* est la signature d'un processus ostéomyélitique profond et destructeur. D'ailleurs, on se rend bien compte que le traitement est incapable d'enrayer complètement le mal. L'avulsion de la dent, l'ouverture de la collection sous-périostée n'apportent pas la guérison. La radiographie ne donne, à ce moment, que des renseignements incomplets. Elle montre une plage d'ostéite raréfiante, l'image du séquestre étant plus tardive.

La suppuration s'installe alors profuse, en même temps que les signes généraux et fonctionnels diminuent, sauf le trismus. Cette suppuration se fait jour par le vestibule ; mais bien souvent la périmandibulite concomittante se fistulise à la peau.

Le stylet introduit par ces fistules rencontre un os dénudé.

Cette période se prolonge des semaines ou des mois, et se termine par *l'élimination de séquestres* que l'on est obligé de rechercher quelquefois par voie externe, lorsqu'ils sont profonds, que l'on cueille par la bouche, s'ils sont alvéolaires.

Complications. — Au cours de cette ostéomyélite peuvent se produire des complications :

Les unes sont immédiates et rares : cellulites diffuses, thrombo-phlébites, septicémies, métastases osseuses.

Les autres apparaissent au cours de la phase suppurative. Elles tiennent à *l'extension de l'infection, dans l'os :* (branche montante, articulation temporo-maxillaire, d'où *arthrite suppurée*) *ou dans le tissu cellulaire,* sous forme de cellulites circonscrites ou de phlegmon ligneux. La prolongation de la suppuration peut aboutir à une véritable *cachexie buccale.* Les *fractures pathologiques* sont indolores et marquées seulement par de la difficulté à la mastication.

Séquelles. — L'ostéomyélite laisse parfois derrière elle :

1° *De la constriction permanente des mâchoires,* indice d'une myosite scléreuse ou d'une arthrite temporo-maxillaire suppurée ou sèche ankylosante ;

2° *La perte d'une partie plus ou moins considérable de la denture ;*

3° *Des déformations maxillaires par perte de substance ou par arrêt de croissance chez le jeune.*

Diagnostic à la période aiguë de la maladie. — Le diagnostic doit s'établir par échelons. S'agit-il d'une infection osseuse, est-elle d'origine dentaire ?

Nous devons tout d'abord noter si la phlegmasie est située dans le cadre osseux mandibulaire ou en dehors de celui-ci.

Nous éliminons ainsi : les adénophlegmons sous-mentonniers, sous-maxillaires, les sous-maxillites et les parotidites qui ne font pas corps avec l'os.

Dans le cadre mandibulaire, nous exceptons les adénites géniennes et les cellulites jugales. Celles-ci sont d'ordinaire en relations avec un accident d'éruption de dent de sagesse, s'accompagnant de trismus. Elles sont diagnostiquées complémentairement par la radiographie qui montre l'inclusion de la dent de sagesse et l'absence de désordres osseux.

Toute autre phlegmasie faisant corps avec l'os est une inflammation osseuse. Le plus habituellement, le point de départ est dentaire ; mais il faut tout de même se souvenir que l'os est contaminable par voie sanguine ou par voie corticale.

L'ostéomyélite des adolescents, due au staphylocoque doré, maladie générale, frappe avant tout l'épiphyse fertile des os longs ; parmi les petits os, le maxillaire inférieur est l'un des plus fréquemment atteints (Lannelongue) (2 cas sur 545). Elle survient de huit à quinze ans et a tendance à se localiser autour de la région où se trouvent les molaires et la dent de sagesse, région qui est en activité physiologique (Ombrédanne). L'abcès se forme très vite après un gros accès fébrile et sa tendance normale est de s'évacuer dans la bouche, parfois cependant vers la peau plus ou moins loin du foyer osseux. Il est important, s'il n'y a pas d'autre localisation osseuse, de faire la discrimination d'avec l'ostéomyélite d'origine dentaire. L'âge ne plaide que d'une façon relative en faveur de la voie hématogène, car les accidents infectieux d'origine dentaire ne sont pas exceptionnels pendant l'adolescence et, d'autre part, la période d'activité physiologique de l'os se prolonge au niveau de la mandibule. Si l'on retrouve, comme antécédent, un furoncle ou un anthrax, il y a bien des chances pour que l'ostéomyélite soit due à l'agression de l'os par le staphylocoque doré apporté par le torrent circulatoire. Mais on se rend compte de la nécessité d'explorer cliniquement et radiographiquement le système dentaire.

Au cours de certaines *maladies infectieuses graves* (*typhoïde, grippe*), des ostéomyélites mandibulaires sont également susceptibles de se produire.

Dans les ostéites corticales dont l'étude a été reprise récemment par Dechaume, il y a d'abord inflammation

de la fibro-muqueuse ou cellulite, puis lésions secondaires du périoste et de l'os. Ces ostéites corticales diffuses prennent naissance à la suite de lésions cutanées (furoncle), de lésions muqueuses (stomatites, nécroses exanthématiques), ou de cellulites consécutives à des ostéo-phlegmons.

A toutes les périodes de l'évolution de cette ostéomyélite, la radiographie reste d'un précieux secours. Elle montre la cause dentaire, les lésions osseuses, leur type, leur étendue, leur évolution. Les images sont d'ailleurs assez polymorphes. Au début, des lacunes de raréfaction osseuse ou des géodes de surface plus ou moins large, à dessin plus ou moins irrégulier. Apparition au bout d'un temps variable de séquestres. Tardivement, image géodique avec réaction hyperostosante, avec ou sans inclusion de séquestres, ou aspect floconneux ostéoïde.

Enfin, chaque fois qu'il se produit des accidents graves, il est de bonne règle de rechercher s'il n'y a pas un terrain favorisant principalement la syphilis.

Le traitement doit être envisagé aux différentes périodes de la maladie :

Lorsque les accidents se déclenchent, on ne peut prévoir la tournure que vont prendre les événements.

Que faire ? Sinon l'avulsion de la dent et une large incision endo-buccale.

Mais si, malgré ce traitement, les signes ne rétrocèdent pas rapidement, il faut suspecter des lésions plus graves. C'est l'acte opératoire qui permet de les découvrir, de les suivre et de pratiquer le curettage osseux et les avulsions nécessaires.

a) *Il faut enlever le tissu osseux malade.* En introduisant doucement la curette par la voie alvéolaire, on reparcourt le chemin suivi par l'infection ; on supprime l'os ramolli sans traumatiser ni ensemencer le tissu sain.

b) *Il faut enlever les dents et les racines en contiguïté avec le foyer osseux.* Ici encore, la curette, ayant indiqué l'étendue du foyer osseux, permet d'apprécier le sacrifice dentaire nécessaire.

Car l'avulsion doit se borner à celle des dents en contiguïté avec le foyer osseux. D'autres dents peuvent être mobilisées à distance par l'ostéomyélite sans qu'il faille pour cela les extraire d'emblée. Leur avulsion nous paraît inutilement traumatisante, peut-être même dangereuse, car elle risque d'ouvrir de nouvelles portes à l'infection, et elle privera le sujet de dents qui, ultérieurement, sont susceptibles de reprendre leur solidité.

c) *Il faut respecter l'ostéo-périoste indispensable à la régénération osseuse mandibulaire.*

« Car le pronostic des pertes de substance osseuse du maxillaire inférieur est avant tout fonction de l'état de l'ostéo-périoste et le traitement de ces lésions doit être guidé par le souci de ménager le plus possible l'ostéo-périoste encore vivant ; à ce point de vue, l'acte opératoire dans lequel on utilise les voies naturelles est de beaucoup préférable à l'intervention par voie cutanée ; car celle-ci, en dehors de la cicatrice toujours plus ou moins disgracieuse qui en résulte, intéresse presque inévitablement le périoste surtout quand, à l'action destructive du bistouri, s'ajoute l'action traumatisante de la rugine » (Lemaître).

3° *Tardivement, à la période des dégâts*, alors que l'incendie est éteint, le traitement de l'ostéomyélite consiste dans l'ablation du séquestre et le curettage du foyer osseux. Mais à quel moment le pratiquer ? Si l'on opère trop tôt, on risque de porter la curette dans du tissu sain et de faire de nouveaux ensemencements; il faut laisser la nature faire la séparation entre le mort et le vif. Si l'on opère trop tard, on laisse en place un corps étranger qui entretient la suppuration et aggrave les lésions. De toute manière, « les opérations de séquestrectomie doivent toujours être faites dans un sens très conservateur » (Lecène).

L'intensité de la suppuration, le bourgeonnement exubérant de la plaie vestibulaire de trépanation, une nouvelle poussée fluxionnaire, la sensation au stylet d'un séquestre mobile, la radiographie, seront autant d'indications précieuses pour intervenir en temps utile.

De toute manière, il ne faut pas mépriser, au moment opportun, l'aide fournie par la vaccinothérapie, la bactériophagie et les injections intramusculaires de sels colloïdaux.

Forme de l'enfant. — Chez l'enfant, les infections osseuses proviennent de la monoarthrite apicale suppurée d'une molaire de lait ou d'une dent de six ans. Pour les dents temporaires, on assiste normalement, après ou sans fluxion, à la constitution d'une fistule bourgeonnante. Les accidents plus sérieux sont rares. Mais la forme d'ostéo-phlegmon, si fréquente chez l'adulte, ne répond chez l'enfant qu'à 15 0/0 des cas et, d'ordinaire, il y a éclosion d'une ostéomyélite nécrosante.

Au cours de cette ostéomyélite, les réactions générales de l'enfant sont plus vives que celles de l'adulte. Localement, l'évolution de l'affection est modifiée par la présence, dans la mandibule, de germes, qui, lorsqu'ils sont calcifiés et isolés par le pus, se comportent comme des corps étrangers et entretiennent la suppuration au même titre qu'un séquestre. Mais comme il faut *se montrer économe des germes dentaires*, on n'en fera l'ablation qu'en cas de suppuration abondante, persistante, ou de reprise des phénomènes inflammatoires.

Outre les pertes dentaires irréparables, il y a lieu de signaler les *atrophies par arrêt de développement de la mandibule* et les conséquences esthétiques et fonctionnelles qui en résultent.

Du point de vue étiologique, on se rappellera la possibilité des ostéomyélites mandibulaires par voie sanguine.

B) Formes subaiguës. — Avec M. Lemaître, nous avons isolé une forme d'ostéomyélite mandibulaire subaiguë dont les caractères paraissent être les suivants :

1° *Du point de vue anatomique*, les lésions se traduisent par une réaction granulomateuse du tissu conjonctif intra-osseux et par des phénomènes d'ostéolyse. Ces lésions se développent au maximum dans le tissu spongieux de l'os, si bien qu'au niveau de la mandibule, la branche horizontale infectée se présente comme une gouttière de tissu compact à concavité supérieure, remplie de bourgeons charnus, plus ou moins suppurants et saignants. La maladie a une

marche extensive, pouvant gagner toute la branche horizontale et la partie centrale des branches montantes. Elle paraît être due à une infection atténuée ;

2° *Du point de vue clinique.* cette forme n'a pas un début violent, et il existe pendant quelques jours un contraste entre les phénomènes douloureux toujours très intenses et le peu de signes physiques et généraux. Ultérieurement, la tuméfaction légère vestibulaire, l'ébranlement des dents, l'apparition de plusieurs fistules, parfois l'anesthésie dans le domaine du dentaire inférieur permettent d'en faire le diagnostic ;

3° *Du point de vue opératoire,* l'intervention précoce limite cette extension. Elle est facile et consiste dans le curettage de la cavité qui se comble ensuite à la manière des cavités kystiques. Il n'y a pas à craindre, comme dans l'ostéomyélite séquestrante, un processus prolongé, mais la perte du rempart alvéolaire sur une étendue plus ou moins considérable.

C) Ostéomyélite chronique. — Elle peut être l'aboutissement d'une forme aiguë. Nous n'envisagerons ici que la forme chronique d'emblée qui est caractérisée par une néoformation osseuse périphérique, accompagnée d'une nécrose centrale progressive sans séquestration.

Elle se traduit par une soufflure de l'os qui peut déformer la face et prêter à confusion avec les processus tumoraux. L'image radiographique est des plus variables : tantôt floconneuse, comme dans l'ostéopathie fibreuse, tantôt géodique. Elle permet d'établir à la fois l'origine et la nature de la lésion, c'est-à-dire la discrimination entre les infections d'origine dentaire, celles liées à des accidents éruptifs ou dues à des infections sanguines.

Chez les enfants, Broca a décrit des cas d'ostéomyélite prolongée en rapport avec l'évolution dentaire des molaires, parfois même des dents de lait. Elle se traduit par une hyperostose lentement constituée, pouvant simuler un ostéo-sarcome à marche lente, aboutissant parfois à la séquestration plus ou moins étendue du rebord alvéolaire. Cette infection péri-coronaire se fait par voie buccale. Chez les adultes, Heydenreich a signalé des formes hyperostosantes en relation avec des dents de sagesse incluses.

Enfin, à côté de ces ostéomyélites chroniques hyperostosantes, d'origine dentaire ou péri-dentaire, peuvent exister des infections se produisant par voie sanguine, comme Worms et Bercher en ont rapporté des exemples.

Ostéite diffuse des maxillaires supérieurs. — Les infections osseuses des maxillaires supérieurs ont comme corollaire habituel la production d'un ostéo-phlegmon ou d'un empyème du sinus. Il est très rare de les voir prendre une allure plus sérieuse dont la traduction est l'ostéite diffuse.

Celle-ci est caractérisée par une suppuration abondante, une séquestration étendue et la pauvreté de l'ostéogenèse.

1° Sur les deux tables de l'os apparaissent des abcès sous-périostés, se compliquant ou non de cellulites. Donc, suivant l'étendue de l'ostéite, nous noterons des abcès pré-osseux (vestibulaires, palatins ou orbitaires) ou rétro-osseux (sinusiens) ;

2° L'infection frappe facilement de nécrose cet os mince. Les séquestres sont plus ou moins étendus, intéressant le rempart alvéolaire ou l'une des parois du sinus. Les séquestres de l'infrastructure ou de la paroi antérieure du sinus sont assez vite éliminés par la bouche. Ceux de la paroi interne devront être retirés par les fosses nasales, ou après ouverture du sinus.

Symptomatologie. — Les accidents d'ostéite diffuse ne sont pas toujours précédés par une phase très nette de mono-arthrite apicale suppurée. Parfois, d'emblée, une tuméfaction de la joue, d'allure inflammatoire, qui n'est pas toujours très douloureuse, marque le début des accidents. Les signes généraux ne sont pas accusés, puis la suppuration s'extériorise, en quelques jours, par la bouche et par le nez.

Toute la charpente faciale doit être examinée. Le sinus sera exploré par les procédés habituels. Le stylet, introduit par les fistules, atteindra un os dénudé. La séquestration est souvent difficile à apprécier.

Evolution. — Dans les cas favorables, tout se borne à l'expulsion, au bout de 15 jours, 3 semaines, d'un séquestre plus ou moins volumineux. Mais il est possible d'assister à une rechute, la suppuration étant entretenue par un séquestre dont le siège profond en rend l'élimination difficile.

Complications. — Il est exceptionnel de voir une ostéite diffuse engendrer des accidents mortels comme une cellulite diffuse céphalique, une thrombophlébite, une streptococcie ou une staphylococcie. Notons seulement deux complications locales fréquentes : *la sinusite maxillaire et le phlegmon de l'orbite;*

a) Si, au cours de l'ostéite diffuse, une collection de pus décolle la muqueuse du sinus et se rompt dans le sinus, il y a *empyème du sinus*. C'est un des signes de l'ostéite diffuse. Dans d'autres cas, la muqueuse s'infecte à son tour, il y *a sinusite vraie*.

b) Le phlegmon de l'orbite est la complication à redouter. Sa pathogénie est discutée. Deux écoles. Pour l'une, le phlegmon de l'orbite est toujours secondaire à une sinusite maxillaire, soit par déhiscence ou nécrose du plancher de l'orbite, soit par voie veineuse. Pour Sébileau, au contraire, le phlegmon de l'orbite est une des manifestations de l'ostéite diffuse, au même titre que l'empyème du sinus. Il est fonction de l'ostéite diffuse et non conséquence d'une sinusite, secondaire elle-même à une ostéite diffuse.

Le malade atteint *d'un phlegmon de l'orbite* ne présente pas un état général sérieusement touché. Il n'a pas l'aspect d'un grand infecté. Il se plaint d'une douleur oculaire qui lui donne l'impression que son « œil est chassé de l'orbite ». Il accuse des troubles de la vision : diplopie, diminution de l'acuité visuelle.

En l'examinant, trois signes frappent l'attention :

a) L'œdème palpébral qui débute toujours par la paupière inférieure, dans sa partie externe, de sorte que la fente palpébrale devient oblique en haut et en dehors. Cet œdème s'étend ensuite à la paupière supérieure ;

b) *Le chémosis* (œdème conjonctival) ;
c) *L'exophtalmie* irréductible.

Les troubles de la musculature extrinsèque de l'œil sont variables.

En 5 à 10 jours, le pus se collecte et s'extériorise le plus habituellement au niveau de la partie externe de la paupière inférieure. Dès lors, l'œil reprend sa place dans l'orbite. Il peut subsister une fistule pendant plus ou moins longtemps jusqu'à ce que l'avulsion de la dent causale et l'ablation des séquestres par le sinus assure la guérison de l'ostéite diffuse.

Les séquelles possibles du phlegmon de l'orbite sont la diplopie, l'épiphora, l'amaurose. Le phlegmon de l'orbite ne menace pas la vie, mais la vision.

Diagnostic. — L'ostéite diffuse peut prêter à confusion *avec un cancer infecté du sinus*, exceptionnellement *avec une syphilis du sinus*, rarement avec un *empyème caséifié du sinus* (M. Périer). Si l'étiologie dentaire de cette ostéite paraît douteuse, il est nécessaire de pratiquer des radiographies intrabuccales, des radiographies des sinus, et de faire une ponction du sinus et une biopsie endonasale. *Le phlegmon de l'orbite* se distingue de la thrombophlébite du sinus par son unilatéralité, l'absence de poussées fébriles en clocher et de signes méningés. Il doit aussi être distingué des autres affections périorbitaires qui évoluent vers l'orbite, comme les ethmoïdites et les sinusites frontales ; mais la tuméfaction, avant d'avoir envahi tout l'orbite, a un début en rapport avec le siège de la lésion causale ; ce qui permet d'en reconnaître l'origine.

Traitement. — Le traitement est un traitement d'urgence lorsque l'ostéite diffuse a provoqué un empyème du sinus. Il faut ouvrir par voie vestibulaire et enlever l'os malade.

BIBLIOGRAPHIE

LANNELONGUE. — *De l'ostéomyélite aiguë*, 1879.
GORNOUËC. — Ostéomyélite aiguë du maxillaire inférieur. *Revue de Stomatologie*, octobre 1927.
F. LEMAÎTRE et Ch. RUPPE. — Ostéomyélite subaiguë mandibulaire. *Revue de Stomatologie*, mars 1929.
L. MONOD. — Evolution dentaire et ostéomyélite des mâchoires. *Odontologie*, 30 juin 1929.
DUFLOZ. — Des fractures pathologiques dans l'ostéomyélite du maxillaire inférieur. *Th. de Lyon*, 1925.
LOYAUTÉ. — Ostéites diffuses du maxillaire supérieur d'origine dentaire. *Th. de Paris*, 1921.
DE TANOUARN. — Ostéite diffuse nécrosante aiguë des maxillaires. *Thèse* 1928 (Arnette).
WORMS et BERCHER. — Ostéomyélite mandibulaire chronique à forme hyperostosante. *Revue de Stomatologie*, août 1927.
Ch. RUPPE. — Note sur la structure et la forme du maxillaire inférieur. *Revue de Stomatologie*, juillet 1928. — Note sur la structure des maxillaires supérieurs. *Revue de Stomatologie* 1929. — *Anatomie bucco-dentaire dans ses rapports avec la pathologie* (chez Vigot), 1928.
L. MARCHAND. — L'ostéomyélite des maxillaires chez l'enfant. *Progrès méd.*, 31 mars 1928.
LERICHE et POLICARD. — *Les problèmes de la physiologie normale et pathologique de l'os*, chez Masson.
TRUFFERT. — Diagnostic et traitement des phlegmons périmandulaires d'origine dentaire. *Th. de doctorat*, 1919. Librairie Arnette.
SÉBILEAU. — Les différentes formes de la septicémie buccale. *Presse méd.*, février 1921. — Discussion à la Société de Stomatologie (septembre 1926). *Revue de Stomatologie.*
LEMAITRE. — *Travaux scientifiques du Professeur agrégé Lemaître*, chez Vigot, p. 439.
LECÈNE. — *Thérapeutique chirurgicale.* Masson, 1927.
SEIGNEURIN. — A propos de deux cas d'ostéo-phlegmons internes odontopathiques du maxillaire. *Semaine dentaire*, p. 353, 1921.
SÉBILEAU. — Les phlegmons périmandibulaires odontopathiques. *Presse méd.*, 16 mars 1921.
DECHAUME. — Ostéites corticales des maxillaires. *Revue de Stomatologie*, juillet 1931.
DIEULAFÉ et HERPIN, FARGIN-FAYOLLE. — *Traité de Stomatologie*, chez Baillière.
PONT. — *Pathologie dentaire*, chez Doin.
Ch. RUPPE. — *Pathologie de la bouche*, 1 vol. chez Baillière, 1931.
FOURQUET. — *Des arthrites alvéolo-dentaires*, 1 vol. chez Doin, 1909.
DAVID. — Les abcès des fosses nasales d'origine dentaire. *Ann. des maladies de l'oreille*, juillet 1923.
MANGABEIRA ALBERNAZ. — L'abcès odontogène du septum nasal. *Ann. d'oto-laryngologie*, mars 1931.
CHOMPRET et DECHAUME. — Faut-il extraire la dent en période d'infection aiguë ? *Presse méd*, 1er mars 1930.
ESCAT. — L'abcès périostique juxta-amygdalien. *Arch. internat. de laryngologie*, mars 1908.
TELLIER. — Périodonte, *Congrès de stomatologie*, actobre 1924.
RETTERER. — Origine et évolution de la membrane circumradiculaire. *Revue de stomatologie*, 1923. Nos 2 et 3.
BELTRAMI. — *L'articulation alvéolo-dentaire*, 1 vol. chez Baillière.
WESKI. — Physiologie normale et pathologique du ligament alvéolo-dentaire, *Revue odontologique*, déc. 1930.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1932)

La réaction de Weil-Félix dans la fièvre boutonneuse. — M. Paul DURAND.

Sur l'individualité hormonale de la vagotonine. — M. D. SANTENOISE.

La lipo-sélection des cations, méthode nouvelle en hydrologie expérimentale. — MM. LŒPER et MOUGEOT.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1932)

Variations thermiques de la viscosité du sérum dans certains états morbides accompagnés d'épanchements de sérosité. — MM. Ch. ACHARD, A. BOUTARIC et Mlle Jeanne LÉVY ont étudié les changements de viscosité produits dans le sérum sanguin par le chauffage pendant une heure à des températures diverses, entre 26° et 64°.

Parmi les néphrites, la viscosité s'est montrée invariable seulement dans des néphrites hydropiques et notamment dans la néphrose lipoïdique. Cette invariabilité n'a pas été observée dans les néphrites restées sèches, ni dans quelques cas de néphrites devenues sèches : dans un cas même l'œdème avait si bien disparu qu'une chloruration de 10 gr. de sel par jour pendant deux mois et demi ne l'avait pas fait reparaître.

Chez les cardiaques hydropiques, l'invariabilité de la viscosité n'existait que dans 1 cas sur 9. Elle ne se constatait pas non plus dans la cirrhose avec ascite ni chez les pleurétiques.

Quant aux liquides épanchés, leur viscosité restait généralement invariable dans la néphrose lipoïdique, mais variait dans les autres cas, sauf quelques exceptions qui montrent que, dans les liquides épanchés, les protéines n'ont pas toujours des propriétés identiques à celles du sérum sanguin.

L'invariabilité de la viscosité par le chauffage indique une inaptitude des colloïdes à l'hydratation, et cette inaptitude entraîne une liaison moins facile des granules avec l'eau et par conséquent une plus forte proportion d'eau libre dans le plasma.

On y peut voir un des éléments qui concourent à favoriser l'hydropisie quand celle-ci n'est pas due à des causes mécaniques de stase.

Contribution à l'étude du virus de la Trinité. — MM. Remlinger et Bailly. M. Remlinger a attiré depuis longtemps l'attention sur les relations existant entre la rage et le syndrome de Landry. Il apporte aujourd'hui, avec M. Bailly, un travail important sur une épidémie observée dans l'île anglaise de la Trinité par Weston Hurst et J.-L. Pawan. Il s'agissait d'une maladie présentant l'aspect de la paralysie ascendante aiguë de Landry.

Les recherches de MM. Remlinger et Bailly ont établi que cette épidémie est d'origine rabique.

Les mesures d'ordre sanitaire prises par le ministre des Colonies pendant son voyage en Indochine. — M. Lasnet. Pendant le voyage de M. Paul Reynaud en Indochine, M. l'inspecteur général Lasnet a étudié l'orientation et le développement à donner à l'assistance médicale indigène dans les campagnes indochinoises.

Les instructions ministérielles ont donné, à cet égard, la plus grande initiative au Service médical en ce qui concerne l'emploi des crédits et l'organisation du service.

Les hôpitaux seront limités aux besoins d'une région formant circonscription sanitaire. On échelonnera en profondeur l'organisation sanitaire, dispensaires, infirmeries, consultations, etc., de manière à atteindre toute la population. Il est créé, en outre, des groupes sanitaires mobiles qui fonctionneront dans les régions les plus éprouvées.

Ces mesures d'ordre sanitaire prises par un éminent colonial comme M. Lasnet, joueront un grand rôle dans l'œuvre d'apaisement et de relèvement des populations. En favorisant la médecine préventive, M. Paul Reynaud continue la sage politique des Gallieni et des Lyautey.

Le lathyrisme en Syrie. — MM. Trabaud, Mourched Klater et Mouharran.

La vérification des décès. — L'Académie adopte les conclusions du rapport de M. Balthazard sur la vérification des décès par une épreuve médico-scientifique.

Nous rappelons ces conclusions :

1° Observer un délai de 24 heures au minimum entre le moment de la mort et celui de la mise en bière ;

2° N'opérer aucune mise en bière avant vérification médicale du décès ;

3° Faire effectuer, au moins dans les grandes villes, le contrôle médical des décès par des médecins de l'état civil, nommés dans des conditions propres à assurer leur compétence aussi bien au point de vue du diagnostic clinique de la mort qu'à celui de la mise en œuvre des procédés médico-scientifiques modernes du diagnostic de la mort.

La protection contre la variole. — L'Académie adopte les conclusions du rapport de M. Camus, lues dans la séance du 2 février et que nous avons publiées dans le N° 11 du 6 février, page 186.

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1931)

A propos du procès-verbal :

Tumeurs du testicule. — M. Bazy considère que toutes les tumeurs du testicule donnent la réaction de Zondek et Erschein.

Séro-floculation dans la tuberculose. — M. Clavelin considère la réaction de Vernes comme très importante pour déterminer le moment favorable pour une intervention chez un tuberculeux.

Hernie diaphragmatique étranglée. — Ce travail de M. Chauvenet est rapporté par M. Leveuf. Pensant à une occlusion intestinale on intervint sous rachianesthésie. L'intervention fut facile. Guérison.

Appendicite perforante au cours d'une fièvre typhoïde. — M. Mondor rapporte ce travail de M. Moiroud (de Marseille). Intervenant chez une fillette de onze ans atteinte de typhoïde, l'auteur découvrit une appendicite perforante, réséqua l'appendice et sa malade guérit. A propos de ce cas, M. Mondor reprend en un exposé très documenté la pathogénie et les signes cliniques de l'appendicite typhique, dont il montre tout l'intérêt.

Fracture comminutive ouverte du crâne. — M. Auvray rapporte ce travail de M. Coureaud (Marine) : il s'agissait d'une fracture temporale gauche par barre de fer, avec ouverture de la dure-mère. Suture et fermeture sans drainage. Au bout de trois semaines survint une hernie cérébrale avec signes d'infection. Grâce à des pansements compressifs et humides, tout rentra dans l'ordre.

Volumineux hydrosalpinx. — Ce travail de M. Morice (de Caen) est rapporté par M. Auvray. Le chirurgien ponctionna à l'intervention une tumeur contenant vingt-cinq litres de liquide, et c'est en attirant la poche qu'il découvrit qu'il s'agissait d'un très volumineux hydrosalpinx.

Contracture abdominale par suite d'une plaie de la moelle épinière. — M. Alglave rapporte ce travail de M. Baillat (de Perpignan). M. Alglave présente d'abord une observation personnelle et de Guimbellot : une tentative de suicide par balle de revolver entrée dans la région cardiaque détermina la mort d'une jeune femme quatre mois plus tard par escarre fessière consécutive à une lésion médullaire. Dans l'observation de M. Baillat, la plaie de la moelle par balle de revolver avait déterminé une paraplégie et une contracture pariétale de l'abdomen. Dans les deux cas la contracture disparut en vingt-quatre heures comme les phénomènes réflexes dus à l'irritation traumatique.

M. Bréchot a constaté une contracture abdominale avec ventre de bois chez un accidenté. La laparotomie fut blanche. Le sujet ne présentait aucune lésion nerveuse. La ra-

diographie montra une fracture vertébrale. Le malade guérit et fut consolidé par une greffe osseuse.

M. PICOT, chez un accidenté avec ventre de bois et rétention d'urine, n'opéra pas à cause du bon état général. Ce sujet présenta une paralysie bilatérale du sciatique poplité externe. Le malade guérit sans intervention.

M. MOUCHET rappelle un cas analogue de Michel de Nancy.

Infarctus intestinal. — M. GOSSET résume la discussion sur ce sujet. Il rappelle d'abord les différents cas présentés, avec ou sans lésions vasculaires, artérielle ou veineuse, et le cas très particulier des entérites gangréneuses. Les causes de cet infarctus sont donc variables et il faut ajouter aux cas connus les entérites gangréneuses primitives.

Echinococcose multiloculaire du fémur. — M. MAISONNET rapporte ce travail de M. Porte (Armée). Une fracture du fémur fut traitée par extension à la broche et fut très bien réduite. Intervention et finalement désarticulation de la hanche à cause de l'extension des lésions.

Kyste hydatique pelvien calcifié. — Ce travail de MM. Vanlande et Bernasconi est rapporté par M. MAISONNET. Il s'agit d'une observation de kyste hydatique pelvien d'origine oseuse. Ce kyste était devenu extra-péritonéal.

Présentation de malades :

Pseudarthrose du col du fémur. — M. LEVEUF. Malade enchevillée avec greffe de péroné. Bon **résultat.**

Présentation d'appareils :

Appareil de marche rapide pour moignons d'amputation. M. PROUST montre un appareil construit par Reynal, permettant aux amputés de marcher rapidement.

Présentation de pièces :

M. PROUST. Fragment de la troisième côte droite désarticulée au cours d'une apicolyse.

(SÉANCE DU 6 JANVIER 1932)

Invagination intestinale. — Trois travaux de MM. Voulsen, P. Moiroud, Séjournet sont rapportés par M. BROCQ.

Dans le premier cas il s'agissait d'une invagination aiguë due à une tumeur du grêle. Résection intestinale de 25 cm. Guérison.

Dans le second cas, l'invagination était due à un lipome du cæcum. Résection. Mort le quatrième jour.

Dans le troisième, il s'agissait encore d'une invagination aiguë. On dut faire une hémicolectémie droite. Mort le cinquième jour.

M. Brocq, à ce propos, présente des pièces et des radiographies d'invaginations de l'adulte. Pour les invaginations iléo-cæco-coliques, il estime qu'au point de vue chirurgical la résection en un temps n'est pas la méthode de choix. Mais l'indication du procédé opératoire dépend des cas.

Perforation intestinale paratyphique. — M. SAUVÉ rapporte ce travail de M. Reinhold. Chez une malade ayant déjà eu une appendicectomie survint un syndrome abdominal aigu iliaque droit. Par incision médiane sous-ombilicale il découvrit une perforation qu'il ne put suturer et mécha. Guérison.

M. CHEVRIER, pour une perforation dans une forme ambulatoire, fit une extériorisation de l'anse, et ultérieurement une résection et une fermeture. Le malade guérit.

M. BROCQ découvrit une fois, au cours d'une fausse perforation, une anse très mince.

M. SORREL a eu dans son service une perforation, opérée par Soupault, qui guérit avec drainage direct de l'anse perforée.

Fracture de Manteggia. — M. ALGLAVE estime qu'il faut réduire et la luxation radiale et la fracture cubitale et que les indications varient avec les cas. Il cite de nombreux exemples dans lesquels la réduction sanglante de la fracture a permis la réduction de la luxation.

M. OMBRÉDANNE présente avec les radiographies une série de cas. Les uns ont été réduits par simples manœuvres externes avec résultats parfaits ou bons. Il s'agissait de cas récents.

Les cas anciens donnent des résultats moins bons. Dans ces cas, la réduction cubitale ne suffit pas et il faut intervenir sur le radius. Les cas récents peuvent souvent être traités par simple réduction sanglante cubitale, la tête radiale pouvant rentrer parfaitement à ce moment.

Résorption partielle tardive de la tête du fémur après vissage pour fracture du col. — M. BASSET montre un cas personnel de résorption tardive dans un cas traité par vissage par os de bœuf. Il analyse les travaux sur la résorption de la tête et étudie ces modifications. M. Basset estime qu'on ne peut innocenter entièrement l'intervention.

Présentation de malades :

M. MATHIEU. Résection arthroplastique du col (opération de Whitman) chez un sujet jeune, avec d'excellents résultats. Le sujet se tient debout sur le membre opéré. Le col présentait une grosse résorption.

M. ALGLAVE souscrit entièrement aux dires de M. Mathieu.

Présentation d'instruments :

M. REINHOLD. Attelle d'ostéosynthèse.

Présentation de radiographies :

M. MAUCLAIRE. Arthrites sèches avec lésions de l'extrémité supérieure du fémur.

SOCIETE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MEDICALES DE PARIS

(SÉANCE ANNUELLE DU 15 FÉVRIER 1932)

La société a consacré sa séance annuelle à l'étude des **rhumatisants chroniques aux stations thermales françaises.** — Le président, le Dr Flurin (de Cauterets) avait eu la très heureuse idée d'inviter la Ligue du rhumatisme à participer aux travaux de la Société d'hydrologie

Le lundi matin a été consacré à une séance d'examen de malades dans la clinique du professeur F. Bezançon à l'hôpital Saint-Antoine.

Dans l'après-midi a eu lieu la séance consacrée à l'exposé et à la discussion des rapports.

Les rhumatismes chroniques. — M. le professeur F. BEZANÇON et M. Mathieu PIERRE-WEIL. Le problème du rhumatisme chronique est un de ceux qui, à juste titre, passionnent le plus à l'heure actuelle le corps médical. Sans doute des préoccupations d'ordre social interviennent-elles ; mais pour une grande part, cette reprise d'étude fait partie d'un large mouvement d'idées qui ramène les médecins à *l'étude des diathèses.* Comme il l'a été de tous temps, le rhumatisme constitue une sorte de champ clos où s'affrontent les diathésistes et les étiologistes.

Lorsque fut ouverte l'ère bactérienne, la notion d'infection revendiqua peu à peu ce qu'à l'arthritisme on refusait. A vrai dire, *la notion d'infection,* si grande, si consi-

dérable qu'elle soit, a trop lourdement pesé sur la conscience médicale. Quelle que puisse être l'importance de son rôle, sa part cependant reste limitée.

Le problème du rhumatisme est d'une telle complexité qu'aucune des méthodes d'examen dont nous disposons aujourd'hui ne doit être négligée pour son étude. Il est, pour tout rhumatisant, une série de *recherches physiques, chimiques, bactériologiques*, qu'il faut systématiquement pratiquer, et dont les auteurs précisent la valeur. On n'oubliera pas que c'est par la technique qu'une science progresse. Par ailleurs, on n'omettra pas d'examiner avec soin non seulement les articulations malades, mais l'habitus général du malade, considéré dans son ensemble : il faut, insistent les rapporteurs, redevenir *morphologistes*.

La question du rhumatisme chronique est entourée de telles obscurités qu'il n'est pas encore possible d'en fournir une classification définitive ; mais ce qu'on est en droit d'exiger, c'est que les classifications proposées ne puissent représenter un jour une entrave aux progrès à venir. Rien n'est plus dangereux à ce point de vue que de mettre des étiquettes précises sur ce qui est imprécis, de faire croire au connu lorsqu'on est dans l'inconnu.

Or, quelle que soit l'importance de la notion de terrain et de réaction individuelle, qui pèse sur toute la pathologie articulaire, on peut s'entendre facilement pour admettre qu'il est parmi les manifestations articulaires chroniques, un premier groupe d'affections *où l'état morbide est dominé par la question étiologique :* c'est la classe des *mono ou oligo-arthrites*, des rhumatismes partiels ; et qu'il en est un second où, au contraire, la *notion étiologique s'efface devant l'importance de la réaction individuelle* du sujet : c'est le groupe des POLYARTHRITES SYMÉTRIQUES PROGRESSIVES, du rhumatisme généralisé.

Dans les *rhumatismes chroniques* partiels interviennent toute une série de facteurs que les auteurs analysent avec soin : *infection, microtraumatisme, précipitations locales, troubles vasculaires, déséquilibres endocriniens, troubles nerveux, phénomènes d'hypersensibilisation.*

Ils insistent tout spécialement sur les troubles statiques et de posture, et les actes professionnels qui si fréquemment interviennent dans la maladie.

Cependant, le problème ne saurait se résoudre à ceci : un facteur important est la malformation qui intervient souvent comme élément prédisposant : un autre est la *spécificité réactionnelle* que présente chaque type d'articulation aux diverses causes qui peuvent l'assaillir ; les auteurs insistent sur cette notion dont ils montrent le caractère essentiel. D'autre part, les diverses causes énumérées ci-dessus *peuvent s'associer :* rien n'est plus démonstratif à ce point de vue que l'histoire du *rhumatisme des obèses* dont ils signalent l'intérêt, et dont ils individualisent une des variétés les plus fréquentes, l'*arthrite sacro-iliaque de la femme de* 50 *ans, obèse et multipare.*

Des *rhumatismes généralisés*, de ce que les rapporteurs dénomment la *polyarthrite symétrique progressive*, ils éliminent avec soin les multi-arthrites qui ne représentent à vrai dire qu'une réunion d'arthrites partielles. La distinction est fondamentale. On veillera à ne pas se laisser prendre à de grossières confusions, le hasard des groupements pouvant entraîner une certaine allure de symétrie qu'une communauté de fonctions rend relativement fréquente ; une multiplicité des atteintes peut faire croire à l'existence d'une polyarthrite symétrique alors qu'il n'y a que MULTI-ARTHRITES LOCALISÉES.

Les polyarthrites symétriques sont caractérisées par toute une série de symptômes : douleurs, crampes et spasmes, importance des troubles trophiques, symétrie, progressivité : un de leurs caractères est que la cause presque toujours en échappe.

Parmi elles, il est un type très spécial, propre à l'homme, la *spondylose rhizomélique*, que caractérise une décalcification vertébrale et une calcification des ligaments voisins.

La plupart des autres formes appartiennent à la femme. C'est ce type que Charcot a étudié dans sa thèse.

Or, comme le montrent les auteurs, il est parmi les malades, toute une série de types cliniques ; les uns sont essentiellement des douloureux atteints de phénomènes d'*acroparesthésie et d'atrophie musculaire*, et chez les autres, toutes lésions radiographiques sont absentes : d'autres ont comme signe radiologique essentiel la *décalcification* : ce sont des osseux plus que des articulaires : chez d'autres s'observent des *luxations sans arthrites véritables* : chez certains seulement, *l'articulation est lésée*. Certaines de ces formes aboutissent à la cachexie, d'autres n'y conduisent jamais. Et ces différences, loin de représenter des aspects consécutifs, relèvent incontestablement de *types cliniques particuliers*.

Les rhumatisants chroniques aux eaux minérales françaises. — MM. A. Barrau (Dax), H. Flurin (Cauterets), J. Forestier et F. Françon (Aix-les-Bains), J. Gay (Bourbonne). Après avoir défini et délimité leur sujet, les auteurs montrent l'extrême complexité des causes en jeu : le terrain étant préparé par des *circonstances étiologiques* (âge, sexe, hérédité, race, conditions de milieu, etc.), intervient soit une *infection* (gonococcie, tuberculose, syphilis, infection locale, etc.), soit une *intoxication*, exogène ou endogène : mais infection ou intoxication réalisent les rhumatismes chroniques par des *mécanismes pathogéniques* variables, infectieux, toxiques, vasculaires, endocriniens, mécaniques, nerveux cérébro-spinaux ou sympathiques, auxquels il convient d'ajouter la réaction personnelle, arthritique, du malade. La multiplicité, le caractère souvent interchangeable de ces mécanismes pathogéniques expliquent que, pour une bonne part, les rhumatismes chroniques sont des syndromes qui peuvent ressortir à des causes différentes : malgré cette origine disparate, les cures hydrominérales améliorent des cas de nature très dissemblable parce qu'elles agissent surtout sur les mécanismes pathogéniques.

Pour la classification, les auteurs se rallient à la division en *arthrites* et en *arthroses* : mais pour les besoins de la pratique, ils donnent une catégorisation, purement clinique, en formes *algiques*, *fluxionnaires*, *ankylosantes*, *amyotrophiques*, réservant une place à part à la *polyarthrite symétrique progressive* (type décrit par Charcot).

Ils étudient ensuite les stations et les techniques de cure, externes et internes, qu'il est maintenant d'usage d'associer presque partout. Puis ils envisagent les éléments thérapeutiques qui agissent au cours des saisons : facteurs climatologiques, mécaniques, physico-chimiques, biologiques. Ils insistent sur l'intérêt qu'il y a à contrôler leur efficacité par l'examen clinique et par des tests de laboratoire (urines, sang, métabolisme basal, etc.).

En terminant, ils passent en revue les différentes stations en schématisant les indications qui leur appartiennent vraiment en propre ; pour les tracer, ils se basent sur la notion étiologique, les formes cliniques plus haut décrites, le tempérament du malade, l'existence de complications.

L'exposé des rapports a été suivi d'une discussion qui a montré combien il est difficile d'établir une classification réunissant tous les suffrages.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 11 décembre 1931)

Portraits d'ancêtres médicaux. — M. P. Gallois remet à la Société une plaquette contenant des notes d'un médecin de 1844 sur divers professeurs de la Faculté de cette époque.

Timbre-test pour cuti-réaction. — M. Khouri.

Les articulations mal ajustées. — M. Massart groupe sous ce nom une série de lésions articulaires osseuses ou cartilagineuses dont il présente de nombreux exemples. Ces déformations articulaires, qui troublent l'exact jeu de l'articulation, peuvent reconnaître des causes très diverses : des lésions congénitales ou obstétricales, des maladies de la croissance, des lésions traumatiques et enfin, toutes les maladies constitutionnelles qui altèrent la forme du joint articulaire.

L'auteur a cru intéressant de grouper des lésions de causes diverses, mais dont le syndrome clinique est particulièrement spécial, et dont l'aboutissant commun est l'arthrite déformante.

Action préventive de la pancréatine contre les accidents sériques. — M. Legrand.

La valeur diagnostique du « début récent » dans le cancer de l'estomac. — MM. Maurice Delort et Jean Blanc-Champagnac font du « début récent » l'un des signes cliniques les plus importants du cancer gastrique.

Cette notion leur a permis de poser ce diagnostic, ou du moins de le soupçonner dans nombre de cas.

Elle a permis aussi d'orienter vers le diagnostic d'ulcus des troubles chez des gens âgés ou en mauvais état général.

Remarques sur le mucus gastrique pathologique. — M. Pron (d'Alger).

(Séance du 26 décembre 1931)

Greffes glandulaires endocriniennes. — M. Dartigues (de Paris) fait un rapport sur 10 observations de greffes glandulaires endocriniennes par le Dr Valverde (de Rio-de-Janeiro).

9 de ces observations concernent des hommes opérés pour déficience générale, asthénie, perte de mémoire très accusée et impuissance génitale presque totale. La greffe a été faite soit avec la glande sexuelle seule de l'animal, soit associée à d'autres glandes endocrines : thyroïde, hypophyse. Les résultats ont été remarquables. Une greffe mixte ovarienne thyroïdienne et hypophysienne a été faite chez une femme laparotomisée 10 ans auparavant et suivie d'amélioration considérable, et de retour du flux menstruel.

Lymphangiome diffus congénital de la langue. Essai de traitement par le radium. — MM. André Tardieu et Michel Dechaume.

Les formes silencieuses de l'infarctus du myocarde. — M. Kervarec.

Innocuité intra-cardiaque du sang citraté chez le cobaye. — M. Georges Rosenthal.

Innocuité de l'eau citratée intraveineuse après injection de solution calcique. — M. Georges Rosenthal.

L'oscillation cellulaire (Ensemble des recherches expérimentales), par Georges Lakhovsky. Un volume in-8 raisin de 320 pages. — Prix : 40 fr. Paris, G. Doin et Cie, Editeurs.

Nervosisme et glandes endocrines, par le Dr Léopold-Levi. 1 vol. in-16. Prix : 18 fr. — Editions de l'Esprit médical, Armand Fleury, 45, rue de Turenne, Paris (3e).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

La loi française réservant aux seuls docteurs en médecine ayant dûment déposé leur diplôme d'Etat le droit de soigner les malades a été faite, nul ne doit l'oublier, pour protéger la santé publique. C'est au nom de la santé publique que nous devons en réclamer le respect, et d'abord l'observer nous-mêmes.

Or, l'Office qui fonctionne au Syndicat des Médecins de la Seine pour la répression de l'exercice illégal, a maintes fois constaté et souvent avec preuves fournies par la Caisse Interdépartementale d'Assurances sociales (nous l'en remercions sincèrement) que certains médecins adressent à des infirmiers ou masseurs les malades ayant besoin de soins curatifs électro-thérapiques, tels que air chaud, haute fréquence et même rayons ultra-violets.

Cela n'est pas admissible.

Est-il besoin de rappeler que dans la pratique des accidents du travail, des traitements de ce genre, assez délicats pour figurer à la rubrique des spécialistes, ne sont autorisés qu'après accord entre médecin traitant et médecin contrôleur, qu'ils sont plus « honorés » qu'une consultation ?

Les médecins ne disposant pas du temps ou des appareils nécessaires doivent dès lors de toute évidence adresser leurs malades (assurés ou clients ordinaires) à des confrères et non à des infirmiers ou masseurs. Les renvoyer à des infirmiers ou masseurs pour des soins tels qu'électrothérapie, piqûres intramusculaires et surtout intraveineuses, n'est pas seulement déprécier moralement et matériellement un acte médical, et donc contrevenir aux règles de la déontologie, c'est aussi accepter une lourde responsabilité en enfreignant la loi sur l'exercice de notre profession qui nous réserve l'acte médical et spécifie bien qu'il ne peut être exécuté par une autre personne que dans un cas d'urgence, ou en notre présence et sous notre responsabilité.

Ces remarques s'adressent plus particulièrement à quelques directeurs ou médecins de cliniques et de dispensaires, qui peuvent sciemment ou inconsciemment se faire les complices de l'exercice illégal.

(*Communiqué.*)

LIVRES NOUVEAUX

Histoire de la tuberculose (1), par MM. Piéry et J. Roshem.

Ce livre est le fruit d'une quinzaine d'années d'efforts ; l'index bibliographique comprend 729 numéros ; enfin, les auteurs ont réalisé une lourde tâche : écrire l'histoire de la tuberculose des origines jusqu'en 1930. L'ouvrage renferme une série de photogravures intéressantes. — Auguste Pettit.

Allergie et anergie en clinique (2), Collection des Actualités de médecine pratique, par V. de Lavergne. Directeur : Docteur R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris.

Les mots allergie et anergie ont apparu dans le langage scientifique il y a environ un quart de siècle ; mais, jusqu'à présent, en ce qui concerne la littérature française tout au moins, j'ignorais où un étudiant en fin d'études aurait pu se renseigner sur la signification des mots allergie et anergie et sur la participation de ces phénomènes au cours des maladies expérimentales et spontanées. Le petit livre du Professeur V. de Lavergne comble avantageusement cette lacune.

Auguste Pettit.

(1) Bibliothèque de la tuberculose. In-8 de 479 pages et 77 figures. — Paris, G. Doin et Cie.
(2) In-16 de 312 pages. — Paris, G. Doin et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 23 février. — Jury : MM. Balthazard, président ; Carnot, Tanon, Piédelièvre. — M. Robine. Les hémorragies dans les orifices d'entrée des coups de feu. — M. Litauer. Les purpuras aigus hémorragiques avec syndrome agranulocytaire au cours du traitement antisyphilitique. — M. Homsy. Historique de la peste en Egypte. — M. Lefebvre. Tétraéthyle de plomb et atmosphère des villes. — M. Perilman. Les résultats de la vaccination antivariolique obligatoire (loi 1902) à Paris et dans le département de la Seine depuis la guerre 1914-1918

Mercredi 24 février. — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Lemierre, Loeper, Moreau. — M. Pelle. Etude du pronostic des cavernes pulmonaires tuberculeuses. — M. Minot. L'éventration diaphragmatique. Manifestations cardio-pulmonaires. — M. Auchman. Le mésothorium dans les périviscérites. — M. Bader. La rupture spontanée des ascites.

— Jury : MM. Couvelaire, président ; Gosset, Nobécourt, Portes. — M. Grunfeld. Etude clinique des perforations couvertes des ulcères gastro-duodénaux. — Mme Frejman. Maladie de Still chez l'enfant.

Jeudi 25 février. — Jury : MM. Claude, président ; Laignel-Lavastine, Rathery, Olivier. — M. Fryszmann. Etude de la malariathérapie de la paralysie générale chez la femme enceinte. — M. Bail. Un chirurgien urologiste du XVIe siècle Pierre Franco. — M. Constantinidès. Essai sur la médecine synthétique (Doctrines et méthodes). — M. Frejman. Obésité insulinienne.

Samedi 27 février. — Jury : MM. Cunéo, président ; Pierre Duval, Lenormant, Terrien. — M. Moyse. Etude des formes tumorales des calculs biliaires arrêtés dans l'intestin. — M. Sandbrand. La fermeture intra-péritonéale des fistules et anus contre nature (procédé du professeur Pierre Duval). — M. Brumberg. Les torsions aiguës et subaiguës du testicule et de ses annexes chez les enfants et les adolescents. — M. Morancé. De la chorio rétinite chez les malades atteints de kératite interstitielle d'origine syphilitique.

Jeudi 25 février. — (Thèses vétérinaires). — Jury : MM. Desgrez, président ; Jeannin, Nicolas, Robin, Lesbouyries, Maignon. — M. Mourot. Phénols urinaires, sulfo et glycuro. Conjugaison indoxylurie et glycuronurie. — M. Bittner. Hypocalcémie aiguë de parturition. Son traitement.

Vendredi 26 février. — (Thèses vétérinaires). — Jury : MM. Gosset, président : Lemierre, Bresson, Coquot, Lesbouyries, Panisset. — M. Cheybani. Etude classique du mal de garrot chez le cheval. — M. Cohen. La pasteurellose du lapin et le traitement par l'autovaccin.

La Gastrophotographie, par le Dr A. Bécart, préface de Victor-Pauchet. Un volume in-8°, avec 99 figures (1931). Prix : 30 francs. — Paris, N. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour huit emplois d'assistant à la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 14 mars 1932, à 8 h. 1/2 du matin, rue Moreau, n° 13.

MM. les candidats sont admis à se faire inscrire au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 11 h., et de 16 à 18 h. jusqu'au 4 mars inclus.

Nota. — En s'inscrivant pour prendre part au concours, les candidats devront déposer une notice exposant leurs titres et un exemplaire des divers travaux scientifiques qu'ils ont publiés.

Les candidats déclarés aptes à l'emploi d'assistant ont le titre d'assistant provisoire et sont nommés aux postes vacants d'assistant titulaire suivant l'ordre de leur classement.

Ils sont nommés pour une durée de quatre années et peuvent être maintenus en fonctions pendant une autre année.

Les assistants titulaires reçoivent une indemnité annuelle fixée à 1.920 fr. pour la 1re et la 2e année, à 2.160 fr. pour la 3e et la 4e année, à 2.400 fr. pour la 5e année. (Décret du 3 septembre 1927.)

HÔPITAL-HOSPICE DE SAINT-DENIS (SEINE). — Résultats du concours d'internat des 1er et 2 février 1932. Ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Cléostrate, Turbé, Pétraud, Weill, Mlle Mouchet.

Interne provisoire : M. Cailleret.

Répartition dans les services hospitaliers :

Médecine. — Service du docteur Archambaud : MM. Peyaud, Cléostrate ; service du docteur Bercovici : M. Turbé.

Chirurgie. — Service du docteur de Vadder : M. Pham-Ba-Vien, Mlle Mouchet ; service du docteur Perrin : M. Pétraud ; service du docteur Dermer : M. Weill.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — M. Pitti-Ferrandi, inspecteur départemental d'hygiène de la Corse.

MARINE DE GUERRE. — Sont inscrits au tableau de concours (réserve) :

Pour officier. — MM. les docteurs Moulinier, Joly, Duffourt et Denier.

Pour chevalier. — MM. les docteurs Seznec, Lhuerre, Donnadey, Lafontaine, Jouve et Dore.

LE NOUVEAU MINISTÈRE. — Le docteur Chauveau, sénateur, est nommé ministre de l'Agriculture.

Le docteur Péchin, député, est nommé sous-secrétaire d'Etat aux Travaux publics et à la Marine marchande.

M. Camille Blaisot garde le portefeuille de la Santé publique.

GUERRE. — Le *Journal officiel* du 18 février 1932 publie des décrets apportant des modifications au décret du 19 septembre 1919 concernant la réorganisation de l'Ecole du Service de santé militaire et celle de l'Ecole d'application du Service de santé. Il publie, en outre, un décret fixant les conditions dans lesquelles les officiers du Corps de santé de l'armée active peuvent être autorisés à occuper en temps de paix des fonctions civiles.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE SURVEILLANCE DES EAUX DESTINÉES A L'ALIMENTATION DE L'ARMÉE. — Sont nommés membres du Conseil pour 1932 :

Président : M. le docteur Roux.

Membres civils : MM. le docteur Chauveau, le professeur Paul Courmont, le docteur Emile Vincent.

Membres militaires : MM. les médecins généraux inspecteurs Dopter, Sacquépée, Lanne, Vincent, Rouget, le médecin général de la marine Oudard, le pharmacien général Chaput, les professeurs Pilod et Zoeller (du Val-de-Grâce). Secrétaire : le docteur Liégeois.

UN ANNIVERSAIRE DANS LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — A l'occasion de l'anniversaire de la 75e année de sa fondation, le *Montpellier médical*, journal de la Faculté de médecine de Montpellier, a été remanié à la date du 1er janvier 1932. Il est mensuel.

La direction scientifique est assurée par un Comité de rédaction, composé de la façon suivante : MM. les professeurs Euzière, doyen, président; G. Giraud, Terracol, Turchini, rédacteurs en chef; Jeanbrau, Grynfeltt, Gaussel, P. Delmas, L. Hédon; les professeurs agrégés Lamarque, Pages, Puech.

Indiquons que depuis le 1er janvier 1932 tous les communiqués, les échanges de revue, les livres pour analyses doivent être adressés : *Montpellier médical*, 2, rue de l'Ecole-de-Médecine, Montpellier.

(*Voir la suite des* « Informations », *p. 277.*)

CHRONIQUE

LES NOUVEAUX LABORATOIRES DE RECHERCHES SUR LA TUBERCULOSE ET DE PRÉPARATION DU B. C. G. A L'INSTITUT PASTEUR

M. le professeur Calmette a bien voulu nous faire visiter les magnifiques laboratoires que l'Institut Pasteur vient de faire construire pour les services de la tuberculose. Ces laboratoires sont situés, 96, rue Falguière, ils occupent un emplacement pris sur les jardins de l'Institut Pasteur. En raison d'un fort dénivellement, trois étages s'élèvent sur la rue Falguière, alors que sur le jardin le bâtiment a cinq étages.

Les éminents architectes, MM. Duquesne et Bitterlin, qui ont établi les plans de ces laboratoires ultra-modernes, ont reçu une directive importante à noter au lendemain de la tragédie de Lubeck.

Dans l'exécution de la construction ils ont *séparé nettement, d'une part, le service du B. C. G. d'autre part, les services de recherches sur les tuberculoses diverses, humaines et animales*. Cette distinction a été étendue non seulement aux locaux, au matériel et au personnel, mais aussi aux étables d'animaux et aux dépendances.

Sous la conduite de MM. Calmette et Guérin nous avons visité successivement le *fichier*, sur lequel nous reviendrons plus loin, le secrétariat et le laboratoire de M. Calmette où nous admirons une formidable documentation étrangère.

De là, on passe directement au *Service du B.C.G.* qui occupe tout le premier étage sur la rue Falguière.

Cet étage est ainsi distribué :

A droite, on trouve d'abord le Laboratoire général de préparation des milieux de culture du B.C.G. et ses annexes. Puis, deux laboratoires pour l'ensemencement du B.C G. et la préparation des émulsions vaccinales ; un laboratoire de répartition en ampoules du B.C.G. avec appareils distributeurs ; un laboratoire des souffleries pour le scellement des ampoules ; un grand laboratoire pour le conditionnement du B.C.G. (vérification des ampoules, étiquetage et mise en boîtes).

A gauche, une chambre de réfrigération pour la conservation du B.C.G.; une salle d'emballage et d'expédition. Puis voici le laboratoire de M. Guérin où l'on peut admirer une remarquable collection de souches dont la souche primitive du B.C.G. entretenue depuis 1908. Enfin, un grand laboratoire pour les médecins étrangers, deux grandes chambres étuves électriques à régulateurs, superposées, aérées mécaniquement. Ces chambres sont réservées exclusivement aux cultures du B.C.G. Cet étage comprend, en outre, les trois laboratoires du Dr. Nègre pour les recherches et le contrôle expérimental du B.C.G.

Le deuxième étage est réservé aux laboratoires de recherches. On y trouve, notamment, le laboratoire du Dr. Valtis, affecté à l'étude des éléments filtrables, et le laboratoire du Dr. Boquet, plus des laboratoires de recherches pour les médecins étrangers et les étudiants.

Le troisième étage est occupé par des laboratoires de chimie et de chimiothérapie de la tuberculose et d'anatomie pathologique.

A l'entresol et *au rez-de-chaussée*, sur les jardins, sont installés les innombrables animaux et différents services aménagés avec le même soin que les laboratoires.

En terminant cette passionnante visite, nous repassons par le *fichier*.

Cette salle du fichier est l'élément administratif le plus important du laboratoire, nous ne saurions mieux la comparer qu'à une véritable petite « cité des informations ».

C'est là que sont reçues et inscrites toutes les demandes de B.C.G. venant des médecins, des services d'hygiène départementaux et des particuliers. (Notons qu'on ne délivre à ces derniers que du B.C.G. buccal.) Notons aussi que les envois sont faits gratuitement dans toute la France. Aux laboratoires étrangers il n'est fourni que des souches.

Les demandes inscrites au fur et à mesure sont enregistrées par départements. On note sur chacune le numéro du vaccin, la date de la culture, le nom et la localité du demandeur, le nombre de boîtes envoyées.

Une fiche de réponse est jointe à l'envoi, elle revient 70 fois sur cent et apporte des renseignements sur l'enfant, sur les contacts qu'il a pu avoir, enfin d'utiles observations qu'on peut également contrôler par des sondages auprès des inspecteurs d'hygiène. Cette correspondance permet d'obtenir des renseignements précieux qui constituent d'importantes archives.

En les consultant rapidement, nous voyons que les vaccinations par B.C.G. qui se montaient à 850 en juillet 1924 ont atteint le chiffre de 69.644 en 1928, et de 101.646 en 1931.

Au 1er février 1932, le total des vaccinations est de 414.198.

Ces vaccinations se répartissent très inégalement dans les départements, elles augmentent en raison directe de l'activité des dispensaires antituberculeux. C'est ainsi que la Seine-Inférieure compte 7.682 vaccinés, que le Cher compte 50 0/0 des enfants vaccinés, alors que des départements insuffisamment organisés, ou favorisés par le climat, comme la Corse, en comptent très peu.

La remarquable organisation de ce fichier est une nouvelle preuve de la conscience et de la rigueur que M. le professeur Calmette apporte au développement de son admirable méthode. C'est pourquoi nous avons tenu à y insister.

F. L. S.


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 3 cuillerées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
A sirop
ÉCHANTILLONS : J.B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
r.c. 18.090
Roger Dacosta. Edit.

INFORMATIONS

(SUITE)

RÉUNION HYDROLOGIQUE ET CLIMATOLOGIQUE DE MONTPELLIER (session de 1932). — La Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier tiendra sa séance annuelle le samedi 12 mars 1932, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Montpellier, à 15 h., sous la présidence de M. le professeur Riche, président.

A 15 h. : première séance. Les dysménorrhées pubertaires (question traitée en 1931, remise à l'ordre du jour pour 1932); rapports complémentaires de MM. les docteurs Guibert (de Balaruc) et Sappey (de Grenoble-Uriage).

A 16 h. 15 : deuxième séance. Les états de susceptibilité bronchique de l'adulte et de l'enfant et leur thérapeutique hydro-minérale; rapports de M. le professeur agrégé Puech (de Montpellier) et de M. le docteur Corone (de Nice-Cauterets).

A 18 h., réception des congressistes à la Faculté de médecine par M. le Doyen, MM. les professeurs et agrégés de la Faculté.

A 20 h., dîner par souscription à l'hôtel de la Métropole (cotisation 80 fr.).

Les demandes d'inscription en vue de communications (exclusivement relatives aux deux questions mises à l'ordre du jour) sont reçues par M. le docteur Castagné, assistant à la Faculté de médecine, 12, rue de la Vieille, à Montpellier. Les adhésions sont reçues à la même adresse jusqu'au 7 mars prochain.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'ASTHME. — Un Congrès international de l'asthme se réunira au Mont-Dore, les 4 et 5 juin 1932, sous le haut patronage de M. le ministre de la Santé publique, et sous la présidence de M. le professeur Fernand Bezançon, membre de l'Académie de médecine.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat du Congrès international de l'asthme, 19, rue Auber, Paris (IXe).

MÉDAILLE DU DOCTEUR CHARLES BUIZARD. — Des collègues et des amis du docteur Charles Buizard, secrétaire général de la Société des chirurgiens de Paris, ont estimé qu'il conviendrait, à l'occasion de sa promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur et en témoignage d'affection, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée à M. Turin, grand prix de Rome de gravure en médailles.

Chaque souscripteur d'au moins 100 fr. recevra une réplique en bronze de cette médaille, frappée à la Monnaie.

Les souscriptions doivent être adressées à MM. G. Doin, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe). Compte de chèques postaux : Paris 201-74.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A.-E.-E. Reboul, médecin consultant à Châtelguyon, décédé à Cannes; Noël Arnould, fils de notre confrère le docteur Edmond Arnould à qui nous adressons l'expression de notre très vive sympathie.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Miguel Ozorio de Almeida, professeur à l'Université de Rio de Janeiro, directeur du laboratoire de physiologie de l'Institut Oswaldo Cruz, fera, sous les auspices de l'Institut franco-brésilien de haute culture, deux conférences sur « Le tonus nerveux et l'automatisme ».

La première de ces deux conférences a eu lieu le lundi 22 février, la seconde aura lieu le mercredi 24 février, à 17 h., au petit amphithéâtre de la Faculté.

HISTO-CHIMIE ET CYTOLOGIE DES CRACHATS DANS LES ŒDÈMES ET CONGESTIONS PULMONAIRES

Par M. G. CAUSSADE.

A. Chimie et **Histochimie.** — 1° ŒDÈME. — Pour l'analyse chimique, le procédé le plus simple est le suivant : crachats soigneusement délayés dans de l'eau, et, avant toute filtration, additionnés, en proportion variable, d'une solution d'acide acétique à 3 0/0 ; filtration jusqu'au lendemain ; le filtrat obtenu, l'agiter et, avant la recherche de l'albumine par la chaleur, ajouter de la lessive de soude étendue jusqu'à réaction acide faible, et ensuite du chlorure de sodium qui est indispensable pour la coagulation de l'albumine (1). Quand l'albumine est considérable, elle peut se chiffrer par 33 gr. pour 1 litre, chiffre atteint parfois et seulement dans l'œdème suraigu.

L'analyse histo-chimique rend plus de services, étant plus fine et plus instructive, en permettant de découvrir à la fois tous les éléments contenus sur une préparation (albumine, mucine et cytologie). Elle rend compte, d'une manière précise, des gouttelettes qui, à n'en pas douter, sont une forme de transsudat séro-albumineux ; d'aspect anhyste, transparentes, à bords limités, parfois baveux, à centre renflé, elles sont de dimensions diverses, d'un diamètre le plus souvent triple d'un globule rouge (50 µ), arrondies ou ovalaires, isolées ou réunies en masses allongées qui s'anastomosent en donnant l'idée d'un filet à mailles énormes. Leur coloration par la méthode de S. I. de Jong (fixation par l'acide chromique à 2 0/0 et coloration par le bleu polychrome de Unna), varie du bleu pâle au bleu foncé. La réaction des gouttelettes albumineuses est intense, elle est à l'état pur sans mucine dans l'œdème suraigu (cardio-aortique ou rénal) dont la composition se rapproche le plus de celle du sang : albumine, 2 gr. 94 à 3,33 0/0, urée, 0,87 au lieu de 1 gr. 4 et chlorures 6 gr. 9 au lieu de 7 gr. pour 0/00 (Lesieur, Froment et Rochaix). Cette réaction, pure, sans mucine, est moindre que précédemment et à des degrés très variables, dans les œdèmes par intoxications (les gaz de combat suffocants : chlore, oxychlorure de carbone, chloropicrine, par le venin des vipères et certains colubridés), dans les œdèmes infectieux subaigus et dans la splénopneumonie à la phase où l'expectoration commence. Elle est nette encore dans les cas suivants où cependant il y a à la fois et en proportion variables, œdème et mucus hyalin : congestions pulmonaires infectieuses aiguës et prolongées, congestions accompagnant les bronchites infantiles, œdème aigu épisodique, au cours de la tuberculose pulmonaire chronique, et aussi à la phase purulente de la splénopneumonie, qu'elle soit tuberculeuse ou non.

Diagnostic. — Grâce à la technique de S. I. de Jong et à l'analyse chimique, des erreurs cliniques seront évitées : *a*) Dans la pneumonie aiguë ; au début, l'albumine est abondante et la mucine relativement restreinte ; mais en quelques jours, le mucus hyalin prédomine ; *b*) Dans la tuberculose pulmonaire chronique où, à titre épisodique, les crachats traduisent une poussée d'œdème. En pareil cas, il faut distinguer cette albumine de celle qui constitue l'albumino-réaction de G. H. Roger qui, positive, est un signe en faveur de la tuberculose. Or, cette albumine ne peut être recherchée que par l'analyse chimique, et elle est différente de celle du sang d'où proviennent les œdèmes ; *c*) A propos du catarrhe pituiteux. Il est pur ou mixte. S'il est pur (emphysémateux avec bronchite chronique), la confusion est très possible avec l'œdème à cause de la mousse blanche qui déborde au-dessus d'un fond purulent ; mais l'expectoration, chaque jour abondante, est susceptible d'atteindre parfois 450 cm^3 ; l'eau seule constitue toute la partie fluide qui ne contient qu'un peu de mucus et des cellules bronchiques dégénérées. Si le catarrhe pituiteux est mixte (asthme ancien compliqué d'emphysème et devenu humide par hypersécrétion bronchique), l'eau prédomine sur l'œdème et, cependant, le crachat conserve les caractères objectifs précédents ; en outre, l'albumine, le plus souvent minime, peut néanmoins se chiffrer chez un même sujet par 0,75 à 1 gr. ou 1 à 3 gr. 0/00. Mais cette albumine n'est pas décelable par des gouttelettes ; il est nécessaire de recourir à une analyse chimique ; de plus, le mucus et la cytologie sont identiques au catarrhe hydro-muqueux pur. Mais que ce catarrhe soit pur ou mixte, chez les sujets qui en sont atteints, la polysclérose et une affection cardio-rénale sont possibles ; dans ces conditions, il s'agira d'un véritable œdème pulmonaire dont le diagnostic histo-chimique et cytologique se fera par tous les moyens indiqués ci-après.

2° MUCINE ET MUCUS HYALIN. — Le mucus hyalin est contenu dans les crachats gommeux de toute congestion aiguë pulmonaire. Il se trouve à côté de l'œdème; il se colore par la méthode de S. I. de Jong en rose pâle ou en rose vif, suivant les cas ; il se dessine sous forme d'amas allongés ou arrondis plus ou moins denses, composés de filaments ténus, très sinueux, souvent pelotonnés. Ainsi représenté, il se transforme assez rapidement en un reticulum mucineux, rougeâtre ou violet, à fibrilles très déliées, réunies en paquets ou étalées sur une large surface, d'où un véritable chevelu. Mais dans la congestion dite « passive », le mucus hyalin est rare ; pas de mucus fibrillaire.

B. **Cytologie.** — Une bonne préparation exige des *crachats frais*, non seulement pour la méthode de S. I. de Jong, mais aussi et surtout pour un examen qui consiste à placer, sans aucune manipulation préalable, le crachat entre lame et lamelle et à introduire quelques gouttes de bleu de Unna, de préférence à tout autre bleu, sur les bords de la lamelle. 1° Dans les œdèmes suraigus, à part quelques cellules alvéolaires et bronchiques arrachées, il n'y a pas d'autres éléments, sauf, quand la mousse est de couleur saumon; la coloration est due à des globules rouges (hémo-œdème) ; 2° Les œdèmes infectieux, primitifs ou secondaires (ceux qui évoluent avec la pneumonie par exemple), contiennent des cellules alvéolaires saines

(1) F. BEZANÇON et S. I. DE JONG. *Traité de l'examen des crachats*, Masson et Cie, édit., Paris 1913, p. 92-93. Ce livre nous a servi pour rédiger la plus grande partie de ce chapitre.

au début, mais, plus tard, très altérées, quelques-unes même en pycnose, des macrophages, des polynucléaires rarement intacts, parfois nombreux, et quelques cellules bronchiques en dégénérescence ; 3° Dans les congestions pulmonaires aiguës, d'une certaine durée, la cytologie est la suivante : quand les premiers crachats sont épais, vitreux, aérés et adhérents, parfois ambrés, on constate les mêmes substances et éléments que dans la pneumonie aiguë à sa phase initiale : mucus hyalin, gouttelettes séro-albumineuses, rareté des formes cellulaires, tels des globules rouges, des cellules endothéliales en dégénérescence réticulée, des cellules pulmonaires jeunes ; puis les cellules endothéliales deviennent vacuolaires, ajourées, quelques-unes anuclées — et, dans un état intermédiaire, on constate encore entre les formes jeunes et dégénérées, outre ces dernières cellules, d'autres qui prédominent et dont, les unes, volumineuses, groupées en amas, ont un cytoplasme très basophile, un noyau unique ou double, central ou périphérique, et dont les autres, de volume à peu près normal, possèdent un cytoplasme basophile de dimension variable. Les cellules bronchiques, rares au début, augmentent dans la suite et prennent des aspects réticulés divers en même temps qu'apparaissent des macrophages et des polynucléaires ; 4° Congestion d'origine cardiaque. Elimination faite des crises de pseudo-asthme avec bronchite, de myocardie avec emphysème et bronchite chronique et des anciens asystoliques avec foyer permanent aux bases, il sera question de la congestion pure sans infection d'abord, et avec infection ensuite. Dans le premier cas, la cytologie est la suivante, à quelques variétés près : les globules rouges sont plus ou moins nombreux suivant les cas ; quelques polynucléaires, quelques cellules endothéliales en dégénérescence réticulée ; la plupart ont un noyau volumineux, ovalaire ou allongé, uni ou double, central ou périphérique, parfois très découpé sur ses bords, très acidophile, et d'aspect muriforme ; le cytoplasme est rempli de grains noirs ou jaunes ; à un degré très prononcé c'est la cellule martiale, souvent de taille gigantesque, bourrée des mêmes grains (pigments sidérosiques) ; on pourra s'en faire une idée par les figures accompagnées d'une légende dans un volume qui paraîtra très prochainement (1). Chez les anciens asystoliques, elles sont extrêmement surchargées de pigments et se comptent par 5, 6 ou même 7 dans une même préparation. Quand (2e cas) l'infection se surajoute aux lésions précédentes, la polynucléose massive est composée d'éléments souvent libres ou englobés dans un reticulum mucineux ; intacts d'abord, ils s'altèrent dans la suite. Fonction d'un seul microorganisme, l'infection devient rapidement polymicrobienne. (Voir le chap. « Bactériologie » (1) du même ouvrage.)

En dernière analyse, il est recommandé de recourir toujours au lavage des crachats suivant la méthode de Biros (2) qui permet de colorer seulement la flore microbienne provenant réellement du poumon.

(1) G. Caussade et A. Tardieu. *Œdème et congestion pulmonaire*, 1932, Alcan, édit.

(2) Importance de l'examen direct extemporané des crachats après lavage pour l'étude des infections secondaires des tuberculeux, *Th. de Paris*, 1921, p. 20.

ACTUALITÉS

A PROPOS DE VERS INTESTINAUX

> ... « Les quatre mythes de la médecine infantile :
> Les glaires !
> Les vers !
> Les vents !
> Les dents ! »

Cette boutade d'un pédiatre éminent est venue à son heure et a connu quelque succès. Elle fut surtout l'expression imagée et rythmée d'une réaction nécessaire contre la paresse d'esprit de certains milieux familiaux et la facilité d'autant plus grande à accueillir certaines explications que la situation est plus confuse, ce qui ne peut que détourner d'un effort nécessaire.

Prise au pied de la lettre, cette boutade est naturellement excessive, en ce qui concerne les parasites intestinaux tout au moins, personne n'a jamais nié leur nocivité, ni leur présence fréquente chez l'enfant ainsi que les techniques microscopiques ont permis de s'en convaincre.

A vrai dire le diagnostic est plus aisé à vérifier qu'à établir. Comme nous le verrons, la réunion de quelques symptômes locaux avec des symptômes à distance donne lieu à la naissance des tableaux cliniques les plus variés. Le diagnostic est possible, l'erreur ne l'est pas moins. Il n'y a dans ce domaine qu'une garantie, qui se rapproche, il faut l'avouer, de la manie professionnelle : toujours penser à l'existence des parasites intestinaux et y penser surtout quand un tableau clinique présente un caractère d'étrangeté et de discordance. Y penser aussi pourtant en présence d'un tableau clinique classique dans son ensemble lorsque le mal résiste à un traitement logique et bien conduit.

Ce qui frappe le plus souvent dans les observations de tels malades, c'est l'imprévu et la discordance qui peuvent donner l'éveil mais ne dispensent cependant jamais complètement le clinicien d'une sorte de « préjugé » provisoire.

C'est alors qu'un examen de laboratoire approprié, d'une réalisation habituellement simple, vérifiera le bien-fondé de l'hypothèse ; le traitement aura en général assez vite et assez complètement raison des troubles observés sinon de la cause elle-même.

***

Au point de vue parasitologique, quatre variétés de vers sont surtout en cause en pédiatrie courante : le tænia et le trichocéphale, au moins dans certains pays et dans des conditions d'alimentation qui sont fonction de l'âge ; l'ascaris et l'oxyure sont au contraire de beaucoup les plus fréquents ; l'âge ni le lieu ne peuvent ici mettre obligatoirement sur la voie même par exclusion. La ténacité de l'oxyure est un trait qui lui est particulier et malgré son innocuité habituelle, il peut arriver, lorsque l'infestation est importante, que les symptômes qui relèvent de sa présence et les

complications qu'il engendre soient empreints d'une certaine gravité.

Quel que soit le parasite en cause, certains symptômes peuvent éveiller l'attention ; ils sont inégaux en importance et les plus bruyants ne sont pas les moins trompeurs, au contraire. C'est surtout le groupement symptomatique et le lien logique qu'on peut entre ses éléments établir par la notion de parasitose et par elle seule qui constituent le véritable guide.

Parmi les signes qui ont le plus de valeur, il faut placer les troubles intestinaux, surtout lorsqu'ils sont rebelles. Quel que soit le caractère du catarrhe intestinal, quel que soit le caractère des selles, il est toujours prudent, ne fût-ce que pour en écarter explicitement l'action, de penser à un parasite intestinal éventuel, lorsque l'évolution se poursuit en dépit de l'enquête étiologique bien menée et d'un traitement judicieusement institué. Il faut, en particulier, connaître les cas qui ne sont pas exceptionnels où l'on a pu dépister l'association d'un parasite avec une affection intestinale autonome, mais qu'il a favorisée ou qu'il entretient ou aggrave.

D'autres manifestations attirent moins vivement l'attention ; elles ont pourtant une valeur, et surtout lorsqu'elles viennent s'associer à d'autres groupements symptomatiques ; elles ont même parfois une valeur rétrospective, attirant l'attention par leur disparition subite ou rapide après l'institution du traitement antiparasitaire.

Les modifications du facies sont du nombre de celles qui n'attirent guère l'attention ; elles n'ont leur pleine valeur d'avertissement que lorsque dans un milieu contaminé reconnu, comme une famille, on est à la recherche des cas discrets et des porteurs apparemment sains de parasites. La pigmentation localisée, le fond de teint terreux, mal lavé, de tous temps signalés par les cliniciens, le prurit nasal prennent alors leur véritable relief.

La sialorrhée surtout nocturne et lorsqu'on ne lui trouve aucune autre cause valable — et la simple obstruction nasale peut dans certains cas suffire — a plus de valeur ; de même les troubles du sommeil.

Le prurit et surtout le prurit anogénital dans l'oxyurase est au contraire un des signes qui attirent le plus directement l'attention et l'invite la plus précise à un examen approfondi, examen local en particulier.

Parmi les autres symptômes, il en est de manifestes, mais qui tendent plus souvent à égarer le clinicien qu'à le guider, pendant un certain temps tout au moins. C'est dans ces cas que l'habitude d'esprit, le « préjugé » rendront le plus de services.

Les troubles digestifs sont de ce nombre, les douleurs abdominales mal localisées habituellement ou de siège variable, les nausées, les vomissements surtout : vomissements de type réflexe, parfois en relation plus directe avec le fait même de l'alimentation quel que soit le régime qu'avec le processus digestif, vomissements qu'on peut à certains égards considérer comme le témoignage d'une anorexie poussée à son summum.

Les douleurs gastriques, des types les plus variés, les modifications de l'appétit par exagération ou par perversion semblent plus particulièrement l'apanage de l'ascaris, de même que les diarrhées violentes, pseudo-typhoïde, pseudo-cholérique, pseudo-dysentérique.

Dans le domaine nerveux il est de petits signes, sans doute bien dus au parasite, mais qui ne sauraient en eux-mêmes attirer de ce côté l'attention : les troubles du caractère peuvent être retrouvés, sans variante spéciale, chez tous les enfants dont la santé générale pêche notablement en quelque point ; il en est d'autres plus bruyants qui sont parfois aussi les plus trompeurs : troubles convulsifs de types cliniques divers, accidents ménigés, troubles parfois graves mais heureusement transitoires des organes des sens, troubles sphinctériens. Ces symptômes peuvent cependant prendre toute leur valeur lorsque, d'une part, leur soudaineté et leur imprévu ont bien été perçus par le clinicien et lorsque, d'autre part, l'examen clinique soigneux — et dans certains cas des plus malaisés — n'a permis de leur reconnaître aucune cause valable. C'est là que l'examen complet du malade « avec idée préconçue » — qu'il faut avoir mais à laquelle bien entendu il faudra se garder de se cramponner — pourra rendre les plus grands services.

Parmi les symptômes discrets il faut, à notre sens, ranger l'anémie, car il semble qu'en pratique elle attire plutôt l'attention de l'entourage que l'inquiétude du médecin. C'est justement cet aspect faussement bénin et cette modestie clinique qui doivent donner l'éveil, engager à un examen du sang où seule une éosinophilie marquée, d'ailleurs inconstante, pourra prendre une valeur confirmative, engager surtout à un examen coprologique.

Seules, en effet, les recherches macroscopiques et microscopiques positives ont une valeur de certitude.

*
**

Nous bornerons ici ce schéma clinique qu'il est aisé de compléter par la lecture des traités. Les complications à distance, surtout graves dans l'ascaridiose, présentent le même caractère d'imprévu que les symptômes de localisation purement intestinale ; elles nécessiteraient une étude depuis longtemps faite par divers auteurs avec toute la précision souhaitable.

De tous temps, les mesures thérapeutiques contre les vers intestinaux ont été nombreuses et dans tous les pays la médecine populaire a trouvé sur place des remèdes dont certains sont peut-être injustement oubliés. C'est ainsi que dans certaines régions la soupe à l'ail demeure d'un usage courant contre les oxyures, ce qui donne à penser que les résultats en ont une efficacité pratique suffisante.

Il convient avant tout de ne rien négliger des *mesures prophylactiques* pour parer à la réinfestation après traitement, ou même avec les oxyures l'infestation continuelle qui, pendant même le traitement, repeuple un intestin que l'on s'efforce de libérer de ses parasites.

Contre le tænia, c'est l'usage de viande bien cuite ; lorsqu'on doit donner de la viande crue on donnera la préférence au cheval ou au mouton sur le bœuf, source habituelle de l'infestation.

Contre les ascaris et les oxyures, il faudra parer à la géophagie sous toutes ses formes, dont les plus discrètes ne sont pas négligeables. C'est une tâche diffi-

cile, puisque la terre et le sable tiennent une grande place dans les jeux enfantins. Il faudra donc empêcher autant que possible l'enfant de porter à la bouche des mains directement ou indirectement souillées de terre, couper les ongles ras et veiller à ce que mains et ongles soient lavés soigneusement avant les repas.

Les œufs des parasites peuvent être introduits avec les aliments quand ceux-ci sont récoltés près du sol ou sont exposés à des arrosages infectants (fraises, cresson, salades...). Ces aliments seront donnés cuits ou tout au moins soigneusement lavés. L'eau de boisson sera aussi surveillée.

En cas d'oxyures, il faudra de plus prendre toutes les précautions nécessaires pour parer autant que possible à l'auto-infestation, source de perpétuité du parasitisme : éviter la promiscuité, faire usage de caleçons de nuit lavables, de chemises de nuit à coulisse, oindre la région anale à l'onguent mercuriel au moment du coucher qui précède de peu celui de la sortie des parasites. Ce sont là des soins aisés, mais qui demandent une patience et une régularité dont on ne saurait exagérer l'importance.

Le traitement curatif n'est, en effet, qu'une partie du nécessaire.

Nous passerons rapidement sur le traitement classique du tænia ; chez l'enfant, surtout en bas âge, on donnera en raison de la toxicité assez élevée de l'extrait de fougère mâle, la préférence à la semence de courge, facilement acceptée en général et suivie après le délai d'usage du purgatif de rigueur.

Contre le trichocéphale, le thymol est habituellement suffisant ; on ne l'administrera cependant qu'après 10 ans et avec les habituelles précautions : cachets de 50 centigrammes donnés 4 jours de suite le matin à jeun et suivis après une heure d'un purgatif *obligatoirement salin*. On ne devra 48 heures avant et après le traitement donner ni graisses, ni alcool.

Le thymol peut rendre aussi des services contre les oxyures, mais en raison de l'âge habituel des patients on lui préfère en général des produits moins toxiques.

De même au cas d'ascaridiose.

Nous n'insisterons pas ici sur l'huile de Chœnopodium, médicament très puissant, mais très toxique et difficile à manier chez l'enfant, que nous avons eu déjà l'occasion d'étudier ici plus complètement.

La santonine ne devra être employée en nature que chez de grands enfants : un centigramme par année d'âge suivi à distance d'un purgatif : huile ou calomel. Le semen contra en est une forme plus ancienne et préférable chez l'enfant (cinquante centigrammes par année d'âge) suivi de purgatif, huile ou calomel.

Résistants qu'ils sont à la destruction, les oxyures sont également justiciables de la santonine et du semen contra aux doses que nous venons de rappeler : la purgation est nécessaire aussi et devra être complétée d'un lavement évacuateur qui, selon préférences, sera fait d'eau savonneuse, sucrée, salée ou glycérinée.

Le traitement per os gagnera souvent en efficacité par la variété. On pourra alors user de la Mousse de Corse ou du carbonate de bismuth préconisé par Lœper et dont le grand avantage est l'innocuité complète pour le malade. On devra le donner à forte dose, 5 à 30 grammes par jour selon l'âge, en potion. Il ne semble pas qu'on ait observé d'incident avec ce traitement, d'usage facile.

Il n'en reste pas moins que ces nombreux traitements peuvent demeurer inefficaces et dans le cas des oxyures en particulier la pullulation des vers peut continuer sans fin prévisible.

Les pharmacologistes de ces dernières années ont donc recherché une substance qui ne soit pas pour les parasites le simple stupéfiant que sont les médicaments anciens, mais un poison destructeur.

Il semble qu'on ait trouvé dans les pyréthrines un médicament puissant, agissant sans électivité particulière sur la quasi-totalité des parasites intestinaux ; les oxyures en particulier semblent céder plus rapidement qu'avec d'autres drogues.

On connaissait depuis longtemps la valeur pratique de la poudre de pyrèthre comme insecticide. Mais c'est récemment qu'on a commencé d'en user pour la destruction de parasites animaux de principes actifs chimiquement définis. Les pyréthrines employées sont des éthers d'un alcool à fonction cétonique et des acides chrysanthémique-carbonique et chrysanthémique-monométhylecarbonique.

Ces pyréthrines semblent surtout abondantes dans la fleur et particulièrement l'ovaire du Chrysanthemum cinerariaefolium (Composée) surtout recueilli autrefois au Japon, mais dont la culture semble en voie de notable développement dans d'autres pays.

Les travaux de Perrot, de Chevalier et Mercier, complétant ceux de Stanndiger et Ruzicka et de savants japonais (Sato, Yamamoto, Fujitani), ont élucidé la chimie et la pharmacodynamie de ces produits. Ce sont les pyréthrines α et β surtout abondantes dans les capitules non épanouis de la floraison d'été que l'on emploie jusqu'ici.

Leur principal caractère chimique est la facilité de leur dédoublement par saponification chez les animaux à sang chaud, saponification qui se produit au contact du sang, des sécrétions digestives, des diastases, des tissus eux-mêmes, favorisée par l'élévation de température, pour donner naissance à des produits peu toxiques pour l'animal homœotherme, mais d'une toxicité élevée pour les animaux à sang froid, quels qu'ils soient.

Les expériences ont porté sur divers animaux à sang froid ; les plus directement intéressantes ici ont porté sur des ascaris, les uns fragmentés, les autres entiers et vivants, maintenus tantôt dans du liquide de Ringer tiède, tantôt dans une anse intestinale, bref mis dans les conditions les plus favorables possibles à la conservation de leur vitalité.

Dans tous les cas, les pyréthrines conservent leur puissance toxique, provoquant une excitation neuromusculaire avec incoordination suivie, à bref délai, de paralysie et de mort.

Une émulsion au 1/5000 amena la mort de l'ascaris en 20 minutes environ ; l'émulsion à 1/7500 suffit à tuer rapidement le tænia du porc.

Chez divers animaux à sang froid la toxicité a paru plus élevée encore, puisque l'épinoche a été tuée en 3 heures dans une solution au millionième.

Les animaux à sang chaud sont au contraire résistants, puisqu'il faut pour entraîner des troubles d'ail-

leurs absolument comparables, procéder à des injections intraveineuses massives (jusqu'à 60 milligrammes par kg. chez le chien).

Il semble donc que l'on dispose ici d'un médicament puissant contre les formes adultes tout au moins, les œufs demeurant en effet insensibles au poison.

La marge thérapeutique chez l'homme paraît de plus suffisante à éviter tout accident sérieux, même chez de très jeunes enfants. Les pyréthrines, que le commerce prépare dès maintenant dans des conditions satisfaisantes, semblent donc un médicament à retenir et qui a l'avantage de pouvoir être employé aussi bien contre le tænia que contre l'oxyure, l'ascaris ou d'autres parasites. Seule la lamblia, dont on sait la résistance aux médicaments, garde son immunité.

Sous diverses formes on donne les pyréthrines le matin à jeun, 5 jours de suite ; le traitement sera complété des précautions accoutumées, sans toutefois que la purgation soit indispensable. On le renouvellera, si nécessaire, au bout de 15 jours.

Les doses varient avec l'âge du sujet et le parasite à traiter, faibles pour l'ascaris, fortes pour le trichocéphale et l'oxyure, très fortes pour le tænia où elles ne permettent cependant pas un succès pleinement assuré.

Chez l'enfant, on peut donner quatre à six gouttes dans le cas d'ascaridiose, quatre à soixante contre le trichocéphale et l'oxyure, cent à deux cents contre le tænia.

Chez l'adulte on sera libre d'augmenter sensiblement les doses : cinquante à cent gouttes contre l'ascaris ; on pourra monter jusqu'à cent cinquante contre oxyures et trichocéphales, jusqu'à deux cents et trois cents contre le tænia sans être pourtant assuré du succès.

C'est dans le cas de l'oxyure que les résultats sont pourtant moins constants. Villaret et Cachera ont montré, dans ces cas, que le renouvellement du traitement pyréthrique pouvait chez l'enfant n'être pas sans inconvénients lorsque le foie est un peu déficient, déficience qui contribue en même temps à en affaiblir l'efficacité. On pourrait à leur avis s'aider, dans ces cas, d'une opothérapie discrète où interviennent les extraits hépatobiliaires et entéropancréatiques et les extraits gastriques. On a également préconisé plus récemment un mode de présentation qui ne libère les pyréthrines que graduellement au cours de la traversée digestive.

Quoi qu'il en soit, il semble que les traitements antiparasitaires trouvent dans ces recherches récentes un complément précieux à une pharmacopée cependant déjà riche.

R. LEVENT.

Antivirusthérapie, application à l'ophtalmologie, à l'oto-rhino-laryngologie, à la stomatologie, à l'entérologie, à l'urologie, la gynécologie et l'obstétrique, les pyodermites, la chirurgie, la médecine vétérinaire, la sérothérapie locale, par A. BESREDKA, professeur à l'Institut Pasteur de Paris. Un volume de 432 pages. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1932)

Polypose colique avec hippocratisme des doigts. — MM. BRULÉ et LIÈVRE. L'hippocratisme digital décrit au cours de la polypose intestinale, leur a permis de soupçonner d'emblée cette affection chez un homme jeune cachectique, qui était venu consulter pour une diarrhée durant depuis 10 ans et que l'on soignait pour péritonite tuberculeuse.

Les réactions cutanées biologiques dans les états d'intolérance. — MM. SÉZARY et MAURIC recommandent dans tous les états d'intolérance d'utiliser successivement la cuti-réaction, épidermo-réaction, sauf dans certains cas de sursensibilité ou l'intra-dermo-réaction peut être dangereuse. Les résultats leur paraissent plus intéressants pour l'étude pathogénique des affections par intolérance que pour le diagnostic.

Hippocratisme digital et polypose intestinale. — MM. BENSAUDE, HILLEMAND et AUGIER. Trois observations d'hippocratisme digital survenu chez des malades atteints de polypose intestinale en l'absence de toute affection pulmonaire ou cardio-vasculaire. Ce symptôme ne paraît pas avoir été signalé dans cette maladie.

Eruption herpétique accompagnant régulièrement les crises gastriques du tabès. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et BOQUIEN. Le lien qui unit l'herpès aux perturbations trophiques et humorales créées par la crise gastrique du tabès, semble assez étroit pour être retenu.

Diabète insipide et trouble glyco-régulateur. — MM. M. LABBÉ et GILBERT-DREYFUS. Le trouble glyco-régulateur ne saurait être mis sur le compte d'une insuffisance sécrétoire du lobe postérieur de l'hypophyse car à l'inverse de la polyurie, il est aggravé par les injections de rétro-pituitrine.

Le métabolisme du phosphore dans la pathologie. — MM. LABBÉ et FABRYKANT. Dans les maladies l'équilibre phosphoré du sang est troublé. Avec la méthode de Javillier et Fabrykant, on obtient à l'état normal les moyennes suivantes : phosphore total 358 milligr. ; phosphore organique non lipidique, 206 milligr.; phosphore minéral, 36 milligr.; phosphore nucléoprotidique, 26 milligrammes.

Chaque malade semble avoir une formule phosphorée sanguine caractéristique.

Cécité corticale à origine complexe : effets de l'acétylcholine. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, BAILLIART et BOQUIEN. Femme de 64 ans prise brusquement de cécité par double hémianopsie à la suite d'une syncope par hémorragie gastrique liée à un cancer de l'estomac. L'intérêt de ce cas réside surtout dans l'amélioration de la vision déterminée par l'acétylcholine qui agit sur l'élément spasmodique surajouté aux lésions artérielles d'origine syphilitique.

Nouvelle présentation après une année d'une malade atteinte de carcinose miliaire. — M. DUFOUR présente à nouveau au bout d'un an une malade atteinte de carcinose miliaire traitée par l'injection quotidienne depuis 27 mois de pyoformine, et insiste sur la résistance inaccoutumée de la malade à cette forme maligne de la maladie cancéreuse.

A propos de l'étiologie zonateuse de la varicelle. — M. ARMAND-DELILLE rapporte un cas observé par M. Belgodère

dans lequel un zona brachial s'est montré 15 jours après une varicelle chez un sujet qui vivait au contact de ce dernier malade.

Un cas d'hypoglycémie spontanée avec amélioration persistante. — MM. M. LABBÉ, BRULÉ et LENÈGRE rapportent le cas d'un jeune homme qui présentait depuis quatre mois de la fatigue générale et des pertes de connaissance au début du repas de midi. L'apparition des crises après un jeûne relativement prolongé fit pratiquer un dosage du sucre dans le sang qui révéla une hypoglycémie à 0 gr. 44. Sous l'influence du repos et du régime, la glycémie redevint normale et le malade put reprendre son travail.

Les auteurs soulèvent l'hypothèse de l'existence chez le malade d'un adénome ou d'une hyperplasie diffuse du pancréas.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1931)

Recherches physiologiques sur l'anesthésie par le tribromo-éthanol. — M. et Mme A. CHAUCHARD et M. R. MONOD soumettent des chiens à l'anesthésie générale par le tribromo-éthanol (avertine). Ils examinent les modifications apportées par cet agent à l'excitabilité de l'écorce cérébrale et des voies réflexes de l'inhibition respiratoire. Leurs expériences montrent que ces variations, qui se manifestent par une augmentation des constantes de temps portent à la fois sur les filets nerveux centripètes et sur les centres. Sur l'écorce cérébrale, la mesure de la chronaxie permet de suivre les phases de la narcose et celle du réveil. Le retour de l'excitabilité à sa valeur normale est très rapide quand l'anesthésique a été introduit par voie veineuse.

La non-réceptivité à la greffe du lymphadénome de la souris en tant que critérium de l'immunité au cancer spontané. — L. MERCIER et L. GOSSELIN ont démontré d'une part, que les souris de leur élevage atteintes de lymphadénome spontané sont sensibles à la greffe de cette forme de cancer; d'autre part, que la non-prise à une ou plusieurs greffes successives ne constitue pas un critérium permettant d'affirmer que les individus temporairement réfractaires le sont également au lymphadénome spontané. En effet, des souris réfractaires à 3, à 7 tentatives de greffe ont présenté du lymphadénome spontané. De plus, une souris, après 7 tentatives de greffe infructueuses, a présenté du lymphome malin type Borrel-Haaland ; à ce moment, la greffe a pris sur elle (8e épreuve).

Sur l'extraction de la vitamine à des tissus animaux. — MM. H. SIMONNET, A. BUSSON et Mlle ASSELIN décrivent une technique d'extraction acétonique d'exécution rapide et facile qui leur a permis depuis plus d'un an d'étudier avec précision les variations de la teneur des tissus en vitamine A. Ils ont étudié parallèlement la technique de Moore et concluent que les réponses physiologiques obtenues sur le rat soumis à un régime privé de vitamine A sont comparables dans les deux cas. L'emploi de l'animal réactif est, dans l'état actuel, le seul procédé valable de dosage de la vitamine A.

Action de l'éphédrine basique gauche sur la chronaxie du nerf moteur, du muscle rapide et du muscle lent. — M. VAN BOJAERT. L'éphédrine lévogyre est avant tout un poison musculaire. Par l'étude comparative des variations de la chronaxie du muscle gastrocnémien de Rana fusca et du pied de Helix Pomatia, on peut saisir l'affinité de ce poison pour le muscle dont la chronaxie est la plus grande. Pour agir sur celle du nerf moteur, — le sciatique de Rana — il faut recourir à de très fortes concentrations d'éphédrine.

Essais de transformation variolo-vaccinale à l'aide d'un virus variolique. — MM. P. TEISSIER, E. RIVALIER, I. REILLY et V. STEFANESCO ont, à différentes reprises, tenté d'obtenir une variolo-vaccine, en inoculant dans le testicule et sur la peau de jeunes taureaux, 2 souches de virus variolique pur ayant subi des apssages sur le singe, le chat, le chien. Tous ces essais n'ont abouti qu'à créer une infection inapparente, car les animaux qui ne présentèrent aucune réaction locale, aucune efflorescence cutanée, se sont montrés, selon les cas, totalement ou partiellement réfractaires à l'inoculation vaccinale d'épreuve. Même échec chez le porc. De nouvelles tentatives faites sur l'âne ont permis dans 5 cas sur 13 d'obtenir une éruption papuleuse en inoculant le virus sur la peau, et 4 fois sur 6 de déterminer une orchite par injection testiculaire ; mais, ainsi que l'avaient noté Chauveau et la Commission lyonnaise, les caractères du virus ne se sont pas modifiés et son transfert sur la génisse n'a provoqué aucune éruption.

Lorsqu'on utilise un virus de provenance laotique, ni les passages sur les animaux réceptifs les plus divers, ni la quantité de virus injecté aux bovidés, ni l'état de pureté de ce virus ne semblent donc favoriser la transformation variolo-vaccinale.

Variations quantitatives du glutathion réduit dans le foie suivant diverses conditions expérimentales. — MM. L. BINET et A. ARNAUDET prouvent expérimentalement : 1° L'existence pour le foie, d'une chute dans le taux du glutathion réduit à la suite de la ligature aseptique du canal cholédoque ;

2° La possibilité de lutter contre cet abaissement du glutathion par administration d'hyposulfite de soude, qui, d'autre part, chez l'animal normal, élève le taux du glutathion hépatique.

A propos de la réaction cutanée locale à l'histamine. — MM. ROUSSY et MOSINGER poursuivent depuis plus d'un an des recherches sur la réaction locale à l'histamine chez des sujets normaux ou atteints de diverses affections du système nerveux.

On sait que cette réaction, étudiée pour la première fois par Eppinger et Gutmann (1913), met en jeu la vaso-motricité et la perméabilité des capillaires cutanés.

Après injection intradermique de 1/10 cc^3 d'histamine au 1/00, ou après dépôt de cette solution sur la peau scarifiée au vaccinostyle, ou après piqûre de l'épiderme à travers une goutte d'histamine, on observe les phénomènes décrits sous le nom de réaction triple de Lewis. Ceux-ci sont constitués par une rougeur au point même de l'injection (rougeur locale) ; par une réaction érythémateuse dite réflexe (auréole rouge) et par la formation d'une boule d'œdème.

Dans cette première note, MM. Roussy et Mosinger insistent sur le caractère amphotonique de la réaction qui apparaît avec évidence dans certaines conditions pathologiques (myélites, radiculites).

En effet, les taches pâles ou l'auréole anémique qui apparaissent autour de la zone érythémateuse ne paraissent pas pouvoir être attribuées à un balancement circulatoire local, car l'intensité de cette « pâleur réflexe » n'est pas proportionnelle à celle de l'auréole rouge. Par ailleurs, l'injection d'histamine au centre d'une tache anémique laisse persister cette tache, tandis que l'érythème réflexe apparaît à sa périphérie, ce phénomène est comparable à celui que les auteurs ont obtenu en injectant l'histamine au centre de la tache blanche adrénalinique.

Chez les sujets normaux, la réaction paraît être moins nettement amphotonique. Il n'en existe pas moins, dans certains cas, des modifications de la réactivité vasculaire dans la zone péri-érythémateuse.

Certaines expériences semblent mettre en évidence le rôle prépondérant de l'épiderme dans le mécanisme de l'érythème réflexe histaminique.

Sur le rôle des fibres sensitives dans le mécanisme de la vasodilatation réflexe d'origine histaminique. — MM. Roussy et Mosinger se sont proposé de vérifier d'une part l'hypothèse de Lewis suivant laquelle la rougeur réflexe (réflexe d'axone) serait due à l'excitation des fibres destinées à la « sensibilité prurigineuse » et de l'autre, celle de Krogh qui admet la nature sensitive douloureuse de ces fibres.

Dans ce but, ils ont étudié la réaction à l'histamine chez un certain nombre de malades atteints de troubles objectifs ou subjectifs de la sensibilité. Ces recherches les ont conduits aux conclusions suivantes :

1° Chez les malades chez lesquels le prurit faisait défaut, l'histamine déterminait cependant un érythème réflexe des plus caractéristiques. Ce fait ne plaide pas en faveur de l'opinion qui admet que les fibres de la sensibilité prurigineuse seraient vaso-dilatatrices par action antidromique.

2° Il est impossible d'établir une relation constante entre l'intensité de la réaction érythémateuse à l'histamine et les troubles de la sensibilité douloureuse. Les troubles sensitifs et les modifications de l'érythème réflexe ne sont que des phénomènes concomitants. Il faudrait donc admettre que les réflexes érythémateux empruntent une voie végétative.

3° A titre exceptionnel, on constate une dissociation entre le prurit déterminé par l'histamine et les sensations tactiles douloureuses et thermiques (syringomyélie, syndrome thalamique, névraxite, traumatisme médullaire. La rareté de ce fait semble plaider contre l'existence de fibres spéciales pour la sensibilité prurigineuse.

Election. — M. Leconte du Nouy est nommé membre titulaire.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1932)

Nouveau cas de pneumothorax spontané non tuberculeux chez le nourrisson. — MM. J. Chabrun et Joseph rapportent l'observation d'un nourrisson de quatre mois atteint de pneumonie du sommet droit qui fit au cours de cette maladie un pneumothorax spontané total du côté gauche. Les accidents sont immédiatement sérieux ; on note des signes d'asphyxie liés à une grosse hypertension intrapleurale et au déplacement du cœur. L'évacuation de l'air atténue momentanément les troubles fonctionnels. Mais ceux-ci reprennent rapidement car il s'agit d'un véritable pneumothorax à soupape dont l'évolution se terminera par la mort subite.

Adénopathie bacillaire sus-épitrochléenne. — M. L. Babonneix et Mlle Riom présentent un enfant de onze ans porteur d'une volumineuse adénopathie sus-épitrochléenne probablement tuberculeuse.

Ostéo-périostite chronique de l'humérus chez un enfant atteint de paralysie infantile du membre supérieur. — MM. L. Babonneix et A. Miget présentent un petit garçon de six ans, qui a été atteint à l'âge de quatre ans de paralysie infantile du membre supérieur gauche, et chez lequel est survenue, depuis quelque temps, une ostéo-périostite chronique de la partie supérieure de l'humérus homologue.

Arthropathie « nerveuse » chez une petite fille opérée à la naissance d'un spina bifida. — MM. L. Babonneix et A. Miget présentent une petite fille opérée à la naissance d'un volumineux spina bifida, et chez laquelle s'est développée une arthropathie chronique du genou droit qu'en l'absence de tout élément permettant d'incriminer la syphilis ou la tuberculose, ils considèrent avec les réserves d'usage comme une arthropathie nerveuse.

Syndrome tabétique chez un enfant de 6 ans. — M. B. Weill-Hallé et Mlle Claire Vogt présentent un enfant chez qui sont apparus à l'âge de quatre ans et demi des maux perforants plantaires, puis deux panaris analgésiques du médius droit et de l'index gauche, et plus récemment des troubles ataxiques. L'examen neurologique complet et la ponction lombaire précisèrent le diagnostic de tabès que l'on peut rattacher à une hérédo-syphilis se traduisant par quelques stigmates chez l'enfant et une réaction de Hecht positive chez la mère. Un traitement spécifique amena une légère amélioration des lésions.

Tumeur ou kyste volumineux du poumon gauche. — MM. Armand Delille et Hechter présentent des radiographies montrant au sommet du poumon gauche d'un enfant une image arrondie dont ils ne peuvent préciser la nature.

M. Duhem a vu dans un cas analogue qu'il s'agissait d'un sarcome périosté de la colonne vertébrale ayant rétrocédé par la radiothérapie.

Abcès staphylococcique du cerveau chez un nourrisson de six mois. — MM. Lesné, I. Bertrand et J. Caroli rapportent un cas d'abcès staphylococcique du cerveau dont l'aspect clinique et la forme anatomique furent exceptionnels. La suppuration encéphalique s'est manifestée par une hémidilatation du crâne et une distension unilatérale des sutures qui prédominait dans la zone du lobe frontal et s'accompagnait d'une protrusion de l'œil en bas et en avant, due à un affaissement de la voûte orbitaire. Ces signes se sont développés lentement en 4 mois au minimum, sans jamais s'accompagner d'atteinte de l'état général, de troubles digestifs, de fièvre, de leucocytose, de manifestations neurologiques, convulsives en particulier. Néanmoins le pus retiré par ponction contenait un staphylocoque doré qui s'est montré expérimentalement très virulent. Les auteurs insistent sur les particularités anatomiques présentées par ce cas et principalement sur l'intensité de la sclérose névroglique autour de l'abcès, sa dureté, son allure pseudotumorale ainsi que sur l'évolution kystique des ramollissements occasionnés par les artérites thrombosantes du voisinage.

Trois cas de corps étrangers des bronches. — M. Magdelaine.

Importance de l'examen du chlore sanguin et du fonctionnement rénal dans le traitement des syndromes cholériformes. — MM. Ribadeau-Dumas, Max Levy, Mathieu et Mlle Mignon ont observé dans un grand nombre de cas de syndrome cholériforme l'excès de chlore dans le sang et, dans les cas graves, une diminution de la réserve alcaline, ainsi que des troubles urinaires, oligurie ou même anurie pouvant entraîner une azotémie.

L'administration d'alcalins permet de rétablir l'équilibre et l'on peut voir la diurèse réapparaître progressivement ; il est d'ailleurs possible de hâter cette réapparition en administrant de la théobromine. Les troubles digestifs disparaissent de même quand l'équilibre salin est réalisé.

Sur un cas d'ostéochondrite typhique. Abcès par migration. — MM. Guedé et Arnous rapportent un cas de spondylite typhique à suppuration prolongée chez un enfant de

quatorze mois et posant au maximum le diagnostic de mal de Pott, par les lésions vertébrales visibles à la radiographie. Echec complet de la vaccinothérapie pratiquée à plusieurs reprises. Impossibilité de traitement chrirurgical. Pronostic vital grave.

M. LANCE critique l'emploi du terme d'ostéochondrite.

Le taux de la cholestérolémie sanguine et ses variations avec le taux des albumines du sérum dans les états de dénutrition de la première enfance. — MM. NOBÉCOURT, COMMINOS et P. DUCAS ont cherché à établir le taux de la cholestérolémie chez 25 nourrissons atteints d'état de dénutrition plus ou moins prononcée. Ils ont mis à part les enfants rachitiques, ou atteints d'infection surajoutée. Compte tenu de ces facteurs, le taux de la cholestérolémie paraît avoir une légère tendance à l'augmentation tout en n'étant cependant pas notablement supérieur à celui que l'on observe dans les autres affections du nourrisson. Il est sans rapport avec la dilution sanguine et le taux des albumines du sérum étudié par réfractométrie.

Images radiologiques et lavement baryté dans l'invagination intestinale du grand enfant et du nourrisson. — M. FÈVRE insiste sur les renseignements utiles que peut fournir l'examen radiologique pour le diagnostic des invaginations de la seconde enfance ; le lavement baryté n'y a par contre aucun effet thérapeutique.

Chez le nourrisson l'examen après lavement baryté a permis de vérifier dans 4 cas sur 10 l'absence d'invagination. Dans les 6 autres cas il a permis de préciser le diagnostic, mais n'a pas évité l'intervention chirurgicale ; il semble que dans ces cas les suites opératoires aient été plus sérieuses.

LIVRES NOUVEAUX

Le Ragondin (1), par le Dr A. MAURICE.

Ce beau volume qui vient de paraître est une mise au point de tout ce que l'on connaît actuellement sur le Ragondin, cet animal extraordinaire qui, depuis deux ou trois ans, fait sérieusement parler de lui. Cet énorme rongeur qui dépasse facilement 15 livres s'acclimate parfaitement en France, se domestique avec facilité et se multiplie avec la plus grande régularité. Il est intéressant pour sa fourrure, pour sa chair, pour la chasse, pour le faucardage gratuit des étangs et pour la pisciculture qu'il améliore par ses déjections. Ce livre est préfacé soigneusement par M. le professeur Bourdelle, professeur au Muséum de Paris et directeur du Jardin des Plantes. Il a été édité par la Société na-

(1) Un volume de 230 pages sur papier couché, 132 figures dont 4 en couleur. — Prix franco : 42 fr. 50. — Se trouve chez l'auteur, docteur A. Maurice, 18, rue Jeanne d'Arc, à Sèvres.

tionale d'acclimatation de France avec subvention du ministère de l'Agriculture, ce qui prouve combien ce travail a été apprécié en hauts lieux et jusqu'à quel point les organismes les plus désintéressés poussent à la diffusion et à l'acclimatement en France de ce sympathique quadrupède. Tous les amis de la nature liront ce livre avec intérêt ; ils apprendront à connaître sa morphologie et ses mœurs ; ils découvriront une curiosité unique.... un animal qui porte ses mamelles sur le dos.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

Localisation cérébro-spinale de la méningococcémie due au méningocoque de Weichselbaum. — Elle survient sporadiquement ou en foyers épidémiques limités, et relève de la contagion par des malades infectés ou par des porteurs sains de méningocoques localisés au naso-pharynx.

Cette pharyngite méningococcique semble bien être la véritable maladie primitive d'où le microbe essaime au hasard des défaillances de l'organisme, soit dans le sang, soit dans le liquide céphalo-rachidien, et la question reste discutée de savoir si le méningocoque gagne les méninges directement à travers la lame criblée de l'ethmoïde ou après un stade de septicémie.

Le diagnostic précoce de la maladie est fort important et nécessite, ainsi que plus tard pour la direction du traitement, une très intime collaboration entre le médecin et le laboratoire.

CLINIQUE

I. Méningite cérébro-spinale de l'adolescent, dans sa forme normale et commune :

a. *Début.* — Il est brusque et violent par des frissons, de la fièvre à 40°, de la céphalée, des douleurs lombaires et articulaires, des vomissements, parfois les premières heures, on constate l'existence d'un coryza ou d'angine, d'un abcès, d'herpès éclos au coin de la lèvre ou du nez, et déjà la P. L. ramènerait un liquide céphalo-rachidien encore clair mais contenant du méningocoque extra-cellulaire et quelques polynucléaires et lymphocytes.

b. *Etat.* — En deux ou trois jours, le mal revêt son aspect caractéristique, fait d'un syndrome méningé et d'un syndrome infectieux.

A. **Syndrome nerveux méningé.** — Le malade se plaint de maux de tête atroces, de rachialgie, de courbature, les vomissements disparaissent rapidement, la diarrhée est plus fréquente que la constipation, il n'y a pas véritablement de trépied méningitique.

A l'examen, le malade est contracturé, immobile et raide, souvent atteint de trismus, les signes de Kernig, de Brunzinsky sont plus ou moins nets, la nuque est raide et douloureuse, les réflexes sont parfois diffusés et contro-latéraux, il y a généralement de l'hyperesthésie cutanée, les réflexes tendineux peuvent être variablement modifiés, leur recherche est souvent délicate du fait de l'hypertonie musculaire, les troubles vaso-moteurs sont souvent évidents dès l'abord (bouffées de chaleur, rougeurs subites du visage ou des téguments, raie vaso-motrice), la lucidité du malade reste intacte sauf dans les formes sévères où l'on peut observer du délire, de la torpeur, du côté des yeux peu de chose, des troubles de la vision peuvent apparaître liés à de la stase

papillaire ; les paralysies de la 6e paire ne sont pas exceptionnelles.

B. **Syndrome infectieux.** — C'est celui qui donne à la méningite son allure spéciale, la température souvent élevée est variable, le pouls est inégal, irrégulier, instable, les urines, chose paradoxale, sont claires et abondantes. Ce qui domine, ce sont :

a) *les arthralgies* généralement fugaces et légères ;

b) *l'herpès* naso-labial ou cutané, souvent coexistant ou remplacé par des éruptions purpuriques très importantes et caractéristiques, ou érythémateuses plus ou moins polymorphes.

La P. L. que l'on pratiquera systématiquement en présence d'un tel tableau clinique fournit seule un élément de certitude en ramenant un liquide louche et franchement purulent contenant des polynucléaires altérés et du méningocoque qu'il faut rechercher patiemment et que l'on trouve généralement intra-cellulaire, il y a en même temps hyperalbuminose, hypoglycorachie ou aglycorachie.

De telles constatations dans le liquide céphalo-rachidien doivent faire pratiquer la sérothérapie au contact même des lésions en pratiquant au besoin des ponctions étagées, car, ainsi qu'il ressort des travaux récents, le sérum paraît agir surtout par action de présence.

EVOLUTION

1. **La guérison.** — Grâce au sérum ou à d'autres traitements, elle peut être obtenue progressivement et suivie pas à pas au moyen d'examens répétés du L. C. R., la céphalée, la raideur disparaissent peu à peu et le malade très amaigri et fatigué entre en convalescence, conservant parfois un certain affaiblissement intellectuel.

2. **Les rechutes.** — Le L. C R. s'était éclairci, la fièvre était tombée, puis se rallume sans cause évidente, le microbe gîte dans la gorge ou ailleurs, dans les gaines péri-vasculaires des vaisseaux du névraxe, dans les espaces lacunaires des toiles choroïdiennes, essaime de nouveau dans les méninges.

La méningite sérique ne doit pas être confondue avec ces rechutes. En pareil cas, la ponction lombaire ramène un liquide jaune ambré, d'une teinte analogue à celle du sérum, liquide, très albumineux, très visqueux, contenant du sucre et des polynucléaires intacts, mais point de méningocoques.

3. **Les reprises de la septicémie méningococcique.** — L'on peut voir après guérison du foyer céphalo-rachidien une poussée de méningococcémie justiciable de l'endoprotéinothérapie ou des médications acridiniques.

4. **Les séquelles.** — Elles constituent l'un des éléments les plus alarmants pour l'avenir des méningitiques, sortis de la période aiguë de la maladie, ils peuvent conserver des troubles visuels (névrite optique avec cécité, irido-choroïdite), des otites entraînant la surdité, des troubles paralytiques à type d'hémiplégie, des troubles psychiques, affaiblissement intellectuel, troubles de la mémoire.

Mort. — Elle peut survenir malgré une sérothérapie intensive, alors que cela ne se voyait que beaucoup moins il y a une quinzaine d'années ; la moindre activité actuelle du sérum semble pouvoir s'expliquer par la fréquence actuelle du méningocoque B tandis que le type A était habituel avant la guerre. Lorsque la maladie s'aggrave, l'on voit les contractures devenir intenses, horriblement douloureuses et se compliquer de paralysie, il y a de la rétension d'urine, de l'hyperthermie, de la tachycardie extrême, le malade s'amaigrit à vue d'œil, se couvre de sueurs, et finit par mourir avec des convulsions terminales.

C. **Formes cloisonnées.** — Il faut penser au cloisonnement des méninges par des voiles fibrineux lorsqu'il y a *discordance entre les signes cliniques qui restent alarmants et persistants et l'état du L. C. R.* qui est clair, chez un malade qui se cachectise, devient somnolent ou subdélirant avec une tachycardie rapide, des signes méningés intenses, il faut refaire une ponction lombaire. Si le liquide coule difficilement, plus clair, avec diminution de l'albumine et du méningococoque, apparition de lymphocytes, il faut penser à un cloisonnement sus-jacent, il n'est même pas rare de ramener à la P. L. du sérum injecté la veille ; l'on pourra d'ailleurs mettre en évidence encore plus sûrement ce blocage par la *manœuvre de Queekendstedt-Stookey* qui montre la fixité de la pression rachidienne malgré la compression des veines jugulaires à la base du crâne.

L'on pratiquera des ponctions étagées de bas en haut jusqu'à l'espace altoïdo-occipital, si l'on ne trouve pas de pus, il faut penser au *cloisonnement basilaire,* que l'on a pu atteindre quelquefois par la voie trans-orbitaire, et surtout à la *ventriculite cloisonnée,* extrêmement importante, car ce sont les ventricules qui sont le repaire le plus tenace des méningocoques et le centre de la résistance à l'attaque thérapeutique.

Cette ventriculite est facilitée par l'oblitération des troubles de Mangendie et Luschka créée par l'*épendymite méningococcique,* et même certains auteurs, comme ceux de l'Ecole de Montpellier, vont jusqu'à penser que la méningite cérébro-spinale est primitivement un choroïdo-épendymite, d'où se font des décharges microbiennes dans le liquide spinal suivant le cours de ce liquide qui va du cerveau à la moelle.

Le rôle très important de cette ventriculite dans la résistance au sérum explique la discordance évolutive des méningites ainsi cloisonnées et dans lesquelles le L. C. R. devient clair avec une formule de guérison malgré des signes cliniques très inquiétants.

L'évolution peut même se prolonger pendant des mois, réalisant une forme cachectisante, le diagnostic et le traitement ne sont possibles que par la *ponction ventriculaire* que l'on fera par voie trans-cranio-frontale, afin de porter le sérum au cœur même du mal.

D. **Les formes septicémiques.** — La méningite n'est qu'une des manifestations de la méningococcémie. C'est un malade très fébrile, aux téguments semés d'éruptions polyphormes et qui a des arthralgies, *une grosse rate.* Les signes méningés varient de la simple note méningée jusqu'à la véritable méningite.

L'hémoculture permet d'isoler le germe en cause, que l'on peut encore obtenir par examen du liquide de suintement des pétéchies, ou par séro-diagnostic.

Ces formes septicémiques, assez récidivantes au sérum, relèvent surtout de vaccinothérapie, d'abcès de fixation et de chimiothérapie acridinique. C'est dans ces formes que l'on peut observer des pyarthroses, des pleurésies, des endocardites, des bronchopneumonies.

I. **Formes du nourrisson.** — La méningite est extrêmement grave. Elle se cache sous l'apparence d'une gastro-entérite, quelquefois des convulsions, de l'hyperesthésie invite à chercher la tension des fontanelles ; il faut aussi vite que possible pratiquer la sérothérapie intra-rachidienne, même intraventriculaire par ponction de la fontanelle antérieure ; cette sérothérapie étant même proposée d'emblée par certains auteurs.

Comme séquelles, il faut craindre l'hydrocéphalie.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Relation rapide de jour entre Paris et Milan. — De Paris à Milan, la voie la plus courte est celle qui franchit le Jura au tunnel du Mont d'Or, et les Alpes au tunnel du Simplon. Elle est desservie par un express de jour de toutes classes

Départ de Paris P.-L.-M., 8 h. 05; Dijon, 12 h. 31.

Arrivée à Lausanne, 17 h. 31 ; Montreux, 18 h. 09; Brigue, 20 h. 16; Milan, 23 h. 45.

Wagon-restaurant de Paris à Dijon et de Vallorbe à Brigue.

N° 17. — SAMEDI 27 FEVRIER 1932. 105e ANNEE. SAMEDI 27 FEVRIER 1932. — N° 17.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Jury : MM. Bougault, Fabre, Hérissey, Charonnat, Lévêque.

HOPITAUX DE PROVINCE. — CARCASSONNE. — Le concours pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux de Carcassonne s'est terminé par la nomination de M. le docteur Azalbert.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Par décret en date du 15 février 1932 :

« Les professeurs honoraires font partie du Conseil de la Faculté et de l'assemblée ..... avec voix consultative.

Ils figurent sur l'affiche de la Faculté et sont convoqués aux cérémonies. »

— *Congé de la Mi-Carême*. — 1° Les cours, travaux pratiques et examens vaqueront le jeudi 3 mars.

La bibliothèque sera également fermée.

2° Les bureaux du secrétariat seront ouverts de 12 à 15 h.

— TOULOUSE. — La chaire de thérapeutique de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse est déclarée vacante.

LÉGION D'HONNEUR. — Le Président de la République, accompagné de M. Blaisot, ministre de la Santé publique, s'est rendu lundi à l'hôpital Boucicaut. Il a remis la croix d'officier de la Légion d'honneur au docteur Georges Haret, radiologiste des hôpitaux, qui vient de subir une nouvelle intervention.

Voici la citation parue au *Journal officiel* :

« Est promu :

Au grade d'officier. — M. Haret (Emile-Marie-Georges), docteur en médecine, chef du service central d'électroradiologie à l'hôpital Lariboisière, radiologue éminent et praticien dévoué. A dû subir plusieurs amputations successives pour radiodermite contractée dans son service; 41 ans de services militaires et civils. »

RÉCOMPENSES POUR ACTES DE COURAGE ET DE DÉVOUEMENT. — *Médailles d'honneur, mentions honorables et lettres de félicitations*. — MM. Renard, externe des hôpitaux de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme); Schneider, étudiant en médecine, à Mussig (Bas-Rhin); Sauné, interne en médecine à la Maison départementale de Nanterre (Seine); Jubert, médecin-major au corps de sapeurs-pompiers à la Garenne-Colombes (Seine); Woringer, médecin sous-lieutenant au Service de santé de la région de Fez (Maroc).

DÉFENSE NATIONALE. — GUERRE. — Sont désignés pour les hôpitaux thermaux :

Hôpital militaire de Barèges. — MM. le médecin lieutenant-colonel Rebierre, médecin chef; le médecin commandant Guilmain; le médecin lieutenant Montfort; le pharmacien commandant Massy.

Hôpital militaire de Bourbonne. — MM. le médecin lieutenant-colonel Dellys, médecin chef; le médecin capitaine Fontaine; le médecin lieutenant Grandpierre; le pharmacien lieutenant Devèze.

Hôpital militaire de Châtel-Guyon. — M. le médecin commandant Delacroix, médecin chef.

Hôpital militaire du Mont-Dore. — M. le médecin commandant Langlois, médecin chef.

Hôpital militaire de Vichy. — MM. les médecins commandants Xambeu, Fauque, Audouy; les médecins capitaines Picot, Gauch.

Station thermale militaire de Saint-Nectaire. — M. le médecin commandant Maire.

L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS, au cours de sa récente assemblée générale, a modifié comme suit son bureau pour 1932 : président, M. G. Lemoine (de Lille); vice-présidents, MM. Paul Boudin (de Paris) et Camescasse (de Saint-Arnould, Seine-et-Oise); secrétaire, M. Albert Garrigues; trésorier, M. L. Mathé.

(*Voir la suite des* « Informations », *p. 297*.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU BACCALAURÉAT (1)

La réforme des études médicales ne peut se concevoir sans la culture générale que donnaient les anciennes études classiques, réalisées actuellement par le latin-grec (A). Mais ce baccalauréat n'a pas les faveurs de certains milieux, où il est diversement et parfois fort curieusement apprécié. Il en est qui lui font une opposition farouche, montrant ainsi leur incompréhension totale de la question. On est surpris, toutefois, de trouver parmi eux les doyens des Facultés des sciences.

Autrefois, le P. C. N. comme il convient à un enseignement médical, se passait dans les Ecoles et Facultés de médecine. Mais les Facultés des sciences se mourant d'inanition, les étudiants en médecine furent condamnés à participer à leur sauvetage. Ainsi on leur fit perdre un temps précieux, mais, grâce à leur concours, les 17 Facultés des sciences purent être conservées, de même que leurs professeurs et leurs doyens. On ne comprend véritablement pas, dans ces conditions, le geste parfaitement inopportun de ces derniers.

On serait tenté de croire qu'ils ne connaissaient pas les programmes des baccalauréats A et A', puisqu'ils sont les mêmes au point de vue scientifique ; mais, comme il est difficile d'admettre cette hypothèse, on est bien obligé de penser à d'autres motifs : la crainte, par exemple, de voir diminuer le nombre de leurs élèves. On préférerait qu'ils se fussent préoccupés plutôt de leur qualité.

Quant à ceux qui, se plaçant au point de vue politique, considèrent ceux qui ont fait leurs humanités comme des esprits rétrogrades, on peut leur faire remarquer qu'ils connaissent bien mal leur histoire. Un ministre de l'Instruction publique du début de l'Empire, Fortoul, les accusait de former des esprits subversifs et, pour ce motif, il supprima pour les futurs médecins, le baccalauréat classique, responsable à son avis de la Révolution de 1848. Mais les résultats furent tels que, quelques années plus tard, on s'empressa de le rétablir. Et à ce propos, nous devons, après *le Temps*, citer quelques phrases du rapport fait à ce sujet par le ministre Rouland, le 23 août 1858 ; elles s'appliquent bien à la question présente :

« Le médecin, attaché à tant de travaux infinis, consulté dans toutes les classes de la société, pour tous les maux qui affectent le corps et l'intelligence, obligé à tant de discernement et d'action morale, doit être avant tout préparé à l'apprentissage scientifique par une instruction littéraire complète. En négligeant les humanités, il néglige un élément indispensable pour lui ; il écarte un moyen de succès et d'influence, et il crée peut-être un véritable obstacle à l'autorité comme au progrès de l'art qu'il exerce. »

A. HERPIN.

L'AVIS DES MAITRES DE LA MÉDECINE

Nous avons déjà signalé l'enquête poursuivie dans l'*Information Universitaire* (13 février 1932), par notre confrère Mordagne, au sujet de l'obligation du grec pour les médecins. Voici quelques extraits de ses interviews de M. le doyen Balthazard et de M. le professeur Sergent.

M. le doyen Balthazard estime que l'immense majorité du corps médical est favorable au latin-grec.

« Je connais, dit-il, les vœux les plus récents émis en faveur du baccalauréat latin-grec par la Confédération. J'estime qu'on discute dans les milieux non médicaux, pour ou contre la formation scientifique des lycéens en paraissant oublier que le programme des trois sections du baccalauréat comporte l'égalité scientifique. Cette formule signifie que les candidats à la 1re partie des trois sections ont le même programme de mathématiques et de sciences physiques et la même composition de mathématiques à l'écrit. »

M. le professeur Sergent n'a pas répondu moins nettement à notre confrère Mordagne :

« Si le baccalauréat était resté ce qu'il était quand les jeunes gens de ma génération le subissaient, je me prononcerais sans la moindre hésitation en faveur du maintien du « baccalauréat ès lettres » avec addition du « baccalauréat ès sciences restreint » pour les études médicales. Quand j'ai commencé ma médecine, je me serais rapidement enfui vers un lieu moins barbare si je n'avais pas connu le grec. Le jargon médical est absolument indéchiffrable pour tout individu qui n'a pas dans la tête le sens des multiples termes grecs que nous employons et dont nous formons sans cesse des mots composés. Vraiment, il faut ne pas être médecin et ignorer notre si riche littérature médicale pour oser affirmer que les étudiants en médecine ignorant le grec comprennent pleinement leurs auteurs et nos leçons. Il n'y a qu'à les voir au lit du malade rester bouche bée et l'air ahuri quand on leur parle d'érythrose, de dysphonie ou de dysphagie ! Ils font constamment des faux-sens quand ils ne font pas des contre-sens.

« Mais voilà, pour garder sa valeur à la culture classique, il faudrait restaurer proprement le respect des vieilles traditions dans l'esprit de la jeunesse qui monte ! »

Il était bon de mettre en face de l'avis des Facultés des sciences celui de deux maîtres de la médecine.

Leur opinion n'est d'ailleurs pas isolée. Si nos souvenirs sont exacts..., et ils le sont, le Conseil des professeurs de la Faculté de médecine de Paris, sur la proposition de M. le professeur Marfan, a émis le 15 juin 1922 le vœu suivant qui fut adopté par 20 voix contre 10 :

« Le Conseil :

Considérant d'une part la très grande valeur de l'étude du grec et du latin pour le développement de l'intelligence et de la raison ;

Considérant, d'autre part, que presque tous les mots employés en médecine dérivent du grec ;

Emet le vœu que les Facultés et les Ecoles de médecine ne soient ouvertes qu'aux personnes ayant obtenu le diplôme de baccalauréat dont le programme comporte à la fois un examen sur la langue latine et un examen sur la langue grecque. »

F. L. S.

(1) Cf. La réforme des études médicales, *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 14, p. 240.

INFORMATIONS

(SUITE)

LA CAISSE MUTUELLE DE RETRAITE DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS a son bureau ainsi composé pour 1932 : président, M. G. Paul-Manceau; vice-président, M. J. Minet (de Lille); secrétaire, M. A. Bouland; trésorier, M. Albert Garrigues.

COMMISSION TRIPARTITE SUPÉRIEURE DE SURVEILLANCE ET DE CONTROLE DES SOINS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX ET PHARMACEUTIQUES. — Sont désignés pour faire partie de cette Commission pendant l'année 1932 :

Membres titulaires : comme représentants de l'administration, MM. le médecin inspecteur Odile, président, et Paloque, chef des services médicaux au ministère des Pensions.

Comme représentants des médecins : MM. Lenglet, Noir et Fanton d'Andon, de la Seine.

Membres suppléants : comme représentant de l'administration, M. Legendre, chargé du service des expertises médicales au ministère des Pensions

Comme représentants des médecins, MM. Caillaud, du Loiret; Bourguignon, Piot, de la Seine.

SEMAINE DE PAQUES SUR LA CÔTE D'AZUR. — EXCURSIONS EN CORSE ET EN ITALIE. — La date du Voyage annuel de la Société médicale du Littoral méditerranéen (Voyage Rose) est définitivement fixée à la semaine de Pâques (27 mars au 3 avril). Voici le résumé du programme :

Rassemblement à Cannes. Visite de l'Estérel et de la Corniche d'Or. Fréjus. Saint-Raphaël. Valescure. Boulouris. Agay. Le Trayas. Le Cannet. Super-Cannes. Le Golfe-Juan. Juan-les-Pins. Le Cap d'Antibes. Grasse. Vence et Nice. Après un arrêt à Nice et une excursion dans les Alpes, on parcourra la Grande Corniche en visitant l'Observatoire et le Monument d'Auguste, puis le château de Roquebrune, le Cap Martin, Menton, le château de Grimaldi, le laboratoire du docteur Voronoff et les Jardins de la Mortola. Le retour sera effectué par Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu et la Moyenne Corniche jusqu'à Nice, où se fera la dissociation.

Rappelons que ce VIe Voyage international de Pâques sera placé sous la présidence de M. le professeur Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, et la direction scientifique de MM. les professeurs Perrin (de Nancy), de Nobele (de Gand) et Thévenot (de Lyon). Il réunira les plus beaux parcours touristiques aux principaux attraits scientifiques et médicaux de la Côte d'Azur, selon la tradition de la Société médicale. Les adhérents sont assurés de recevoir partout l'accueil le plus cordial. Comme de coutume, les membres de la famille des médecins sont admis, ainsi que les étudiants en médecine. Des séjours plus prolongés pourront être préparés sur la Côte d'Azur, avant ou après le Voyage. Des excursions en Corse et en Italie, selon plusieurs itinéraires, pourront être ajoutées au programme pour les voyageurs qui en feront la demande.

En raison du délai nécessaire pour obtenir les permis de circulation à demi-tarif sur les chemins de fer français, italiens, roumains et yougo-slaves, les adhérents sont priés de se faire connaître immédiatement, en précisant les itinéraires qu'ils désirent suivre, à l'aller et au retour. Les permis sont valables en toutes classes, du 16 mars au 15 avril inclus.

Prière d'écrire, sans retard, au secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice, qui répondra gratuitement à toutes demandes.

NÉCROLOGIE — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Mouly, agent administratif de la Société nationale de chirurgie. Organisateur actif et dévoué, M. Mouly avait assumé la lourde charge de l'installation des expositions aux différents congrès de chirurgie. Les innombrables confrères de France et de l'étranger qui l'ont vu à l'œuvre conserveront le souvenir de ce fonctionnaire toujours accueillant et serviable.

REVUE GENERALE

LES ARTHROPATHIES PROTÉINIQUES

PAR MM.

J. PAVIOT,

Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon,

P. LAGÈZE, et H. NAUSSAC,

Chef de clinique médicale. Interne des hopitaux.

Les arthropathies d'origine protéinique, quelle que soit la substance albuminoïde mise en cause, se présentent en clinique avec des aspects infiniment variables et ne sont certainement pas aussi rares qu'on pourrait le croire au premier abord. Elles sont d'ailleurs très différentes les unes des autres et ce n'est que pour la commodité de leur description générale qu'il convient de garder ce terme d'arthropathies protéiniques, cadre schématique, mais aussi un peu artificiel qui rapproche des faits assez dissemblables. Nous verrons, en effet, que l'on doit y faire entrer, d'une part, toutes les manifestations articulaires consécutives aux injections sériques depuis les arthralgies simples jusqu'aux véritables arthropathies durables et tenaces de la maladie du sérum. D'autre part, toutes les réactions articulaires succédant à la résorption spontanée d'albumines propres au sujet considéré, mais modifiées plus ou moins profondément comme on peut l'observer pour un liquide d'œdème, d'ascite, de pleurésie, pour la résorption d'hématomes ou au cours de l'hémoglobinurie paroxystique. Et enfin, toute une autre catégorie de faits beaucoup moins connus, mais aussi plus importants et plus fréquents et que nous aurons surtout en vue dans ce travail : toutes les manifestations articulaires provenant de la résorption d'albumines apportées par l'alimentation, c'est-à-dire non seulement d'albumines étrangères, mais encore pouvant être altérées ou incomplètement modifiées et dégradées par des sucs digestifs insuffisants et surtout par la défaillance de la fonction protéopexique du foie.

La question de ces arthropathies protéiniques d'origine alimentaire, ou plus généralement digestive, n'est pas encore très connue bien qu'elle appartienne à la catégorie des phénomènes d'anaphylaxie alimentaire bien décrits par Ch. Richet, Lesné, Richet fils et Saint-Girons, F. Bezançon et M.-P. Weil. Pour notre part, nous pensons que le cadre de ces faits est beaucoup plus large que tout ce qui a été décrit comme tel jusqu'à ce jour et qu'il convient de ne pas les limiter aux arthralgies ou arthropathies d'allure aiguë en y ajoutant quelques rares formes de rhumatismes chroniques progressifs. Certes, les formes aiguës simulant parfois assez parfaitement le rhumatisme articulaire aigu ont une énorme importance pratique et doivent éclairer de façon singulièrement éloquente tous ces cas énigmatiques qui résistent à la cure salicylée. Mais à côté d'elles nous pensons qu'il existe toute une série de formes subaiguës ou même franchement torpides qui ont une origine commune, qui n'en imposent jamais pour un rhumatisme articulaire aigu franc parce qu'elles sont apyrétiques, parfois intermittentes, mais d'autres fois tenaces et chroniques. Enfin nous rattacherons encore à ces faits les hydarthroses protéiniques qui peuvent être uni ou bilatérales, à balancement, intermittentes ou chroniques et irréductibles. Nous ne prétendons pas apporter ici une pathogénie univoque et irréfutable de l'hydarthrose intermittente, mais nous pensons que dans cette affection qui doit vraisemblablement être réalisée par des causes différentes, l'origine protéinique nous paraît être de beaucoup la plus logique en considérant ce que l'on sait actuellement de cette curieuse maladie.

Nous décrirons tout d'abord les faits cliniques, tels que nous avons pu les retrouver dans la littérature médicale ou tels que nous les avons observés personnellement. De ces observations nous chercherons à dégager les facteurs essentiels qui leur confèrent leur empreinte protéinique, les associations cliniques qui signent en quelque sorte leur origine. Enfin nous envisagerons la pathogénie commune à toutes ces manifestations, avec la notion du terrain sur lequel elles semblent apparaître avec prédilection, les causes déterminantes et le mécanisme intime de leur réalisation. La valeur du traitement d'épreuve nous permettra d'envisager la thérapeutique de ces arthropathies protéiniques.

LES FAITS CLINIQUES

Dans la description clinique des arthropathies protéiniques il nous paraît nécessaire de faire une place à part aux manifestations articulaires de la maladie sérique et ceci pour différentes raisons.

Tout d'abord elles sont généralement bien connues et ont été abondamment décrites. D'autre part, le mécanisme du trouble anaphylactique engendré par l'albumine étrangère paraît de prime abord assez simple, bien qu'il reste à en expliquer la localisation sur la séreuse et les tissus péri-articulaires. Nous ne pensons pas pouvoir apporter à ce sujet des faits bien nouveaux et nous nous contenterons d'attirer l'attention sur quelques cas assez atypiques de ces arthropathies sériques.

Après elles nous réunirons dans une même étude les différentes formes cliniques des arthropathies protéiniques, qu'elles soient consécutives à la résorption d'albumines étrangères, en dehors de la voie parentérale, c'est-à-dire de l'alimentation, ou à la résorption d'albumines personnelles plus ou moins largement modifiées.

I. Les arthropathies sériques. — Les arthralgies ou arthropathies de la maladie du sérum, telle que l'entendaient Von Pirquet et Schick, avaient été décrites dès 1891 par Ch. Richet et Héricourt, puis par Roux et Martin en 1894 au Congrès de Budapest. Plus tard, Legendre et Moizard, puis Sevestre en font des descriptions plus précises. Les travaux récents ont montré que ces réactions articulaires du sérum ont un certain nombre de caractères fondamentaux, mais évoluent cliniquement de façons fort différentes. A côté de la douleur, symptôme prédominant, il n'est pas rare d'observer de l'œdème péri-articulaire et un certain degré d'hydarthrose, ces signes locaux inflam-

matoires n'étant cependant jamais aussi marqués que les phénomènes douloureux. Le plus souvent ces manifestations articulaires sont fugaces, mobiles et disparaissent sans laisser de traces, d'autres fois on peut les voir procéder par poussées, comme les érythèmes. Pour Weissenbach et Gilbert-Dreyfus ces rechutes s'observeraient dans 38,5 pour 100 des cas.

Mais si, dans la plupart des cas, ces manifestations articulaires ont pour caractères d'être bénignes, rapides, frappant plus volontiers de petites articulations, le tout s'accompagnant d'un peu de fièvre et d'urticaire, il n'en est pas toujours ainsi.

Certains malades présentent, en effet, des réactions articulaires tenaces et parfois assez sérieuses. C'est ainsi que Violle (20) signale l'observation d'une malade chez laquelle une injection de sérum anti-tétanique fut suivie de douleurs généralisées, qui se localisèrent secondairement sur les petites articulations vertébrales dorsales et lombaires. Ces arthropathies vertébrales persistèrent pendant plusieurs mois sans aucune amélioration, malgré les différentes thérapeutiques. L'atténuation des douleurs ne survint qu'ultérieurement au cours d'une cure thermale à Vittel où cette malade se rendait chaque année.

Ce dernier fait montre bien que de telles manifestations n'apparaissent que sur un terrain bien particulier.

Bezançon et M.-P. Weil (1) insistent également sur cette notion du terrain. Pour eux, ces manifestations articulaires du sérum s'observent avec prédilection chez les asthmatiques, les goutteux, les tuberculeux, comme si chez ces sujets l'équilibre humoral plus fragile est bien plus aisément rompu ou qu'ils présentent une sorte de prédilection de leur système articulaire. Ces auteurs apportent à ce propos deux observations de malades anciens goutteux chez lesquels l'injection de sérum fit la démonstration de cette fragilité humorale. De leur côté, Weissenbach et Françon (2) ont montré comment les articulations savent manifester cette susceptibilité particulière vis-à-vis des protéines.

II. Les arthropathies protéiniques en dehors de la sérothérapie. — Les mieux connues parmi ces manifestations articulaires sont celles qui se présentent avec une allure aiguë, qui simulent d'ailleurs si parfaitement le rhumatisme franc que tous ces malades sont considérés comme tels et sont soumis à la cure salicylée. Nous verrons cependant combien la plupart sont caractéristiques par la façon dont elles débutent et par le mécanisme des facteurs qui les reproduisent pour ainsi dire expérimentalement.

A. Les formes aiguës, simulant le rhumatisme articulaire aigu. — Parmi les quelques observations que nous avons pu retrouver dans la littérature médicale, nous en citerons une qui nous a paru tout particulièrement démonstrative, rapportée par F. Bezançon et A. Jacquelin (3) :

Il s'agit d'un ancien rhumatisant de 41 ans, gastroentérostomisé en 1918 pour ulcus gastrique, présentant par la suite une série de crises articulaires douloureuses avec poussées fébriles et diarrhées abondantes. Ces crises se présentent sous la forme d'accès intermittents séparés par des intervalles de temps inégaux, avec élévations thermiques variant entre 38°8 et 39°2, chaque accès durant en moyenne quarante-huit heures. A la poussée fébrile s'ajoutent des phénomènes articulaires très importants : douleurs de siège variable pour chaque accès, gonflement local léger, rougeur et chaleur, hyperesthésie des téguments au niveau de l'articulation intéressée. Chaque accès se termine par des sueurs profuses, évoluant toujours avec le cycle suivant : douleurs, frissons, fièvre et enfin sueurs. Le malade fut traité par du salophène et par du salicylate de soude (4 gr. pendant 10 jours) sans aucune rétrocession des symptômes.

Les accès paraissant être conditionnés par le régime alimentaire du malade, celui-ci est laissé à la diète lactée pendant une période de huit jours pendant lesquels la température reste régulière entre 36°6 et 37°, de plus aucune arthralgie. Si l'on donne quelques jours après un peu de viande au repas de midi, la crise fébrile et articulaire apparaît dans la nuit suivante. Si par la suite on redonne de la viande, mais en ajoutant deux cachets de peptone à prendre une heure avant chaque repas, aucune crise ne se reproduit plus malgré l'ingestion d'œufs et de viandes variées.

On ne peut imaginer de démonstration plus évidente de l'origine protéinique de ces crises articulaires aiguës.

De cette observation, nous rapprocherons le cas de deux malades que nous avons eu récemment l'occasion d'observer à la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu.

Observation I (*personnelle*). — Rich... (Albert), 29 ans, magasinier, entre salle Saint-Augustin le 5 mai 1931 parce qu'il présente depuis une quinzaine de jours des phénomènes douloureux polyarticulaires l'obligeant à interrompre ses occupations. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. Personnellement a eu quelques affections de l'enfance sans gravité. A présenté il y a 7 ans des troubles hépatiques bien caractérisés, liés, semble-t-il, à l'abus que faisait le malade à cette époque de la bière et surtout des apéritifs. Il se plaignait alors de douleurs sourdes à l'hypochondre droit, le médecin lui aurait dit qu'il avait un gros foie. En trois mois de régime tout rentra dans l'ordre. Actuellement le malade dit boire 2 litres de vin par jour en moyenne, sans autre alcool. Il nie la spécificité et n'en présente aucun signe, il dit n'avoir jamais eu d'écoulement uréthral. Marié, il a 2 enfants bien portants, sa femme a eu une fausse couche entre ses deux enfants.

Ce malade affirme n'avoir jamais eu de douleurs articulaires auparavant. L'affection actuelle s'est manifestée par un malaise général, puis par quelques douleurs articulaires fugaces ayant débuté à la main gauche au niveau des petites articulations métacarpo-phalangiennes. Ces douleurs intéressèrent ensuite l'épaule gauche, puis le genou gauche et enfin la main droite. Toutes ces manifestations douloureuses s'accompagnaient aux dires du malade d'un peu d'enflure mais sans rougeur et sans fièvre.

Deux jours avant l'entrée à l'Hôtel-Dieu les localisations précédentes s'estompent, mais des douleurs beaucoup plus violentes apparaissent au genou droit en même temps que le malaise général s'exagère.

A l'entrée dans le service la température est à 37°5, le genou droit est volumineux, le cul-de-sac sous-quadricipital est saillant, en le comprimant on refoule dans la partie inférieure de l'articulation un liquide assez abondant qui donne un choc rotulien manifeste. Les mouvements passifs de cette articulation sont cependant possibles dans une certaine mesure, la peau n'est pas rouge à son niveau.

Le malade se plaint de dysphagie, mais l'examen de la gorge montre un pharynx normal sans rougeur; les amygdales sont de volume normal.

Le foie déborde légèrement le rebord costal, il est nettement douloureux à la pression dans l'inspiration forte. La rate n'est pas perçue. Il n'existe aucun trouble intestinal.

L'appareil respiratoire est normal en tous points, le malade ne tousse et ne crache pas.

Le cœur n'est pas gros, le rythme et les bruits sont normaux, la pression est de 11/6 avec l'appareil de Gallavardin, c'est-à-dire un peu abaissée.

Par ailleurs aucun signe neurologique, tous les réflexes sont normaux. Enfin les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le soir de l'entrée à l'hôpital la température monte à 37°8, elle ne dépassera pas ce chiffre dans la suite. On donne dès le premier jour 4 gr. de salicylate pendant 4 jours, puis 8 gr. pendant 5 jours.

Pendant la cure salicylée une nouvelle fluxion articulaire apparaît au niveau de la main droite, avec erythème rosé et œdème. Cette fluxion s'étend à toute la moitié inférieure de l'avant-bras droit et se trouve plus accentuée sur le bord cubital de la main. (A noter que ce malade avait eu à ce niveau quelques années auparavant une piqûre infectée du cinquième doigt pour laquelle une injection de sérum antitétanique avait été faite sans incident ultérieur.)

En présence de cette nouvelle localisation avec une température à 37°5, on supprime le 15 mai le salicylate de soude dont le malade a pris 56 gr. en neuf jours, on donne deux cachets de peptone par jour à prendre une demi-heure avant les repas, 4 gr. par jour de chlorure de calcium et l'on fait une injection quotidienne de un quart de milligramme d'adrénaline.

Le 29 mai, l'hydarthrose du genou droit a complètement disparu, il ne persiste qu'une légère crépitation neigeuse sous le tendon rotulien quadricipital. A la main droite il ne reste plus qu'un léger œdème du cinquième doigt et du bord cubital de la main.

Le malade quitte le service le 30 mai 1931.

Comme on le voit, quinze jours de traitement et de désensibilisation à l'aide de la peptone, du chlorure de calcium et de l'adrénaline ont suffi à guérir presque complètement ce malade alors que le salicylate de soude à doses suffisantes n'avait produit aucune amélioration.

Il est d'autre part intéressant de noter dans cette observation que malgré l'allure intermittente polyarticulaire de la maladie, il n'y a jamais eu d'accès fébrile, pas de sueurs ni d'angine prémonitoire, enfin le malade n'était pas un ancien rhumatisant.

OBS. II (*personnelle*). — Mais... (Marie), 38 ans, femme de chambre, entre Salle B. Teissier le 8 janvier 1932 pour de multiples arthropathies qualifiées de rhumatisme articulaire aigu.

Son père est mort cardiaque, ayant eu à l'âge de vingt ans une crise de rhumatisme articulaire aigu. Sa mère, âgée de soixante ans, est bien portante.

Elle a huit sœurs, toutes vivantes, et eut un frère qui mourut à l'âge de trois mois de convulsions.

Personnellement elle eut la coqueluche et la rougeole dans l'enfance, puis fut opérée d'appendicectomie à l'âge de vingt ans. Réglée à 17 ans, mariée à 22, elle eut trois enfants dont un est mort de rougeole et bronchopneumonie à 4 ans. On retrouve en outre dans ses antécédents de nombreuses manifestations articulaires, apparaissant généralement dans des conditions assez particulières. Au deuxième jour de son appendicectomie débute une crise douloureuse à localisation vertébrale et sacrée. En 1922, le deuxième jour après son dernier accouchement, douleurs et œdème des malléoles, on crut alors à une menace de phlébite. En 1927, épisode infectieux grippal qui se complique dans la convalescence de douleurs articulaires analogues à celles qui amènent actuellement la malade à l'hôpital. Elle garda le lit pendant quinze jours et on lui donna du salicylate. Elle précise en outre que depuis l'âge de 13 ans, elle est sujette à des poussées articulaires douloureuses des doigts et des mains qui, bien qu'étant très fréquentes, ne l'obligent pas à interrompre son travail.

Le début de la crise actuelle n'est pas très précis, depuis un mois la malade se plaint de douleurs lombaires et dans la jambe gauche. Le 4 janvier, les douleurs sont plus vives aux hanches, aux genoux et aux deux articulations tibio-tarsiennes, la marche devient impossible et l'insomnie est complète.

La malade entre dans le service le 8 janvier, les trois grosses articulations des membres inférieurs sont de plus en plus douloureuses et plus à gauche qu'à droite. Les téguments à leur niveau sont chauds mais sans rougeur, la température est à l'entrée à 37°8, les urines sont claires, la diurèse abondante, l'albumine n'est pas recherchée pendant les premiers jours en raison de l'apparition des règles. Le 13 janvier on ne trouve ni sucre, ni albumine. On ne trouve pas de choc rotulien aux genoux mais la pression y est nettement douloureuse.

On constate dès le premier jour l'existence d'un léger souffle mésocardiaque, mésosystolique, respectant le premier bruit, nettement influencé par la respiration profonde. Il n'apparaît bien que dans l'expiration profonde et disparaît complètement dans la station debout. Il s'agit là d'un souffle évidemment anorganique du type décrit par Tripier et Devic.

La pression artérielle est de : 17/9.

La malade reçoit successivement 6 gr. de salicylate, puis 12 gr. et enfin 8 gr. pendant 4 jours, elle n'en avait pas eu avant son entrée à l'hôpital.

Le 11 janvier : réaction de Wassermann négative.

A noter que la température n'a jamais dépassé 37°7 à partir du 9.

Devant l'inefficacité de la cure salicylée et l'absence de fièvre, ce médicament est supprimé le 15 janvier et remplacé par les peptones, le chlorure de calcium et l'adrénaline.

Le 17 janvier la température est à 37° pour la première fois depuis l'entrée, et s'y maintient les jours suivants.

L'examen du sang a donné les résultats suivants :

Hémoglobine..............	80 p. 100
Globules rouges............	4.588.000
Globules blancs............	5.890
Polynucléaires neutrophiles .	70 p. 100
Eosinophiles...............	1 p. 100
Mononucléaires.............	17 p. 100
Lymphocytes...............	12 p. 100

Le 24 janvier, la malade ne se plaint pratiquement plus de ses douleurs et va quitter le service quand la température remonte à 37°7 le soir et 37°5 le lendemain matin. Cette légère élévation thermique semble devoir être rapportée à un petit état grippal de salle qui retarde un peu le départ de la malade, qui a lieu le 30 janvier, les douleurs ont disparu complètement.

Si dans quelques cas, comme dans ces deux observations personnelles que nous venons d'apporter, il est difficile de mettre en évidence l'albumine étrangère ou altérée sur laquelle agit le traitement désensibilisateur, d'autres fois le mécanisme étiologique est aussi net que possible. Il en est ainsi dans toute une série de faits dans lesquels c'est la résorption de sang propre à l'individu considéré, ou de ses albumines plus ou moins modifiées (pleurésie, œdèmes, etc.), qui déclenche les manifestations articulaires aiguës.

De telles arthropathies fébriles ont été signalées au cours de l'autohémothérapie par Gaté et Dupasquier (4), mais il est plus fréquent de les observer au cours de la résorption d'hématomes. A cet égard, nous ne pensons pas que la fréquence de ces réactions articulaires soit en rapport avec l'abondance du sang et le volume de l'hématome mais plutôt avec le terrain spécial de l'individu chez lequel il s'observe. On sait avec quelle facilité certains malades qui sont manifestement des insuffisants hépatiques, font à l'occasion de traumatismes insignifiants de volumineuses ecchymoses. Il semble bien que ce soit chez ceux-là, dont plusieurs fonctions hépatiques sont à la fois troublées, que l'on doive plus facilement observer ces arthropathies protéiniques par insuffisance de leur fonction protéopexique.

Ces formes qui succèdent à la résorption d'hématomes sont certainement assez fréquentes, nous n'avons

pas cherché à en faire la bibliographie et nous nous contentons d'en rapporter trois cas : un que nous avons longuement étudié à la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu et deux cas rapportés à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon dans ces dernières années.

L'un, signalé par Gravier (5), concerne un homme de 72 ans qui n'avait jamais présenté aucune manifestation d'ordre anaphylactique et qui n'avait jamais été soumis à aucune sérothérapie. A la suite d'un traumatisme qui paraît avoir été banal, ce malade présenta au douzième jour un urticaire généralisé, puis quatre jours après, alors que l'éruption commençait à disparaître, toute une série d'arthralgies intermittentes, variables et fébriles intéressant surtout les petites articulations. La température resta aux environs de 38°, s'accompagnant d'un état suburral marqué, d'asthénie profonde, puis tout disparut en une dizaine de jours.

L'autre est une observation de L. Michon (6), rapportant le cas d'une opérée de laparotomie sous-ombilicale qui présenta dans les jours qui suivirent son intervention des accidents urticariens et des arthralgies fébriles dont l'origine fut trouvée par la constatation d'un hématome sous-cutané de la cicatrice sous-ombilicale.

Nous supposons à ce propos que les arthropathies protéiniques succédant aux résorptions sanguines à la suite d'interventions chirurgicales ne doivent pas être rares et qu'il serait intéressant d'étudier comment on pourrait chez de tels malades chercher à modifier leur sensibilisation à leur propre sang.

La malade que nous avons eu l'occasion d'observer est d'autant plus intéressante qu'elle présenta plusieurs poussées rhumatoïdes aiguës et fébriles, mais encore une éruption cutanée de type urticarien au voisinage de l'hématome et une localisation pulmonaire fluxionnaire de la base gauche évoluant parallèlement aux signes articulaires.

Obs. III (*personnelle*). — Jacq... (Marie), 54 ans, employée, entre salle B. Tessier le 27 avril 1931, venant d'un service de chirurgie où elle avait été envoyée avec le diagnostic d'abcès chaud de la cuisse gauche et rhumatisme infectieux du poignet.

Rien n'est à signaler dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux. Personnellement elle dit n'avoir jamais été gravement malade. Elle s'est mariée à 25 ans, a eu trois enfants, pas de fausse couche.

Le début de l'affection actuelle remonte au 22 avril, la malade tomba d'une échelle contre un mur, se faisant une importante contusion de la cuisse gauche. Le lendemain la cuisse traumatisée présentait à sa face externe une large tuméfaction violette, assez douloureuse.

Le 26 avril apparaissent des douleurs dans les articulations métacarpo-phalangiennes des deux mains, surtout à droite. Le 27 les deux poignets deviennent tellement douloureux que la malade ne pouvant continuer son travail se décide à entrer à l'hôpital. Elle est envoyée dans un service de chirurgie d'où, après avoir été examinée, elle passe le jour même à la Clinique Médicale de M. le Pr. Paviot.

A l'entrée on constate à la face postéro-externe de la cuisse gauche une large plaque rouge, dure et douloureuse, représentant l'hématome, au centre d'une vaste ecchymose remontant à peu près jusqu'au sommet de la fesse gauche. Il existe en outre une éruption cutanée, rouge, légèrement prurigineuse, faite d'éléments surélevés de la taille d'une lentille, qui descend sur le membre inférieur.

Les poignets sont douloureux, le gauche est plus particulièrement atteint. Le poignet et la paume de la main gauche sont gonflés et chauds, tout essai de mobilisation des articulations est douloureux. Les autres articulations sont indemnes.

Les trois premiers jours à l'hôpital s'inscrivent avec une température qui oscille entre 37°8 le matin et 39°2 le soir. Pendant les cinq jours suivants, la fièvre reste constamment entre 39° et 40°.

L'examen du cœur est négatif, l'appareil pleuro-pulmonaire est à l'entrée strictement normal. La pression artérielle est de 13/7,5 à l'appareil de Gallavardin.

L'appareil digestif est normal, on note cependant que la bouche est en très mauvais état, il ne reste que quelques chicots plus ou moins cariés.

Il n'y a pas de sucre dans les urines, mais un très léger disque d'albumine qui n'est pas retrouvé au second examen fait une dizaine de jours après.

Le 4 mai, les douleurs et la tuméfaction des poignets persistent, quelques douleurs plus discrètes sont apparues aux deux genoux. L'éruption persiste sous la forme d'un érythème superficiel, un peu induré. La température est encore à 39°9 le soir. La malade est très affirmative pour dire qu'elle n'a jamais eu auparavant la moindre manifestation rhumatismale ou articulaire. Le traitement a été jusqu'à présent limité aux injections d'hyposulfite de magnésium pur intramusculaire.

On donne alors 4 gr. de chlorure de calcium par jour et on remplace le 9 mai l'hyposulfite de magnésium par l'adrénaline.

Le 6 mai, l'examen du sang montre :

Hémoglobine	55 p. 100
Globules rouges	3.193.000
Globules blancs	20.460
Valeur globulaire	0,88

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	85 p. 100
Eosinophiles	2 p. 100
Mononucléaires	7 p. 100
Myélocytes	4 p. 100
Lymphocytes	2 p. 100

Le 9 mai, la malade tousse et est un peu dyspnéique. Elle n'a pas de point thoracique douloureux. A l'examen pulmonaire on trouve dans la moitié inférieure du poumon gauche une zone submate et obscure et sur la matité, tout à fait en bas, un petit souffle expiratoire, lointain, du type pleurétique. Cependant après la toux on fait apparaître à ce niveau une nappe de petits râles crépitants. On ne retrouve rien dans l'aisselle. Rien à droite. L'hématome de la cuisse est à peu près résorbé. La température est le matin à 37°7 et le soir à 38°2.

Le 11 mai, la température se maintient entre 37°7 et 38°2. L'expectoration est gommeuse, translucide, très adhérente, sans coloration. Le souffle et les râles de la base gauche remontent moins haut. Les tuméfactions douloureuses des poignets diminuent rapidement.

Le 12 mai, dosage des protéines du sang :

Protéines totales	65,66
Sérine	29,73
Globuline	35,43
$\frac{S}{G}$	0,82

Le 13 mai, dosage de la cholestérine du sang : 1 gr. 33 p. mille. Cytologie urinaire : très nombreuses cellules épithéliales, rares leucocytes, quelques cristaux d'acide urique et d'urate de soude.

Le 18 mai, la température est remontée hier soir à 38°8 et la malade se plaint aujourd'hui de nouvelles douleurs articulaires dans les épaules et les coudes. Parallèlement les signes pulmonaires ont manifestement augmenté. On entend en effet maintenant des râles crépitants fins dans toute la moitié inférieure du poumon et au-dessus un souffle à timbre tubaire remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Le 27 mai, la température a disparu, les douleurs articulaires ont cessé, les signes pulmonaires se sont effacés. Il persiste simplement un certain degré de faiblesse et de pâleur.

Le 28 mai, second examen de sang qui montre qu'il ne s'est

pas produit de bien sensibles modifications depuis celui fait trois semaines auparavant :

Hémoglobine	60 p. 100
Globules rouges	3.441.000
Globules blancs	25.730
Valeur globulaire	0,88

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	75 p. 100
Eosinophiles	3 p. 100
Mononucléaires	18 p. 100
Myélocytes	3 p. 100
Lymphocytes	1 p. 100

Le 6 juin, épreuve de l'hémoclasie digestive provoquée :

Avant l'ingestion de 200 gr. de lait : Pr. art. : 12/6 ; Globules blancs : 16.430.

Après l'ingestion : Pr. art. : 11,5/6 ; Globules blancs : 19.530.

Le 27 juin, on commence le traitement dentaire : extraction des racines et des chicots, en haut et en bas, tout en continuant le chlorure de calcium et l'adrénaline.

Le 27 juin, la malade quitte le service, elle est apyrétique depuis dix jours entiers.

A côté de ces arthropathies protéiniques secondaires à des résorptions sanguines, on peut en observer évoluant cliniquement avec les mêmes caractères, consécutives à des ponctions d'épanchements pleuraux.

F. Bezançon et de Jong (7) ont rapporté l'observation d'un malade atteint de pleurésie tuberculeuse qui, douze jours après l'évacuation par thoracentèse d'un litre de liquide, fut pris de douleurs articulaires avec tuméfaction locale, albuminurie importante, réaction fébrile à 38°5, leucopénie avec éosinophilie sanguine transitoire.

Dans une autre observation de F. Bezançon, M.-P. Weil et de Gennes (8), les manifestations articulaires apparaissaient avec une régularité quasi expérimentale. Il s'agissait d'un homme de 62 ans entré à l'hôpital Boucicaut pour une pleurésie droite chronique, apyrétique, intarissable. A la suite de chaque ponction, douze à trente-six heures après elle, la température atteignait ou dépassait 38°. Chacune de ces poussées fébriles s'accompagnait de déterminations articulaires fugaces comme elles. Tantôt il s'agissait de simples arthralgies, tantôt de manifestations plus sévères avec rougeur, chaleur, tuméfaction locale. Une fois même l'arthrite revêtit l'aspect typique d'une crise de goutte aiguë de l'orteil. Ce malade était un goutteux ancien.

L'injection sous la peau d'une petite quantité de liquide pleural, après une période d'incubation de cinq jours, détermina l'apparition d'un grand frisson avec tendance syncopale, hypotension, arthralgies violentes, fièvre entre 37° et 38° et sueurs abondantes. Le tout se termina au bout de trois semaines par un accès de goutte aiguë.

D'autres fois, ces accidents rhumatoïdes apparurent à la suite de résorption d'œdèmes. A. Gouget et R. Moreau (9) ont relaté l'histoire d'un cardio-rénal, rhumatisant ancien, qui à l'occasion de la résorption de ses œdèmes fit une réaction fébrile à 38° avec albuminurie abondante, des arthralgies progressivement généralisées avec impotence fonctionnelle, mais sans gonflement ni rougeur. Ces accidents disparurent avec la résorption complète des œdèmes.

Enfin, même dans certains cas de crises d'hémoglobinurie paroxystique des manifestations analogues ont été signalées. L. Tixier et J. Troisier (10) ont rapporté l'histoire d'un malade qui, en même temps que l'albuminurie et l'ictère, présenta une température oscillant entre 38° et 39° et des arthropathies qui, par leur intensité, constituaient la note dominante de la scène clinique, en imposant pour un rhumatisme articulaire aigu.

Comme on le voit, et quelle que soit la nature de l'albumine résorbée, l'aspect clinique de ces arthropathies protéiniques aiguës est toujours sensiblement analogue. Dans presque tous les cas il semble bien qu'il existe une notion d'intervalle libre entre la résorption et la date d'apparition des accidents, comme d'ailleurs dans les arthralgies post-sérothérapiques. Comme le disent F. Bezançon et M.-P. Weil (1) :

« Dans certains cas, la résorption spontanée de liquides albumineux appartenant primitivement au sujet même, mais ayant en quelque sorte acquis, du fait de conditions spéciales, les propriétés d'une substance étrangère, peut déterminer des accidents comparables, à tous points de vue, à ceux que provoque, de manière quasi expérimentale, l'injection sous-cutanée d'un sérum animal. »

Enfin, à côté de ces cas pouvant simuler le rhumatisme articulaire franc nous pensons qu'il faut ranger dans ces formes aiguës des arthropathies protéiniques certaines crises de goutte aiguë et peut-être la majorité de ces accidents. De nombreux auteurs, en effet, avec M.-P. Weil et Guillaumin (22) en particulier, pensent que certains états humoraux, surcharge d'acide urique ou autres, mettent le goutteux en état d'équilibre instable, l'accès de goutte aiguë n'étant que la traduction de la rupture de l'équilibre colloïdal des humeurs par un véritable choc anaphylactique. Les causes en sont très diverses, les unes comme les écarts de régime sont bien connues, les autres sont moins évidentes, mais peuvent, comme les cas que nous avons signalés des observations rapportées par Bezançon, ressortir d'une pathogénie identique.

Certains peuvent encore paraître plus complexes au premier abord, s'associant à d'autres manifestations cliniques, comme le cas de purpura rhumatoïde anaphylactique par effort musculaire rapporté par Sézary, Horowitz et Rivoire (23).

B. Les hydarthroses protéiniques. — Parmi les hydarthroses que nous considérons comme devant être rattachées aux arthropathies protéiniques, nous décrirons d'une part les hydarthroses intermittentes, bien connues tout au moins dans leur évolution cyclique si particulière, d'autre part certaines hydarthroses chroniques, bilatérales ou à prédominance unilatérale et souvent alors à balancement, irréductibles par les thérapeutiques habituelles ou la seule immobilisation et qui peuvent être rapidement transformées par un traitement tiré de la pathogénie de ces faits, comme nous en apportons une observation personnelle particulièrement démonstrative.

L'hydarthrose intermittente. — Nous ne décrirons pas complètement l'histoire clinique de cette hydarthrose intermittente, périodique, on la trouvera parfaitement étudiée dans un article américain de W. L. Bierring (11), et plus récemment très minutieuse-

ment analysée dans un Mouvement Médical de J. Mouzon (12).

Nous rappellerons simplement qu'elle s'observe toujours à l'âge moyen de la vie, peut-être plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. Le genou est le siège d'élection, rarement les deux genoux sont intéressés et exceptionnellement d'autres articulations. Le caractère essentiel est la périodicité rigoureuse des manifestations articulaires. Tous les dix à quinze jours en général, l'articulation présente pendant deux à cinq jours un gonflement parfois très marqué, à peine douloureux le plus souvent, sans fièvre, sans retentissement de l'état général, nécessitant cependant le repos, n'intéressant pas les tissus périarticulaires. Ces crises périodiques d'épanchement brusque parfaitement apyrétique se reproduisent ainsi pendant des années, puis s'espacent à mesure que le sujet avance en âge. Sans être influencée par la fatigue ou le repos, chaque crise reproduit fidèlement celle qui l'a précédée. L'articulation reste normale dans l'intervalle des poussées. La succession des crises n'entraîne ni ankylose, ni laxité articulaire, ni altération osseuse. Des phases de rémission peuvent s'observer, pendant les grossesses en particulier, puis l'affection reprend sur une cadence nouvelle ou sur le rythme ancien à peine modifié.

Cette curieuse maladie n'est évidemment pas fréquente, Bierring en 1921 n'en a retrouvé que 76 cas publiés dans toute la littérature médicale depuis les deux observations qui permirent à Moore en 1864 de décrire le premier ce syndrome clinique. Mouzon, en 1926, estime qu'on n'en connaît qu'une centaine d'observations.

Des pathogénies très diverses ont été successivement invoquées, puis abandonnées, depuis le paludisme qui pour les premiers observateurs devait sans doute conférer à l' « *hydrops articulorum intermittens* » sa périodicité si troublante, jusqu'au rhumatisme, bien que la presque totalité des malades n'ait aucune autre manifestation rhumatismale et en dépit du fait qu'il n'existe aucune observation dans laquelle on ait vu survenir la moindre localisation endocardique.

Nous n'avons personnellement observé aucun cas de cette affection, mais nous avons soigneusement relu toutes les observations que nous avons pu retrouver dans la littérature. Nous n'avons pas manqué d'être frappés par certaines associations cliniques, surtout dans les observations des quinze dernières années qui sont plus complètes et dans lesquelles on ne s'est pas borné à décrire la tuméfaction articulaire.

Nous dirons tout d'abord que c'est une hydarthrose sans lésion osseuse ou de la synoviale. Dans tous les cas cliniquement typiques, il n'a jamais été trouvé de modifications radiographiques et, dans un cas de Le Même qui fut arthrotomisé il n'existait aucune lésion macroscopique de l'articulation (17).

Nous rappellerons ensuite que la plupart des auteurs sont actuellement d'accord avec Schlesinger (13) pour faire de cette hydarthrose périodique une manifestation essentiellement vaso-motrice, ou comme on l'a dit une variété intra-articulaire d'œdème de Quincke, d'origine angio-neurotique.

En relisant les observations on remarquera que ces malades sont souvent des migraineux : cas de Ribierre (14), des urticariens (18) (Féré), des obèses eczémateux (Caussade et Leven) (19), d'autres sont de familles d'asthmatiques ou d'urticariens : famille étudiée par Schlesinger avec un frère, trois sœurs et une cousine germaine souffrant d'hydarthrose périodique et plusieurs membres de cette famille présentant des œdèmes de Quincke, de l'asthme et du rhume des foins.

D'autres cas sont associés au psoriasis : famille observée par Bauer et Vogl (15) avec une femme de 38 ans qui présente une hydarthrose intermittente et du psoriasis, son frère a du psoriasis, son père ainsi que sa tante en présentent aussi, et sur les trois enfants de cette tante un garçon et une fille ont du psoriasis, cette fille et le troisième enfant sont porteurs d'une hydropisie articulaire intermittente.

Nous pourrions citer un très grand nombre de ces associations cliniques : dans une observation de Garrod certains accès d'hydarthrose périodique s'accompagnaient d'œdème des lèvres et des paupières. Dans un cas de Goix un œdème hémifacial accompagnait les crises.

Il ne nous semble donc pas douteux que l'hydarthrose périodique doive être assimilée aux œdèmes localisés de Quincke, ayant comme ceux-ci pour caractère d'être subits, indolores, apyrétiques, non inflammatoires, susceptibles de disparaître sans laisser de traces, mais aussi de récidiver à l'infini. Et ceci nous amène à penser que c'est dans l'ordre des thérapeutiques de désensibilisation qu'il faut chercher le traitement de cette affection, et aussi à suggérer que les quelques améliorations observées à la suite d'injections d'extraits ovariens (13) ou autres produits endocriniens, pourraient être le fait du choc protéinique par des extraits albumineux.

De toute façon, il faut abandonner la théorie traumatique ou infectieuse, comme de Rougemont l'a bien montré dans son observation (16) et se tourner vers d'autres voies. Nous proposons celle des arthropathies protéiniques en général.

L'hydarthrose chronique, bilatérale ou à balancement. — A côté de l'hydarthrose périodique, essentiellement intermittente et fugace, nous pensons qu'il faut faire une place à part à certaines hydarthroses chroniques bilatérales ou à balancement dont nous avons pu récemment observer un cas à la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu, cas dont l'évolution est aussi démonstrative qu'il est possible de le désirer.

Obs. IV (*personnelle*). — Rap..., 31 ans, étudiant en médecine, vient consulter M. le Pr. Paviot le 9 janvier 1931 parce qu'il présente depuis deux ans une double hydarthrose des genoux pour laquelle les multiples traitements institués sont restés absolument inefficaces.

Tous ses parents ascendants et collatéraux sont en excellente santé, on ne trouve rien dans ses antécédents qui permette de penser à une hérédité tuberculeuse ou spécifique.

Lui-même a toujours eu une forte santé. On note simplement dans son enfance passée en Bulgarie un épisode fébrile qui aurait été interprété par certains comme un épisode de paludisme primitif, ceci est d'ailleurs très douteux, d'autre part aucun accès n'est apparu dans la suite.

Enfin il signale le fait que depuis 1916, ayant remarqué sa tendance à l'obésité, il est devenu végétarien, se nourrissant exclusivement d'œufs, de laitages, de yoghourt, de légumes, et se gardant de toucher à la viande qu'il considérait comme la cause de son obésité. Ce régime a d'ailleurs toujours été bien

toléré puisque ce malade n'avait jamais de migraines, pas de diarrhées, aucun trouble digestif. Il suivait ce régime ovo-lacto-végétarien depuis douze ans lorsque son hydarthrose apparut.

L'affection actuelle débuta en effet en février 1929 par quelques troubles fonctionnels discrets : fatigue à la marche, légère claudication, puis par un gonflement progressivement croissant du genou droit. Enfin, sans qu'aucun épisode aigu en ait marqué l'apparition et sans température à aucun moment, le malade constata l'existence d'un choc rotulien. Le genou gauche était alors strictement normal.

Deux chirurgiens examinèrent successivement cette hydarthrose qu'aucun traumatisme, aucun accident gonococcique, aucune cause infectieuse ne pouvaient expliquer. Tous deux conclurent à l'immobilisation plâtrée, ce qui fut fait du 10 mars au 25 juin 1929. Après le plâtre on ordonna le port d'une genouillère pendant un mois encore. Ce traitement n'amena aucune rétrocession de l'épanchement, aucune amélioration de la gêne fonctionnelle.

A la suite de cette immobilisation de plus de quatre mois, le diagnostic d'hydarthrose tuberculeuse fut éliminé au profit de la syphilis, bien que le malade affirmât n'avoir jamais rien constaté à cet égard.

Pendant trois mois il prend régulièrement du sirop de Gibert mais continue dans un centre d'héliothérapie la cure de soleil et d'huile de foie de morue. Non seulement aucune amélioration ne se produit, mais le genou gauche qui jusque-là n'avait rien présenté d'anormal gonfle à son tour et présente exactement la même évolution que l'articulation précédemment intéressée. Cette seconde localisation se fait en septembre 1929, c'est-à-dire en plein traitement.

Le malade se rend alors à Paris où un nouvel examen chirurgical est pratiqué, on constate alors qu'il s'agit d'une hydarthrose bilatérale. Les radiographies ayant montré une légère décalcification, on conseille de faire à Berck une nouvelle cure héliomarine de deux mois. La réaction de Wassermann du sang est négative.

En fin novembre 1929, nouvel examen : le double épanchement et la décalcification n'ont pas été modifiés.

Pendant l'année 1930 de multiples traitements se succèdent sans résultats : on recommence l'immobilisation plâtrée, puis l'héliothérapie. On supprime le plâtre et on fait dix injections de muthanol. On pense qu'il s'agit d'une hypothyroïdie et on fait un traitement thyroïdien. On parle même d'ostéoporose et on conseille une intervention sur le sympathique.

Ce qu'il convient de faire remarquer c'est que depuis le début de l'affection, c'est-à-dire depuis deux années, chacun a conseillé la suralimentation. Or le malade augmenta bien sa ration quotidienne mais sans prendre de viande, en absorbant des quantités considérables d'œufs et de laitages, donc en suivant un régime de plus en plus déséquilibré et surchargé d'albumines étrangères.

En janvier 1931, le malade se présente à l'examen de M. le Pr. Paviot. Le double épanchement articulaire persiste sans modification depuis plus d'un an. La marche ayant été rigoureusement interdite, étant d'ailleurs presque absolument impossible, le malade ne quitte son immobilité que pour se traîner pendant quelques secondes, solidement étayé sur ses béquilles.

Le foie est gros, nettement débordant, un peu douloureux.

L'examen du cœur est négatif. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

L'examen de l'appareil respiratoire ne révèle rien d'anormal bien que le malade tousse un peu et garde une expectoration gommeuse.

Il existe un état sclérémateux, presque lardacé de la face externe des deux cuisses par panniculite diffuse, quelques œdèmes du type Quincke de la peau des deux jambes, surtout à droite, et de nombreux grains cholestériniens sur la muqueuse de la lèvre supérieure.

Le poids est de 96 kg. pour 1 m. 72 de taille.

L'interrogatoire ayant mis en évidence l'alimentation si particulière de ce malade, le traitement s'oriente de façon différente.

On recommande de supprimer complètement les œufs, les fromages, le lait et ses dérivés. On institue un traitement désensibilisateur aussi complet que possible avec le chlorure de calcium, l'adrénaline, puis les peptones, on donne quelques cholagogues doux et on demande au malade de ne faire aucun écart de régime, aucun arrêt de sa médication pendant trois mois.

Le 23 avril 1931, le malade arrive à la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu sans béquilles, marchant presque sans difficultés. L'hydarthrose droite a disparu complètement, l'hydarthrose gauche a diminué très sensiblement. Les œdèmes de Quincke et la scléroadipose des cuisses ont disparu. Le poids a diminué de 13 kg. Le foie reste sensible dans la profondeur. Les grains cholestériniens persistent. On trouve encore quelques infiltrats de cellulalgies cervicales et fessières.

Ce malade a été revu plusieurs fois pendant l'année 1931. Les épanchements ont presque complètement disparu des deux côtés, il n'en persiste qu'un très léger à gauche qui ne gêne en rien d'ailleurs ce malade, on peut dire que la restauration fonctionnelle est aussi parfaite que possible.

Cet étudiant complètement infirme il y a un an peut actuellement continuer ses études et suivre tous ses cours comme les autres.

Nous n'avons trouvé dans la littérature médicale aucun cas superposable à celui de ce malade. Tous les examens de laboratoire qui ont été faits pour lui ont été normaux (cholestérinémie, uricémie, etc...). Par contre, la notion du régime systématique ovo-lacto-végétarien, mal réglé chez un jeune homme qui était peut-être un paludéen de l'enfance et presque certainement un insuffisant hépatique à gros foie depuis longtemps, nous a conduits à ranger cette hydarthrose chronique dans le cadre des arthropathies protéiniques. Le fait de l'aggravation des manifestations articulaires sous l'influence des excès invraisemblables d'œufs et de laitages, malgré le repos et l'immobilisation plâtrée, nous semble confirmer notre opinion. Enfin l'influence rapide du régime et du traitement désensibilisateur nous paraît avoir la valeur d'un véritable traitement d'épreuve.

C. Les rhumatismes chroniques d'origine protéinique. — La question du rapport entre le rhumatisme chronique progressif et les arthropathies protéiniques n'est pas nouvelle et quelques auteurs ont pensé que ce syndrome clinique pouvait être l'aboutissant de multiples réactions articulaires de cette origine.

On sait que sur le terrain expérimental, Arthus a montré la possibilité de déterminer l'apparition d'arthropathies chroniques chez le lapin rendu cachectique, par la répétition des injections d'un sérum étranger.

D'autre part, comme le font remarquer Bezançon et M.-P. Weil (1), l'hypothèse d'une perturbation protéinique à la base du rhumatisme psoriasique paraît assez séduisante.

Pour rester dans le domaine clinique nous nous contenterons de rappeler quelques observations assez intéressantes à cet égard :

Violle (20) rapporte deux observations du syndrome rhumatisme chronique déformant progressif dans lesquelles les manifestations articulaires évoluent parallèlement aux troubles digestifs.

Le premier cas est celui d'une femme de 50 ans qui ne présentait qu'un rhumatisme léger, à crises espacées, avec de très légères déformations des pouces et des index, lorsqu'elle accusa des troubles dyspeptiques qui furent rapportés à un néoplasme pylorique. Après la gastro-entérostomie cette femme se plaignit de diarrhées véritablement continuelles. En même temps les crises rhumatismales devinrent subintrantes avec poussées fébriles, les articulations de tous les doigts, très douloureuses, rouges et chaudes, se défor-

ment avec rapidité, tout mouvement de préhension devient impossible.

En mettant cette malade au régime, avec suppression de toute substance protéique, la diarrhée s'atténue et les crises rhumatismales subissent parallèlement un temps d'arrêt dans leur évolution.

Le second cas est celui d'un homme de 60 ans qui présenta des douleurs articulaires dans tous les doigts des deux mains à la suite d'une intervention d'anus artificiel. Les articulations des doigts sont rouges, chaudes, gonflées, empêchant tout mouvement. Des poussées d'urticaire sont apparues deux ou trois fois, la diarrhée persiste depuis l'intervention. A la suite d'un régime sévère presque totalement dénué de protéines, la diarrhée cesse et les phénomènes articulaires diminuent rapidement. Une rechute qui s'était produite à la suite d'un écart de régime, avec diarrhées et nouvelle crise articulaire disparaît avec la reprise d'un régime sévère.

Niel, dans sa thèse (21) rapporte deux cas (observ. II et IX) dans lesquels les poussées successives d'arthrite plastique ankylosante s'accompagnent chaque fois de crises d'urticaire pour aboutir finalement au syndrome de rhumatisme chronique déformant.

Cette question du rhumatisme chronique d'origine protéinique est encore à l'étude et ne se présente qu'avec un tout petit nombre de documents précis. Nous ne pensons pas que ce soit le côté le plus important des arthropathies protéiniques, tout au moins celui qui permette d'envisager d'utiles sanctions thérapeutiques.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DES ARTHROPATHIES PROTEINIQUES LEURS ASSOCIATIONS MORBIDES

Qu'il s'agisse d'arthropathies succédant à l'injection d'un sérum étranger ou en dehors de la sérothérapie, nous pensons qu'une pathogénie commune doit expliquer tous ces cas. Ce mécanisme analogue nous paraît être signé cliniquement par les associations symptomatiques que l'on observe plus ou moins complètement dans tous les cas.

Violle (20) fait très justement remarquer que, pour être complet, le trouble morbide d'origine protéinique doit comporter l'association : polyarthrites, fièvre, manifestations cutanées, qu'il dénomme le « trépied protéinique ».

Les choses ne sont pas toujours aussi simples, cependant cette schématisation mérite d'être retenue. Il s'agit en effet presque toujours de manifestations polyarticulaires, surtout dans les formes aiguës simulant le rhumatisme franc. Par contre, la fièvre a très souvent pour caractère d'être minime, hors de proportion avec les douleurs articulaires ou les signes locaux, enfin elle manque souvent complètement.

Les manifestations cutanées sont variables, il ne faut pas simplement entendre sous ce titre l'urticaire

ou ses équivalents. A côté des éruptions urticariennes prurigineuses, il faut rechercher les œdèmes cutanés de Quincke, les panniculites douloureuses, les cellulalgies des aponévroses ou des gaines tendineuses, toutes choses qui gardent pour nous une importance considérable. Enfin nous rangerons encore dans ces manifestations cutanées certaines dermatoses : psoriasis, eczémas, dont l'origine protéinique n'est peut-être pas certaine, mais qui gardent avec les manifestations précédentes une sorte de parenté clinique qui n'est pas négligeable. L'existence de ces éruptions eczémateuses ou psoriasiformes, des prurits, de certains érythèmes du type noueux, de petites hémorragies spontanées des membres inférieurs du type érythème contusiforme doit être envisagée comme la preuve de leur fragilité humorale et de la résorption de leurs propres albumines altérées.

A ce trépied un peu trop schématique de Violle, nous pensons qu'il faut ajouter d'autres facteurs : le fait qu'il s'agit souvent de migraineux, d'arthritiques goutteux ou rhumatisants subaigus de longue date, de malades atteints de rhume des foins ou de crises d'asthme qui peuvent d'ailleurs cesser pendant la période des arthropathies, d'entérocolitiques ou de dyspeptiques à gros foie, souvent même d'hépatiques manifestes, et depuis longtemps soignés comme tels.

Enfin à l'étude du terrain sur lequel apparaissent ces accidents nous ajouterons :

1° Une intoxication agissant directement sur le milieu sanguin, ou indirectement par la glande hépatique, qui nous paraît être trop souvent négligée : l'intoxication lente par l'oxyde de carbone ou les gaz résultant de la combustion du gaz d'éclairage, intoxication latente, souvent très prolongée, qui n'attire pas l'attention et qu'il faut chercher soigneusement pour pouvoir la mettre en évidence.

2° L'existence à une période précédant l'apparition des manifestations articulaires, d'une suppuration prolongée, plus ou moins correctement drainée dont le type est fourni par les plaies avec broiement de muscles ou d'os, ou encore par des suppurations pleurales. On a l'impression que ces sujets ont gardé de leur suppuration une fragilité humorale, une altération de leurs colloïdes diraient certains, qui persiste dans la suite.

3° Enfin, le terrain tuberculeux, qui est à côté du terrain hépatique le plus fréquemment rencontré dans les antécédents héréditaires, collatéraux ou personnels. Mais il s'agit alors d'un terrain tuberculeux à manifestations légères, abortives, ganglionnaires ou des séreuses et plus ou moins guéries. La tuberculose agit là, comme les suppurations trop prolongées, sur la fragilité des humeurs, et aussi par l'intermédiaire de l'insuffisance des différentes fonctions hépatiques, que l'on ne peut pas d'ailleurs toujours mettre en évidence par les recherches de laboratoire.

La syphilis héréditaire ou acquise est toujours invoquée, nous ne sommes pas certains qu'elle soit fréquemment en cause. Peut-être intervient-elle alors très indirectement, et seulement par l'intermédiaire d'une altération hépatique.

4° Bien plus importante nous paraît être la question des infections d'origine dentaire, qui dans certains cas sont tellement profondes et anciennes qu'elles doivent certainement constituer alors un foyer de résorption considérable d'albumines altérées. Nous avons signalé ce fait dans une de nos observations personnelles, nous ne l'avons pas souvent rencontré dans celles des différents auteurs qui se sont intéressés aux arthropathies protéiniques, il est vrai que nous ne savons pas jusqu'à quel point les infections dentaires y ont été recherchées. Les auteurs modernes, à la suite des publications américaines, ont peut-être voulu rapporter trop de choses à ces infections dentaires et aux amygdalites infectieuses. Dans le cadre pathogénique plus précis des arthropathies protéiniques nous pensons qu'une place très importante doit être réservée à ces faits qui ne risqueront plus d'ailleurs actuellement de passer inaperçus.

S'il nous fallait schématiser cet aperçu étiologique et pathogénique nous dirions que les arthropathies protéiniques apparaissent sur un terrain particulier et sous l'influence de causes déterminantes qui sont variables.

Le terrain, c'est la fragilité humorale des hépatiques latents ou connus, c'est l'insuffisance de la fonction protéopexique du foie, c'est la sensibilisation de l'organisme ou peut-être même chez certains malades de leurs séreuses articulaires aux substances protéiques altérées ou insuffisamment dégradées.

Les conditions déterminantes sont quelquefois évidentes, dans la sérothérapie par exemple, ou dans la résorption des hématomes, des épanchements pleuraux, des œdèmes. D'autres fois elles sont plus difficiles à saisir, mais restent cependant dans le cadre des phénomènes d'anaphylaxie alimentaire.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Malgré la diversité des causes déterminantes, le traitement de ces arthropathies doit presque toujours s'inspirer des mêmes règles générales.

Il faut tout d'abord chercher à modifier autant qu'il peut être possible de le faire le terrain pathologique sur lequel apparaissent ces accidents : traiter l'insuffisance hépatique, l'obésité, les lésions dentaires ou plus rarement amygdaliennes, supprimer l'intoxication latente par l'oxyde de carbone si elle existe, etc...

Il faut surtout en l'absence de cause déterminante évidente rechercher dans le mode d'alimentation des malades s'il n'existe pas un régime trop chargé en substances protéiques, une modification importante du transit gastro-intestinal, une intolérance particulière au lait et aux œufs, des signes de sensibilisation aux albumines de l'alimentation.

L'importance du régime alimentaire est considérable, et surtout du régime parfaitement suivi par le malade, le moindre écart supprimant inévitablement le bénéfice des restrictions antérieures. Il n'est évidemment pas possible de supprimer de l'alimentation toutes les substances protéiques, un régime trop exclusif ne tarderait pas d'ailleurs à entraîner de sérieuses complications. On ne cherchera donc à supprimer que les œufs, le lait et ses dérivés, mais on les supprimera complètement. Pour les autres albumines alimentaires et pour la viande en particulier, le malade sera soumis avant chaque repas au choc

peptonique auquel on ajoute l'adrénaline en gouttes le matin et le soir.

A ce traitement de protection contre les protéiques on ajoutera le traitement désensibilisateur général avec certains médicaments dont le plus efficace paraît être le chlorure de calcium sous ses multiples formes spécialisées, injectable ou par voie buccale, seul ou associé à d'autres produits tels que les sels de magnésium ou autres.

En réalité, la conduite de ce traitement est variable selon les malades, il demande une certaine habitude et doit être modifié dans ses détails selon l'évolution des symptômes. On ne doit pas faire pratiquer d'avulsions de chicots infectés par exemple, avant d'avoir pu faire un traitement de protection suffisant contre les résorptions de sang et de pus qui seront inévitablement secondaires à ces avulsions. On s'exposerait alors à voir redoubler les accidents sous l'influence de cette opération intempestive. La pratique de ce traitement montre, en outre, qu'il est préférable de ne donner les peptones préprandiales qu'après avoir soumis le malade pendant quelque temps au chlorure de calcium, à l'adrénaline ou aux injections désensibilisatrices.

Peut-être faut-il chercher dans cette nécessité de l'expérience de ces traitements, l'explication du fait que certains auteurs déclarent n'en avoir retiré aucun bénéfice thérapeutique. Là comme ailleurs il faut faire état des circonstances particulières de chacun et se comporter de façons un peu différentes selon les cas.

BIBLIOGRAPHIE

Articles cités. — 1) F. BEZANÇON et M.-P. WEIL. Les manifestations articulaires de la maladie du sérum et les arthropathies protéiniques. — *Le Monde Méd.*, 15 sept. 1927, p. 809.

(2) WEISSENBACH et FRANÇON. *Précis sur les rhumatismes chroniques*, Doin, Paris, 1928.

(3) F. BEZANÇON et A. JACQUELIN. Fièvre alimentaire et manifestations articulaires chez un ancien rhumatisant gastro-entérostomisé. Bull. de l'Acad. de Méd., séance du 6 févr. 1923.

(4) GATÉ et DUPASQUIER. Considérations pratiques sur l'autohémothérapie en dermatologie. *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 mai 1922, p. 307.

(5) GRAVIER. *Soc. Méd. des Hôpit. de Lyon*, 28 janvier 1930.

(6) L. MICHON. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 1925.

(7) F. BEZANÇON et I. de JONG. Accidents rhumatoïdes avec leucopénie, éosinophilie et albuminurie au décours d'une pleuro-tuberculose primitive, comparaison avec la maladie du sérum. — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 19 oct. 1909.

(8) F. BEZANÇON, M.-P. WEIL et L. DE GENNES. Fièvre et arthropathies consécutives aux thoracentèses chez un ancien goutteux atteint de pleurésie. — *Bull de l'Acad. de Méd.*, séance du 6 février 1923.

(9) GOUGET et R. MOREAU. Accidents rhumatoïdes au cours d'une résorption d'œdèmes. — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 11 octobre 1912, p. 290.

(10) L. TIXIER et J. TROISIER. Arthropathies autotoxiques dans un cas d'hémoglobinurie paroxystique. — *Gaz. des Hôpit.*, 1909, p. 1795.

(11) W. L. BIERRING. Hydarthrose intermittente. — *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1921, p. 785.

(12) J. MOUZON. L'hydarthrose périodique et sa pathogénie. *Presse Méd.*, 8 sept. 1926, p. 1143.

(13) H. SCHLESINGER. Ueber den Hydrops Articulorum intermittens und seine familiare Form. *Wien. Klin. Woch.*, 14 janv. 1926, p. 68. — Une thérapeutique nouvelle de l'hydarthrose périodique. — *Wien. Klin. Woch.*, 20 juin 1929, N° 25.

(14) P. RIBIERRE. Hydarthrose périodique. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 11 févr. 1910, p. 96.

(15) J. BAUER et A. VOGL. Psoriasis et affections articulaires. Contribution à la connaissance de l'hydropisie articulaire intermittente. *Klin. Woch.*, 12 sept. 1931, N° 37.

(16) DE ROUGEMONT. Hydarthrose périodique. *Soc. de Chir. de Lyon*, 28 juin 1928.

17) LE MÊME. *Th. de Paris*, 1896.

(18) FÉRÉ. Hydarthrose intermittente névropathique. *Revue de Chirurgie*, 1898, p. 624, et *Revue de Neurologie*, 1893, p. 645.

(19) CAUSSADE et LEVEN. Hydarthrose périodique. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 18 février 1910, p. 122.

(20) P.-L. VIOLLE. Arthropathies protéiniques. *Ann. méd. de Vittel*, 1931, N° 2.

(21) NIEL. Etude clinique et thérapeutique de quelques cas de rhumatismes chroniques, *Th. de Paris*, 1925.

(22) M.-P. WEIL et GUILLAUMIN. Mécanisme physio-pathologique de la goutte, *Presse Méd.*, 21 mars 1928, p. 358.

(23) SÉZARY, HOROWITZ et RIVOIRE. Purpura rhumatoïde anaphylactique par effort musculaire. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 8 mai 1931.

Articles non cités dans le texte. — BEZANÇON et M.-P. WEIL. Fièvres infectieuses et fièvres protéiniques. *Ann. de Méd.*, 1924, p. 522.

CHAUVET. Hydarthroses intermittentes. *Lyon Méd.*, 1805.

M. CHIRAY et Mlle MICHELOWSKY. Hydarthroses périodiques et intermittentes, *Paris Méd.*, 10 août 1912 et 11 janvier 1913.

DALCHÉ. Hydarthroses périodiques. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 31 oct. 1913, p. 441.

GANDY. Un cas d'hydarthrose périodique, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 18 févr. 1919, p. 119.

J. L. MILLER et Ph. LEWIN. Evidence of the anaphylactic character of intermittent hydarthrosis. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 12 avril 1924, p. 1177.

L'ophtalmologie dans l'armée (1)

L'ouvrage qui vient de paraître sous ce titre, chez les éditeurs militaires Charles Lavauzelle, sous la signature du médecin lieutenant-colonel Baraithe, n'a ni l'aridité du Manuel ni la complexité du traité didactique. Conçu dans un esprit *essentiellement pratique*, il est destiné à guider le médecin militaire non spécialisé, dans les nombreuses circonstances où celui-ci doit faire de l'ophtalmologie (Expertises, soins aux familles, traitement des maladies d'yeux à l'infirmerie ou à l'hôpital, conduite à tenir dans les traumatismes oculaires).

M. le médecin général inspecteur Toubert a bien voulu l'honorer d'une préface élogieuse.

(1) Prix : 18 fr. — Paris 1932, Charles Lavauzelle, éditeur.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX. — DIPLÔME DE MÉDECIN COLONIAL ET DE MÉDECIN SANITAIRE MARITIME. — La XXVe série d'études pour la préparation au diplôme de médecin colonial et à l'examen de médecin sanitaire maritime (novembre-décembre 1931) a été suivie par 22 auditeurs, dont 6 ont bénéficié de bourses d'études offertes par la Société parisienne d'expansion chimique Spécia (Poulenc-Usines du Rhône).

A l'examen pour le diplôme de médecin colonial se sont inscrits 19 candidats; 2 ont été ajournés.

Après examen, ont reçu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux :

MM. Arnauld, le médecin lieutenant Chantegreil, Fauconnier, docteur de Fontguyon, Fournier, Mme Francès, MM. Galmot, Laporte, interne des hôpitaux, Le Van Guyen, Marlette, Mollaret, Palinacci, Mlle Péraud, MM. Quéron, Riche, docteur Senné, Tiné.

Sont nommés médecins sanitaires maritimes :

MM. les docteurs Chantegreil, Estradère, de Fontguyon, Senné, Vesnat.

La XXVIIe série d'études aura lieu du 2 novembre au 24 décembre 1932.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — DIJON. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon s'ouvrira, le mercredi 12 octobre 1932, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en or a été décernée au docteur Delmas (de Cherbourg) qui a contracté dans son service une infection grave ayant entraîné l'amputation et mis ses jours en danger.

DÉFENSE NATIONALE. — GUERRE. — Le *Journal officiel* du 19 février publie le tableau des *indemnités de fonctions* allouées à certaines catégories d'officiers. L'indemnité des professeurs du Val-de-Grâce est fixée à 14.994 fr., celle des agrégés à 9.000 fr.

SANTÉ PUBLIQUE. — M. le professeur Frédéric Bordas, du Collège de France, ancien membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, est nommé conseiller sanitaire technique du ministère.

— MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le *Journal officiel* du 27 février publie un décret relatif à la médaille d'honneur de l'Assistance publique. Ce décret est ainsi conçu :

« ARTICLE PREMIER. — Les personnes qui se sont particulièrement distinguées par leurs services et leur dévouement à la cause de l'Assistance publique peuvent recevoir un diplôme et une médaille d'honneur.

ART. 2. — Le diplôme et la médaille sont décernés par arrêté du ministre de la Santé publique, sur la proposition du directeur de l'hygiène et de l'assistance.

En cas d'indignité dûment constatée, la médaille peut être retirée dans la forme où elle a été accordée.

ART. 3. — La médaille est en bronze, en argent ou en or, d'un module de 27 millimètres. Elle porte :

A l'avers, une femme symbolisant l'assistance, tenant sous les plis de son manteau, à sa droite, un vieillard infirme, à sa gauche, une mère portant son enfant.

Au revers, un cartouche sur lequel peuvent être gravés les nom et prénoms du titulaire, ainsi que le millésime de l'année d'attribution placé au-dessous des mentions « Minis-

tère de la Santé publique » et « Assistance » avec de chaque côté une branche de laurier.

La médaille de bronze est suspendue par une bélière à un ruban portant dans le sens longitudinal trois bandes blanches et quatre bandes jaunes interposées.

La médaille d'argent est suspendue au même ruban blanc et jaune, portant en bordure un liseré rouge.

La médaille d'or est suspendue au même ruban que la médaille d'argent, agrémenté d'une rosette... »

LA CONVENTION INTERNATIONALE RELATIVE AU SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE. — Un décret promulgue la convention internationale relative au sérum antidiphtérique qui avait été signée à Paris le 1er août 1930 entre les différentes nations. Cette convention règle la circulation et l'usage des sérums antidiphtériques fabriqués par les établissements autorisés.

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Marseille le 18 mars 1932.

S'inscrire auprès du directeur de l'inscription maritime, à Marseille.

HOMMAGE AU DOCTEUR ERNEST DE MASSARY. — A l'heure où le docteur Ernest de Massary quitte son service hospitalier, ses collègues, ses amis et ses élèves ont pensé à lui témoigner leur affection en lui offrant une médaille souvenir dont l'exécution a été confiée à M. G. Prud'homme.

Le Comité est composé de M. le professeur Chauffard, président; MM les professeurs Claude, Mauclaire, Sergent, les docteurs Boidin, Boulin, Jean Girard, Hallion, Harvier, Léchelle, Raymond Mallet, Louis Martin, Jacques de Massary, Henry Meige, Louis Ramond, Rivet, Souques, Pasteur Vallery-Radot, Vaudremer, Victor Veau, M. André Arondel, interne des hôpitaux.

Toute souscription de 100 fr. donnera droit à un exemplaire de la médaille. Pour les étudiants la souscription est fixée à 50 fr.

Adresser les souscriptions à M. Georges Masson, trésorier de la souscription, boulevard Saint-Germain, 120, Paris (VIe), compte chèques postaux, Paris 599.

FÉDÉRATION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE. — Le Comité permanent de la F. P. M. L. s'est réuni à Paris, sous la présidence du docteur L. Mayer (de Bruxelles). Assistaient à cette importante séance : MM. les professeurs Loeper (Paris) et Etienne (Nancy); les docteurs Pierra, secrétaire général; de Blasio (Italie), secrétaire adjoint; Etchegoïn (Argentine), trésorier; Dominguez (Cuba), Nemours (Haïti), F. Le Sourd (Paris) et Tecon (Suisse), trésorier adjoint. Le Comité d'honneur a été constitué comme suit : MM. Cortezo (Madrid), F. Dominguez (La Havane), Bordet (Bruxelles), Cantacuzène (Bucarest), Mario Castex (Buenos-Aires). Les débats ont particulièrement porté sur la date et le lieu du prochain Congrès qui seront fixés très prochainement de façon définitive.

LES MUTILÉS DES YEUX VOIENT LEURS PENSIONS AUGMENTÉES. — Le ministre des Pensions vient de rendre une circulaire aux termes de laquelle les mutilés des yeux de la guerre 1914-1918 et des T. O. E., n'ayant plus que la perception lumineuse d'un œil ou dont la vision de celui-ci est réduite à moins de 1/20 obtiendront, dorénavant, 65 p. 100 d'invalidité au lieu de 45 p. 100.

Les pensionnés définitifs peuvent, sous certaines conditions, obtenir la revision de leur pension sur ce taux à compter du 16 septembre dernier.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Association des mutilés des yeux, reconnue d'utilité publique, et dont le siège est 29, rue Guillaume Tell, Paris.

GALA DE LA MÉDECINE PARISIENNE. — L'Association corporative des étudiants en médecine organise un gala au profit de sa caisse de secours le 15 mars prochain.

Ce gala de la médecine parisienne consistera en un dîner dansant avec attractions dans le cadre unique à Paris du Lido des Champs-Elysées.

Le prix du dîner, service compris, est de 150 fr. S'inscrire sans retard au *service du gala*, 8 *bis*, rue de l'Arrivée, Paris.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE TECHNIQUE SANITAIRE ET D'HYGIÈNE URBAINE. — Les travaux de préparation et d'organisation du IIIe Congrès international de technique sanitaire et d'hygiène urbaine, qui doit se tenir à Lyon, du 6 au 9 mars 1932, se poursuivent activement.

Le Comité d'organisation a déjà reçu 400 adhésions, et plus de 100 communications sont réparties dans les six sections du Congrès. Cette manifestation aura un caractère essentiellement international puisque 32 gouvernements et plusieurs villes étrangères seront représentés. Les hygiénistes, architectes et ingénieurs français seront nombreux; plus de 50 villes et 20 départements ont nommé des délégués.

La séance inaugurale aura lieu sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique, le dimanche 6 mars. Les 7, 8 et 9 mars seront consacrés aux séances de travail et à la visite des récents travaux de la ville de Lyon (hôpital de Grange Blanche, aéroport de Bron, nouvelle Faculté de médecine, usine d'incinération des immondices, abattoirs, etc.).

Quant à l'exposition, son succès dépasse toutes les espérances. Elle offrira un intérêt à la fois documentaire et instructif. Qu'il suffise de signaler qu'elle réunit les participations du ministère de la Santé publique, du ministère de la Guerre (service de santé militaire), du gouvernement du Maroc, de plus de 60 villes françaises et étrangères, départements, stations thermales et climatiques.

A signaler, en outre, la présentation de l'hôpital de Grange Blanche, avec son installation moderne; l'exposition par le bureau d'hygiène de Lyon; la lutte contre les moustiques, et celle de l'Union syndicale du gaz de Paris : la lutte contre les fumées.

RENSEIGNEMENTS

CAUSE DÉCÈS. Microsc. Stiassnie condens. Abbé, trois object., cinq ocul., 1.400 francs. — Dornoy, La Baule.

POISSONS D'EAU DOUCE

Par M. R. LEVENT.

LE POISSON D'EAU DOUCE DANS L'ALIMENTATION. LA DIÉTÉTIQUE

Il est certain qu'à toutes les époques, l'homme a recherché la variété dans son alimentation et que le poisson y a tenu une place souvent importante. A notre époque, d'autre part, les populations ichtyophages et physiquement prospères sont loin d'être des raretés.

Il n'en est que plus remarquable de constater que le civilisé de race blanche ait cru, et plus particulièrement dans les dernières générations, perfectionner son régime alimentaire en y faisant aux aliments carnés une part de plus en plus importante, part qui, dans la population citadine de certains pays, tend à devenir prépondérante. C'est surtout depuis la guerre que cette tendance s'est exagérée et que, dans l'alimentation rurale en particulier, la viande de boucherie a pris une place qu'elle était loin d'avoir il y a trente ans ; mais le poisson n'a pas connu la même faveur. Il y a un préjugé populaire tenace : le poisson ne nourrit pas... et chacun peut trouver dans ses souvenirs de guerre la mémoire de l'accueil fait au poisson par l'homme de troupe ; fût-il impeccablement frais, il partageait avec quelques autres denrées alimentaires une défaveur imméritée.

Physiologistes et médecins ont depuis plusieurs années multiplié les recherches et lutté contre un préjugé à divers égards regrettable. Economistes et producteurs ont participé, eux aussi, aux études et à la propagande. Beaucoup a été fait ; beaucoup reste encore à obtenir. On peut espérer que le poisson reprendra dans l'alimentation contemporaine une place qu'il n'aurait jamais dû perdre.

On est allé au plus pressé et au plus important : c'est le poisson de mer, dont la pêche est organisée sur la plus grande échelle, qui a été le principal objet d'étude et qui a surtout bénéficié du retour de faveur; quant au poisson d'eau douce il a, dans les grandes villes tout au moins, conservé un certain cachet de rareté gastronomique.

Or, on ne devrait plus à l'heure actuelle considérer le poisson d'eau douce comme difficile à se procurer ni comme le résultat du coup de hameçon heureux, mais toujours problématique et parfois décevant.

Cette conception du « gibier d'eau », avec tous ses charmes, devrait être réservée au fin pêcheur et au gourmet. Celle du « bétail d'eau » doit, de plus en plus, prendre sa place. On sait trop peu quelle importance croissante prend dans notre pays la pisciculture d'eau douce, rivière ou étangs, déjà si florissante dans certains pays étrangers. Elle est devenue dès maintenant, une industrie active, moderne dans sa conception, régulière dans ses produits ; elle est dès maintenant à même d'en fournir qui, par leur qualité, méritent de reprendre dans l'alimentation du Français d'aujourd'hui une place qui n'aurait jamais dû cesser d'être leur. Les techniques modernes de la pisciculture permettent dans une très large mesure d'améliorer les races piscières comme on a pu par les méthodes appropriées améliorer le bétail terrestre. Les éleveurs de notre pays en acclimatant certaines races ont peuplé étangs et rivières d'animaux que « le milieu de culture » lui-même, convenablement enrichi et corrigé et par là possédant un plancton mieux approprié, a permis d'améliorer encore dans un sens prévu d'avance. Le volume, la proportion des parties comestibles, les proportions relatives du squelette vertébral peu gênant et du squelette accessoire très gênant au contraire dans certaines espèces pour le consommateur ont aussi subi l'influence de l'éleveur. Dans le cas de la carpe en particulier les méthodes françaises d'élevage ont permis de diminuer la proportion relative des graisses et d'augmenter celle du muscle pour le plus grand plaisir du gourmet et le plus réel bénéfice du consommateur. Tous ces détails si importants au point de vue de l'alimentation courante sont hors de notre atteinte lorsqu'il s'agit du poisson de mer dont la liberté est incoercible.

Quant à la diversité, le poisson d'élevage soutient aisément la comparaison avec le poisson de mer. Nombreux, en effet, sont les poissons d'eau douce dont l'élevage réussit avec autant de certitude que celui de n'importe quel animal terrestre.

La carpe vient de beaucoup au premier rang, mais à côté d'elle il faut placer le brochet et le brocheton, la tanche et la perche, le gardon et la brème, le goujon aussi et le black-bass, sorte de savoureux merlan d'eau douce. A cette liste, il convient de joindre l'anguille, dont on ne connaît que depuis peu les stades évolutifs tantôt en mer, tantôt dans l'eau douce et dont l'extraordinaire odyssée a si longtemps tenu en échec la sagacité des chercheurs. Il n'est guère question d'ensemencement proprement dit en ce qui la concerne, mais elle est la bienvenue dans les étangs des pisciculteurs avant de l'être sur nos tables.

LA VALEUR ALIMENTAIRE DU POISSON D'EAU DOUCE

Les recherches théoriques à ce sujet sont moins nombreuses que celles qui ont eu pour objet le poisson de mer ; un certain nombre de chiffres cependant a pu être établi avec la certitude que l'on peut attendre de toute moyenne et qui, pour la plupart, sont assez proches les uns des autres, quel que soit l'auteur qui les a publiés. Atwater en Amérique, Wolff, Koenig en Allemagne, Balland en France, donnèrent les premiers des chiffres d'ensemble qui, malgré les corrections et précisions qu'on tend aujourd'hui à y apporter, ont conservé un grand intérêt. Plus récemment, en France, Alquier et ses collaborateurs ont poursuivi ces études qui, dans d'autres pays également, continuent, nous le verrons, de solliciter l'intérêt des éleveurs et des physiologistes.

La conception ancienne, qui jugeait de la valeur nutritive d'un aliment au critérium de sa composition chimique et d'après le concept évidemment imparfait de sa valeur calorifique, ne peut plus actuellement être considérée comme suffisant à elle seule à tout expliquer. Il y a interaction entre les divers éléments qui composent la ration alimentaire, l'alimentation mixte influe rapidement sur la nutrition générale, ce qui comporte des conséquences a retro sur la valeur nu-

tritive pratique de chacun des composants. Ce premier élément de variation mis à part, reste l'inconnu que nous apprécions surtout par l'erreur dont il grève les résultats escomptés. Il n'en reste pas moins que les chiffres établis jusqu'ici peuvent nous donner une connaissance approchée de la valeur alimentaire du poisson.

Etablis par une technique surtout chimique que nous n'avons pas à analyser ici, ils ont permis de constater que grossièrement parlant, et en dehors de l'eau qui là comme partout est l'élément prépondérant, trois groupes de substances entrent dans la composition du corps du poisson : sels minéraux (prépondérants naturellement dans le squelette) ; matières azotées protéiniques ou non ; graisses, qui sont l'élément le plus variable suivant les espèces. A l'opposé de la chair des animaux à sang chaud, la chair du poisson d'eau douce — comme du reste celle du poisson de mer — ne contient pas d'hydrates de carbone.

Nous donnerons d'abord ici, à titre de document d'ensemble, les chiffres d'Alquier (1908) (1) qui se rapportent au plus grand nombre d'espèces ; nous les comparerons ensuite avec les chiffres d'autres auteurs pour les diverses espèces dans la mesure où le permet un nombre de résultats encore fragmentaire.

Les cendres représentent d'une manière générale les sels minéraux stables, les matières azotées contiennent à la fois les protéides et les matières azotées non protéidiques dont certaines sont rangées par divers auteurs parmi les matières extractives.

TABLEAU D'ALQUIER.

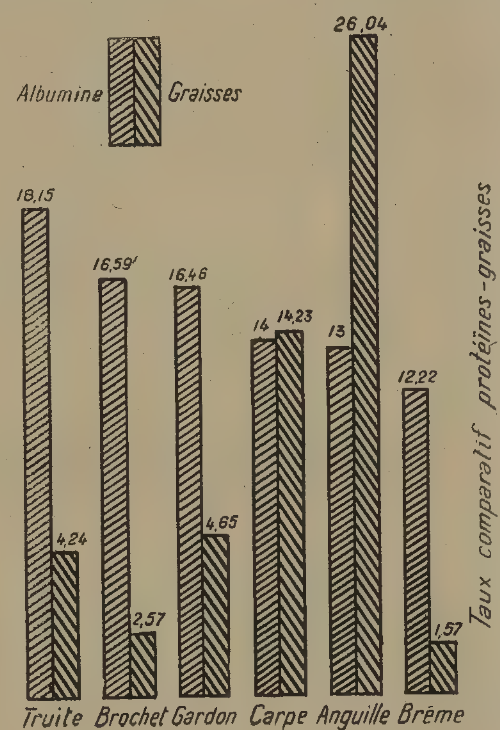
	EAU	CENDRES	MATIÈRES azotées	GRAISSES	HYDRATES de carbone
	%	%	%	%	%
Anguille de rivière	58,21	0,62	13,09	26,10	0
Brême	78,70	0,77	15,70	3,89	—
Brochet	79,91	0,79	17,95	0,31	—
Carpe	78,84	0,74	16,96	2,57	—
Gardon	73,76	1,06	17,14	6,79	—
Perche	78,89	0,93	17,76	1,48	—
Tanche	80	1,25	17,41	0,37	—
Truite	77,80	0,90	18,33	1,99	—
Goujon	79,05	1,81	16,18	1,77	—

Comparativement à ces chiffres, nous reproduisons les données suivantes extraites d'un travail allemand tout récent où les auteurs se sont efforcés de corriger les imperfections des chiffres classiques. Les résultats « moyens » des études classiques semblent en effet traiter par prétérition un certain nombre de facteurs, pourtant importants et dont l'action se traduit par la discordance des résultats : origine, âge, taille, sexe du poisson, état physiologique qui influe notamment sur la quantité des graisses. Ces facteurs ont été déterminés à la plus grande approximation possible. On s'est également préoccupé de séparer par dissection et évaluer les proportions réciproques des déchets et des portions utilisables préalablement à l'analyse chimique.

(1) J. ALQUIER. *Les Aliments de l'homme*, Paris 1908.

TABLEAU DE METZNER ET ROHLER (1).

	EAU	CHAUX	ACIDE phosphorique	PROTÉINES	GRAISSES
	%	%	%	%	%
Anguille	59,84	0,12	0,33	13,66	26,04
Brême	85,47	0,40	0,62	12,22	1,57
Brochet	82,04	0,17	0,42	16,59	0,77
Carpe	71,03	0,15	0,44	14,17	14,23
Gardon	79,06	0,25	0,38	16,46	4,65
Truite arc-en-ciel	76,84	0,19	0,59	18,15	4,24



GRAPHIQUE 1 (d'après Metzner et Röhler).

De l'examen de ces tableaux, on peut conclure que la teneur en sels minéraux est comparable chez les divers poissons de rivière ; c'est une teneur assez faible, comme l'est aussi celle des poissons de mer. Sans doute, l'analogie est-elle surtout apparente lorsqu'on considère les sels minéraux en bloc ; les proportions relatives pour chaque espèce de sels montreraient sans doute une analogie moins grande ; il est certain que le chlorure de sodium, par exemple, est chez le poisson d'eau douce un élément moins important que chez le poisson de mer, encore que les différences soient moins tranchées qu'on n'aurait pensé d'abord. Chez le poisson d'eau douce c'est le phosphate disodique qui semble l'élément principal.

La comparaison des deux tableaux montre de plus que le chiffre donné par Alquier pour chaque espèce au titre des sels minéraux est un peu inférieur à la somme des chiffres donnés par Metzner et Röhler pour la chaux et l'acide phosphorique ; une des raisons est évidemment l'existence de phosphore sous forme de combinaison organique, en particulier dans certaines graisses.

La teneur en eau est également assez comparable dans les diverses espèces, l'anguille exceptée ; dans

(1) Cf. METZNER et RÖHLER. *Fischerei Zeitung*, 1er juin 1931. (Travaux entrepris à l'Institut des recherches pour l'industrie piscicole d'Altona.)

cette espèce, en effet, il semble que les graisses tiennent aux dépens de l'eau une place beaucoup plus grande dans le milieu intérieur.

Pour les matières azotées l'analogie est du même ordre sinon aussi frappante ; sans doute est-ce à la technique de recherches dont nous parlions plus haut qu'il faut attribuer le fait que les chiffres fournis par Metzner et Röhler sont un peu plus élevés que les chiffres d'Alquier.

Pour les graisses, au contraire, les divergences sont parfois grandes entre les auteurs.

Le brochet, pour lequel Balland donna le chiffre de 0,66 0/0 et Alquier 0,31 0/0, se classerait de toutes façons parmi les poissons maigres ; les chiffres allemands qui sont les plus élevés sont en effet de 0,77 0/0. La perche, pour Alquier, lui serait comparable ainsi que le goujon.

Dans un groupe moyen se place la brême, 1,57 0/0 pour Metzner et Röhler, 3,68 0/0 pour d'autres auteurs allemands, 3,89 0/0 pour Alquier.

Pour la truite et surtout pour la carpe les divergences s'accentuent. Pour la première, Balland donne un chiffre de 0,74 0/0 qui se rapporte selon toute vraisemblance à un animal très semblable à celui qu'a étudié Alquier. Metzner et Röhler donnent au contraire 4,24 0/0. Pour la carpe le désaccord est plus net encore puisqu'au chiffre de 2,57 0/0 proposé par Alquier, Balland oppose un chiffre presque double de 4,77 0/0 (Koenig 4,73 0/0) et Metzner et Röhler le chiffre plus différent encore de 14,23 0/0 qui diminue sensiblement la distance avec l'anguille.

Cette dernière présente les teneurs en graisse les plus considérables de la série des poissons d'eau douce : les chiffres de Balland sont de 25,69 0/0, ceux des Allemands de 26,04 0/0.

Sans doute faut-il s'expliquer ces désaccords par le fait du degré de croissance et de l'état physiologique des poissons analysés ; par le fait surtout de leur provenance et de leur mode d'alimentation.

Nous trouvons, en effet, dans de récents travaux faits en Espagne par Saenz Diez les chiffres suivants :

Tableau de Saenz Diez (A).

	Eau %	Matières protéiques %	Matières non azotées (1) %	Cendres %
Anguille....	74,93	11,30	12,03	1,74
Carpe......	74,89	22,56	0,85	1,70
Tanche.....	77,21	6,45	15.30	1,04
Truite......	81,59	6,54	10,89	0,96

Si on rapproche les chiffres de Saenz Diez pour la truite de ceux qu'a donnés Balland : eau 80,50 0/0, matières protéiques 17,52 0/0, graisses 1,18 0/0, cendres 0,80 0/0, on relève que les taux respectifs des matières protéiques et des graisses diffèrent d'une façon au premier abord inexplicable. Un examen plus approfondi permet de trancher le problème ; les pisciculteurs savent, en effet, que suivant les régions et suivant la proie dont elles peuvent user les truites présentent un degré d'embonpoint extrêmement variable. Lorsqu'elle se nourrit de gammarus, sorte de crevette d'eau douce, la truite est plus riche en azote ; se nourrissant de larves de névroptères, elle est au contraire plus grasse. A l'état de liberté, les conditions géographiques, en modifiant le régime alimentaire habituel de l'animal, sont susceptibles de lui imprimer fortement leur empreinte ; ce sont les conditions climatiques, les conditions d'altitude et les conditions de saison qui semblent agir le plus efficacement, plus encore que les conditions proprement géographiques de latitude.

Il en faut donc conclure que des études plus précises sont encore nécessaires, à la fois guide et effet de l'action de l'éleveur. Mais ces divergences n'ont, au point de vue pratique, rien qui doive modifier gravement la conduite tenue jusqu'ici par le physiologiste et le médecin. Du point de vue des sels minéraux et des matières azotées, tous les poissons de rivière sont d'assez près comparables chimiquement ; c'est surtout par leur teneur en graisses qu'il les faut différencier. Classiquement, c'est le taux de 4 0/0 qui représente la ligne de démarcation.

Au-dessous se rangent les poissons maigres : brochet, perche, gardon, goujon. Parmi les poissons gras se range au contraire l'anguille, de tous la plus riche en graisses, et la carpe si l'on s'en tient aux chiffres des auteurs allemands récents. Mais il faut ici une discrimination ; les auteurs allemands ont en effet procédé à l'analyse des produits de la pisciculture allemande. Or, les carpes de Lusace, de Galicie sont plus riches en graisses que les espèces françaises, encore que la pisciculture française ait réussi à les transformer en poissons charnus et de saveur plus fine ; les carpes de Franconie sont plus grasses encore et à un point qui n'a pas permis de les utiliser pour la consommation au goût français. Les chiffres d'Alquier sont donc dans l'ensemble plus proches de la réalité en ce qui concerne les poissons français d'étang ou de rivière, et la carpe peut être rangée parmi les poissons maigres, ainsi que la brême, celle-ci, selon les chiffres d'Alquier, très proche de la limite maxima, voisinant avec la truite d'élevage. Sans doute, cependant, y a-t-il des truites maigres auxquelles s'appliquent les chiffres de Balland.

Il est enfin un certain nombre d'autres éléments chimiques sur lesquels l'état imparfait de nos connaissances actuelles ne permet guère d'insister. Ils constituent une portion des cendres analysées et les taux moyens — qu'il faudra sans doute préciser davantage pour chaque espèce — semblent actuellement les suivants : fer, 0 gr. 011 par kg.; calcium, 0 gr. 22 par kg.; magnésium, 0 gr. 26 par kg.; potassium, 3 gr. 34 par kg. Sans préjudice de ce que les travaux à venir permettront d'identifier.

Il ne convient pas, la chose est aujourd'hui hors de doute, de n'assigner aux éléments chimiques qu'une importance physiologique proportionnelle à leur quantité ; leur action, même à faible teneur, peut être d'une importance extrême.

Parmi les éléments chimiques, il en est un auquel tout porte à croire qu'il faille réserver une place im-

(A) Reproduit dans *Bulletin français de pisciculture*, déc. 1930.

(1) Les matières non azotées sont pour la plus grande partie formées de graisses, la chair de poisson étant très pauvre en matières extractives et totalement dépourvue d'hydrates de carbone.

portante : le phosphore. Une certaine quantité existe sous forme minérale, phosphate disodique, mais la plus importante part est sans doute sous forme organique : ichtulines, lécithines ou autres graisses phosphorées spéciales qui mêlées avec une quantité prépondérante d'oléine (50 à 65 0/0) forment la majeure partie de la graisse des poissons (Rathery) ; des graisses phosphorées enfin sont présentes dans la laitance et les œufs des poissons qui sont parmi les aliments les plus riches de tous en phosphore assimilable. On accepte actuellement que pour l'organisme total du poisson la teneur moyenne, quelle que soit l'espèce, est de 2,29 0/0 environ. Sans doute le taux particulier de la laitance et des œufs est-il passablement supérieur.

Sur la teneur en iode, élément existant dans l'organisme des poissons de mer, on ne possède encore pour les poissons d'eau douce aucun chiffre. Il semble cependant que de tous le gardon soit le plus riche.

Il est un autre point que, malgré son actuelle obscurité, l'étude moderne de l'alimentation ne saurait négliger : les vitamines. On est mal renseigné encore à leur sujet en ce qui touche le poisson d'eau douce. Les vitamines hydrosolubles semblent y manquer totalement ; seules paraissent présentes les vitamines liposolubles A (de croissance, antixérophtalmique) et D (antirachitique (Randoin et Simonnet). On a peu progressé encore dans la connaissance plus précise de leur quantité — par définition très faible — de leur forme, ni de leur localisation dans l'organisme. Certains auteurs considèrent comme particulièrement riche en vitamines la chair de certaines espèces (l'anguille pour Scheunert-Leipzig). Pour le reste, la quasi-totalité du problème est encore sans solution.

*
* *

L'équivalent calorifique d'un aliment exprime en calories l'énergie correspondante que libérerait la combustion totale de cette substance. C'est une mesure des plus approximatives et sur laquelle il n'est plus question de faire autant de fond qu'on en fit autrefois. C'est néanmoins, sinon une mesure, tout au moins un terme de comparaison commode dans certains cas, à la condition qu'on ne cherche pas à lui attribuer plus de valeur ni de précision qu'il n'en possède réellement.

L'équivalent calorifique du poisson d'eau douce a été évalué comme suit, pour 100 grammes :

	Alquier	H. Labbé
Anguille	73,78	303
Brême	105,65	—
Brochet	83,77	84
Carpe	98,78	99
Gardon	139,25	—
Perche	92,05	92
Tanche	80,08	—
Truite	99,36	99
Goujon	87,83	88

Ces divers chiffres — excepté ceux qui se rapportent à l'anguille — sont donc assez comparables. En tout cas, quelle que puisse être la raison de cette discordance, un certain parallélisme subsiste qui n'est pas sans valeur avec les résultats fournis par l'analyse chimique.

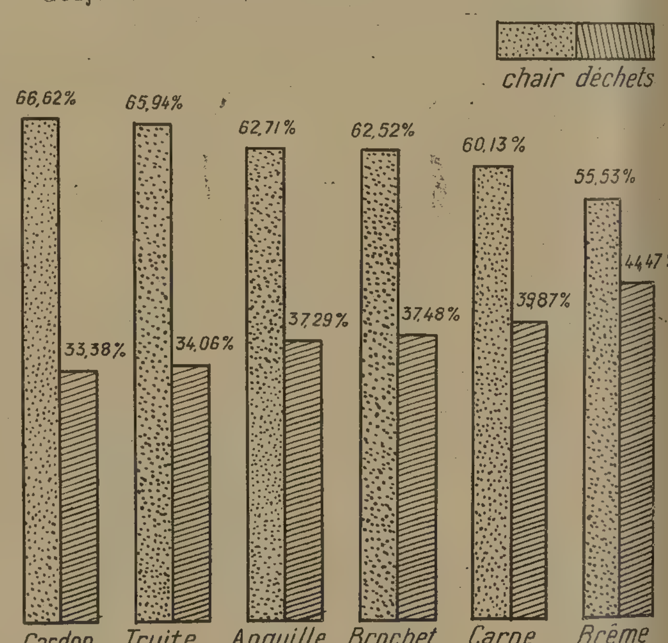
*
* *

Les conditions d'emploi pratique viennent corriger certaines de ces notions, mais sans en diminuer la valeur.

Il est un point d'intérêt primordial en pratique, bien que terre à terre, intéressant aussi au point de vue scientifique ; il ne saurait être question au moment de l'achat du poisson de séparer les parties comestibles des déchets, la proportion des uns aux autres est donc un point d'importance. Alquier donnait en 1908 les chiffres suivants que nous faisons suivre des chiffres plus récents de Metzner et Röhler établis après la dissection minutieuse à laquelle nous avons fait allusion :

TABLEAU D'ALQUIER ET DE METZNER ET RÖHLER.

	Alquier		Metzner et Röhler.	
	Déchets. %	Utilisable.	Déchets. %	Utilisable.
Anguille	22,50	77,50	37,24	62,71
Brême	42,50	57,50	44,47	55,53
Brochet	44,56	55,44	37,48	62,52
Carpe	50,18	49,82	39,87	60,13
Gardon	45,90	54,10	33,38	66,52
Perche	44,44	55,56	—	—
Tanche	36,25	63,75	—	—
Truite	44,24	55,76	34,06	65,94
Goujon	37,50	62,50	—	—



GRAPHIQUE 2 (d'après Metzner et Röhler).

La comparaison de ces chiffres montre peu de différences entre les auteurs. Sauf pour l'anguille où la peau est comptée parmi les déchets, il est remarquable que les auteurs allemands comptent une plus grande proportion de matériel alimentaire qu'Alquier. La technique n'est pas la seule cause de cette divergence ; il faut ici attribuer une action importante à l'élevage lui-même et aux conditions d'habitat du poisson.

La comparaison de ces chiffres avec ceux qu'ont fournis les auteurs relativement à la viande de bou-

cherie est intéressante. Alquier donne les proportions suivantes :

	DÉCHETS %	UTILISABLE %
Bœuf (aloyau)	20,74	79,26
Veau (carré)	26,44	73,56
Mouton (épaule)	19,80	80,20

En dépit de ce qu'on pourrait croire, il n'y a donc pas une différence très considérable entre viande et poissons de rivière ; ce qui cause l'impression contraire, c'est que dans le cas du poisson les parties non comestibles sont pour partie cuites et servies avec l'ensemble.

La comparaison avec le poisson de mer sur ce point particulier n'est pas moins intéressante. D'après Alquier, pour les espèces suivantes de consommation courante, on peut noter :

	DÉCHETS %	UTILISABLE %
Colin	37,50	62,50
Dorade	42,50	57,50
Hareng	37,50	62,50
Maquereau	35,98	64,02
Merlan	30,67	69,33
Morue	50,93	49,07
Sole	51,20	48.80
Raie	35,12	64,88

Il en faut donc conclure à la fois : 1° que le poisson « où il n'y a rien à manger » ne diffère pas si grandement de la viande « qui est nourrissante » ; 2° que le poisson d'eau douce « qui est plein d'arêtes » donne plutôt moins de déchets proportionnellement que le poisson de mer qu'on est accoutumé à lui préférer.

Il n'est pas moins intéressant de continuer le parallèle au point de vue calorifique.

Pour les viandes de boucherie, Alquier donne les chiffres suivants :

(CALORIES UTILISABLES PAR 100 GRAMMES)

Bœuf (aloyau)	236
Veau (carré)	160,49
Mouton (épaule)	268
Porc (filet)	194
Cheval (aloyau)	100,71

Ces chiffres sont plus élevés dans l'ensemble que ceux que donne le même auteur touchant le poisson de rivière. Gardon et brême, que cet auteur considère comme ayant la valeur calorifique la plus haute parmi les poissons d'eau douce, ne représentent respectivement que 139 et 105 calories aux 100 grammes. Le poisson serait moins nourrissant. Mais on sait que tout ne s'exprime pas par des calories et qu'à la théorie s'opposent les constatations : les peuples ichtyophages ne sont physiquement inférieurs à aucun autre.

Pour ce qui est du poisson de mer, Alquier en évalue le pouvoir calorifique comme suit :

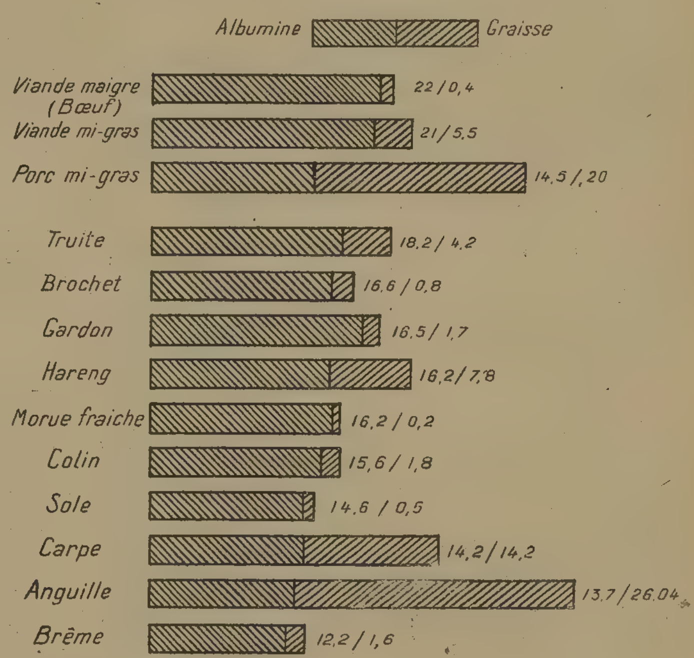
(CALORIES UTILISABLES PAR 100 GRAMMES)

Colin	82,44
Dorade	80 33
Hareng	126,49
Maquereau	159,25
Merlan	75 78
Morue	73,68
Sole	76,56
Raie	95,66

Tous ces chiffres se rapprochent de ceux qu'on trouve pour le poisson d'eau douce ; seuls le hareng et le maquereau ont des valeurs beaucoup plus élevées. Il en faut donc conclure une fois de plus que le poisson d'eau douce est aussi élevé en valeur nutritive que la plupart des poissons de mer de consommation courante.

Un graphique d'ensemble, reproduit par Metzner et Röhler met en parallèle les proportions d'albumine et graisses d'un certain nombre d'aliments animaux: viande de boucherie, poissons de mer, poissons d'eau douce :

PROPORTIONS RESPECTIVES DES ALBUMINES ET DES GRAISSES DANS DIVERS ALIMENTS D'ORIGINE ANIMALE



GRAPHIQUE 3 (d'après Metzner et Röhler).

On peut donc conclure de ces considérations que les poissons de mer et d'eau douce, moins riches en albumine que la viande de bœuf, se rapprochent sensiblement de la viande de porc dont on sait la place importante dans l'alimentation populaire de certains pays. Il est de plus intéressant de remarquer que la truite se rapproche très sensiblement au point de vue teneur en albumine du bœuf demi-gras.

On peut donc continuer de tenir pour valables les conclusions déjà anciennes formulées par divers auteurs : Henri Labbé : la viande et le poisson sont comparables au point de vue alimentaire, comparables en particulier au point de vue protéines ; — Armand Gautier : l'infériorité relative du poisson en protéines se trouve dans une large mesure compensée par la richesse en graisses qui tend à égaliser dans les deux cas la valeur nutritive.

Et entre tous les poissons, il semble à tous égards que le poisson d'eau douce n'ait rien à redouter du parallèle avec le poisson de mer.

LA VALEUR DIÉTÉTIQUE DU POISSON D'EAU DOUCE

L'étude qui précède montre quelle place importante peut tenir le poisson d'eau douce dans l'alimentation courante. Il ne faut pas non plus oublier que le poisson d'eau douce n'a pas besoin en général d'être transporté à longue distance ni par conséquent d'être soumis à aucun traitement conservateur ; la faune de tous les climats comprend, en effet, des espèces comestibles dont il est de plus en plus aisé de trouver des échantillons encore vivants dans des poissonneries de plus en plus nombreuses et possédant des viviers.

Si l'intérêt dans l'alimentation courante du poisson d'eau douce est grand, son importance n'est pas moindre dans les régimes alimentaires curatifs. On a pu, par boutade, prétendre que les médecins ne prescrivaient jamais de régime qu'en interdisant au malade ses mets préférés. Cette boutade trouve quelque excuse dans la monotonie habituelle bien que nullement obligée où les régimes ne tardent guère à s'enliser en pratique. Et le poisson d'eau douce nous paraît une arme trop négligée contre cette monotonie. Il n'est pas de régime d'où le poisson d'eau douce doive être proscrit a priori ; il faut qu'il soit préparé d'une façon adéquate et il se trouve justement que c'est la plus simple qui est le plus à conseiller.

Le cercle du régime qui, si souvent, se rétrécit peut donc, au contraire, pour la plus grande satisfaction du malade se trouver élargi ; si parfois il est vrai que le patient est privé de ce qu'il aime, peut-être un clinicien avisé et tant soit peu gastronome peut-il l'aider à aimer les aliments permis.

Affections gastriques. — Elles sont nombreuses, mais quelle que soit la gastropathie en cause il y a place pour le poisson d'eau douce dans l'alimentation; qu'il s'agisse d'hyper ou d'hyposécréteurs, d'atoniques ou d'hypersthéniques, le poisson d'eau douce sera toujours bien toléré à deux conditions : d'abord d'être savoureux, le rôle du cuisinier n'est jamais négligeable en médecine — et aussi d'être pauvre en graisses. Cette condition dirige le choix du poisson : la perche, le brochet seront toujours permis ; l'anguille sera toujours exclue. Pour ce qui est de la carpe et de la truite, peut-être seront-elles tolérées par certains estomacs atones ou hyposécréteurs. Des hypersécréteurs à l'estomac excitable, certains ulcéreux les toléreront au contraire aisément en raison même de leur richesse modérée en substances grasses. De même, le gardon. En raison du mode de préparation culinaire, le goujon, poisson maigre, sera cependant banni de la table du dyspeptique, tant qu'il demeurera friture... La friture à quelque poisson qu'on l'applique est à elle seule une cause d'interdiction.

Affections intestinales. — En tous temps, sauf à la période des paroxysmes, les entéritiques sont autorisés à consommer certains poissons d'eau douce, qu'il s'agisse de diarrhées récentes ou de diarrhées chroniques ; rien n'empêche non plus les sujets atteints de colite muco-membraneuse d'user d'un aliment qui donne peu de déchets traumatisants et qui à certains égards est un aliment de réparation. Ici encore, en raison de la traversée intestinale par les graisses et de la nécessité d'alléger le travail digestif, ce sont les seuls poissons gras ou frits qui seront interdits. Tous les autres, maigres ou assaisonnés au maigre, seront autorisés.

De tous les poissons d'eau douce, l'anguille sera en pratique le seul poisson à écarter ; les poissons demi-gras, truite, carpe, sauf lorsqu'il s'agit de certaines espèces particulièrement riches en graisses, pourront être autorisés au moins à l'essai. Les marinades et les vinaigrettes, ici comme lorsqu'il s'agit de dyspeptiques, seront interdites.

Affections hépatiques et biliaires. — Chez les hépatiques, les lithiasiques, les petits insuffisants ou les hépatiques confirmés, la conduite à tenir est sensiblement la même : fritures, poissons gras sont seuls à éviter. Il reste donc une marge diététique d'une grande étendue avec le brochet, la perche et accessoirement la carpe, la truite et le gardon. Il convient cependant particulièrement de s'abstenir des œufs et des laitances, aliments d'une grande valeur nutritive, mais exagérément riches en graisses et surtout en graisses phosphorées pour des malades qu'il ne faut pas aider à former de la cholestérine par l'ingestion de substances qui lui sont chimiquement trop analogues.

Affections rénales. — Chez les malades dont le rein est lésé, on peut autoriser tous les poissons d'eau douce. La restriction portant sur le poisson gras n'a que rarement raison d'être et seulement dans des périodes, habituellement transitoires où l'intoxication générale est cause de dyspepsie. La digestion du poisson frais ne donne lieu qu'à une quantité très modérée de matières extractives toxiques ; on pourra le substituer très utilement à la viande de boucherie interdite et conserver ainsi une alimentation suffisante. La seule condition sine qua non est la fraîcheur du poisson consommé. Le poisson d'eau douce, du fait qu'on peut l'acheter vivant, présente donc les plus complètes garanties à cet égard, comme nous le disions plus haut.

Chez les azotémiques la ration en poisson d'eau douce devra naturellement être proportionnée à l'état du malade ; néanmoins en raison de la moindre toxicité des produits de digestion, il présente un avantage certain sur la viande et permet de relâcher un peu la sévérité des interdictions nécessaires. Du moins tant que l'azotémie n'atteint pas 1 gr. par litre.

Chez les néphrétiques à rétention chlorurée, la latitude de consommer du poisson est la même que chez les autres rénaux. Ici l'avantage du poisson d'eau douce sur le poisson de mer se prononce davantage ; bien que la teneur en chlorures ne soit pas, du poisson de mer (qui peut contenir jusqu'à 0 gr. 40 de Nacl par 100 grammes) au poisson d'eau douce aussi considérable qu'on pourrait le supposer au premier abord, elle existe pourtant et doit mériter la préférence au bétail d'eau chez des sujets que l'on rationne sévèrement au point de vue chlorures.

Hypertension. Artériosclérose. — De ce groupe on peut rapprocher la grande et nombreuse famille des hypertendus et des artérioscléreux, où chacun entre tôt ou tard. A tous ces sujets, le poisson d'eau douce est une ressource précieuse, aliment nourrissant, de

digestion aisée, pauvre en éléments et en résidus toxiques. La pathogénie de l'hypertension est complexe et souvent obscure ; mais dans tous les cas, ne fût-ce qu'en raison des conséquences qu'elle engendre au niveau des divers appareils, l'usage du poisson d'eau douce y est d'un intérêt incontestable. La seule restriction, toute de prudence, porte sur l'anguille, poisson gras donc moins aisément digestible, à déconseiller par conséquent lorsque la pression artérielle est sujette à s'exagérer du fait d'un travail digestif malaisé.

Anémies. — Tout autre est le problème en ce qui concerne les sujets anémiques ; dans la mesure où leurs fonctions digestives sont conservées on peut leur laisser la plus grande latitude. En dépit des idées courantes, le poisson n'est pas moins nourrissant, nous l'avons vu, qu'une viande maigre et ne doit pas être considéré comme viande creuse ; seules l'anguille et la carpe trop grasse peuvent, dans certains cas, susciter quelques réserves. Mais chez des sujets où aucune restriction en protéines n'est indiquée, il peut être précieux d'ajouter le poisson d'eau douce à la viande pour réaliser une variété de menus d'autant plus désirable qu'on a souvent affaire à des sujets sans appétit.

Pour les poissons maigres : brochet, perche, tanche, truite, il n'y a pratiquement aucune restriction ; la brême, le gardon et la truite dont la valeur nutritive semble particulièrement élevée seront aussi les plus à conseiller.

Assez analogues sont les raisons de conseiller le poisson de rivière aux inanitiés en reprise d'alimentation, aux cachectiques toujours dépourvus d'appétit, aux convalescents fréquemment voraces, mais qui n'ont pas une capacité digestive en rapport avec leur appétit.

Les qualités gastronomiques du poisson d'eau douce et la facile digestibilité sont ici des raisons puissantes de lui faire une large place ; toutes les variétés en sont permises en insistant toutefois sur les poissons au court-bouillon ou en grillade. Les états de dépression dont le phosphore est le médicament héroïque commandent de ne pas négliger l'appoint qu'offrent en certaines saisons les œufs et les laitances des poissons de rivière. Il convient à ce sujet de ne pas ignorer la toxicité faible, mais indéniable, des œufs et laitances de certaines espèces, le brochet notamment, qui peuvent provoquer des troubles digestifs sans gravité, mais indésirables.

Lithiase, goutte, etc. — Lithiasiques rénaux, goutteux, rhumatisants chroniques sont des sujets chez qui les troubles de la nutrition semblent, en dépit de nos ignorances actuelles, apparentés d'assez près. D'eux se rapprochent aussi tous les sujets que l'on désigne du nom commode d'arthritiques. Tous, du point de vue diététique, sont justiciables de prescriptions analogues, ils doivent éviter les aliments toxiques et donnant lieu à d'abondantes matières extractives. L'alimentation carnée doit donc ici être parcimonieuse. Dans de tels cas, le poisson de rivière bien frais permettra de concilier les nécessités du régime avec l'obtention d'une ration azotée suffisante et peu toxique. Les poissons gras sont ici à déconseiller, mais le goujon, le gardon, la truite, la perche et le brochet sont aliments permis.

De même chez les obèses ; les poissons gras leur seront naturellement interdits puisque de tels malades doivent éviter tout ce qui favorise l'hypertrophie du tissu adipeux ; les poissons d'eau douce maigres, énumérés plus haut, sont au contraire à recommander.

Diabétiques. — On jouit au contraire de plus de facilités avec les diabétiques. Le poisson d'eau douce, en même temps qu'il n'apporte absolument aucun hydrate de carbone réalise au contraire un apport azoté qui n'est pas négligeable. Les poissons gras apportent des graisses sans excès nuisible et sont admis ici au même titre que les maigres et sans qu'il y ait lieu de proscrire la cuisson en friture. Tant comme aliment que comme tonique, le poisson d'eau douce est donc permis au diabétique.

Affections cutanées. — Dans toutes les dermatoses, le poisson en général est le grand ennemi. Dans sa forme absolue un tel verdict est injuste. Ce qu'il faut surtout c'est ne consommer qu'un poisson de fraîcheur absolue et de par l'ubiquité de sa production le poisson d'eau douce est privilégié par rapport au poisson de mer. On sait que des sujets sensibles peuvent en pareil cas tolérer très aisément du poisson de mer absolument frais, le poisson d'eau douce sorti frétillant du vivier n'est pas moins inoffensif. Il faut cependant interdire les poissons gras et parfois la carpe et la tanche. Les poissons maigres peuvent cependant être permis très frais et à condition de s'abstenir de la friture qui en rend la digestion moins aisée.

Etats fonctionnels divers. — Les indications diététiques du poisson d'eau douce que nous venons de passer en revue concernent des malades ; il est d'autres indications relatives à des sujets normaux, mais qui se trouvent du fait des circonstances dans un état fonctionnel particulier.

Chez l'enfant — même non rachitique — il peut être indiqué d'augmenter les apports phosphorés (convalescence, croissance rapide). Chez ces sujets, le poisson d'eau douce dans toutes ses parties, mais particulièrement dans l'œuf et la laitance, apporte sous forme assimilable un phosphore particulièrement utile. Il en est de même chez des sujets déprimés ; chez les rachitiques aussi où l'apport de vitamines, vitamine D surtout, est l'un des points principaux du traitement.

La femme enceinte, dont l'organisme perd au bénéfice du fœtus de notables quantités de calcium et chez qui la phosphaturie témoigne aussi d'une déminéralisation parfois active, puisera dans les graisses phosphorées du poisson d'eau douce de quoi relever des réserves entamées, ainsi que des vitamines précieuses ; lorsque, par surcroît, existe de l'anémie, de l'albuminurie ou que le foie est insuffisant, le poisson de rivière peut être un appoint utile de l'alimentation.

Le poisson de rivière est enfin à recommander aux vieillards en tant que rénaux, hypertendus ou porteurs de tares organiques diverses.

***

De toute cette étude, il nous semble donc ressortir que, tant au point de vue de l'alimentation de l'homme sain qu'à celui du régime des malades, c'est à tort que l'on négligerait de faire au poisson sa place. C'est là une vérité première, mais en dépit des apparences nous ne croyons pas qu'il soit inutile de l'énoncer une fois de plus. On a fait au poisson de mer sa place dans l'alimentation et on a bien fait ; le poisson d'eau douce n'a rien à craindre de la comparaison.

Depuis une génération, le poisson de mer a grandement profité du perfectionnement des moyens de transport ; le poisson d'eau douce est produit actuellement en quantités suffisantes dans toutes les régions et il est de plus en plus aisé de s'en procurer partout aisément sans qu'intervienne un transport onéreux. Qualité inappréciable au point de vue diététique, grâce aux progrès de l'organisation commerciale, il est de plus en plus aisé de se le procurer *vivant*, l'équipement de viviers sur le lieu même de la vente devenant chaque jour plus courant. A cet égard, il n'est aucune substance alimentaire qui puisse soutenir la comparaison avec le « bétail d'eau douce »

Tout permet donc de penser que la consommation ne peut que s'accroître dans un public mieux informé.

L'intérêt du malade y trouvera son compte et le commerce national n'y perdra rien.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1932)

La vie en milieu confiné. Protection contre les gaz de guerre. — M. MARCILLE, chirurgien des hôpitaux de Paris, avait présenté, en janvier 1931, un appareil de protection. Aujourd'hui, il apporte de nouvelles précisions.

Après bien des essais, il a pu constater : 1° que les milieux contenant plus de 1 pour 100 d'acide carbonique ne permettent pas l'euphorie respiratoire; 2° qu'avec de la soude solide il y a une absorption insuffisante d'acide carbonique ; 3° qu'une solution de soude à 1 pour 100 suffit et est à peine caustique. L'absorption est facilitée si on fait passer la solution à travers un filtre de crin.

Il est non seulement facile de faire vivre un individu dans un milieu confiné, mais encore des groupes d'hommes, une vingtaine d'hommes par exemple, absolument comme dans un sous-marin. Si, en effet, on construit une vaste cloche en béton (hermétiquement close), avec de l'oxygène et une solution sodique en quantité suffisante, on met ces vingt personnes à l'abri des éclatements et des gaz.

Sur la présence d'une oxydase des lipides ou lipoxydase dans la graine du soja. — MM. Emile ANDRÉ et KIAWO HOU.

Variations de la teneur des muscles striés en sodium et en potassium sous l'influence d'un régime exclusivement privé de vitamine antiscorbutique. — M. L. RANDONI et Mlle A. MICHAUX.

Syphilis et néoplasmes. — MM. C. LEVADITI et N. CONSTANTINESCO.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1932)

La limitation des débits de boissons. — L'Académie discute le rapport de M. SIEUR sur la limitation des débits de boissons. Ses conclusions sont adoptées avec adjonction d'un quatrième paragraphe proposé par M. Marcel Labbé.

L'Académie émet le vœu :

« 1° Que le Parlement, tenant compte des graves dangers que le trop grand nombre de débits de boissons fait courir à la morale, à la santé et à la fortune publiques, en favorisant l'alcoolisme dans toutes les classes de la société, prenne les dispositions nécessaires pour limiter le plus possible et dans le plus bref délai le nombre des débits de boissons alcooliques ;

2° Qu'en attendant une nouvelle législation, le ministre de la Santé publique veuille bien inviter les préfets et les municipalités à appliquer rigoureusement à ces établissements les lois, décrets et règlements qui les régissent à l'heure actuelle et à refuser toute ouverture nouvelle de débits ;

« 3° Qu'il soit défendu de servir dans les débits de quelque nature qu'ils soient des boissons alcooliques à consommer sur place aux enfants au-dessous de seize ans.

Le tout sous sanctions sérieuses et effectives.

4° Qu'il soit ouvert dans toutes les régions de la France des débits de boissons non alcooliques sur le modèle des abris du Marin et des foyers du Soldat. »

Les mastites non suppurées de la typhoïde. — M. SABRAZÈS apporte un nouveau cas de mastite typhique non suppurée qui vient s'ajouter à celui qu'il a publié dans la thèse de son élève Mathié-Matheu. Cette mastite est survenue au déclin de la dothiénentérie chez une femme âgée de 45 ans, en période de ménopause. Il s'agissait d'une mastite douloureuse, de caractère micro-kystique avec ganglions axillaires, sensibles, paraissant inflammatoires. Elle fut accompagnée d'un suintement lactescent au mamelon.

Cette mastite ne sera pas confondue avec une tumeur maligne. Elle rétrocède assez vite sous la simple application de compresses chaudes.

Recherches expérimentales concernant l'influence de l'opothérapie parathyroïdienne associée à la vitamine D sur le développement du squelette. — M. RANSON. L'association parathyroïde-ergostérine irradiée, en favorisant la fixation du calcium sur l'organisme, accélère la croissance du squelette et de tout l'organisme, sans qu'il y ait à redouter de calcifications anormales de tout l'organisme.

Ce résultat présente un intérêt capital en prouvant que la croissance de l'organisme est en rapport étroit avec l'assimilation de la chaux et que favoriser cette assimilation par l'association parathyroïde-ergostérine irradiée constitue un puissant moyen d'aider la croissance de l'individu.

La fièvre ondulante dans le Gard. — MM. DUBOIS et SOLLIER attirent l'attention sur la fréquence de la fièvre ondulante dans le département du Gard. Ils estiment qu'on peut en observer 4 à 500 cas par an bien que les statistiques officielles en signalent seulement une vingtaine. Il serait désirable que les cas fussent mieux signalés afin de

permettre de prendre les mesures prophylactiques nécessaires.

Variations du pH urinaire sous l'influence d'eaux minérales sulfatées calciques. — M. le professeur DESGREZ présente une note du docteur P.-L. VIOLLE, montrant que la qualité indispensable pour qu'une eau minérale puisse être employée dans le traitement des lithiases urinaires, c'est que cette eau détermine une activité ionique des urines telle qu'aucune précipitation urique, oxalique ou phosphatique ne puisse se produire. Or l'expérience montre qu'il en est ainsi avec l'eau de Vittel, Grande Source, par ailleurs si utile aux lithiasiques en activant les fonctions rénales, en empêchant la stase graveleuse et en chassant les concrétions déjà formées.

Paralysie causée par l'éther tri-ortho-crésyl-phosphorique. — M. VAN ITTALIE.

Sur l'activité réductrice de divers produits opothérapiques à base de foie. — MM. BOUTARIC et JACQUINOT.

Elections. — MM. Knud Faber (de Copenhague) et Minovici (de Bucarest) sont élus correspondants étrangers dans la 1re division.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1931)

Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la section des canaux déférents. — M. J. MOCK communique les bons résultats obtenus par la vasectomie. Si toutes ses préférences vont à la prostatectomie, il pense que la vasectomie doit garder une place dans la thérapeutique chirurgicale.

Rupture d'un isthme tubaire avec hématocèle cataclysmique coïncidant avec une grossesse utérine qui va ensuite à terme. — M. P. BARBET.

Fracture bi-malléolaire vicieusement consolidée. — M. A. TREVES.

Fractures de Dupuytren vicieusement consolidées. — M. R. MASSART croit que l'astragalectomie avec ostéoclasie du péroné pour le remettre en bonne position est l'opération de choix, celle qui laisse un pied mobile, en bonne position permettant la marche et l'appui. La voie d'abord dorsale, préconisée par Chaput, trouve ici son indication.

A propos du traitement des fractures bi-malléolaires vicieusement consolidées. — M. JUDET.

Invagination sigmoïde rectale. — M. HAUTEFORT, à propos d'une pièce qu'il a déjà présentée indique qu'il s'agissait d'une tumeur villeuse typique, sans indice d'évolution maligne.

Séminome des deux ovaires. — M. MULLER (de Belfort).

Epithéliome kystique mucolide de l'ovaire, d'origine wolfienne à pédicule tordu. — M. MULLER (de Belfort).

Deux cas de fracture de Dupuytren. — M. PERARD (de Casablanca).

(SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1931)

A propos d'une observation de luxation irréductible de la colonne cervicale. — M. H. MAYET communique l'observation et les radiographies d'une luxation complète et étendue de la 6e vertèbre cervicale. Cette luxation n'a pu être réduite. Actuellement, cinq mois après l'accident, le blessé a récupéré presque tous ses mouvements, sauf ceux de latéralité ; il ne présente plus aucun phénomène de compression nerveuse, la lésion semble s'être fixée.

Mais on a droit de se demander si le blessé reste à l'abri d'un glissement progressif ou même d'un déplacement total et rapidement mortel. La question de la greffe épineuse se pose donc dans ce cas ; elle doit être posée dans toutes les luxations cervicales non réduites. Toutefois, dans le cas présent, des fractures avec déplacement des apophyses transverses et un cal latéral exubérant ont peut-être joué le rôle utile de greffon en immobilisant la lésion.

De l'urographie au di-iodo-méthane sulfonate de sodium. Sa valeur comparée à celle du lipiodol. — MM. LE FUR et LAMIAUD. Le di-iodo-méthane sulfonate de sodium, nouveau produit français à base d'iode, donne de très bons résultats dans le diagnostic des affections urologiques. Il peut être utilisé soit en injections intra-veineuses, soit en applications locales (urétrographies, cystographies, urétéro-pyélographies, vésiculographies). La voie intra-veineuse est indiquée toutes les fois que le cathétérisme de l'uretère est impossible. En cas d'urétéro-pyélographie après cathétérisme de l'uretère, le di-iodo-méthane sulfonate de sodium donne à peu près les mêmes images que le lipiodol ; cependant celui-ci fournit des radiographies un peu plus nettes et son élimination plus lente permet d'étudier au ralenti l'évacuation rénale et pyélo-rénale. En somme, les deux produits, l'un par la voie intra-veineuse et l'autre en applications locales, se complètent mutuellement.

Volumineux kyste dermoïde multiloculaire de l'ovaire. — M. MULLER.

L'arthrodèse dans la coxalgie fistulisée. — M. R. MASSART a opéré une coxalgie dont les fistules ne se tarissaient pas. L'arthrodèse extra-articulaire par large volet iliaque basculé a amené, au bout de plusieurs mois, la terminaison de cette suppuration. L'auteur, en comparant les radiographies avant et après l'intervention, montre que ce greffon pédiculé, en plus de son action mécanique, a eu une action trophique sur les extrémités osseuses qui se sont rapidement recalcifiées.

Syncope par compression du bulbe carotidien. — M. PERARD (de Casablanca) communique l'observation d'une malade qui fit une syncope cardiaque grave au début d'une anesthésie régionale pour phrénicectomie. L'auteur attribue cette syncope à un réflexe dû à la compression du bulbe carotidien par le doigt prenant les points de repère pour l'anesthésie.

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1932)

Greffe ostéo-périostique pour mal de Pott fistulisé. Guérison. — M. A. TRÈVES.

Urétrographie dans un cas de rétrécissement serré de l'urètre avec fistule périnéale. — MM. Jack MOCK et René GAMBIER.

Deux cas de luxation sous-astragalienne du calcanéum. — M. JUDET.

Iléus paralytique compliquant l'aérocolie. — M. THEVENARD en communique deux observations. Quelle pathogénie invoquer ? Hystérie ou trouble réflexe de l'innervation des tuniques de l'intestin par action de leur distension sur les plexus de Meissner et d'Auerbach. Le diagnostic, le plus souvent facile, peut hésiter dans certains cas atypiques

d'occlusion. Au moindre doute, l'indication opératoire devient formelle.

M. LEO pense que l'helminthiase peut être la cause de ces accidents.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1931)

Maladie de Bowen localisée à la muqueuse buccale. — MM. DECHAUME et LACRONIQUE présentent la première observation de cette tumeur siégeant au niveau de la bouche. Elle ressemblait à un épulis, faisait craindre un épithélioma. Le diagnostic ne put être fait que par l'examen histologique.

Syphilis des maxillaires. — M. SASSIER présente l'observation d'un cas de syphilis des maxillaires guéri après traitement.

A propos de deux cas de tumeurs mélaniques de la cavité buccale. — MM. AUBIN et Ch. RUPPE présentent deux cas de ces tumeurs particulièrement rares. Elles siègent surtout à la voûte palatine et au niveau des gencives, donnent des métastases redoutables et doivent être attaquées par l'électrocoagulation massive, la radiothérapie étant à rejeter.

Gomme syphilitique du maxillaire supérieur et de la face, difficulté du diagnostic avec l'ostéomyélite mandibulaire. — M. le professeur LENORMANT et M. CROCQUEFER présentent une observation très complète d'un malade qui, en cinq mois, a évolué trois gommes sous-périostées qui ont donné le change avec l'ostéomyélite, puis trois gommes cutanées. Le diagnostic ne peut être fait que grâce à l'aveu de la syphilis au Wassermann, à l'efficacité du traitement antisyphilitique, à la radiographie.

Abcès sous-périosté du maxillaire d'origine bucco-dentaire. — M. DECHAUME rappelle que ces abcès évoluent surtout chez l'enfant et sont la conséquence, soit d'arthrite apicale suppurée, soit de lésions du septum interdentaire. Ils siègent le plus souvent dans le vestibule, mais peuvent quelquefois affecter la voûte palatine.

SOCIETE ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1931)

Kyste du parovaire. — M. P. GUILHEM. Diagnostic d'avec une péritonite tuberculeuse par l'incompressibilité de la région péri-ombilicale.

Morphinisation pour trachéotomie. — MM. J. CALVET et FAVRE. — Coma urémique.

A propos d'une observation de cancer du sigmoïde. — MM. STILLMUNKES, RIEUNAUX et ALBENQUE. — Diarrhée incoercible, péritonite purulente généralisée.

Angine diphtérique un mois et demi après une injection de sérum. — M. STILLMUNKES. — Caractère éphémère de la prophylaxie sérique.

Phlegmon latéral de la langue. — MM. J. CALVET et FAVRE. — Localisation rare, sans participation de la base de la langue.

Présentation d'un fibrome calcifié. — MM. Jean TAPIE, BAUDOT et DARNAUD.

Expulsion par l'anus d'un fragment de tumeur villeuse du rectum. — M. Jean TAPIE.

Volumineux ramollissement cérébral ayant simulé une tumeur. — MM. DALOUS, STILLMUNKES et ALBENQUE.

Cancer hilaire du poumon et pleurésie purulente. — MM. ROQUES, CANTEGRIL et VIRENQUE.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES *de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1931)

Goitre lingual. — MM. TERRACOL, ROUSTIT et SAGOLS.

Urémie aiguë mortelle avec faible azotémie, chloropénie. Augmentation de la réserve alcaline, acétonurie et hyperpolypeptinémie. — Dans cette curieuse observation, un syndrome typique d'intoxication urémique s'est installé au cours d'une néphrite aiguë jusque-là sans signe d'insuffisance rénale et a évolué en deux jours vers la mort. L'intérêt du cas résulte des constatations urinaires et humorales indiquées dans le titre ; il faut y ajouter la conservation relative de la diurèse et de la concentration urique dans l'urine, jusqu'au dernier jour, et l'échec de la médication rechlorurante. Quelques heures avant la mort, l'azotémie n'était encore que de 0 gr. 78 ; toutefois l'azote des polypeptides atteignait 0 gr. 150 par litre de plasma. Il n'y avait pas de symptôme bien net d'insuffisance hépatique. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Un cas de septicémie veineuse subaiguë. — MM. A. PUECH, J. VIDAL et ANSELME MARTIN.

(SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1931)

Bec-de-lièvre monstrueux avec fente oblique profonde et colobome de la paupière et de l'iris. — MM. E. ETIENNE et Ch. DEJEAN.

Sur une pseudo-tumeur parasitaire du creux de l'aisselle. — MM. AIMES et HARANT.

(SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1931)

Fibrome saignant de la puberté masculine (fibrome naso-pharyngien). — M. TERRACOL et Mlle BOUILLE. — Exposé d'un nouveau cas de fibrome naso-pharyngien opéré avec succès par la voie palatine. Considérations thérapeutiques.

Courbe sphygmo-manométrique et pression moyenne. — MM. BOULET, BALMES et GINESTIER.

Guérison rapide d'une typho-bacillose grave par le sérum de Jousset. — MM. A. PUECH et MAGE.

Pneumothorax thérapeutique électif chez un asthmatique bronchique syphilitique atteint de tuberculose cavitaire. Résultat remarquable sur la lésion tuberculeuse et sur les accès d'asthme. — M. R. AMAT (de Saint-Jodard).

Deux cas de lithiase pulmonaire dont un avec dissociation dans l'évolution de deux lésions également tuberculeuses chez le même sujet. — M. AMAT.

Parasites et cancer, par Edouard BÉNECH. — Un volume de 168 pages, 25 pl., 36 fig. — Prix : 50 fr. Paris, N. Maloine.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE L'INSOMNIE CHEZ LES PETITS PSYCHIQUES (1)

Par le docteur ABBAL.

Chez ces malades, l'insomnie est un facteur de déperdition et de dégénérescence aussi bien intellectuelle que physique. Tout d'abord, sauf nécessité absolue, il ne faut pas donner d'opiacés à cause d'une toxicomanie toujours possible ; en second lieu, si l'on administre les bromures, il faut toujours les donner sous une forme dissimulée et toujours bien tolérée comme le sédobrol.

Sans doute le praticien peut s'adresser aux hypnogènes barbituriques efficaces tel que le somnifène ou à un hypnoanalgésique comme l'allonal ; mais si l'on veut un hypnogène progressif et doux, il est préférable de s'adresser au sédormid qui n'est pas un barbiturique, mais bien un uréide, non toxique pour les principaux appareils et que l'on utilise à la dose journalière de 1 à 3 comprimés.

Sous cette influence médicatrice, le sommeil artificiel provoqué présente les mêmes caractères que le sommeil naturel et l'action sédative et calmante se réalise très vite.

En résumé, le sédormid occupe une place marquée entre les sédatifs, type bromures, utilisés dans les symptômes nerveux et les hypnogènes, type somnifène, administrés dans les cas d'agitation, de délire où l'insomnie est particulièrement rebelle. C'est donc le médicament de choix auquel le praticien pourra recourir chez les petits psychiques, chez tous les déprimés par préoccupation morbide ou surmenage psychique ou intellectuel.

LIVRES NOUVEAUX

Dépistage de la syphilis en pratique obstétricale et prophylaxie de la syphilis héréditaire (1), par P. RUDAUX et H. MONTLAUR.

Le petit ouvrage de MM. Rudaux et Montlaur se divise en trois parties.

La première est consacrée aux *généralités* : dépistage de la syphilis en pratique obstétricale, syphilis et gestation, syphilis ovulaire, etc. Elle ne manque pas de discuter et de rajeunir la loi de Colle, qui déclarait indemne la mère d'un enfant syphilitique sans voir qu'en réalité, elle était contaminée, et montre que les unions consanguines ne sont à redouter que si les conjoints sont syphilitiques. Dans la deuxième, est discuté le problème du *dépistage*. Problème souvent difficile à résoudre, et qui, d'ailleurs, ne se pose pas toujours de la même façon ! Il faut, en tout cas, l'étudier selon que ce dépistage est à faire au cours de la grossesse par la constatation d'albuminurie, d'hydramnios, d'une mole hydatiforme, ou parce que la grossesse est interrompue ; au cours de l'accouchement, gros œuf, gros placenta marronné, grossesse gémellaire univitelline, lésions spécifiques du nouveau-né, ou encore que, pour l'effectuer, on procède soit à l'examen général de la femme enceinte, de ses antécédents familiaux et obstétricaux, soit à des recherches sérologiques.

La troisième partie est d'ordre *prophylactique* et passe en revue les diverses méthodes aptes à prévenir l'hérédo-syphilis ou à en combattre les effets.

Excellent ouvrage, d'une lecture aisée et attachante, que M. le Dr Cavaillon, l'éminent chef de service de prophylaxie des maladies vénériennes au ministère de la Santé publique, a enrichi d'une éloquente préface.

L. BABONNEIX.

Diagnostic neurologique (1), par J. LÉVY-VALENSI.

Il y a quelque cinq ans, nous avions le plaisir d'annoncer aux lecteurs de la *Gazette* l'apparition de ce beau livre et de dire tout le bien que nous en pensions. Il a reçu, du grand public médical, un accueil si favorable qu'une nouvelle édition est devenue nécessaire. Loin de se borner à une simple reproduction, l'auteur a tenu à en revoir tous les chapitres, et sans en modifier l'ordonnance générale, à en compléter ou à en modifier quelques-uns. C'est dire qu'il signale quelques nouveaux réflexes, qu'il s'occupe plus en détail des néoplasies cérébrales et des compressions médullaires, aujourd'hui si à l'ordre du jour. Il n'oublie non plus ni les méthodes nouvelles d'exploration du sympathique, ni l'étude de la contracture, ni la mise au point de l'encéphalite épidémique, cette singulière affection aux manifestations si polymorphes.

Comment ne pas louer ce traité si nourri de faits, si bien présenté, et dont la lecture sera profitable, non seulement aux débutants, mais encore à pas mal de neurologistes vieillis sous le harnais? Libre à l'auteur, ce modeste entre les modestes, de se ranger, de propos délibéré, parmi ceux dont Sénèque a dit : « Ils sont si amis de l'ombre qu'ils « considèrent comme étant dans le tourbillon tout ce qui est « dans la lumière ! » Libre à lui de ne voir dans son ouvrage qu'un ensemble d'essais ! Comment ne point lui répondre que depuis Montaigne, le mot d'*Essais* a fait fortune et qu'il n'est pas donné à tous d'aspirer au titre d'essayiste, voire médical ? Qu'il le veuille ou non, le *Diagnostic neurologique* est l'œuvre d'un maître, et personne ne s'y est trompé.

L. BABONNEIX.

La gastrophotographie (1), par le docteur A. BÉCART. Préface de VICTOR PAUCHET.

Dans la préface qu'il a tenu à écrire pour l'ouvrage, le Dr Victor-Pauchet estime la gastrophotographie dorénavant indispensable et considère qu'elle est appelée à devenir d'un usage courant.

L'ouvrage du Dr A. Bécart, écrit dans un style clair, simple et précis, comprend deux parties distinctes : la première réservée à la description du Gastrophotor, à son emploi, à sa technique ; la seconde, à l'aspect purement médical de la question et à la manière de procéder aux prises de vues.

Outre de nombreuses illustrations et dessins schématiques, toute une série de clichés particulièrement éloquents renseigne le lecteur sur l'aspect photographique des différentes lésions et maladies de l'estomac ainsi que sur la vision des parois et muqueuses normales.

Une copieuse bibliographie française et étrangère termine ce livre qui se présente comme le manuel parfait de la Gastrophotographie et intéressera à ce titre, en les familiarisant avec cette méthode, tous les médecins et tous les chirurgiens spécialisés dans le traitement et les opérations de l'estomac.

L. G.

(1) *Concours méd.*, Paris, août 1930, n° 35.
(2) Collection Médecine et Chirurgie pratiques. In-18 de 146 p. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) Deuxième édition. In-8° de 646 pages avec 420 figures. — Paris, J.-B. Baillière.
(2) In-8 avec 99 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, N. Maloine.

Les dyspepsies nerveuses. Conceptions actuelles. Clinique. Thérapeutique (1), par MM. CHIRAY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et P. CHÊNE, médecin assistant à l'hôpital Saint-Antoine.

C'est une mise au point d'une question très ancienne en pratique courante. Les auteurs ont divisé cet ouvrage en trois parties distinctes.

Dans la première partie, ils délimitent le cadre de la dyspepsie nerveuse vraie et écartent ainsi les retentissements digestifs des affections nerveuses organiques et les retentissements nerveux des affections nerveuses organiques.

On doit distinguer sous ce nom, d'une part, les différents troubles de la digestion gastrique qui se trouvent liés à une altération fonctionnelle du système végétatif et, d'autre part, ceux qui se rattachent à une lésion organique du système cérébro-médullaire.

L'existence des troubles dyspepsiques au cours des atteintes nerveuses organiques est étudiée à fond dans la première partie de ce livre. Ceux-ci sont destinés à prendre une place de plus en plus importante dans la nosologie.

Dans une seconde partie, ils montrent l'importance croissante des dyspepsies nerveuses organiques liées à des lésions du cerveau, de la moelle ou des racines médullaires. Puis vient l'étude de la dyspepsie nerveuse proprement dite, celle où la dystonie végétative peut être suspectée à l'origine du trouble gastrique. Une troisième partie traite des règles diététiques et des médicamentations que l'on peut opposer à ces troubles.

L. G.

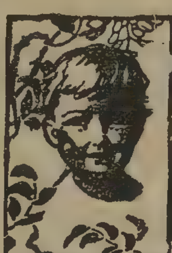
(1) Un volume de 240 pages. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 1er mars. — Jury : MM. Brindeau, président ; J.-L. Faure, Lenormant, Sergent. — M. JOANNIDÈS. Le cycle génital de la femme dans la pratique gynécologique. — M. KOHN. La césarienne abdominale dans l'éclampsie. — M. LE GALL. A propos du traitement de la grossesse interstitielle. — M. GUILLOT. Des formes graves d'arthrites aiguës post-traumatiques du genou. — M. THOMAZI. Le médecin et l'assurance sociale dans nos départements alsaciens.

Mercredi 2 mars. — Jury : MM. Clerc, président : Lemierre, Loeper, Vallery-Radot. — M. MURIDSANY. A propos d'un cas de pouls lent permanent. — M. FAVRE. Contribution à l'étude du traitement des infections méningococci-



350 Médecins écrivent...

Quelques centaines de praticiens ont bien voulu faire part de leurs observations après l'emploi du TOPHOL dans des cas généralement graves et rebelles de rhumatisme, goutte, sciatique, névralgies intercostales, lumbago, arthrite, douleurs d'étiologies diverses.

Troisième liste.

Observ. n° 174. — Il me paraît intéressant de signaler l'emploi du TOPHOL chez une femme atteinte de pleurite avec phénomènes douloureux rebelles, le résultat a été très net et particulièrement rapide. Dr E. C. à V. (Charente).

Observ. n° 176. — J'ai expérimenté le TOPHOL dans un cas de rhumatisme avec fièvre et fluxions articulaires. Son emploi a amené une chute rapide de la température et la disparition des douleurs remontant à plus d'un mois. Dr A. G. à T. (Ain).

Observ. n° 182. — Le TOPHOL a considérablement calmé la douleur violente des goutteux et des rhumatisants de ma clientèle. Résultats inespérés après nombreux emplois d'autres médicaments soi-disant spécifiques. Dr H. à Ch. (Pas-de-Calais).

Observ. N° 183. — Si soulager est le premier devoir du médecin, il devient facile avec le TOPHOL de remplir ce devoir, et de s'attirer en plus (chose rare) la reconnaissance des clients. Dr H. H. à A. (Indre).

Observ. n° 185. — Deux merveilleux résultats du TOPHOL : une sciatique rebelle disparue en six jours; une névralgie trifaciale datant de cinq mois, rapidement améliorée et les douleurs ont cessé complètement treize jours après. Dr H. à M. (Nord).

Observ. n° 191. — Trois cas où le TOPHOL m'a donné des résultats nettement favorables : sciatique chronique, rhumatisme chronique déformant et enfin lumbago ayant résisté à diverses médications. Dr J. à S. (Gard).

Observ. n° 194. — J'ai utilisé avec un succès inespéré les cachets de TOPHOL chez un malade atteint de sciatique rebelle à toutes les médications habituelles. La dose de 4 cachets par jour a été suffisante pour amener une amélioration durable. Dr G. J. à P. S. P. (L. Inf.).

Observ. n° 195. — Le TOPHOL a réussi à calmer les douleurs de névralgies faciales que pas mal d'autres drogues avaient laissé vivaces. Dr J. à M. (Haute-Saône).

Observ. n° 196. — Le succès du TOPHOL chez quatre de mes clients goutteux sédentaires et bien nourris, a été si brutal, si inattendu, que j'en ai eu quelque gloire. J'estime le TOPHOL très actif et très intéressant, et je saisis très bien l'importance de son origine française. Dr P. J. à L. (Dordogne)

Observ. n° 197. — Chez deux malades atteints, l'un de rhumatisme à l'épaule gauche, l'autre de névralgies intercostales et de douleurs rhumatismales à l'hémithorax droit, le TOPHOL a donné des résultats rapides et satisfaisants : prompte sédation de la douleur. Dr G. J. à S. Q. P. (Côtes-du-Nord).

Observ. n° 199. — Dans plusieurs cas de sciatique et de goutte, l'action sédative antithermique et antiphlogistique du TOPHOL a été très nette. Dr S. J. à M. L. (Seine).

(*A suivre.*)

Le Laboratoire du TOPHOL se fait un plaisir d'envoyer gratuitement à MM. les Docteurs échantillons médicaux et littérature. Prière de bien vouloir les lui demander : 3, rue Condillac, à Grenoble (Isère).

ques chez l'enfant. — M. MENDAILLES. Les bases physiologiques de la calcithérapie.

Samedi 5 mars. — Jury : MM. Achard, président ; Brumpt, Guillain, Huguenin. — M. WECHSLER. Le traitement des septicémies par les dérivés de l'acridine. — M. CASANOVA. Remarques sur l'épidémiologie du paludisme en Indo-Chine. — M. MOUGIN. Les complications neurologiques du syndrome de Keypel-Feil.

Mardi 1er mars (Thèses vétérinaires). — Jury : MM. Gougerot, président ; Tanon, Henry, Robin, Dechambre, Panisset. — M. FLAMENT. Staphylodémodécie canine. Rôle des lavages et des bains dans la généralisation de l'affection. — M. SUZEAU. Elevage au Niger. « La lutte contre la peste bovine (1925-1926). »

NOTES POUR L'INTERNAT

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT [1]

PRONOSTIC

Cette maladie est très grave chez le nourrisson. Elle est plus grave chez l'adulte actuellement où prédomine le méningocoque B qui est plus résistant à la sérothérapie. Elle est très souvent aggravée par le cloisonnement qui complique la technique thérapeutique et sur lequel on ne saurait trop insister.

DIAGNOSTIC

a) **Diagnostic clinique.** — Lorsqu'un sujet présente des signes méningés avec de l'herpès, des érythèmes et de la fièvre, il faut toujours penser à la M. C. S. Il faut éliminer chez l'enfant les affections gastro-intestinales, les réactions méningées, la pneumonie, la grippe à forme nerveuse, tous les syndromes méningés.

1. *Méningite otitique* (examen de l'oreille) ;
2. *Les réactions méningées au cours d'une infection générale ;*
3. *Les méningites à pneumocoques*, dont le diagnostic est fait au laboratoire ;
4. *Les formes méningées* des poliomyélites de l'encéphalite épidémique ;
5. *La méningite tuberculeuse*, diagnostic facile chez l'enfant, plus délicat chez l'adulte, où elle est tellement polyphorme ;

Le *tétanos* est un diagnostic surtout livresque.

En cas de méningite ventriculaire, c'est alors que le diagnostic peut surtout se poser avec la méningite tuberculeuse, l'abcès du cerveau, la tumeur du cerveau.

Lorsqu'il y a méningococcémie prédominante, la question qui se pose est de savoir s'il y a ou non méningite.

b) **Diagnostic de laboratoire.** — Dans le liquide céphalo-rachidien, on recherchera les méningocoques, les diplocoques en grains de café ne prenant pas le gram, le plus souvent intra-cellulaire et peu nombreux nécessitant une patiente recherche. On ne les trouve pas par simple frottis, il faut ensemencer le plus vite possible et abondamment plusieurs tubes de gelose-ascite avec le liquide de ponction, et l'on a en 24 heures des colonies bleutéeé arrondies et surélevées.

Dans le L. C. R., on note également l'hyperalbuminose, l'hypo ou l'aglycorachie, la présence de polynucléaires altérés, précédée ou suivie de lymphocytoses aux phases toute initiale ou de régression.

L'identification du méningocoque peut se faire :

a) *Soit directement par agglutination*, en présence de quatre sérums A. B. C. D. de préférence saturés, ce qui permet d'avoir une agglutination purement spécifique.

Elle peut également être complétée par la fermentation des sucres ; le méningocoque faisant fermenter le glucose et le maltose.

b) *Soit indirectement.* — Si l'on ne parvient pas à isoler le germe dans le L. C. R., on devra recourir à des moyens détournés : agglutination, fixation du complément, précipito-diagnostic.

La recherche des méningocoques dans le sang se fera par hémoculture sur bouillon ascite, dans le mucus rhino-pharyngé. Elle se fera chez les convalescents ou les porteurs de germes par ensemencements sur gélose ascite coulée sur boîte de Pétri après éliminations des autres hôtes habituels du rhino-pharynx.

TRAITEMENT

Ce qui est essentiel, c'est de porter le sérum au contact même des lésions, car il semble agir, en partie du moins, d'une façon directe.

L'on fera donc de la sérothérapie intra-rachidienne en mettant ensuite le malade en position déclive pour que le sérum remonte vers les centres nerveux en sens contraire du courant du L. C. R.

On aura au besoin recours à la ponction sous-occipitale ou à la ponction ventriculaire ou même au lavage ventriculo-spinal.

La sérothérapie d'abord polyvalente puis monovalente de préférence sera faite précocement et massivement par voie intra-rachidienne, la répéter jusqu'à ce que le L. C. R. soit devenu stérile, l'on s'entourera de toutes les précautions de la méthode de Besredka pour les réinjections.

On pourra compléter la sérothérapie intra-rachidienne par le sérum intra-musculaire, ou même éventuellement et avec toutes les précautions possibles, par le sérum intra-veineux.

Médications adjuvantes. — En cas d'échec de la sérothérapie, l'on pourra recourir à :

a. *la vaccinothérapie ;*

b. *la protéinothérapie*, injection de lait, abcès de fixation, isohémothérapie ;

c. *l'endoprotéinothérapie*, souvent très active, que l'on ne fera qu'après avoir interrompu la sérothérapie pendant trois ou quatre jours, et qui n'est efficace que lorsque la maladie n'est pas toute récente, mais évolue depuis quelques jours déjà.

d. *L'acryflavine* peut donner de brillants résultats par voie intra-veineuse, ou même et très prudemment, intra-rachidienne.

Il faut adjoindre à ce traitement l'isolement du malade, la désinfection de la gorge des porteurs de germes par la *Gonacrine*, et retenir qu'en matière de cérébro-spinale, il n'est point actuellement de thérapeutique toute-puissante et que des essais successifs sont non seulement utiles, mais souvent obligés.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 16, p. 289.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX (nomination). — *Interprétation de clichés.* — Séance du 17 février. — MM. Foubert, 12; Le Goff, 13; Marchand et Busy, 14; Moutard, 13; Devois, 14; Ordioni, 12; Nadal, 14.

Epreuve d'électrologie. — Séance du 20 février. — MM. Nadal, 14; Moutard, 13; Busy, 14; Foubert, 12; Le Goff, 13; Ordioni, 12; Marchand et Devois, 14.

Electrodiagnostic. — Séance du 26 février. — MM. Nadal, Marchand et Le Goff, 15; Foubert, 13.

HOPITAUX DE PROVINCE. — TOULOUSE. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Garipuy, Darnaud, Dambrin, Bergès, Cahuzac et Lasserre.

SANTÉ PUBLIQUE. — Le *Journal officiel* du 1er mars publie un décret relatif à la Commission de préservation des maladies vénériennes, à son fonctionnement et à sa composition.

DÉFENSE NATIONALE. — MARINE. — Un concours pour l'emploi de prosecteur à l'Ecole annexe de médecine navale de Brest aura lieu dans ce port le mardi 4 octobre 1932.

Jury d'examen. — Président : M. le directeur du Service de santé de la 2e région maritime.

Membres : MM. Solcard, médecin en chef de 2e classe, chirurgien des hôpitaux maritimes; Rolland, médecin de 1re classe, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Membre suppléant : M. Morvan, médecin de 1re classe.

Ce concours aura lieu dans les conditions fixées par les décrets et arrêtés des 20 et 22 décembre 1930, réglementant l'enseignement dans les écoles de médecine navale.

Les médecins de 1re classe qui réuniront, au 1er octobre 1932, au moins six mois d'embarquement effectif dans ce grade, pourront être admis à concourir pour ledit emploi.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES de 1932 se tiendront, comme celles de 1931, dans les locaux de l'Université libre de Bruxelles, avenue des Nations, qui viennent d'être mis à la disposition du Comité par le Conseil d'administration de l'Université.

Elles auront lieu du 25 au 28 juin, sous la présidence de M. le professeur Fernand Héger, administrateur de l'Université de Bruxelles, membre de l'Académie royale de médecine.

Le docteur Etienne Burnet, délégué de la France au Comité d'hygiène de la Société des Nations, fera la conférence inaugurale.

LES VOIX LATINES. — CONFÉRENCES INTERNATIONALES DE L'UMFIA. — M. le professeur E. Forgue, membre correspondant de l'Institut, fera le samedi 12 mars, à 21 h. précises, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, une conférence sur « La médecine espagnole, esquisse de son histoire ».

Cartes d'invitation chez MM. les docteurs Dartigues, 81, rue de la Pompe; Baillière, 19, rue Hautefeuille, et Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

GALA DE LA MÉDECINE PARISIENNE. — Le Gala de la Médecine parisienne, qui aura lieu le 15 mars au Lido des Champs-Elysées, au profit de la caisse de secours de l'Association corporative des étudiants en médecine, promet d'être particulièrement brillant.

Outre le dîner dansant avec deux orchestres et intermèdes attractions, le Gala comportera un défilé de mannequins : « Les élégances de la maladie » et un sketch médical inédit « Radio-consultation » interprété par Jean Marsac et Colette Andris.

Le Gala est déjà assuré en outre du gracieux concours de vrais artistes, tels que Maud Loty, Alanova, Georgia Graves, Emmy Magliani et Terence Kennedy, Tony Gregory, le chef indien Os-Ko-Mon, Margaret Severn, Clotilde Vail, Victor Prahl, etc.

Rappelons que le prix de la carte est de 150 fr. (dîner, taxes et service compris). Pour la bonne organisation, on est prié de retenir les places le plus tôt possible et avant le 8 mars : 8 *bis*, rue de l'Arrivée (XVe), Littré 72-02.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur A. Le Dantec (de Bordeaux). M. A. Le Dantec, ancien médecin de la marine, occupa dès 1892 la chaire de médecine coloniale et de clinique des maladies exotiques de la Faculté de médecine de Bordeaux. On lui doit d'innombrables travaux de neurologie, de bactériologie et de clinique exotique. Son *Précis de pathologie exotique* est resté classique. M. A. Le Dantec était le beau-frère de M. le professeur J. Abadie à qui nous adressons l'expression de nos très vives condoléances.

TECHNIQUE SANITAIRE

LE CHAUFFAGE DES SALLES D'OPÉRATIONS PAR PANNEAUX CHAUFFANTS

Il y a un peu plus d'un an, notre collègue F. Jayle faisait à l'Académie de médecine (10 juin 1930) une communication sur le problème du chauffage dans les hôpitaux, les écoles, les administrations et les grands immeubles d'habitation. Il montrait que l'on doit maintenant bannir le chauffage au charbon et ses fumées et les remplacer par l'électricité, dont le prix est encore trop élevé, et surtout par le mazout.

Sa communication montrait surtout l'intérêt qu'il y a à remplacer le chauffage actuel avec radiateurs par les panneaux chauffants encastrés dans le sol, dans les plafonds ou dans les murs. On substitue ainsi à la chaleur par convection qui est celle des radiateurs actuels la chaleur par rayonnement. « Le panneau chauffant émet des rayons caloriques qui s'irradient à la façon des rayons solaires, d'où une chaleur plus douce, plus régulière, plus hygiénique. La chaleur, au lieu d'être accumulée en un point, est diffusée en grande surface. Avec les appareils de chauffage ordinaires, la température du haut de la pièce est supérieure en général de 4° à celle du bas, tandis qu'avec le panneau chauffant, la différence oscille autour de 1°. » (Jayle, loc. cit.)

C'est sur ces données que M. Jayle a réalisé dans sa propre maison une installation remarquable par panneaux chauffants à circulation accélérée.

Tout dernièrement, M. Brunswick, ingénieur E. C. P., a fait à l'*hôpital de Monaco dans la salle d'opérations*, une application très réussie des mêmes principes.

Le chauffage de la salle est constitué par des panneaux en fonte s'assemblant jointivement les uns les autres et régnant à la partie inférieure de la salle d'opérations sur une hauteur d'environ 80 centimètres. Ces panneaux en fonte sont parcourus par de l'eau chaude, leur température extérieure est uniforme et, par suite de la grande surface de déperdition, très douce. (L'eau ne dépasse pas 40 à 50°.) Le raccordement entre ces surfaces et les murs est fait par des moulures en bois ou en fer, et l'ensemble est peint d'une teinte uniforme. Aussi, au premier examen, on ne peut voir aucun appareil de chauffage, et ce n'est qu'en regardant attentivement qu'on s'aperçoit qu'il y a un lambris tout autour de la salle d'opérations.

Le chauffage ainsi réalisé est inattaquable au point de vue de l'hygiène de la salle, puisqu'il ne présente aucune aspérité pouvant retenir les poussières, en outre, il est extrêmement confortable et uniforme car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, il agit surtout par rayonnement et non par convection.

L'installation de M. Brunswick est, à notre connaissance, la première de ce genre réalisée dans une salle d'opérations. Il était intéressant de la signaler au moment où le Congrès de technique sanitaire ouvre ses portes à Lyon.

F. L. S.

CROISIÈRE MÉDICALE DE PAQUES 1932. — Le Comité des Croisières médicales françaises est heureux d'annoncer au Corps médical les avantages nouveaux et exceptionnels qu'il a pu leur obtenir pour sa Croisière de Pâques 1932.

Le grand paquebot *Mexique* de 15.000 tonnes, affrété spécialement par la Compagnie générale transatlantique, partira de Saint-Nazaire le dimanche des Rameaux, 20 mars, pour Vigo (visite de Saint-Jacques de Compostelle), Cadix (excursion à Séville, la Semaine Sainte), Madère, les Iles Canaries, Ténériffe, Las Palmas, les ports du Maroc : Casablanca, Rabat, Salé; enfin Lisbonne pour être de retour à Saint-Nazaire le 4 avril.

Un ajustement méthodique des tarifs permet d'offrir des passages en 1re classe à partir de 2.500 fr. pour une Croisière de 16 jours; en classe touriste (2e classe des traversées ordinaires) réservée plus spécialement aux jeunes : 1.900 fr.

Il est réservé vingt bourses de 1.000 fr. chacune aux élèves des hôpitaux de Paris et de province.

La souscription à l'ensemble des excursions à terre n'excédera pas 1.000 fr., chacune pouvant être choisie et réglée séparément.

Le doyen de la Faculté de médecine de Paris, M. le professeur Balthazard, présidera la Croisière de Pâques, entouré de nombreux professeurs de Paris et de province qui ont déjà retenu leur passage.

Littérateur et médecin, Luc Durtain a bien voulu se charger de la partie littéraire et anecdotique du voyage; en quelques causeries il rappellera pendant les jours de traversée les légendes, l'histoire et la civilisation des pays parcourus.

Pour tous renseignements s'adresser au Comité des Croisières médicales françaises, 9, rue Soufflot, à Paris. Téléphone : Odéon 20-63.

Les demandes seront classées d'après leur ordre d'inscription.

REVUE GENERALE

LES SYNDROMES HYPOPHYSAIRES

Par M. le docteur CH. DEJEAN (Montpellier),

Définition. — Les syndromes hypophysaires apparaissent à la suite d'une altération de la glande pituitaire et sont la conséquence de l'hypertrophie de la destruction de la glande elle-même ou de lésions du voisinage. Parmi les signes qui les constituent, les modifications visuelles tiennent une place primordiale.

Le rappel de notions anatomiques est utile à l'intelligence de cette question.

SITUATION, CONSTITUTION ET RAPPORTS DE L'HYPOPHYSE

Situation. — L'hypophyse, ou glande pituitaire, est un petit organe globuleux, ovalaire, de couleur grisâtre, logé dans la selle turcique et relié au plancher du troisième ventricule par la tige hypophysaire. Son poids moyen est de 0 gr. 60. Elle est entourée d'un cadre ostéo-membraneux, constitué par les parois osseuses de la selle turcique, creusée dans le corps du sphénoïde ; au-dessus, la tente de l'hypothyse ; sur les côtés, les sinus caverneux.

Constitution. — L'hypophyse est formée de deux lobes, d'origine, de structure et de fonction différentes : l'antérieur et le postérieur.

Le lobe antérieur est le plus gros. C'est une glande à structure épithéliale. Il dérive embryologiquement d'un prolongement de la muqueuse du pharynx, connu sous le nom de poche de Ratke. Ce diverticule est ensuite séparé de sa base d'implantation pharyngienne par la soudure des deux moitiés du corps du sphénoïde. Le pédicule est détruit et son cul-de-sac terminal reste dans la selle turcique où il forme le lobe antérieur. Son origine buccale, son mode d'évagination, son produit de sécrétion même, rapprochent cette glande de la thyroïde. Elle n'a pas de canal excréteur et déverse ses produits dans le torrent sanguin. C'est donc une glande à sécrétion interne. On ne connaît pas encore le mécanisme de la sécrétion ni son mode d'excrétion, et ses fonctions trophiques et plastiques sont discutées.

Le lobe postérieur a une origine et une nature nerveuses. Il est constitué embryologiquement par une évagination de l'infundibulum. C'est une dépression de la paroi du troisième ventricule, qui s'est effilée, pédiculisée (tige hypophysaire) et finalement accolée à la face postérieure du diverticule pharyngé. Son volume est inférieur à celui du lobe antérieur.

Rapports. — La glande pituitaire est tout entière enveloppée d'une lame fibreuse, dérivée de la dure-mère, qui lui forme un toit, la tente hypophysaire, percée vers son milieu pour laisser passer la tige qui la relie à l'infundibulum, un plancher, figuré par le périoste de la selle turcique, et des côtés, parois fibreuses du sinus caverneux.

Sa portion antéro-supérieure et supéro-latérale, est en rapport immédiat avec le chiasma optique qui repose sur elle, ou plutôt sur sa couverture fibreuse. Le chiasma la sépare de la face inférieure des lobes frontaux ; il embrasse dans son angle postérieur la tige pituitaire.

L'hypophyse est entourée de vaisseaux de gros calibre ; à part les sinus caverneux, on trouve sur les côtés l'artère carotide, plus haut et en avant, les artères cérébrales antérieures, passant au-dessus des angles antérieurs du chiasma. Elle est encore cernée en avant et en arrière par le sinus coronaire.

Les nerfs qui se rendent à l'orbite en cheminant dans la paroi du sinus caverneux ou à proximité, peuvent être intéressés par une glande hypertrophique : moteur oculaire commun, moteur oculaire externe, pathétique et ophtalmique.

Les rapports avec le tuber cinereum sont particulièrement importants et fréquents. Il est rare que les altérations de l'une ne retentissent pas sur l'autre. C'est pourquoi les symptômes morbides qui en résultent ont été attribués successivement à ces deux formations. Il en résulte une certaine confusion sur la délimitation de leurs fonctions respectives. Malgré de multiples recherches, l'accord n'est pas encore fait sur la part qui revient à l'infundibulum. Aussi doit-ou encore décrire des syndromes infundibulo-hypophysaires.

Structure. — Sur une coupe antéro-postérieure de l'hypophyse on distingue d'abord nettement le lobe antérieur, glandulaire, du lobe postérieur, nerveux, séparés par une substance intermédiaire.

Le lobe glandulaire est constitué par des cordons de cellules, laissant parfois entre elles une petite lumière qui leur donne une disposition vaguement acineuse. Ces cellules ont une colorabilité différente ; d'où leur aspect bigarré sur les coupes colorées. Les unes chromophobes, c'est-à-dire peu colorables, sont groupées dans une région où elles forment un véritable lobe chromophobe, habituellement petit, mais hypertrophié pendant la grossesse (relation avec l'ovaire). Les acini renferment une substance colloïde.

La substance intermédiaire est représentée par de grandes vésicules souvent ciliées et remplies d'un coagulum, groupées à la limite de deux lobes.

Le lobe nerveux contient du tissu névroglique et des éléments irréguliers, pigmentés, qui représentent probablement des cellules nerveuses dégénérées. Il est peu vascularisé. Il renferme en outre des cellules épithéliales, surtout nombreuses autour de l'insertion de la tige. On y trouve enfin des masses hyalines peu colorables, légèrement basophiles, qui sont les témoins de sa nature neuro-glandulaire.

PHYSIOLOGIE

Le rôle physiologique de l'hypophyse n'est pas encore nettement défini. Il y a cependant un grand nombre de notions solidement établies.

La destruction de l'hypophyse chez des animaux jeunes arrête le développement du squelette avec souvent arrêt concomitant des caractères sexuels. En revanche, l'alimentation de batraciens avec de l'hypophyse de bœuf favorise leur développement.

Mais l'expérimentation a poussé plus loin l'analyse et séparé l'action des lobes antérieur et postérieur.

Lobe antérieur. Des rats, soumis à l'ingestion de poudre de lobe antérieur, *augmentent de taille* et développent leurs caractères sexuels. Des salamandres larvaires, nourries avec du lobe antérieur, deviennent géantes. Le développement de la taille et des caractères sexuels paraissent donc sous l'influence du lobe antérieur de l'hypophyse et sa destruction, en effet, conduit les jeunes animaux, ou même les enfants (en cas de tumeur par exemple), au nanisme et à l'infantilisme.

Le lobe antérieur est une glande active. Nous en avons décrit les cellules variées différenciées et les lacs de substance colloïde qu'elles sécrètent.

Br. Robertson avait isolé la *téthéline*, extrait actif du lobe antérieur ; mais ce n'est pas un produit homogène ; elle n'est douée d'aucune spécificité (Drummond). Les expériences plus récentes d'Uhlenhuth confirment pourtant dans le lobe antérieur la présence de substances capables de stimuler la croissance. Coutière met en doute l'action hormonale du lobe antérieur. Mais diverses expériences et observations constituent des faits précis. Récemment, Payenneville et Cailliau (1931) en ont rapporté une des plus typiques. Certaines observations cliniques même démontrent son action sur la taille et sur la régression du syndrome adiposo-génital (Kestner, Liebeschutz-Plaut et Schadow). L'ingestion d'hypophysine antérieure a donné quelques résultats thérapeutiques remarquables, mais inconstants.

L'action sur l'appareil génital est assez bien démontrée. Lang et Evans pratiquent chez des rats pubères des injections intra-péritonéales d'extrait de lobe antérieur et voient ces rats grandir plus vite que des témoins. Leurs ovaires doublaient de volume avec surabondance de corps jaunes ; mais l'utérus restait petit et l'ovulation et les phases du rut devenaient plus rares.

Les expériences de Smith, de Zondek, de Ascheim montrent au contraire une action favorisante sur l'ovulation et le rut. Tout se passe comme si la sécrétion ovarienne de l'hormone qui déclanche ces phénomènes était réglée et stimulée par une sécrétion du lobe antérieur de l'hypophyse. L'évolution des follicules et la maturation de l'ovule seraient sous la dépendance directe de cette sécrétion. Cependant, on ne trouve pas l'hormone du lobe antérieur dans le sang, sauf pendant la grossesse, après le quatrième mois.

Cliniquement, Kestner cite plusieurs observations en faveur d'une telle action. Sous l'influence d'extrait pituitaire antérieur, un jeune garçon a gagné 17 centimètres de taille en 4 ans ; ses testicules augmentaient de volume ; son instinct génital et ses caractères sexuels s'éveillaient ; en même temps apparaissaient les premières érections, suivies d'éjaculation.

Le lobe antérieur de l'hypophyse paraît jouer un *rôle important dans le métabolisme et spécialement dans l'obésité.* Nous savons que l'ablation de l'hypophyse chez l'animal déclanche l'adiposité du syndrome de Babinski-Froelich. L'étude du métabolisme basal a fourni des résultats beaucoup moins constants que pour la thyroïde. Il est souvent exagéré dans l'acromégalie, normal ou un peu faible dans les syndromes adiposo-génitaux, généralement abaissé dans la cachexie hypophysaire. Mais il n'obéit pas à des lois fixes.

En revanche, l'action d'un repas riche en protéines sur les échanges gazeux, que Rubner appelle « action spécifique dynamique des albumines », a conduit à des résultats fort intéressants.

Kestner et son Ecole s'est spécialement attaché à cette question depuis 1922. Il a trouvé que l'action spécifique dynamique est très marquée et presque constante dans l'obésité du syndrome adiposo-génital hypophysaire. Elle est très affaiblie, au contraire, dans la cachexie hypophysaire (maladie de Simmonds), dans l'infantilisme hypophysaire et chez les animaux hypophysectomisés (Knipping). Kestner constate en outre qu'un extrait de lobe antérieur du commerce, pris en ingestion procure toujours un relèvement des échanges gazeux après les repas. L'influence sur l'action spécifique dynamique est une action chronique, lente, mais sûre, qui s'exerce non seulement chez les adipo-génitaux, mais chez les sujets normaux. De là le rôle que Kestner attribue à l'hypophyse dans l'obésité.

« Toute obésité, dit Plaut, son élève, dont l'origine thyroïdienne ne fait pas sa preuve par l'abaissement du métabolisme basal et par la conservation d'une action spécifique dynamique à peu près normale, relève d'une insuffisance hypophysaire. » La thérapeutique hypophysaire semble donc mériter une plus large utilisation dans l'obésité.

Enfin, la maladie de Simmonds, cachexie hypophysaire grave, a été guérie à plusieurs reprises par l'administration d'extraits pré-hypophysaires. Il faut citer à ce propos les trois observations typiques de Reye (de Hambourg), et le travail de H. Bernardt (1930).

Lobe postérieur. — L'extrait de lobe postérieur, plus étudié que le précédent, a fait preuve d'actions variées et multiples au cours des expériences. En voici l'énumération : action sur la pression artérielle (Schafer et Vincent, 1879) ; action sur la diurèse (Magnus et Schafer, 1901) ; action sur les fibres lisses de l'utérus (Dale, 1906) ; pouvoir hyperglycémiant (Borchardt, 1908) ; pouvoir coagulant (P. E. Weil, 1909) ; pouvoir galactogue (Ott et Scott, 1910) ; pouvoir mélano-phoractif (Spaeth, 1918) ; pouvoir hydratant (Biasotti, 1923) ; action sur les lipides (accumulation d'acides gras dans le foie (Coope et Chamberlain, 1925).

Les auteurs américains sont arrivés à séparer dans l'extrait de post-hypophyse une « hypophamine α », douée de propriétés ocytociques, c'est-à-dire agissant sur le muscle utérin, de l' « hypophamine β », hypertensive et diurétique, 80 fois plus active que la poudre hypophysaire, la première étant aussi 150 à 200 fois plus active que cette poudre.

L'unité de mesure de l'activité des préparations de lobe postérieur correspond à 0 milligr. 5 de poudre de lobe extraite par Voeglin à l'aide de l'acétone. Elle a reçu le nom d'*unité Voeglin.*

L'hypophamine α, préparée et purifiée par les procédés modernes, n'agit plus sur la tension artérielle, ce qui permet de l'utiliser pour hâter l'expulsion du fœtus pendant l'accouchement, à la dose de 2 à 5 unités. Il y a deux contre-indications absolues : 1° l'hypertonie utérine avec contractions permanentes ;

2° l'existence d'un obstacle matériel s'opposant à l'expulsion. Elle doit être réservée aux accouchements qui traînent en longueur, car elle fait naître des contractions utérines énergiques et pendant une période assez brève. On peut l'utiliser aussi en injections intra-utérines au cours des opérations césariennes.

L'action hypertensive et *vaso-constrictive* sont utilisées avec succès aux lieu et place de l'adrénaline dans l'anesthésie locale des muqueuses, quand on redoute des hémorragies, et aussi dans le traitement de l'asthme.

L'action antidiurétique est la plus utilisée. M. Labbé fait tomber la diurèse d'un diabétique de 13 litres à 450 centicubes en injectant sous la peau 2 milligr. d'*hypophamine* β purifiée par son procédé. Ceci permet d'agir vite et sans multiplier le nombre des injections dans le diabète insipide. D'ailleurs on peut absorber la poudre en prises nasales répétées 6 fois par 24 heures ; l'efficacité est encore très remarquable.

Gley met en doute le caractère hormonal de l'extrait de post-hypophyse parce qu'il n'a pu le retrouver dans le sang. Cependant sa présence in vivo ne peut guère être mise en doute. D'abord les propriétés de ces extraits sont bien spécifiques ; c'est-à-dire qu'on ne les retrouve dans aucun autre organe à ce degré. Puis le mode d'action des extraits purifiés est analogue à celui des autres hormones. Ainsi la rétro-pituitaire agit sur le diabète insipide de la même façon que l'insuline sur le diabète sucré.

Enfin, Knauss (1930) a fait ressortir que la présence d'un corps jaune dans l'ovaire rend l'utérus insensible à l'action ocytocique de la post-hypophyse. Pendant la grossesse, sous l'influence du corps jaune gestatif, toute action contractile est suspendue, c'est pourquoi l'utérus reste mou. A la fin de la grossesse, l'utérus retrouve sa sensibilité aux extraits hypophysaires à cause de la dégénérescence du corps jaune, les contractions deviennent possibles. Il y a donc entre l'ovaire et la rétro-pituitaire une merveilleuse et opportune synergie. La valeur hormonale physiologique de la rétro-pituitrine est ainsi mise en évidence.

ÉTUDE SÉMÉIOLOGIQUE

Diverses altérations de l'hypophyse. — La glande pituitaire peut donner naissance à une tumeur qui détruit plus ou moins son parenchyme, altère ses fonctions et comprime les organes voisins, notamment le chiasma. L'espèce la plus fréquente de ces néoplasies est l'adémone, d'après Cushing. Certains d'entre eux subissent la dégénérescence kystique.

La tumeur qui envahit l'hypophyse peut venir d'un organe voisin, débris de la poche de Ratke, méninges, sinus sphénoïdal. Des anévrysmes de la carotide interne ou de ses branches, des gommes syphilitiques, des tubercules, peuvent comprimer secondairement le corps pituitaire et provoquer finalement les mêmes symptômes que les hyperplasies de la glande.

L'hérédo-syphilis intervient fréquemment chez les nouveau-nés et les nourrissons. Elle provoque diverses altérations vasculaires, cellulaires, de la prolifération conjonctive, des gommes biliaires, des foyers de nécrose. Sabrazès et Duperié y ont trouvé des tréponèmes en abondance.

Plus rarement, on observe des tumeurs malignes, adéno-sarcomes, épithéliomes, enfin l'hyperplasie et la sclérose du lobe antérieur.

Les signes qui peuvent apparaître comme conséquence de ces diverses lésions seront rangés en deux catégories : 1° les symptômes trophiques, 2° les signes oculaires par lésion du chiasma.

I. — Symptômes trophiques. — 1° SYNDROME D'HYPERTROPHIE STATURALE ET D'HYPERCROISSANCE. — Chez l'adulte, l'hypercroissance démesurée aboutit au gigantisme, caractérisé par une taille excessive et une dysharmonie morphologique.

Le *gigantisme infantile* se reconnaît à la persistance de certains caractères de l'enfance après la puberté.

Le gigantisme acromégalique présente les signes de l'acromégalie que nous verrons plus loin.

Le gigantisme passager, ou dystrophie des adolescents de Hutinel, est une croissance exagérée, plus rapide qu'à l'état normal, escortée de tout un ensemble de troubles dystrophiques. Les membres inférieurs sont trop longs, le thorax trop étroit, le poids insuffisant. Ces grands enfants sont chétifs, peu robustes, anémiques. Leur cœur est hypotone et un peu dilaté, leur pression basse, les mains froides et cyanosées. La fatigue et les céphalées apparaissent fréquemment. La puberté et la menstruation sont retardées.

2° SYNDROME D'HYPOTROPHIE STATURALE. — *Le nanisme* hypophysaire diffère du nanisme myxœdémateux par la conservation de l'harmonie morphologique. Ce sont des adultes « vus par le gros bout de la lorgnette ». C'est le nanisme pur. Mais il peut dans certains cas être entaché d'hypotrophie génitale, de déformation acromégalique, ou d'obésité.

3° SYNDROME ACROMÉGALIQUE (ακρον extrémité, μεγας grand) est une affection de l'adulte, décrite par Pierre Marie en 1885, et qui peut être associée à l'hypertrophie ou à l'hypotrophie staturales. « L'acromégalie est le gigantisme de l'adulte, et le gigantisme est l'acromégalie de l'adolescent » (Brissaud et Meige).

Le début est insidieux, parfois marqué par de la céphalée, des troubles visuels, des défauts de mémoire, trahissant la présence d'une tumeur hypophysaire à son début.

Après une période d'acromégalie fruste, souvent méconnue, apparaissent les signes caractéristiques : mains larges, en battoir, pieds épaissis, visage allongé, gros nez, front bas, lèvres épaisses, menton proéminent, langue énorme, pommettes et rebord orbitaire saillants, crâne peu modifié ; saillie de la protubérance occipitale. La colonne vertébrale est le siège d'une cyphose cervico-dorsale. La radiographie révèle l'épaississement des os, avec cartilages conjugaux normaux ou soudés prématurément. La puberté est nulle ou anormale quand l'affection survient auparavant.

On peut observer chez les acromégales, du gigantisme, du nanisme parfois, et aussi de l'obésité, de la polyurie et des signes de myxœdème ou de basedowisme. On peut voir enfin des acromégalies passagères comparables à la dystrophie des adolescents.

Les lésions constantes, caractéristiques, de l'acromégalie, sont, d'après Cushing et Davidoff (1927) : 1° l'hypertrophie du système mésodermique ; 2° la splanchomégalie, portant surtout sur le foie et le rein; 3° les altérations poly-glandulaires avec tendance à la formation d'adénomes (thymus, thyroïde, parathyroïdes, surrénales, pancréas) ; 4° l'hyperplasie des cellules acidophiles de l'hypophyse avec formation ou non d'adénome.

Au point de vue pathogénique, une seule théorie est actuellement soutenable, celle qui attribue l'acromégalie au développement initial de l'adénome ou de l'hyperplasie des cellules acidophiles du lobe antérieur de l'hypophyse.

4° Syndrome adiposo-génital. — Babinski, en 1900, et Froelich, en 1901, ont décrit un syndrome clinique caractérisé par l'obésité, l'aplasie des organes génitaux et des troubles cérébraux et oculaires, syndrome attribué à des tumeurs de l'hypophyse.

Il apparaît généralement dans l'enfance ou la jeunesse, chez les filles aussi bien que chez les garçons, parfois chez l'adulte. L'âge de prédilection est de 10 à 15 ans.

Le syndrome au complet se manifeste par les signes habituels de tumeur intra-cranienne, notamment la céphalée et les troubles oculaires. Il peut y avoir des crises épileptiformes et des troubles intellectuels. mais les deux caractères typiques sont l'obésité et les troubles génitaux.

L'obésité est remarquable, et peut atteindre 81 kilos chez une fillette de 10 ans. La graisse envahit tout le corps, surtout les cuisses, les fesses, les hanches, et d'une manière élective le bas-ventre (Maranon). La taille est variable. La peau est blanche, froide, sèche, et peut quelquefois rappeler celle des myxœdémateux. Les extrémités sont froides, cyanosées.

Les *troubles génitaux* sont caractérisés par une absence de poils au pubis et aux aisselles, et une dystrophie sexuelle. Chez les filles, les règles sont tardives et irrégulières, souvent supprimées, rarement exagérées. Chez les garçons, la verge et les testicules restent petits. L'ectopie testiculaire est fréquente. Les caractères sexuels secondaires, le désir sexuel, les érections, sont absents. Ils gardent un type efféminé.

Le syndrome adiposo-génital peut se rencontrer ailleurs que dans les troubles hypophysaires, notamment dans les altérations de la thyroïde, de l'épiphyse, des surrénales, des glandes sexuelles. Il faut savoir d'ailleurs que l'obésité s'accompagne habituellement de troubles sexuels. Enfin ce syndrome peut être associé à l'acromégalie, au gigantisme, au nanisme, au myxœdème, aux scolioses, etc...

5° Diabète sucré. — D'après P. Marie, il s'observe souvent dans les lésions hypophysaires ; il apparaît dans un tiers des cas d'acromégalie. La quantité de sucre est souvent énorme. Jadis considéré comme une conséquence directe de la lésion glandulaire, il est rattaché maintenant par la plupart des auteurs à la lésion par compression d'un centre glycogénétique infundibulaire. Cependant les recherches de W. M. Yater, à la Clinique Mayo (1928) tendent à rapprocher le diabète acromégalique du diabète sucré banal. L'hypophysectomie entraîne une augmentation de la tolérance de l'organisme pour le sucre. L'injection d'extrait hypophysaire détermine de l'hyperglycémie transitoire et de la glycosurie. Il prévient et améliore l'hypoglycémie déclanchée par une injection d'insuline. Il semble donc que l'extrait d'hypophyse et l'insuline soient deux substances antagonistes, l'une hyperglycémiante, l'autre hypoglycémiante, dont l'action et la quantité respectives règlent le métabolisme du sucre.

6° Diabète insipide. — Il est caractérisé par une polyurie permanente et abondante, sans glycosurie. La polyurie peut atteindre 15 et 20 litres par jour. Elle est souvent associée aux autres symptômes hypophysaires déjà décrits.

Ce signe paraîtrait devoir être rattaché à une compression du tuber cinereum. Mais la question est encore discutée et l'action de l'hypophyse paraît actuellement prédominante (Trendelenburg, Jansen, 1928).

7° Cachexie hypophysaire. — La cachexie hypophysaire se traduit par une émaciation extrême, avec asthénie et parfois sénilité précoce. Elle coïncide avec une destruction totale de l'hypophyse. Elle pourrait être confondue avec la période cachectique du cancer ou de la tuberculose.

Un sujet, souvent jeune, est pris assez rapidement de soif constante, de céphalée, asthénie, et cachexie chronique progressive ; le visage se ride ; chute des dents, des cheveux et des poils ; arrêt de la menstruation, diminution de volume des organes, apathie, somnolence, vertiges et syncopes, œdèmes et mort dans le côma. Les dernières autopsies ont démontré que la destruction du lobe antérieur suffit à la déterminer (Fraenkel, 1916 ; Simmonds, 1918 ; Bostreom et Fahr, en 1918 ; Schereschewsky en 1927).

II. — **Symptômes oculaires.** — Ils sont fréquents, précoces, importants. La recherche du champ visuel a une valeur diagnostique et pronostique considérable. Ses modifications trahissent l'évolution de l'affection et sont la pierre de touche de l'efficacité du traitement.

Historique. — Ils ont été étudiés par Roger (1823), Magendie (1828), Pierre Marie (1886), Schutz (1889), qui indique la valeur de l'hémianopsie temporale. Plus récemment, De Lapersonne et Cantonnet, Pechdo, dans sa thèse, Béclère, Cushing, Favory, ont mis en valeur certains côtés de la question.

Fréquence. — Les statistiques de De Lapersonne et Cantonnet, de Cushing, indiquent une grande fréquence 178 fois sur 207 cas, portant surtout sur l'hémianopsie bitemporale.

Apparition. — Ils apparaissent de façon très précoce, et sont fréquemment le premier symptôme, et comme le succès de l'intervention est lié à sa précocité, le rôle de l'examen oculaire est primordial.

Voici les symptômes observés :

1° Hémianopsie bitemporale. — L'hémianopsie bitemporale est le signe le plus caractéristique et le plus fréquent d'une lésion hypophysaire. Il traduit une altération de la région médiane du chiasma. Elle n'est

pas toujours régulière. Au contraire, la limite des hémichamps est rarement verticale, les lacunes ne sont pas symétriques, et cette irrégularité est fonction de la localisation et de la marche des lésions. Elle débute par la dyschromatopsie, et par un scotome qui grandit progressivement. Plus tard, apparaît la perte de la vision des formes et de la sensibilité lumineuse. Mais le rétrécissement peut rester localisé à un simple secteur bitemporal.

Hémianopsie bi-nasale. — La suppression bi-latérale de l'hémichamp nasal est exceptionnelle. Elle peut survenir comme simple évolution passagère d'une atrophie optique tabétique. On l'observe également par suite de lésion chiasmatique, et l'on admet l'action compressive des artères cérébrales antérieures sur les angles antéro-externes du chiasma. Mais cette pathogénie n'est pas constante et nous avons cité un cas où l'ostéopériostite des apophyses clinoïdes antérieures semblait exercer la compression causale. (*Archives d'Ophtalmologie*, 1930).

Hémianopsie latérale homonyme. — C'est une forme rare au niveau du chiasma. Elle correspond à une lésion d'un angle postérieur. Elle peut être plus ou moins complète et limitée à un simple quadrant ou déborder au contraire la ligne médiane et empiéter sur le champ hétéronyme comme dans une observation que nous avons récemment présentée (*Soc. Sc. Méd. de Montpellier*, 1931).

Troubles pupillaires. — La mydriase unie ou bi-latérale traduit une lésion du nerf optique. La réaction hémiopique de Wernicke peut donner des renseignements à condition d'utiliser un faisceau lumineux très limité (lampe à fente).

Lésions du fond d'œil. — On constate assez rarement la stase papillaire. Mais sa présence indique d'habitude une propagation de la tumeur hypophysaire du 3e ventricule ; elle commande donc une intervention rapide.

On peut observer quelquefois la névrite optique unilatérale, à marche lente. Mais l'atrophie de la papille est la lésion du fond d'œil de beaucoup la plus fréquente. Elle revêt la forme d'une pâleur du secteur nasal avec rétrécissement artériel, mais peut s'étendre à toute la papille. Cushing et Walker décrivent un aspect particulier de l'extrémité rétinienne du nerf qui serait phatognomonique des altérations du chiasma. La papille est pâle jaunâtre, comme cireuse ; c'est un aspect pré-atrophique, dû à l'ischémie ; il cesse avec la compression causale.

L'état de la vision est d'ailleurs souvent excellent avec une papille pâle et vice versa.

Acuité visuelle. — Longtemps indemne dans la plupart des cas, elle s'altère ensuite progressivement et finit par se perdre. Les altérations sont variées et irrégulières, liées à des poussées congestives de la tumeur qui compriment le chiasma. En tout cas il n'y a aucune corrélation précise à établir entre le rétrécissement du champ visuel, l'aspect de la papille optique et l'acuité visuelle.

Troubles oculo-moteurs. — Ils existent dans 25 pour cent des cas, et frappent surtout le nerf moteur oculaire commun, plus rarement le moteur oculaire externe. Les paralysies qui en résultent indiquent un débordement de la tumeur hypophysaire hors de la selle turcique et une compression de la paroi externe du sinus caverneux. De même l'ophtalmoplégie externe bilatérale a été parfois signalée, mais ne peut être provoquée que par une énorme tumeur débordant largement le cadre sellaire.

Exophtalmie. — L'exophtalmie est due à la compression du sinus caverneux quand elle est bilatérale, à la pénétration d'un prolongement de la tumeur dans la fente sphénoïdale quand elle est unilatérale. Elle est rare.

DIAGNOSTIC

Une hémianopsie plus ou moins régulière, du type bitemporal, associée aux divers syndromes hypophysaires, acromégalie, diabète insipide, syndrome adiposo-génital, indique avec netteté l'existence d'une lésion hypophysaire. Mais c'est surtout au début que le diagnostic est malaisé et très souvent méconnu. Or, c'est au début qu'il y a intérêt à le connaître. L'exploration très minutieuse du champ visuel est l'épreuve essentielle et le plus souvent révélatrice.

Plus tard, la radiologie montrera un élargissement de la selle turcique. L'élargissement est difficile à préciser quand il n'est pas très grand, car les dimensions de la selle sont très différentes suivant les âges et suivant les sujets. Quand il est très accusé, il est aisément constaté : la concavité sellaire paraît aplatie comme si on l'avait étirée d'avant en arrière ; ses rebords antérieur et postérieur sont reculés par compression persistante et usure osseuse, les apophyses clinoïdes sont modifiées et parfois résorbées. Dans ce type « ouvert » les apophyses clinoïdes postérieures sont habituellement détruites et la lame quadrilatère est amincie.

On observe encore le type de « selle effondrée » avec une lame quadrilatère qui n'est plus représentée que par un semis d'ombre. Enfin la selle peut être de forme normale mais hyperostosée. Le récent travail de M. Lamarque sur les types radiographiques des lésions hypophysaires fournit sur ce chapitre d'utiles précisions.

Le diagnostic différentiel devra se faire surtout avec les *tumeurs supra-sellaires* constituées le plus souvent par des « cranio-pharyngiomes », c'est-à-dire aux dépens de débris de la poche de Ratke. Selon Christiansen, le diagnostic est impossible avant l'opération. Mais les chirurgiens arrivent à le faire dans la plupart des cas. Cushing en donne le signe distinctif suivant : coexistence du syndrome chiasmatique avec une selle turcique normale à la radiographie ou altérée secondairement.

D'autre part, Van Bogaert (1930) insiste sur les symptômes révélateurs des cranio-pharyngiomes. On les voit plutôt chez les enfants ou les jeunes gens. Au syndrome chiasmatique toujours présent s'adjoignent les signes infundibulo-tubériens. La selle turcique est normale à la radiographie, et surmontée d'ombres calcifiées, typiques des vestiges Ratkiens. L'extension au voisinage est plus fréquente : le nerf moteur oculaire commun, l'hypophyse, le sinus sphénoïdal et même le naso-pharynx en bas, l'espace interpédonculaire et le faisceau pyramidal en arrière, peuvent être intéressés. Enfin, l'intégrité de la selle turcique n'est pas tou-

jours respectée ; le cas récent publié par Terrien et Charamis en est la preuve.

Donc la radiographie est précieuse pour faciliter la distinction entre les tumeurs sellaires, intra-sellaires, devrait-on dire, et les tumeurs supra-sellaires. Les premières altèrent constamment et assez précocement la selle turcique, les deuxièmes se développent en dehors et ne la modifient souvent pas ; quand elles surviennent, ces modifications sont tardives, secondaires à un envahissement de la selle par la tumeur.

Enfin l'association d'un ou plusieurs des symptômes dus à l'altération de la glande viendront étayer le diagnostic : gigantisme, nanisme, acromégalie, syndrome adiposo-génital, diabète, pour ne citer que les plus marquants. Nous savons qu'une bonne partie de ces syndromes est mise sur le compte des lésions du tuber cinereum ; mais les expériences récentes que nous avons rapportées prouvent que le rôle de l'hypophyse est beaucoup plus important, dans leur apparition, qu'on ne le pensait. Ils doivent donc être pris en considération pour le diagnostic de lésion hypophysaire.

ÉTIOLOGIE

Les diverses manifestations du syndrome hypophysaire peuvent apparaître à la suite d'un *traumatisme*, surtout par fracture de la base du crâne. Les chocs frontaux et occipitaux irradiés à la selle turcique entraînent d'habitude une lésion antéro-postérieure des faisceaux croisés du chiasma avec intégrité des fibres maculaires. Mais la section peut porter ailleurs, sur l'angle postérieur comme dans notre cas avec hémianopsie homonyme. Les chocs pariéto-temporaux créent des fissures transversales et des lésions variées.

Les *sinusites* postérieures sphénoïdales ou ethmoïdo-sphénoïdales dans quelques cas, retentissent sur l'hypophyse et le chiasma.

La *syphilis* infundibulo-tubérienne est rare. Mais les périostites, les gommes, les méningites plus ou moins localisées s'observent plus souvent.

La *sclérose en plaques*, l'encéphalite épidémique ont été mises en cause dans quelques cas. Mais la cause la plus importante est la *tumeur* de l'hypophyse ou de son voisinage.

Outre les tumeurs congénitales développées aux dépens des vestiges de la poche de Ratke on observe encore : 1° l'adénome hypophysaire, souvent kystique, bénin par son évolution, malin par sa situation. Relativement fréquent, il est heureusement radiosensible. 2° L'épithélioma de la glande est beaucoup plus rare. 3° Le sarcome prend plutôt naissance dans le voisinage. On l'a longtemps confondu avec le *méningiome* ou le *méningoblastome*. 4° Le méningoblastome est une tumeur à méningoblastes, c'est-à-dire à cellules matricielles des méninges, qui sont, d'après Masson, de souche gliale, et pourraient revêtir tantôt l'aspect épithélial, tantôt l'aspect conjonctif avec élaboration de collagène. Les anciens endothéliomes, les psammomes eux-mêmes, tumeurs sableuses nées du feuillet interne de la pie-mère, n'en sont que des variétés. 5° Le *gliome du chiasma* atteint la glande hypophysaire ; mais il altère de meilleure heure le champ visuel, et la vision, par atrophie optique. Enfin, il prolonge la courbe radiologique de la selle turcique vers l'orbite par érosion de l'entrée du canal optique. 6° Signalons enfin le rôle possible de tumeurs *inflammatoires*, gommes ou tubercules, ou *vasculaires*, anévrysmes de l'artère carotide surtout.

TRAITEMENT

Le traitement sera surtout étiologique. Il variera suivant que l'on aura affaire à une tumeur (chirurgical) ou à une déficience glandulaire partielle. Dans ce dernier cas, le traitement médical peut être utilisé avec fruit.

Traitement médical : opothérapie. — L'administration d'extrait hypophysaire n'avait d'abord guère donné que des déboires. Son effet est encore inconstant. Mais les résultats sont beaucoup plus actifs et plus évidents depuis que l'on a appris à isoler diverses substances et à les employer séparément. Nous avons cité à cet égard des observations convaincantes. L'administration de lobe antérieur favorise le développement du squelette et de l'appareil génital. Il influence le métabolisme des graisses. Le « préphyson » améliore les obèses et agit efficacement dans la maladie de Simmonds. Les essais thérapeutiques de M. Bernardt (1930) le démontrent. L'hypophamine α a des effets très réguliers sur la contraction de l'utérus ; elle est déjà couramment employée en obstétrique: L'hypophamine β peu utilisée encore pour la vaso-constriction paraît appelée à rendre de grands services pour réduire avec rapidité la diurèse des diabétiques (Labbé). Nous savons que ces dernières substances peuvent être utilisées en poudre prisée par le nez.

Les autres modes d'administration des extraits hypophysaires donnent des résultats variables. En général ces extraits doivent être introduits par voie hypodermique. C'est le procédé d'élection, souvent le seul efficace.

Par voie digestive, les résultats sont très inconstants. Les muqueuses de la bouche, de l'estomac, de l'intestin, du rectum, paraissent détruire des propriétés de l'hormone, sauf une certaine action sur l'utérus (Kraus, 1926).

Traitement radiothérapique. — Béclère en a réglé les modalités. Dans les cas, assez fréquents, d'un adénome, on peut espérer le meilleur effet de l'application des rayons X. Elle se fait sur le front, sur l'occiput et sur les tempes. Ce sont les « feux croisés » convergeant vers l'hypophyse. Les adénomes peuvent régresser en totalité avec amélioration progressive du champ visuel, des céphalées, des troubles génitaux. Mais souvent les résultats sont nuls et l'évolution de la tumeur subirait même une aggravation, un coup de fouet du fait de la radiothérapie.

Traitement chirurgical. — Il sera palliatif, dans les cas d'hypertension intra-cranienne où il faut intervenir d'urgence pour sauver la vision. La ponction lombaire ne suffit pas habituellement, il faut recourir à la trépanation décompressive.

L'opération transfrontale de Cushing et de de Martel est relativement dangereuse, mais est souvent la seule qui permettra d'escompter la guérison. Elle con-

siste dans l'extirpation radicale de la tumeur sellaire par large volet frontal, réclinaison de l'os frontal, soulèvement des lobes frontaux et mise à nu de la région sellaire. La technique et l'admirable instrumentation de de Martel la facilitent, notamment l'usage de son « coupe-crâne ».

L'intervention transphénoïdale de Hirsch paraît moins meurtrière. Elle a été pratiquée à plusieurs reprises par Bourguet avec succès définitif. La tumeur sellaire est abordée par voie nasale et sphénoïdale après effondrement du plafond du sinus. Mais en Amérique on tend à l'abandonner. Quelques spécialistes paraissent seuls autorisés à les pratiquer, car elle exige des procédés et une technique tout à fait particuliers. L'opération frontale de Cushing et de de Martel a l'avantage d'ouvrir un large jour sur la région hypophysaire ; elle permet de parer à toute éventualité, c'est-à-dire d'aborder aussi bien les formations supra-sellaires et parasellaires que les tumeurs sellaires proprement dites. Or, la détermination préalable de ces variétés est souvent incertaine et laisse place à l'erreur.

UN CAS D'ÉPILEPSIE PLEURALE SPONTANÉE

Par MM. Roger MIGNOT et Louis COUDERC.

Les crises épileptiques d'origine pleurale dites « spontanées », c'est-à-dire indépendantes de toute intervention sur la plèvre, sont très rares. Marchand, dans la riche bibliographie qui accompagne le travail paru ici même (*Gazette des Hôpitaux* du 16 décembre 1931) et le Prof. Roch, dans sa clinique, également récente (*Presse médicale* du 26 décembre 1931), ne signalent que les six cas publiés par Laubry et Bloch (*Paris médical*, 25 fév. 22). Cette rareté de l'épilepsie pleurale spontanée nous engage à publier la présente observation malgré qu'elle ne soit pas aussi complète que l'on pourrait la désirer.

Sans avoir la prétention de prendre parti pour l'une ou l'autre des théories explicatives de l'épilepsie pleurale, qu'il nous soit permis de faire observer que l'on a, peut-être, trop négligé, dans les discussions sur la pathogénie, l'importance des cas où les crises surviennent spontanément. Un cas comme le nôtre, ne montre-t-il pas qu'il faut tenir compte également de la prédisposition cérébropathique ?

Observation. — Mme B..., 49 ans, cuisinière, entre à l'asile de Ville-Evrard en octobre 1930, elle a été internée d'office après un certificat du Dr Aubertin. C'est une femme amaigrie, vieillie, asthénique, au teint blafard, qui répond d'une voix somnolente. Les facultés syllogistiques s'exercent lentement et difficilement ; il existe des idées de persécution non systématisées, basées sur des hallucinations et des interprétations fausses. Les masses musculaires et les trajets des nerfs sont sensibles à la pression. Les mouvements sont lents et comme pénibles. Les réflexes tendineux sont vifs, mais symétriques. Les pupilles réagissent à la lumière. Pas de troubles viscéraux, si ce n'est que les urines contiennent une petite quantité de pus d'origine vésicale, l'urée sanguine est de 0,45 (juillet 1931). La malade dégage l'odeur caractéristique de l'ozène et mouche des croûtes.

Très rapidement, cette malade tombe dans un état de stupeur qui la confine au lit et la réduit, en apparence, à une vie végétative : il faut veiller à son alimentation et à sa propreté, car elle ne prend aucune initiative. Quand on s'occupe d'elle, il lui arrive de chercher à frapper et de proférer des injures ou des grossièretés. Les nuits sont parfois troublées par de l'agitation.

En avril 1931, Mme B... a un « intervalle lucide » qui dure une quinzaine de jours, et pendant lequel elle se comporte normalement. Elle nous raconte qu'elle a été, pendant les mois précédents, en proie à des hallucinations terrifiantes de l'ouïe qui lui interdisaient de bouger et de causer ; brusquement, « elle était revenue dans le vrai », mais elle craint que cela ne dure pas.

En effet, Mme B... retombe rapidement dans l'état de stupeur que nous avons décrit et dont elle ne sort de temps en temps que pour se livrer à une agitation de courte durée en rapport avec des hallucinations pénibles.

Pendant la huitaine qui précède la mort, nous constatons, pour la première fois, des hallucinations de la vue de caractère zoopsique ; l'agitation est plus vive ; la malade cherche à fuir de son lit.

Notre attention sur l'état organique de Mme B... n'est attirée par aucun autre symptôme ; elle s'alimente comme auparavant ; elle n'exprime aucune plainte ; elle ne tousse pas ; elle n'a pas de température ; elle présente un aspect et un comportement toujours identiques, dans l'ensemble, sauf l'agitation signalée ci-dessus.

Dans la nuit du 16 janvier 1932, la camarade de chambre de Mme B... est réveillée à plusieurs reprises par le bruit d'une respiration stertoreuse qui cesse après quelques instants ; elle interroge Mme B..., n'obtient aucune réponse, mais ne s'en étonne pas, en raison de ses réactions habituelles. Au cours des rondes, les veilleuses ne remarquent rien. Quand l'infirmière, vers 7 heures du matin, vient dans la chambre et commence à procéder à la toilette habituelle, elle voit se déclencher une crise épileptiforme, avec déviation des yeux, écume aux lèvres, miction involontaire, enfin stertor qui rappelle à la compagne de chambre les bruits entendus la nuit. L'interne de garde, quelques instants plus tard, trouve la malade dans le coma, les membres en contracture, la respiration ralentie, le pouls petit et précipité ; une injection de sulfate de spartéine provoque encore une plainte et un geste de défense. La mort survient une heure plus tard dans le même état comateux.

Autopsie : le cerveau, les méninges présentent un aspect normal ; pas de congestion, pas de lésions macroscopiques au niveau du cortex, dans les ventricules et sur les coupes. Pas d'altération des viscères abdominaux. A l'ouverture du thorax, gros épanchement séreux dans la cavité pleurale gauche ; le poumon est réduit à un moignon atélectasié qu'il faut déchirer pour le détacher, tellement il est fixé à la paroi par de solides adhérences ; pas de lésions tuberculeuses macroscopiques.

Mme B... est donc morte à la suite de crises épileptiformes survenues au cours d'une pleurésie séro-fibrineuse apyrétique et méconnue ; aucune intervention médicale sur la plèvre n'a déterminé les phénomènes convulsifs.

Les états d'angoisse nerveux et leur traitement. Avant-propos et traduction française du Dr Lucien Hahn, bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine de Paris (d'après la 4e édition allemande augmentée et corrigée). Un vol. in-8 de 704 pages de la Bibliothèque Médicale. — Prix : 65 fr. — Paris, Payot.

Parasites et cancer, par Édouard Bénech. — Un volume de 168 pages, 25 pl., 36 fig. — Prix : 50 fr. Paris, N. Maloine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1932)

Au sujet de l'électrophorèse des milieux biologiques. — M. Pierre GIRARD et Mme L. GUASTALLA.

Sur une intervention des conditions électrostatiques dans l'apparition de certains cancers spontanés. — M. F. VLÈS et A. DE COULON.

Un nouveau réflexe acquis (conditionnel) de la vie végétative. — MM. E. BACHRACH et G. MORIN apportent les résultats d'une curieuse expérience établissant chez le jeune chat un réflexe d'acquisition se traduisant par l'émission des fèces.

L'excitant absolu est un lavement d'eau tiède, l'excitant conditionnel l'émission d'un son musical de fréquence déterminée (mi de la quatrième octave donnée par un tuyau à anche). Ces deux excitants sont associés simultanément, l'émission du son se prolongeant pendant toute la durée du lavement. Au bout d'un certain temps, l'émission du son, sans lavement, suffit à provoquer la défécation.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 1er MARS 1932)

La mortalité des enfants assistés de la Seine. — M. MOURIER rappelle la communication qu'il a faite le 14 février 1928, pour indiquer les résultats obtenus dans le Service des Enfants Assistés de la Seine.

Ces résultats ont suivi une progression remarquable, qui manifeste nettement l'efficacité du régime adopté : la mortalité qui variait de 30 à 40 p. 100, avant la création des centres d'élevage et qui était de 36 p. 100 en 1920, tombait, par suite de cette création en 1921, à 15,77 p. 100 en 1922.

Enfin, par suite de l'ouverture du centre d'adaptation d'Antony en 1927, la mortalité se fixait à 9,42 p. 100 en 1928 et 4,52 p. 100 en 1931.

Ces pourcentages s'entendent des enfants de moins d'un an reçus dans les services d'enfants assistés, y compris bien entendu les nombreux malades, débiles et anormaux conservés plus ou moins longtemps, en raison de leur état, dans les nourriceries de l'hospice dépositaire.

La statistique spéciale des centres d'élevage, portant sur les nourrissons jusqu'à 18 mois, donne une courbe analogue :

1924 : 15 p. 100 ; 1927 : 11,75 p. 100 (création du centre d'adaptation d'Antony) ; 1931, 4,40 p. 100.

L'efficacité du stage d'adaptation au lait de vache en ressort avec évidence ; mais elle se trouve corroborée, d'une façon plus précise encore, dans la statistique de la mortalité par gastro-entérite. Cette maladie causait parmi les enfants de moins d'un an : en 1924 : 71 ; en 1927 (création du centre d'adaptation d'Antony) : 29 ; en 1930 : 7, sur un effectif moyen annuel de 1.200 enfants.

Par le jeu de l'organisation nouvelle, — conjugaison du centre d'élevage et de la pouponnière d'adaptation, — la gastro-entérite qui, antérieurement à 1926, faisait tant de victimes parmi les petits abandonnés de Paris et du département de la Seine, a pratiquement disparu.

Sur l'action hypoglycémique propre de la vagotonine. — M. Desgrez présente une note de MM. Santenoise, Brieu, Fuchs et Vidacovith qui établit sur un grand nombre de faits expérimentaux que la vagotonine possède un pouvoir hypoglycémiant propre, bien différent de celui de l'insuline, tant par son mécanisme que par ses caractères.

La stérilisation des sondes urétérales par la chaleur. — M. Maurice Chevassu. On se sert presque universellement des vapeurs de formol pour la désinfection du matériel urologique. Ce procédé ne donne aucune sécurité bactériologique, en particulier pour les sondes urétérales, dans lesquelles les vapeurs de formol ne pénètrent complètement qu'au bout d'un temps extrêmement long.

La chaleur, seul moyen réel de stérilisation, est parfaitement utilisable pour la stérilisation des sondes urétérales, et cela sous forme pratique, puisque depuis 12 ans, le service des voies urinaires de Cochin n'emploie pas d'autre mode de stérilisation.

Le pavillon Albarran possède une salle de stérilisation des sondes dans laquelle toutes les sondes vésicales sont stérilisées par ébullition et toutes les sondes urétérales stérilisées à l'autoclave.

Anthropophobie ou zoophobie chez les moustiques. — M. Legendre expose qu'il a trouvé dans une ville du Centre-Ouest deux races du moustique commun, Culex pipiens : une race autochtone, qui vit dans les fosses d'aisances à *chasse d'eau*, très agressive pour l'homme, et une autre race, des eaux de surface, qui fuit l'homme. On vit près de ses foyers d'éclosion, sans voir, entendre ni sentir un seul moustique. Celle-ci provient probablement d'une souche bretonne de C. pipiens inoffensif décrite par l'auteur en 1929.

Essai de liquidographie céphalo-rachidienne. — Encéphalo-myélographie par le thoro-trast sous-arachnoïdien. — MM. Radovici et Meller.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la 3e division (hygiène).

Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne: MM. Blanc (Athènes) et Mouisset (Lyon) ; en deuxième ligne : MM. Bouffard (Brazzaville) ; Parisot (Nancy) et Violle (Marseille).

Au premier tour de scrutin, sont élus : M. Blanc, ancien directeur de l'Institut Pasteur d'Athènes, actuellement directeur de l'Institut Pasteur de Casablanca, et M. Mouisset (de Lyon), vice-président du Comité national de défense contre la tuberculose.

PRATIQUE MÉDICALE

D'UNE PROPRIÉTÉ PARTICULIÈRE DE L'ALLONAL (1)

Par M. A. Prevet.

L'allonal est aujourd'hui un médicament classique, utilisé de plus en plus comme analgésique et sédatif, non seulement en médecine générale, mais dans toutes les spécialités. M. Brevet attire l'attention des stomatologistes sur les propriétés spéciales que possède ce produit : tous les praticiens ont été à même de constater l'état d'anxiété dans lequel se présentent un nombre considérable de clients. Il arrive que le fait d'introduire seulement le miroir dans la bouche de certains de ces anxieux provoque jusqu'à la syncope ; or ces états d'agitation, d'angoisse, d'anxiété sont transformés en état d'euphorie par l'absorption d'un ou deux comprimés, administrés une heure ou deux avant l'intervention.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 8 mars. — Jury : MM. Bezançon, président ; Lereboullet, Nobécourt, Gastinel. — M. Bohosiewicz. Etude comparative sur les examens sérologiques de la syphilis. — M. de Peretti della Rocca. Les arthrites micro-traumatiques. — M. Steiner. Etude de la méningite à bacille de Pfeiffer chez l'enfant. — M. Slucki. Etude de la maladie de Ritter, dermatite exfoliatrice du nouveau-né. — M. Marmasse. Le service social auprès des cardiaques à l'hôpital Broussais.

Mercredi 9 mars. — Jury : MM. Clerc, président ; Couvelaire, Grégoire, d'Allaines. — M. Muhlrad. Avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne transpéritonéale basse. — M. Petit. Assurances sociales et consultations prénatales. — M. Folliasson. Etude sur l'anatomie chirurgicale des glandes parathyroïdes.

Jeudi 10 mars. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Lenormant, Maurice Villaret, Huguenin. — M. Fang. L'hémolythographie. — M. Labignette. Traitement des fractures de l'humérus par la méthode ouatée (travail du service du docteur Dujarier). — M. Streicher. Contribution à l'étude des métastases rachidiennes des cancers du sein.

Mercredi 9 mars (Thèses vétérinaires). — Jury : MM. Lemierre, président ; Tanon, Panisset, Vergé, Lesbouyries, Petit. — M. Dindinaud. Variabilité des formes cliniques du rouget. — M. Reichenshammer. La paratyphose du pigeon et son traitement. — M. Bansse. Réglementation de la vente des viandes en Basse-Normandie et particulièrement à Honfleur pendant l'ancien régime et la période révolutionnaire.

(1) *Courrier méd.*, Paris, 15 mars 1931.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HÔPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : **50** c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 2 juin 1932, à 9 h., à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, de 14 à 17 h., du vendredi 6 mai au mercredi 18 mai 1932 inclusivement.

— Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux (nomination). — Séance du 3 mars. — MM. Devois, 15 ; Moutard, 13 ; Busy, 15 ; Ordioni, 13.

— Concours de l'internat en pharmacie. — Jury (après acceptation) : MM. Leroux, Tiffeneau, Hérissey, Couroux et Lévêque.

Les examens en vue du grade de docteur en médecine. — Le *Journal officiel* du 3 mars 1932 public un décret, en date du 2 mars 1932, instituant des épreuves écrites aux deux premiers examens de fin d'année en vue du doctorat en médecine.

En voici le texte :

Article premier. — Les articles 17, 21 et 22 du décret du 10 septembre 1924 portant organisation des études et des épreuves en vue du grade de docteur en médecine, modifié par les décrets des 26 juillet 1925, 17 juillet 1926, 6 août 1927, 10 mars et 21 août 1928, sont remplacés par les dispositions suivantes :

. . . .

Examens de fin d'année.

Art. 17. — Les examens de fin d'année portent sur les matières enseignées conformément au tableau inséré à l'article 8.

Les premier et deuxième examens de fin d'année comprennent des épreuves théoriques écrites et orales et des épreuves pratiques. Les troisième, quatrième et cinquième examens de fin d'année comprennent des épreuves théoriques orales et des épreuves pratiques. Les épreuves des cinq examens de fin d'année sont réparties comme suit :

Premier examen de fin d'année :

Epreuves pratiques : Anatomie. Histologie et embryologie.
Epreuves théoriques : Ecrit, Anatomie. Histologie et embryologie ; — Oral, Anatomie. Histologie et embryologie.

Deuxième examen de fin d'année :

Epreuves pratiques : Physique. Chimie. Bactériologie.
Epreuves théoriques : Ecrit, Physique médicale. Chimie médicale. Physiologie. Bactériologie ; — Oral, Physique médicale. Chimie médicale. Physiologie. Bactériologie.

Troisième examen de fin d'année :

Epreuves pratiques : Anatomie pathologique. Parasitologie. Médecine expérimentale.
Epreuves théoriques : Oral, Anatomie pathologique. Eléments de parasitologie.

Quatrième examen de fin d'année :

Epreuves pratiques (1re partie) : Anatomie médicale. Chirurgie et médecine opératoire.
Epreuves théoriques (1re partie) : Oral, Pathologie chirurgicale. Accouchements.
Epreuves théoriques (2e partie) : Oral, Pathologie médicale. Pathologie générale.

Cinquième examen de fin d'année :

Epreuves pratiques : Pharmacologie.
Epreuves théoriques : Oral, Hygiène. Médecine légale et déontologie. Thérapeutique et hydrologie. Pharmacologie.

Dans les facultés ou écoles où l'enseignement de la pharmacologie est donné en quatrième année, l'épreuve théorique orale et l'épreuve pratique de pharmacologie ont lieu la même année à la fin de l'enseignement.

. . . .

Art. 21. — Les questions posées aux examens sont prises sur l'ensemble de l'enseignement correspondant.

Dans chaque faculté ou école, les candidats d'une même année subissent chacun des épreuves théoriques écrites le même jour. Au cas d'impossibilité matérielle résultant du nombre d'étudiants ou de toute autre cause, le doyen ou directeur peut répartir les candidats en plusieurs séries.

Les épreuves théoriques écrites sont anonymes ; elles comportent des réponses à des questions simples (3 au minimum pour chaque matière).

Les questions des épreuves théoriques écrites sont choisies par le doyen de la faculté pour cette faculté et pour la ou les écoles qui en dépendent.

La durée de chaque épreuve écrite est d'une heure pour chaque matière.

La surveillance des épreuves théoriques écrites est assurée sur la désignation et sous le contrôle du doyen ou directeur, par des professeurs, des agrégés ou des chargés de cours qui président en personne la séance dans les conditions prévues par l'article 41 du décret du 21 juillet 1897 relatif au régime scolaire et disciplinaire des universités. Il est interdit aux candidats d'apporter dans la salle d'examen aucun livre ou feuille de papier, même ne portant aucune inscription. La faculté ou école leur fournit du papier à en-tête qui peut seul être employé. Aucun recueil de texte n'est mis à leur disposition.

Toutes les mesures nécessaires pour assurer l'anonymat des épreuves sont prises par le doyen ou le directeur.

Les jurys pour les épreuves écrites sont composés de trois membres pour l'examen de première année et de quatre membres pour l'examen de seconde année.

Dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les jurys pour ces épreuves sont présidés par le professeur de faculté délégué par le ministre pour la présidence des examens de médecine.

Pour les épreuves théoriques orales et les épreuves pratiques, le nombre de candidats à admettre par série est réglé par le doyen ou directeur sur l'avis des professeurs intéressés.

Les épreuves pratiques sont subies à l'expiration de la période d'enseignement correspondant à chacune d'elles devant des commissions d'examens présidées par le professeur, assisté des agrégés chargés de l'enseignement ou de travaux pratiques.

Art. 22. — L'admissibilité, l'admission et l'ajournement pour chaque matière sont prononcés après délibération du jury au complet.

Les épreuves théoriques écrites, théoriques orales et les épreuves pratiques donnent lieu pour chaque candidat à une note valable de 0 à 10.

Au premier et au deuxième examen de fin d'année, nul ne peut être déclaré admissible aux épreuves orales s'il n'a obtenu la note 5 sur 10 à chaque épreuve théorique écrite.

Pour la réception définitive à chaque épreuve théorique, la note obtenue à l'écrit et la note obtenue à l'oral se combinent.

A la session de juin-juillet, tout candidat n'ayant pas obtenu dans un examen au moins la moitié du maximum des points pour une matière, est ajourné, pour cette matière, à la session d'octobre-novembre. En cas de nouvel échec à cette session, il est renvoyé à la session de juin-juillet de l'année suivante et doit subir à nouveau toutes les épreuves pratiques et orales dudit examen, sous réserve des dispositions prévues par le décret du 3 février 1927.

Nonobstant les dispositions dudit décret, tout candidat qui n'a pas été déclaré admissible à une épreuve théorique orale du premier ou du deuxième examen au cours de l'ensemble des sessions de juin-juillet et d'octobre-novembre perd le bénéfice de toutes les épreuves théoriques et pratiques qu'il a subies avec succès pour le même examen.

Il doit recommencer son année d'études et subir toutes les épreuves y afférentes à la session de juin-juillet.

Tout candidat ayant subi un ou plusieurs échecs partiels à la session d'octobre-novembre du cinquième examen de fin d'année n'est tenu à réparer que ce ou ces échecs partiels à la session de juin-juillet suivant; le bénéfice des autres épreuves reste acquis.

CINQUANTENAIRE DU BACILLE DE KOCH. — Le 24 mars 1882, Robert Koch exposait, au cours de la séance de la Société de physiologie de Berlin, sa découverte du bacille de la tuberculose.

A l'approche du cinquantenaire de cette date, il fut décidé de la célébrer et de convier les étrangers à y participer.

Le Comité préparatoire, en raison de la situation générale, a décidé de renoncer, pour cette année, à d'importantes cérémonies et à la convocation officielle des personnes étrangères.

Il sera probablement demandé au Congrès de microbiologie, qui doit avoir lieu à Berlin en 1933, d'organiser un jubilé Robert Koch auquel pourront participer les savants étrangers.

Cette année, une simple cérémonie commémorative, d'un cadre restreint, a eu lieu dans les salons de l'ancienne maison du Maître, Leipzigerstrasse 3, Berlin W, 8.

LE SOIXANTENAIRE DE « L'UNION MÉDICALE DU CANADA ». — A l'occasion du soixantième anniversaire de sa fondation, notre excellent confrère *L'Union médicale du Canada* vient de publier un très beau livre jubilaire contenant des articles des plus éminents médecins du Canada et des meilleurs amis de la France.

Après un article nécrologique consacré à la mémoire du professeur Albert Lasalle, le maître qui vient de disparaître après avoir consacré sa vie à la médecine française, à l'ophtalmologie et à l'oto-rhino-laryngologie, nous relevons des souvenirs historiques de MM. les professeurs Albert Lesage, E.-P. Benoit, Télesphore Parizeau, J. Gauvreau, J.-Ed. Dube, A.-H. Desloges et J.-A. Ranger, O. Noël et Gaston de Bellefeuille, Eugène Saint-Jacques.

De nombreux mémoires de R. Bertrand et Ch. Simard, A. Bellerose, A. Barbeau, L. Blagdon complètent ce beau volume.

Très sincèrement nous adressons à nos amis de l'Union médicale l'expression de notre cordiale sympathie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bastian, ancien médecin consultant à Saint-Gervais-les- Bains, décédé à Antibes ; Ernest Laskine, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin honoraire de l'Assistance publique ; Georges Milhaud (de Narbonne), Fernand Barbusse, médecin des hôpitaux de Nîmes, victime du devoir professionnel; Bigo (d'Haubourdin), Reboul, médecin consultant à Châtel-Guyon ; Bartoli, ancien médecin consultant à Châtel-Guyon; A. Jean (de Rouffiac), Maizilly (de Saint-Denis de Cabanne), Berthélemy (d'Alger), Joseph (de Bordeaux), Piton (de Paris).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA LOI ARMBRUSTER ET LE BACCALAURÉAT

La loi Armbruster a été votée à la Chambre des députés le 29 février, mais avec disjonction de l'article VII, qui a été repoussé. Cet article tendait à rendre obligatoire d'une part le baccalauréat, d'autre part celui de la section latin-grec, pour s'inscrire à la Faculté de médecine. Désormais, si le Sénat ne réagit pas, et si certains médecins mal renseignés s'opposent à ce qu'une transaction intervienne entre le Sénat et la Chambre, tout le système d'équivalences du baccalauréat en ce qui concerne les Français continuera à jouer. Or la loi Armbruster modifie l'exercice de la médecine en France et réglemente l'accès au doctorat d'État ; ce serait une faute grossière si cette loi était votée incomplète en laissant au bon vouloir du ministre le soin de fixer les conditions d'entrée à la Faculté.

C'est pourquoi nous sommes allé demander son avis à M. le Doyen de la Faculté de Paris.

M. le Doyen Balthazard, que le vote de la Chambre et l'intervention des Facultés des Sciences ont ému, nous a fait les déclarations suivantes :

« Ce qu'il faut que le Parlement comprenne, c'est que les portes de la Faculté de médecine doivent être fermées aux bacheliers provenant de la section B. Je suis tout à fait de cet avis-là ; on n'a pas le droit d'autoriser des jeunes gens insuffisamment instruits (à notre point de vue) à avoir la possibilité de devenir médecins ; le médecin, quel qu'il soit, doit avoir une culture générale complète que ne peuvent donner les langues vivantes. On ne remplace pas l'étude du latin, langue mère du français, par l'allemand. Vous allez me dire que certains, et des plus autorisés, soutiennent le contraire, mais ils ont eux-mêmes été formés par la culture classique.

« Rien ne remplacera une bonne explication de Tacite, et puisque l'égalité des programmes scientifiques existe aux trois sections du baccalauréat, dites bien que j'opte pour les deux premières A et A', qui donnent la meilleure formation intellectuelle. Du reste, le ministère de l'Instruction publique accepterait, je crois, ce point de vue, partagé par beaucoup de nos collègues. »

Nous avons alors entretenu M. le Doyen de la motion votée à l'unanimité par le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine et qui réclame du Sénat l'adjonction au projet de loi de l'obligation des baccalauréats A ou A'.

M. Balthazard estime que l'accord peut se réaliser sur ce programme, qui donnerait satisfaction à tout le corps médical.

MAURICE MORDAGNE.

Dans les coulisses de l'histoire (1), par le Dr CABANÈS.

L'œuvre posthume de notre cher et regretté confrère s'enrichit d'un nouveau volume qui montre les inépuisables trésors de documents accumulés par lui. On lira avec intérêt un divorce à la Cour de France, le journal des couches de Lucrèce Borgia..., les mésaventures galantes du marquis de Sévigné, une reine nymphomane.... et tant d'autres chapitres qui rendent ce volume bien digne de ceux qui l'ont précédé.

L. G.

(1) In-8 illustré de 42 gravures. — Prix : 15 fr. — Paris, Albin Michel.

ENDOCARDITE LENTE A FORME PSYCHIQUE

Par MM. A. LEMIERRE et P. AUGIER.

Les manifestations nerveuses au cours de la maladie d'Osler peuvent être assez frappantes pour valoir à certains de ses types cliniques la dénomination de formes nerveuses de l'endocardite lente.

Les observations de cet ordre, bien que rares, ne sont pas exceptionnelles. Des études d'ensemble leur ont été consacrées. Depuis le mémoire de MM. Claude et Oury (1) où l'on trouvera toute la bibliographie antérieure à 1922 citons l'article de MM. Paliard, Dechaume et Sédaillan (2), puis la thèse de Vidal (3) faite à Montpellier sous l'inspiration du Pr. Ducamp, ainsi qu'un article de son élève Pagès (4).

A la suite de ces auteurs, on peut distinguer trois types : une *forme méningée*, la première connue ; une *forme motrice*, caractérisée par des paralysies de topographie et d'évolution très variables ; une *forme psychique* enfin, isolée pour la première fois, à notre connaissance, par M. Debré (5).

Nous avons eu l'occasion de suivre un malade dont l'affection nous a paru remarquable par la prédominance des accidents nerveux et notamment des troubles psychiques. C'est son observation que nous désirons rapporter aujourd'hui.

OBSERVATION. — R... Gustave, 51 ans, garçon de bureau, est admis à l'hôpital Bichat le 13 avril 1931, à la suite d'un ictus. Il est fébrile (38°2) et plongé dans un état de profonde torpeur. L'interne de garde, guidé par la constatation d'un certain degré de raideur de la nuque, pratique une ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien est limpide. Il contient 0 gr. 30 d'albumine par litre et 9,8 éléments cellulaires par mm^3. La réaction de Wassermann fut négative.

Le malade est suffisamment éveillé dès le lendemain pour pouvoir mettre en évidence son *aphasie*. Il est incapable d'obéir à des ordres un peu compliqués ni de nommer correctement les objets usuels qu'on lui présente. On ne relève chez lui aucun autre signe neurologique.

En quelques jours, l'aphasie s'améliore. Il comprend les ordres parlés et écrits, retrouve le nom de la plupart des objets soumis à son examen. La parole, lente à venir, est correcte. Mais il conserve de gros *troubles de la mémoire*, portant essentiellement sur les faits anciens. Il est encore désorienté dans le temps.

Avec bien des contradictions, il peut raconter son histoire qu'il précisera plus tard et que confirmera son entourage.

Quatre mois auparavant, il a eu un *premier ictus* au cours de son travail, et depuis, il souffre de *céphalée* tenace occipitale procédant par crises très violentes avec des intervalles de rémission complète.

Il se plaint aussi de douleurs angineuses assez typiques. A la suite d'un effort ou durant son sommeil, il ressent une douleur thoracique intense et constrictive irradiant aux épaules. Parfois même, l'irradiation scapulaire est prédominante.

Dans son passé, on relève deux faits notables : l'existence d'une crise de *rhumatisme articulaire aigu* traitée par le salicylate et une *affection gastrique* très probablement ulcéreuse, qui a nécessité à quatre reprises de 1911 à 1929 l'intervention du Prof. Lecène.

Dès l'abord, on est frappé par la *pâleur extrême* et l'*émaciation* très marquée de ce sujet. De taille normale, il pèse seulement quarante-deux kilogs et son anémie se chiffre par un taux de 1.400.000 globules rouges.

L'examen du système nerveux reste négatif en dehors d'un *état psychique* très particulier caractérisé par des troubles de la mémoire qui vont s'améliorant rapidement, par une *euphorie* peu en rapport avec son état misérable, et par une tendance à acquiescer de façon puérile par le ton et la mimique aux questions qu'on lui pose ou aux réflexions échangées devant lui.

Par ailleurs le *jugement*, *l'attention* et *l'affectivité* du sujet semblent proportionnés à l'affaiblissement global, intellectuel et somatique de ce malade très cachectisé.

L'auscultation du cœur révèle un *souffle systolique* mitral de timbre piaulant, variable, se propageant dans l'aisselle. Le souffle est assez intense pour s'accompagner d'un *frémissement cataire* systolique à la pointe.

Le pouls bat à 88 pulsations, la tension artérielle est de 8-5 à l'appareil de Vaquez-Laubry.

Le *foie* paraît normal.

La *rate* n'est ni palpable ni percutable.

Une *atteinte rénale* discrète est révélée par la présence d'albumine dans les urines, de quelques leucocytes sans hématies ni cylindres dans le culot urinaire et par l'élévation à 0 gr. 76 du taux de l'urée sanguine.

Rappelons enfin l'existence sur la paroi abdominale d'une large cicatrice médiane sus-ombilicale avec éventration sous-jacente qui témoigne des interventions chirurgicales subies par notre malade.

Dès ce moment, le diagnostic d'endocardite maligne subaiguë à manifestations emboliques, cérébrales en particulier, est posé.

Il est confirmé par des *hémocultures* successives et nous tenons à souligner la facilité et l'abondance des cultures ainsi obtenues. Nous avons eu l'occasion de pratiquer quatre hémocultures durant les deux mois où l'affection a évolué dans notre service. Une seule fut faite à l'occasion d'une poussée fébrile à 38°5. Toutes furent positives, bien que la température n'atteignît ou ne dépassât pas 38° au moment de l'ensemencement.

Toutes donnèrent au bout de quarante-huit heures d'étuve à 37° des colonies en mie de grains suspendues dans le bouillon qui restait clair par ailleurs. Le germe en cause fut identifié à plusieurs reprises comme étant un *streptocoque non hémolytique*.

L'évolution vers la mort se fit en deux mois environ, du 13 avril au 10 juin 1931.

La cachexie et l'amaigrissement du malade progressèrent, le poids tomba de 42 kg. 900 à 40 kg. 600 et le malade, incapable dès lors de se lever, continua encore à maigrir.

La fièvre persista, irrégulière, ne dépassant pas 38°5 durant le premier mois et 38° durant le second mois, avec un stade d'*hypothermie finale* à 36°8 puis 36° pendant les quarante-huit dernières heures.

Cette hypothermie s'était développée parallèlement à une élévation du taux de l'urée sanguine à 2 gr. 16.

L'état psychique se modifia par l'apparition d'une torpeur et d'une indifférence progressives ; cependant un état d'anxiété avec crainte de la mort fit place à l'euphorie durant les derniers jours de la maladie.

On ne constata pas de *phénomènes moteurs*, à l'exception *d'une parésie faciale droite*, qui se montra de façon transitoire du 27 mai au 30 juin. On ne trouva jamais de modifications des réflexes cutanés et tendineux des membres.

L'*atteinte rénale*, manifeste dès le début à cause de la présence d'albumine et d'une faible azotémie, se confirma par la suite ; les examens successifs du culot urinaire montrèrent des globules rouges et des leucocytes polynucléaires, sans cylindres, à partir du 21 mai.

Les dosages de l'urée sanguine donnèrent les chiffres suivants :

15 avril	0,76
17 mai	0,52
29 mai	0,64
10 juin	2 gr. 16

Des *œdèmes malléolaires* discrets apparurent le 2 juin et persistèrent jusqu'au moment de la mort ainsi qu'une éruption de *taches purpuriques* envahissant les cuisses et l'abdomen.

Fait à noter et qui devait être expliqué par les constatations nécropsiques, on ne put jamais palper ni percuter la rate.

Pendant les derniers jours de son existence, le malade présenta un état de torpeur progressive entrecoupée de crises d'anxiété et de la sécheresse de la langue. Au cours des quarante-huit dernières heures, la température tomba entre 36° et 36°5.

L'autopsie fut faite le 12 juin 1931, 36 heures après la mort.

Cœur. — Volume normal.

A la face supérieure des deux valves de la mitrale existe une grosse touffe de végétations molles et blanchâtres.

Aorte. — Normale.

Poumon droit. — Cicatrices scléreuses et anthrascosiques du lobe supérieur gauche.

Poumon gauche. — Quelques tubercules scléreux au sommet.

Foie. — 1.300 grammes en état de putréfaction.

Rate. — Agénésie splénique. La rate est représentée par une série de petits lobules en grappe de raisin appendus à la queue du pancréas. Leur poids total est de 25 grammes.

Reins. — Chaque rein pèse environ 150 grammes. Les reins d'aspect bigarré se décortiquent bien.

A la surface d'un des reins, on voit de petits nodules crétacés.

En plein parenchyme de l'autre rein existe une cavité bordée par une zone jaunâtre qui semble être une petite caverne tuberculeuse.

Encéphale. — Prélevé pour être conservé dans le formol. On fait cependant sur chaque hémisphère une coupe horizontale.

L'hémisphère gauche augmenté de volume de consistance diffluente paraît être le siège d'un abcès revêtu d'une coque de substance corticale occupant presque tout le lobe frontal et entamant en arrière les lobes pariétal et temporal.

La pièce fut mise dans le formol pour un examen ultérieur, mais une confusion malheureuse fit jeter ce bocal, ne nous permettant pas toutes les constatations anatomiques désirables.

Examens de laboratoire. — 1° *Hémocultures. — Le 21 avril, le 15 mai et le 2 juin.* Ensemencement de 20 cmc de sang dans 300 cmc. de bouillon glucosé : streptocoque non hémolytique.

2° *Examen du liquide céphalo-rachidien. — Le 15 avril* 1931. Liquide clair. — 0,80 éléments par mmc. à la cellule de Nageotte. — Albumine, 0 gr. 30 cgr.

3° *Examen hématologique* (21 avril 1931). — Globules rouges : 1.600.000. Globules blancs : 10.800.

Polynucléaires neutrophiles : 85 %.

Polynucléaires eosinophiles : 0.

Polynucléaires basophiles : 0.

Mononucléaires : 15 %.

Cette observation peut se résumer de la façon suivante. Un homme de 51 ans, ancien rhumatisant, est atteint d'un ictus passager sans paralysie consécutive, mais à la suite duquel apparaissent des crises de céphalalgie intermittente. Quatre mois plus tard survient un deuxième ictus suivi d'une aphasie transitoire sans hémiplégie.

A ce moment, on constate que le malade est fébrile, qu'il est très amaigri, très pâle, avec une déglobulisation extrême ; que l'urée sanguine est à 0 gr. 76 et qu'il est porteur d'un souffle systolique intense à la pointe du cœur. Une hémoculture donne un streptocoque non hémolytique, confirmant le diagnostic d'endocardite végétante vers lequel on s'était d'emblée orienté en présence de ce tableau morbide.

A partir de ce moment et jusqu'à la mort, qui survient deux mois plus tard, la fièvre persista, très irrégulière et en général assez peu élevée et la cachexie progressa. Mais ce sont les modifications de l'état mental du sujet qui constituèrent le point le plus curieux de la symptomatologie ; ces troubles consistèrent en une lenteur extrêmement marquée de l'idéation et en une inaltérable euphorie. De plus, quarante-quatre jours après le dernier ictus, on remarqua l'existence d'une légère parésie faciale droite qui fut extrêmement fugace.

A l'autopsie on trouva, outre l'endocardite mitrale végétante, un volumineux abcès occupant presque toute l'étendue du lobe frontal de l'hémisphère cérébral gauche.

Ce sont donc les manifestations nerveuses qui, chez ce sujet atteint d'une endocardite lente, reconnaissable par ailleurs à ses symptômes classiques, fièvre, anémie, amaigrissement, azotémie, souffle cardiaque, ont constamment dominé la scène clinique. Un ictus, survenu en pleine santé apparente, et certainement témoin d'une embolie cérébrale, a été le phénomène révélateur de la maladie. C'est un deuxième ictus qui a nécessité l'admission à l'hôpital et a permis de faire le diagnostic. Puis, à partir de ce moment, c'est l'état mental du patient qui a conféré à l'affection dont il était atteint sa physionomie particulière.

MM. Claude et Oury ont divisé en précoces et tardifs les accidents nerveux des endocardites malignes. Si ces derniers sont souvent la cause de la mort, les premiers peuvent poser un problème de diagnostic parfois difficile à résoudre.

Des observations publiées, il résulte que l'accident précoce peut être un syndrome méningé, ou un ictus suivi de coma plus ou moins profond avec ou sans troubles moteurs consécutifs, ceux-ci pouvant d'ailleurs se montrer sans ictus préalable.

L'atteinte méningée, au cours des endocardites, peut se traduire par un tableau typique de méningite aiguë, avec aspect puriforme du liquide céphalo-rachidien, ou simplement par une céphalalgie intense (Fiessinger et Janet (6).

Le symptôme initial de l'endocardite peut être une hémiplégie ou une hémiparésie survenant brusquement sans ictus. Il en a été ainsi chez un jeune homme observé par MM. H. Roger et Rouslacroix (7), chez lequel le diagnostic d'endocardite à streptocoque fut corroboré par l'hémoculture.

C'est dans un état de torpeur accentuée avec parésie de la face et du membre supérieur droit que fut trouvé dans sa chambre le malade dont MM. Paliard, Déchaume et Sédaillan ont rapporté l'observation. L'ictus ayant déterminé cette torpeur ainsi que l'apha-

sic transitoire et le déficit intellectuel constaté par la suite furent mis sur le compte d'un ramollissement cérébral chez cet homme âgé de 72 ans. La mort survint cinq mois plus tard, consécutivement à un nouvel ictus avec température à 39°1, hémiparésie droite et réaction méningée. L'autopsie, en montrant une endocardite mitrale végétante, permit de rectifier le diagnostic. Cette observation où l'on voit figurer des ictus, une aphasie transitoire et une déchéance de l'intelligence est assez comparable à celle que nous rapportons aujourd'hui.

Chez notre malade les troubles moteurs et l'aphasie ont été extrêmement fugitifs. Seuls les symptômes mentaux ont persisté pendant tout le temps que nous l'avons suivi. Son histoire se rattache donc surtout à celles des *formes psychiques* de la maladie d'Osler qu'a décrites M. Debré en s'appuyant sur un fait que lui avait signalé C. K. Austin et sur les particularités qu'il avait notées chez un malade dont MM. Dénéchau et Picard (8) ont publié l'observation.

La lenteur de l'idéation et de l'élocution, l'euphorie, le puérilisme, tels étaient les signes les plus saillants présentés par notre sujet. Telles étaient également les manifestations de l'atteinte cérébrale qui ont retenu l'attention de Leclerc, Lesieur et Mouriquand (8) dans une observation déjà ancienne d'endocardite maligne avec hémoculture positive et contrôle anatomique : chez la jeune femme que concerne cette observation, les auteurs furent particulièrement frappés par la lenteur de la parole et par la paresse intellectuelle, coïncidant avec la céphalalgie, l'asthénie, l'amaigrissement et la pâleur.

Comme l'ont souligné MM. Claude et Oury, l'intrication des symptômes et la tendance à l'évolution régressive de certains d'entre eux constituent deux caractères typiques des accidents cérébraux de la maladie d'Osler. Ces particularités sont en rapport avec la nature des lésions de l'encéphale qui se produisent au cours de cette affection. Il s'agit, en effet, le plus souvent d'embolies multiples, diversement localisées, engendrant des foyers de ramollissement très minimes et sans tendance à la suppuration. Les hémorragies cérébrales ou méningées secondaires à la production d'artérites ectasiantes déterminent par contre des accidents immédiatement très graves et généralement terminaux.

Chez notre malade, les ictus, l'aphasie, la parésie faciale ont été des symptômes fugaces ; seuls ont persisté les troubles psychiques, sans aucune tendance à la régression. Tous ces symptômes ont eu évidemment pour origine des embolies cérébrales. L'examen anatomique que nous avons pu faire des centres nerveux a été malheureusement très incomplet, comme nous l'avons dit. La seule lésion que nous avons pu constater d'emblée à l'autopsie, lésion d'ailleurs considérable, a été un volumineux abcès du lobe frontal de l'hémisphère cérébral gauche.

En l'absence d'investigations plus poussées, nous ne nous considérons pas en droit d'affirmer que cet abcès a été seul responsable des troubles psychiques permanents survenus chez notre malade, mais nous pensons qu'il a dû jouer dans la production de ces troubles psychiques un rôle considérable, sinon prédominant.

Bibliographie

1. Claude et Oury. Les accidents nerveux de l'endocardite maligne prolongée, *Revue de Méd.*, 1922, p. 449-469.
2. Poliard, Dechaume et Sédaillan. Les formes nerveuses de l'endocardite maligne à évolution lente, *Journ. de méd. de Lyon*, 1924, p. 131.
3. Vidal. Contribution à l'étude des formes nerveuses de l'endocardite maligne lente, *Th. de Montpellier*, 1925-26.
4. Pagès. Les formes nerveuses de l'endocardite maligne, *Gaz. des Hôpit.*, 1925, p. 507.
5. R. Debré. Endocardite maligne à évolution lente, *Presse Méd.*, 1917, p. 629 ; L'endocardite maligne à évolution lente, *Revue de Méd.*, 1919, p. 199.
6. N. Fiessinger et Janet. Les formes raccourcies de l'endocardite maligne de type Jaccoud-Osler, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 1920, p. 1443.
7. H. Roger et Rouslacroix. Formes à début hémiplégique de l'endocardite maligne à marche lente, *Marseille Méd.*, 1922, p. 905-914.
8. Dénéchau et Picard. Un cas d'endocardite maligne à évolution lente. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpit.*, 1917, p. 1202.
9. Leclerc, Lesieur et Mouriquand. L'endocardite infectieuse à évolution lente, *Lyon Méd.*, 1906.

SUR UN CAS D'ARTHRITE TRAUMATIQUE DU POIGNET CONSÉCUTIVE A UN TRAVAIL PROLONGÉ A LA PERFORATRICE PNEUMATIQUE

PAR MM.

SIGAUD, Professeur à l'Ecole de médecine, Chirurgien des hopitaux de Grenoble.

et

TERRAY, Médecin consultant aux Eaux d'Aix-les-Bains.

« Au lieu des équipes d'ouvriers employés autrefois aux travaux de démolition et de destruction, on utilise maintenant comme auxiliaires de confiance l'air comprimé et les outils pneumatiques, lesquels permettent d'effectuer ces travaux plus rapidement et plus économiquement qu'à la main. Qu'il s'agisse de démolir des toitures en béton armé ou de mettre à bas des parois et des murs en béton ou encore — à l'exclusion de l'emploi d'explosifs — d'arracher de grosses fondations... qu'il s'agisse encore de défoncer des routes en béton ou en macadam ou de traverser la zone de congélation de puits en fonçage... dans tous les cas la cadence de travail toujours plus accentuée de notre époque et la nécessité de diminuer les frais d'exploitation contraignent à l'emploi de moyens accessoires mécaniques de l'outillage pneumatique. »

Ainsi débute le prospectus d'une marque connue de perforatrices résumant clairement les raisons du développement du nouvel outil dont le but est de remplacer les mouvements de l'ouvrier maniant un pic ou une barre à mine à la cadence maxima de 15/20 coups à la minute par un appareil mécanique susceptible de frapper plus vigoureusement et à une cadence plus rapide que l'homme.

Pour atteindre ce but, un compresseur refoule dans un réservoir métallique de l'air à une pression de

6 kgs par cm^2. Cet air est détendu dans un cylindre à l'intérieur duquel se déplace un piston. Grâce à un système de distribution analogue à ceux des machines à vapeur, le piston est animé de mouvements de va-et-vient qu'il communique à l'outil de travail qui est fixé à lui.

La cadence de frappe varie de :

150 coups à la minute pour les brise-béton à 1.300 coups à la minute pour les marteaux-riveurs, soit plus de 21 coups à la seconde (rappelons que le la—2 correspond à 27 vibrations à la seconde), l'outil ne travaille pas seul, il doit être non seulement tenu par l'ouvrier pour être dirigé comme le mitrailleur dirige le tir de la mitrailleuse, mais encore enfoncé de force dans les parties à creuser.

Des ressorts de protection devraient théoriquement mettre l'opérateur à l'abri des vibrations, mais en pratique ce sont les bras de l'ouvrier qui absorbent le recul de l'appareil en fonctionnement.

Le corps humain, — et notamment les articulations, — peut-il supporter longtemps un tel régime de vibrations sans éprouver des troubles graves ? Il ne le semble pas. Et, dès maintenant, des lésions articulaires apparaissent, dont l'étiologie ne peut être rapportée qu'au maniement continu des perforatrices.

Dans le remarquable rapport qu'il a présenté à la Ligue française contre le rhumatisme, M. le docteur Moulonguet-Doleris, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a étudié plus particulièrement les grosses lésions déformantes des coudes chez les ouvriers maniant des perforatrices pneumatiques.

Mais, jusqu'à présent, nous n'avions pas connaissance d'observation d'arthrite traumatique du poignet susceptible d'être attribuée à l'emploi prolongé des perforatrices pneumatiques.

C'est un tel cas qui fait l'objet de la présente communication :

Luigi F..., de nationalité italienne, âgé de 34 ans, est mineur et a travaillé depuis six ans dans divers chantiers à la perforatrice pneumatique. Il est envoyé le 2 décembre 1931 à l'hôpital de Grenoble, Pavillon Moidieu, avec le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu. Antécédents héréditaires et antécédents personnels. Rien à signaler. L. F... a toujours eu une bonne santé ; il n'a jamais eu aucune maladie, pas de syphilis, pas de blennoragie.

L'affection actuelle remonte aux premiers jours de novembre 1931. Elle a débuté insidieusement : d'abord le poignet gauche se fatiguait au travail, — peu à peu il est devenu douloureux, — puis l'articulation douloureuse est devenue rouge et tuméfiée, rendant tout travail impossible. C'est à ce moment que F... a consulté un médecin qui l'a fait diriger sur l'hôpital avec le diagnostic indiqué plus haut.

A l'entrée, l'articulation du poignet gauche est rouge et gonflée, mais sans traînées de lymphangite, tout essai de mobilisation arrache des cris au malade.

Par ailleurs, l'état général est excellent, le malade n'a pas de fièvre (sa température n'a jamais dépassé 37°3) ; il est gai et plaisante volontiers.

A l'auscultation : poumon et cœur normaux.

Tension au Vaquez : 12-7.

Examen des urines : rien à signaler, ni sucre, ni albumine.

Le malade reste quelques jours au Pavillon Moidieu où la médication salicylée lui est continuée sans résultat. A ce moment l'un de nous a l'occasion de l'examiner et porte le diagnostic provisoire d'arthrite traumatique, sous réserve d'un examen plus approfondi.

Il ne s'agit pas d'une arthrite blennoragique.

Le patient n'a pas de blennoragie, il ne peut être question de septicémie gonococcique, avec localisation articulaire. Il n'a pas de stigmate de blennoragie chronique, pas de goutte matinale, témoignant de l'existence d'un foyer latent, l'aspect de l'enflure de son poignet ne correspond à aucune des formes d'arthrite chronique gonococcique.

Il ne s'agit pas d'une arthrite bacillaire, le malade ne présente aucun signe clinique de bacillose : l'auscultation des poumons est négative.

La radiographie de la main ne présente pas de décalcification notable, mais seulement un léger flou dans l'espace radio-métacarpien, et entre le grand os et l'os crochu. La styloïde cubitale est plus effacée à gauche qu'à droite, sans qu'il soit possible de préciser s'il ne s'agissait pas là d'un défaut de centrage du cliché. Au surplus, aucun empâtement périarticulaire avec envahissement des gaines synoviales.

Il ne s'agit pas d'une arthrite par infection externe, le malade n'a au doigt aucune trace d'abcès, ayant pu se communiquer aux gaines synoviales du poignet.

Le 12 décembre 1931, le malade est passé au service de chirurgie de M. le professeur Sigaud : un plâtre est placé qui immobilise l'articulation du poignet, les doigts en extension.

Le 1er février 1932, après 52 jours dans le plâtre, le malade va beaucoup mieux : il ne souffre plus, l'enflure a disparu ; le premier plâtre est enlevé et remplacé par un autre qui n'immobilise pas les doigts.

Une radiographie des poumons permet de confirmer qu'il n'existe aucune lésion bacillaire de cet organe. D'autre part, la réaction Vernes-résorcine est négative (12-8).

Le 2 février, le malade quitte l'hôpital.

Conclusion. — Nous avons ici un cas d'arthrite ayant évolué vers la guérison par simple immobilisation de l'articulation.

Aucune cause infectieuse ou toxique ne pouvant être retenue, nous estimons qu'il s'agit là d'un cas (le premier publié à notre connaissance) d'arthrite traumatique du poignet due à un travail prolongé à la perforatrice pneumatique, arthrite rentrant au premier chef dans le cadre de ce que Mathieu-Pierre Weil a décrit récemment sous le nom d'arthrites professionnelles.

La localisation au poignet gauche est justifiée par ce fait qu'au cours du travail, la main gauche de l'ouvrier ne lâche jamais l'outil. La main droite, au contraire, sert à différentes manœuvres et particulièrement dans les travaux de mines l'ouvrier place souvent la main droite dans la région lombaire, comme pour la soutenir et donner un appui plus solide à l'outil que la main gauche dirige et enfonce.

Il est à craindre que l'emploi, qui se généralise chaque jour, des perforatrices pneumatiques ne fasse apparaître chez les ouvriers qui les manient, des lésions dont l'étude est à faire, et sur lesquelles la présente communication contribuera à attirer l'attention du corps médical.

Parasites et cancer, par Edouard Bénech. — Un volume de 168 pages, 25 pl., 36 fig. — Prix : 50 fr. Paris, N. Maloine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1932)

Spirochétose ictérigène mortelle chez un malade porteur d'un cancer latent de l'estomac. — MM. BARIÉTY et ALBEAUX-FERNET. Homme de 66 ans, atteint de spirochétose ictérigène mortelle qui a présenté cliniquement les particularités suivantes : précocité de l'ictère précédant les signes méningés ; diminution du volume du foie après une première phase d'hypertrophie ; élévation persistante de l'azotémie ; fièvre peu élevée ; netteté du syndrome hémorragique (herpès hémorragique, crachats hémoptoïques, hématuries) ; érythème scarlatiniforme.

L'autopsie révéla enfin l'existence d'un carcinome pylorique resté latent.

Sur l'étiologie des hémorragies digestives. (*Présentation du malade*). — M. BUTMANN.

Pyélocystite, orchi-épididymite, localisations primitives d'une infection paratyphique B. — M. CREYX (de Bordeaux).

Coïncidence de deux cas de zona et d'un cas de varicelle. — MM. Ch. ZOELLER et R. SOHIER. Observation de deux zonas évoluant dans deux salles différentes, respectivement six et huit jours après une varicelle hospitalisée dans le même service, mais isolée dans une chambre éloignée des précédentes. Ils n'ont pas constaté ultérieurement de cas secondaires de zona ou de varicelle. Les auteurs insistent sur la part qu'il faut faire au hasard dans l'interprétation des faits épidémiologiques.

Syndrome azotémique et hyperchloruration. — MM. Ch. LAUBRY et P.-L. THIROLOIX.

Traitement des crises gastriques du tabès par les injections intraveineuses de sulfate d'atropine. — MM. Th. ALAJOUANINE et Ad. HOROWITZ ont obtenu dans 28 cas sur 30 des résultats remarquables dans les crises gastriques du tabès par les injections intraveineuses de sulfate d'atropine à la dose de un à trois milligrammes par injection.

Hippocratime digital et amibiase intestinale. — MM. A. LEMIERRE et Jean LÉVESQUE, chez un homme atteint d'une amibiase intestinale méconnue depuis six ans et cachectique, ont constaté l'existence d'un hippocratisme digital des plus nets. Ici c'est l'amibiase intestinale qui semble bien avoir été l'origine de la déformation en baguettes de tambour des doigts et des orteils, comme l'a été la polypose intestinale dans les observations citées par les précédents auteurs.

Epilepsie chez un gaucher. — M. URECHIA (Cluj, Roumanie). Enfant de 15 ans, qui semble avoir été atteint en bas âge d'une encéphalite ayant laissé une légère hémiparésie droite. C'est vraisemblablement pour ce motif qu'il est devenu gaucher, en même temps qu'apparaissaient chez lui des crises d'épilepsie.

Un cas de péritonite pneumococcique pelvienne de l'adulte en apparence primitive. — MM. LEDOUX, HUMBERT et GOMET (Besançon). Femme de 26 ans, qui fut atteinte d'une péritonite pelvienne pneumococcique en apparence primitive, qui guérit après colpotomie. La leucorrhée prémonitoire, le fait que les accidents éclatèrent le lendemain de la fin des règles incitent à penser que l'infection du péritoine pelvien a pu être d'origine génitale.

Hypoglycémie alimentaire. — MM. Marcel LABBÉ, R. BOULIN et PETRESCO montrent qu'à côté des états d'hypoglycémie chronique où les accidents surviennent à jeun et disparaissent après ingestion de glycose, il y a place pour des états d'hypoglycémie chronique où la glycémie normale à jeun ne s'abaisse qu'après ingestion de glycose.

Ils montrent qu'il ne s'agit là que de l'exagération d'un phénomène qui existe à l'état d'ébauche chez la moitié des sujets.

Sur le diagnostic radiologique de la péricardite tuberculeuse. — MM. AMEUILLE et GALLES conseillent l'exploration lipiodolée pour le diagnostic précis de la péricardite tuberculeuse et les pleurésies enkystées.

Un nouveau cas d'histiocytome pulmonaire. — MM. DOUBROV et STRÉE.

Un cas d'encéphalo-myélite atypique après revaccination antivariolique. — MM. D. PAULIAN, ARICESCO et FINKELSTEIN (Bucarest). Enfant de 7 ans qui 14 jours après sa revaccination antivariolique, fut atteinte d'une encéphalo-myélite atypique, dont elle ne guérit que partiellement par le traitement appliqué (Vaccin Neurin, radiothérapie, diathermie).

Encéphalomyélite post-rougeolique à type de sclérose en plaques aiguë. — MM. D. PAULIAN et C. ARICESCO (Bucarest). Enfant de 5 ans qui, au décours d'une rougeole, fut atteinte d'une encéphalo-myélite à type de sclérose en plaques à marche aiguë.

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1932)

Polysynovite et polysérite tuberculeuse. — MM. F. BEZANÇON, L. DE GENNES, E. BERNARD et OUMANSKY. Observation d'un homme de 40 ans chez lequel on observa successivement une atteinte tuberculeuse des 2 plèvres, du péricarde, de toutes les grandes synoviales articulaires ou juxta articulaires laissant intacts les parenchymes ou les os sous-jacents. Les lésions suivant leur siège restèrent au stade hydarthrosique ou passèrent à la suppuration. Des injections intradermiques ou sous-cutanées de tuberculine diluée provoquèrent chez ce malade des réactions inflammatoires de toutes les articulations touchées par l'hydarthrose à l'exclusion des articulations saines et des articulations suppurées. Cette électivité des localisations bacillaires sur le tissu séreux est exceptionnelle et crée une forme de bacillose séro-synoviale bien différente du rhumatisme tuberculeux.

Elle soulève sans les résoudre les problèmes de l'allergie tissulaire qu'on peut observer à côté des réactions d'allergie générale.

Réactogènes et poisons. — M. TZANCK attire l'attention sur la nécessité de distinguer les tests cutanés en deux groupes : réactions collectives, identiques chez tous les sujets ; réactions individuelles propres à certains. Les premières sont propres au diagnostic, les autres, non.

On doit opposer la notion de réactogène à celle de poison.

L'étude des toxines permet de les assimiler non point à des poisons, mais à des réactogènes.

On ne saurait donc plus dire avec Roger que l'infection n'est qu'un chapitre de l'indication, on est au contraire en droit de se demander si l'on n'est pas ainsi ramené à la conception de Peter qui, en face de Pasteur, soutenait que c'est l'organisme qui crée la maladie même à l'occasion des microbes.

Leucémie benzolique. — P.-Emile Weil. Observation d'une femme travaillant depuis 15 ans dans une usine de caoutchouc, qui présente un syndrome d'anémie progressive avec formule d'anémie pernicieuse. L'auteur conclut qu'il s'est agi d'une leucémie due au benzol. Ce dernier provoquerait des états aplastiques, quand il agit à doses massives.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1932)

M. Baudouin cède la présidence à M. Lévy-Valensi pour 1932.

Influence du sympathique sur la sensibilité. — M. Tournay commente le rôle du sympathique dans la causalgie.

A propos des adénomes chromophobes hypophysaires. — M. de Martel discute la communication de M. Clovis Vincent sur cette variété d'adénomes hypophysaires. Il émet l'hypothèse que les troubles mentaux pouvaient être provoqués, non par la dilatation ventriculaire et par l'oblitération des trous de Monro, comme le suppose M. Vincent, mais par une compression des artères cérébrales antérieures. Il étudie l'incision du cuir chevelu, les dangers d'un curetage total, qui intéresse la capsule de la tumeur, enfin les inconvénients d'une ablation trop complète dans un syndrome hypophysaire d'insuffisance, où il peut être indiqué de respecter ce qui reste de la glande normale.

M. Cl. Vincent, dans sa réponse, fait état du faible pourcentage de mortalité que comporte sa statistique ; il relate une observation anatomo-clinique, qui démontre la possibilité de l'oblitération des trous de Monro par un adénome hypophysaire.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. Statistique opératoire. — MM. de Martel et Guillaume, à propos du malade récemment présenté par M. André Thomas, discutent les indications de la décompression simple et celles de l'exérèse dans les tumeurs de l'angle. Ils analysent leur statistique, qui comporte treize morts sur trente-quatre opérés depuis quatre ans et demi, soit 38 %. Parmi les accidents mortels, ils signalent particulièrement des troubles respiratoires, l'œdème aigu du poumon, la poussée d'hypertension intracranienne secondaire, le blocage du trou cérébral par la tente du cervelet. Les cas opérés précocement, avant le gros syndrome d'hypertension, ont donné un pourcentage bien plus favorable. La décise au sujet de l'exérèse est une question d'espèce : si la capsule est épaisse, et si la tumeur est dure, il vaut mieux ne pas toucher à la tumeur ; car toute opération cérébrale, qui exige du chirurgien un effort musculaire, expose à des accidents. Si, au contraire, la capsule est mince, et la tumeur molle, on peut pratiquer l'exérèse. L'atteinte des nerfs mixtes aggrave également l'opération. La technique employée est celle de Cushing.

M. Petit-Dutaillis apporte une statistique moins importante, mais très favorable ; une mort sur sept opérés. Il a obtenu des succès, même sur des tumeurs très dures. Il considère la stase papillaire comme l'indication majeure de l'intervention. Les tumeurs qui sont peu adhérentes au névraxe et susceptibles d'être localisées précocement avec précision, peuvent être extirpées presque totalement quand elles sont opérées de bonne heure.

La forme ataxique initiale des compressions médullaires cervicales. — M. V. Néri (de Bologne) rapporte trois observations de compressions médullaires cervicales, dont la phase initiale, en dehors de douleurs radiculaires, d'une atrophie parcellaire d'un sterno-cléido-mastoïdien et d'un trapèze, a été, pendant plusieurs mois, caractérisée uniquement par des troubles ataxiques avec gros troubles de la sensibilité profonde (astéréognosie, trouble du sens des attitudes) ; dans deux cas vérifiés à l'intervention, il existait une tumeur de la face antérieure de la moelle, dont l'ablation fut suivie dans un cas de guérison complète, dans l'autre de mort par troubles respiratoires. L'auteur attire l'attention sur ce syndrome des compressions cervicales supérieures, dont l'importance topographique est à retenir.

M. R. Garcin rappelle les cas, qu'il a signalés avec MM. Guillain et J. Bertrand, de tumeurs de la région cervicale haute simulant la sclérose en plaques.

M. Alajouanine a observé des syndromes ataxiques analogues dans deux cas de fibro-gliomatoses qui siégeaient dans le renflement lombo-sacré.

Influence très favorable de la radiothérapie sur un syndrome de tumeur du mésocéphale. — MM. Georges Guillain, P. Mathieu et P. Schmitt présentent un malade de trente ans, chez lequel sont apparus, durant l'année 1929, des céphalées violentes, des vertiges, une surdité droite, des troubles de la déglutition et une baisse de l'acuité visuelle. En avril 1930, on constata une paralysie de la convergence, une paralysie de l'abaissement des yeux, du nystagmus, de l'hypoesthésie de la face à gauche, avec abolition du réflexe cornéen, une paralysie du voile du palais avec troubles de la déglutition, une surdité gauche, de l'hypoexcitabilité du nerf vestibulaire gauche avec inexcitabilité des canaux verticaux des deux côtés. La ponction lombaire montra une dissociation albumino-cytologique. Il existait une stase papillaire bilatérale. Dans l'hypothèse d'une tumeur de la calotte mésocéphalique, ce malade fut soumis à la radiothérapie par séries successives. La céphalée a disparu, les paralysies de fonction des yeux persistent, la motilité du voile est redevenue normale, il n'y a plus de troubles de la déglutition, l'hypoesthésie de la face a rétrocédé, la surdité est améliorée, le nystagmus existe après l'épreuve rotatoire ; il n'existe plus d'œdème papillaire. Le malade a repris ses occupations.

Cette observation montre l'influence remarquable de la radiothérapie, prolongée pendant deux ans, chez un malade qui présentait des symptômes de tumeur. On pourrait, certes, discuter la possibilité de lésions infectieuses, mais on s'expliquerait mal, dans ce cas, une stase papillaire persistante.

MM. Alajouanine, Barré, André Thomas relatent des cas du même ordre.

Méningiome cervical inférieur avec transit lipiodolé normal. — MM. Nayrac et Duthoit présentent la tumeur d'une femme de quarante-neuf ans, chez laquelle il existait tous les signes d'une tumeur comprimant la moelle cervicale inférieure, avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, et oblitération des espaces sous-arachnoïdiens à la manœuvre de Stookes-Queckenstedt. Or, chez cette malade, le lipiodol injecté par ponction sous-occipitale passait correctement ; il en était de même du lipiodol ascendant, injecté par voie lombaire. Or la tumeur

fut trouvée par le chirurgien, et enlevée ; elle était volumineuse (100 grammes) et exerçait une puissante compression. La malade mourut un mois après l'intervention.

Hématome sous-dural traumatique. Intervention opératoire. Guérison. — MM. André-Thomas, Schaeffer, de Martel et Guillaume. — Un homme présenta, à la suite d'une chute sur la tête, après une phase intercalaire de deux mois, un syndrome d'hypertension intracranienne constitué par de la céphalée, de la stase papillaire, de l'obnubilation intellectuelle et un petit syndrome pyramidal droit. L'encéphalographie a confirmé le diagnostic d'hématome sous-dural ; l'intervention opératoire a permis d'enlever l'hématome en totalité. Le malade guérit rapidement. Les présentateurs donnent un examen histologique de l'hématome, et discutent, à propos de ce cas, le rôle respectif du traumatisme et de la prédisposition individuelle dans la production de ces hématomes.

Astrocytome kystique du cervelet : ablation de la tumeur murale. Guérison. — M. Clovis Vincent, Mlle Fanny Rappoport, M. Bertrand Zadoc-Kahn présentent un malade âgé de dix-huit ans, opéré d'un gliome à astrocytes du lobe droit du cervelet, juxta-médian. Les auteurs insistent sur le caractère limité de la tumeur, qui permit son ablation complète, alors que les gliomes sont en général considérés comme des tumeurs diffuses, infiltrantes, impossibles à extirper. Les gliomes à astrocytes, variété la plus fréquente dans cette région, sont des tumeurs bénignes et limitées, presque toujours kystiques et de pronostic opératoire favorable.

Étude des syncinésies et des réflexes toniques du cou chez une malade présentant un syndrome thalamo-pédonculaire supérieur unilatéral, d'origine vasculaire. — M. Raymond Garcin présente une malade chez laquelle, à la suite d'un ictus, s'est constituée une hémiparésie droite, sans aphasie, avec troubles sensitifs intenses et globaux du même côté, affectant surtout la sensibilité profonde et le sens stéréognostique. Il existe, en outre, un hémisyndrome cérébelleux droit. Pas de paralysie alterne de la troisième paire. Pas d'hémianopsie, mais paralysie volontaire et automatico-réflexe de l'élévation du regard. L'auteur insiste, en dehors de l'intérêt de la localisation thalamo-pédonculaire supérieure et unilatérale de la lésion, sur l'absence de contracture, sur l'aspect « arachnéen » très spécial des déformations de la main paralysée, sur l'abolition unilatérale droite du réflexe d'attitude à la poussée. Les syncinésies que présente la malade sont d'une très grande richesse : syncinésie globale, syncinésies d'imitation, controlatérale et homolatérale. Le phénomène de Magnus et de Kleyn strictement unilatéral s'observe ici avec une rare netteté. Il est possible, en outre, de mettre en évidence des réflexes toniques par flexion et extension passive de la tête dans le plan sagittal du corps. L'auteur étudie et analyse les résultats de ces différentes recherches, ainsi que les modalités d'extériorisation de ces réflexes toniques. Les réflexes toniques d'origine labyrinthique par rotation du corps dans l'espace n'ont pu être mis en évidence de façon certaine.

Tumeur occipitale (hémangiome de la faux du cerveau) avec long passé de migraines ophtalmiques. Hémianopsie en quadrant inférieur, ayant rétrocédé complètement après ablation de la tumeur. — MM. Th. Alajouanine, D. Petit-Dutaillis et A. Mondrun présentent un malade qui a eu des crises de migraine ophtalmique depuis l'âge de dix ans, chez qui se développèrent rapidement, en six mois, à l'âge de quarante-sept ans, un syndrome d'hypertension intracranienne avec stase papillaire et une hémianopsie latérale homonyme gauche en quadrant inférieur. L'intervention permit d'enlever une volumineuse tumeur insérée sur la partie postérieure de la faux du cerveau, et très vasculaire : c'était histologiquement un hémangiome. On obtint une restauration complète du champ visuel en l'espace de quatre mois. Les auteurs insistent sur la longue précession des migraines ophtalmiques et sur la relation possible de ce symptôme avec le caractère angiomateux de la tumeur. En second lieu, ils expliquent la nature partielle de l'hémianopsie (fait inverse de ce qui se voit d'ordinaire dans les tumeurs occipitales), par une compression des radiations optiques supérieures, et non par une lésion de la calcarine, ce qui permet de comprendre la récupération fonctionnelle complète du champ visuel après ablation de la tumeur, fait exceptionnel.

L'hypertrophie musculaire de la jambe dans la névrite sciatique. — MM. Lhermitte et Albessard. — Chez un sujet atteint de névralgie sciatique récidivante, et très amélioré par la radiothérapie, le mollet montre une augmentation de volume qui se chiffre par un centimètre et demi. De plus, jumeaux et soléaire apparaissent extrêmement résistants, leur consistance est à peu près celle du caoutchouc durci. Enfin, il existe un œdème léger, mais indiscutable, de la jambe et du pied. S'agit-il ici d'une véritable hypertrophie musculaire ou d'une pseudo-hypertrophie ? La diminution de l'excitabilité électrique et de la force musculaire, la douleur à la percussion des muscles, plaident en faveur d'une pseudo-hypertrophie, et, malgré l'absence d'une biopsie, on est en droit de penser que l'augmentation volumétrique des muscles du mollet est, en réalité, liée aux modifications du tissu interstitiel intramusculaire et vraisemblablement à une imbibition œdémateuse de la trame conjonctive interfasciculaire. La pathogénie serait du même ordre que dans les pseudo-hypertrophies d'origine veineuse. Les résultats des épreuves végétatives mettent en évidence des perturbations considérables du régime vasculaire, ce qui incite à incriminer les éléments vaso-moteurs, c'est-à-dire sympathiques, qui se trouvent mélangés, dans le tronc même du nerf sciatique, aux fibres cérébro-spinales.

La vaccination antirabique dans le traitement des névralgies. — MM. Haguenau et Cruveilhier ont traité avec succès, par la vaccination antirabique, des névralgies de divers ordres. Ils présentent trois malades, atteints l'un de névralgies d'origine endocrinienne, un autre de douleurs tabétiques, le troisième de sciatique banale.

Un cas mortel de confusion mentale à forme stupide, avec hémiplégie, dû à l'oxyde de carbone. — MM. Crouzon, I. Bertrand et Henri Desoille ont observé une femme qui, à la suite d'une asphyxie aiguë par CO, présenta du mutisme avec hypertonie légère, puis une hémiplégie. L'autopsie montra l'intégrité des noyaux gris centraux, et la présence d'hémorragies protubérantielles, au voisinage desquelles s'étaient développées des calcifications quelque peu atypiques.

A ce propos, les auteurs discutent l'opinion de Panse. Ils montrent qu'à côté des cas akinéto-hypertoniques avec lésions pallidales et des cas de parkinsonisme dus à l'oxyde de carbone, il existe une forme distincte de confusion mentale avec stupeur, qui n'est pas liée à des lésions pallidales.

Signes frustes de tabes apparus au cours d'un parkinsonisme encéphalitique consécutif à des mouvements involontaires rythmés. — M. Krebs présente un malade qui, à la suite de mouvements spasmodiques de torsion des quatre membres, et d'un torticolis dus à une encéphalite épidémique, a été atteint de parkinsonisme. Au cours de ce parkinsonisme, l'auteur a vu se développer des signes frustes de tabes. La syphilis avait précédé de trente ans l'encéphalite.

Un cas de syringomyélie reconnu à la suite d'un phlegmon de la main chez un cimentier. — MM. KREBS et BERDET. — Le malade présenté a des signes déjà assez marqués de syringomyélie. Les auteurs discutent les relations de ces symptômes avec l'évolution d'un phlegmon de la main droite développé il y a quelques mois à la suite d'une plaie infectée de l'annulaire.

A propos des lésions pulmonaires infectieuses consécutives à la section médullaire expérimentale. Leurs rapports avec la pyélonéphrite. — MM. G. ROUSSY et M. MOSINGER. — Les traumatismes médullaires déterminent souvent des complications pulmonaires sur lesquelles G. Roussy insista dès le début de la guerre (1915). Ces complications s'observent également dans les interventions sur la moelle (de Martel, C. Vincent, 1923) et dans les myélites aiguës.

Pour éclairer le mécanisme de ces altérations pulmonaires, qui consistent, soit en troubles vaso-moteurs, bronchomoteurs et sécrétoires (syndrome végétatif), soit en pneumopathie infectieuse, habituellement du type broncho-pneumonique, précoce et aiguë (hémorragique) ou progressive et tardive (non hémorragique), les auteurs ont pratiqué, chez quatorze rats, une section ou un écrasement médullaire dorsal sous anesthésie à l'éther. Ils n'ont jamais obtenu de broncho-pneumonie précoce et hémorragique. Par contre, ils ont relevé, au niveau de la vessie et des reins, des phénomènes congestifs précoces, suivis d'infection rénale. Les lésions de broncho-pneumonie tardive et progressive étaient toujours secondaires à la pyélonéphrite, et relevaient vraisemblablement d'un processus d'infection par voie sanguine.

Les deux formes de broncho-pneumonies post-traumatiques se différencient donc, non seulement du point de vue anatomo-clinique, mais aussi du point de vue pathogénique.

Troubles pulmonaires végétatifs, consécutifs à des lésions médullaires expérimentales. — MM. G. ROUSSY et M. MOSINGER. — Par les méthodes histologiques habituelles les auteurs, n'ayant pu déceler chez l'animal, (rat, cobaye, chien) de troubles végétatifs pulmonaires précoces, tels qu'on les observe en clinique, après section ou écrasement médullaire, ont eu recours à l'étude macroscopique des viscères après coloration vitale. La teinte du poumon permet d'apprécier en bloc le degré de vaso-dilatation et de transsudation capillaires.

Leurs expériences semblent montrer qu'une lésion brutale de la moelle peut déterminer des troubles vaso-moteurs, décelables après injection intravitale de carmin lithiné, alors qu'une section simple, sans écrasement, n'est suivie d'aucun trouble vasculaire.

Le microscope ne révélant pas de vaso-dilatation, les auteurs admettent qu'il y a augmentation de la perméabilité capillaire, surtout marquée autour des canaux péribronchiques.

L'application du froid sur le thorax a déterminé, chez un cobaye à moelle sectionnée, un réflexe cutanéo-viscéral, qui consiste en phénomènes vaso-moteurs avec atélectasie pulmonaire.

Infection pulmonaire expérimentale après sections médullaires sous anesthésie (injection intratrachéale d'une culture de streptocoque hémolytique). — MM. G. ROUSSY et M.

Mosinger ne sont pas arrivés à réaliser, chez l'animal, la broncho-pneumonie précoce, à type hémorragique, telle qu'on l'observe chez les blessés de la moelle. Ils ont ainsi été amenés à penser qu'une infection latente préalable était vraisemblablement nécessaire pour déterminer la lésion pulmonaire. Afin de vérifier cette hypothèse, ils ont pratiqué chez le cobaye à moelle sectionnée, sous anesthésie à l'éther, des injections intratrachéales d'une culture de streptocoque hémolytique.

Tous les animaux à moelle sectionnée ont présenté une dilatation bronchique. A la troisième et à la septième heure, la vaso-dilatation ne dépassait que très légèrement celle qu'on observe chez les animaux témoins. Par contre, l'exsudation était plus intense. A la vingt-quatrième heure, la broncho-pneumonie est du type congestif et hémorragique.

Ces expériences montrent que la broncho-pneumonie, après section médullaire, n'est que secondairement hémorragique.

LIVRES NOUVEAUX

Conférences cliniques de médecine infantile (1), par H. Grenet, médecin de l'hôpital Bretonneau.

Ces conférences ont trait aux sujets les plus divers : *développement de l'enfant normal ; alimentation du nourrisson ; pneumonie et broncho-pneumonie ; fièvre typhoïde ; maladie rhumatismale ; méningite tuberculeuse ; tétanos du nouveau-né ; vulvo-vaginite ; vaccination antidiphtérique ; syphilis héréditaire.* Mais toutes sont conçues dans le même esprit, qu'indique bien leur titre : elles sont essentiellement cliniques. Peu de bibliographie ; pas de pathologie dans l'espace : des faits, soigneusement observés et judicieusement discutés. Et quels faits ! Les plus intéressants, peut-être, de la médecine infantile. Quel pédiatre ayant à soigner des broncho-pneumonies ne sera heureux de connaître l'opinion de l'auteur sur les vaccins ? Qui ne lira avec profit les pages relatives à la maladie rhumatismale et à ses manifestations extra-articulaires ? Qui ne s'intéressera au diagnostic, parfois si délicat, de la fièvre typhoïde ou de la méningite tuberculeuse infantile ? Qui ne voudra se faire une opinion sur la valeur de la vaccination antidiphtérique. Qui ne s'instruira en lisant les leçons consacrées à la syphilis héréditaire ? Louons donc M. Grenet de nous faire profiter de sa vaste expérience, de son grand talent d'exposition, de sa science consommée, des qualités qui font de lui un clinicien de race.

L. Babonneix.

L'adénopathie trachéo-bronchique. Les aspects radiologiques des régions hilaire et médiastinale chez l'enfant (1), par Pierre Dupire.

On sait toutes les controverses qu'a soulevées la question de l'adénopathie trachéo-bronchique. Pour les uns, elle est des plus fréquentes, et des plus faciles à diagnostiquer, tant est fournie sa symptomatologie tant physique que fonctionnelle. Pour les autres, aucun des signes qu'on lui a attribués d'office n'a de valeur et la preuve même de son existence reste à faire. L'avènement de la radiologie, loin de tout simplifier, a contribué à obscurcir encore un sujet qui, soit dit sans jeu de mots, n'avait pas besoin d'ombres nouvelles. Aussi faut-il louer M. Dupire de n'avoir pas craint de s'attaquer à cette question et d'y consacrer un travail très soigné, très important, que devront consulter dorénavant tous ceux qui s'y intéressent. Pour lui, les signes cliniques ne sont même pas des signes de probabilité. Sans examen radiographique fait de face et de profil, impossible d'arriver à un diagnostic. Il décèle des images de deux ordres, les unes, d'aspect non homogène, à contours irréguliers, sont vraisemblablement de nature parenchymateuse ; les autres, homogènes, arrondies, sont peut-être des images ganglionnaires vraies, mais leur valeur est très réduite. S'il est vrai qu'on ne les observe pour ainsi dire jamais, l'adénopathie trachéo-bronchique doit-elle donc être rayée des cadres radiologiques ?

L. Babonneix.

Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire, par Léon Bernard, professeur de clinique de la tuberculose à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine.

Premier titulaire de la première chaire de clinique de la tuberculose sur le continent, le professeur Léon Bernard inaugure par ce volume, la Bibliothèque de Phtisiologie, dont il prend l'initiative.

De cet ouvrage, se dégage une interprétation générale de la tuberculose pulmonaire, reposant sur la conception aujourd'hui classique de l'infection tuberculeuse.

La tuberculose pulmonaire qu'on rencontre ordinairement chez l'adulte représente une surinfection, réveil d'une première et ancienne phase de la maladie, dite primo-infection. L'auteur, grâce à l'exploration radiologique, ainsi qu'à la confrontation des faits qu'il a étudiés chez l'adulte avec ceux qu'il a reconnus chez le nourrisson, a pu retrouver toute la chaîne des lésions qui joignent celles des deux phases de la maladie, apportant ainsi la preuve de l'interprétation qu'il défend.

En même temps, il fixe les images correspondant à ces divers types de lésions. Mais il résulte de ces recherches que le début des lésions de surinfection ne réside pas, comme on le croyait jusqu'ici, aux sommets du poumon, mais bien dans la région hilaire et il décrit les variétés anatomo-radiologiques de cette tuberculose initiale périhilaire.

On voit les conséquences pratiques de cette notion nouvelle au point de vue du diagnostic précoce de la tuberculose. D'ailleurs, chacun des chapitres de l'ouvrage est l'origine de considérations pratiques touchant le diagnostic et le traitement.

Négligeant de refaire l'exposé, aujourd'hui classique, de la marche et de l'évolution de la maladie, l'auteur s'est attaché, au contraire, après avoir exposé les localisations initiales et les exposés anatomiques du diagnostic précoce, à approfondir la question des arrêts de la maladie. Tant pour la primo-infection que pour les surinfections tuberculeuses du nourrisson, de l'enfant, de l'adulte, il reprend nos connaissances sur ce sujet en s'appuyant sur des faits d'observation et des considérations orginales, qui aboutissent à définir la notion de guérison en matière de tuberculose pulmonaire.

Comme sanction pratique à ces développements cliniques, l'auteur termine par un chapitre intitulé « Tuberculose et mariage » destiné à rendre un réel service aux médecins si souvent consultés sur ce sujet, qui pose un problème de pratique particulièrement délicat et embarrassant.

Ajoutons que l'ouvrage est illustré de 71 figures, reproductions radiographiques ou schémas, toutes originales.

L. G.

(1) In-8 de 270 pages. — Paris, Vigot.

(2) In-8 de 177 pages. — Lille, imprimerie Durand.

(1) Un volume de 266 pages avec 71 figures originales hors texte. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

Comptez 444... ou la médecine vraisemblable (1), par le Dr Charles REY.

Voici un livre vécu. Dans de courts chapitres écrits d'une plume alerte, notre confrère Charles Rey raconte les débuts, puis les différents événements qui marquent régulièrement toute vie professionnelle. Ces récits tour à tour tristes, décevants, gais ou réconfortants, décèlent un rare don d'observation et une sage philosophie. Nous ne saurions trop en recommander la lecture à nos confrères.

F. L. S.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU SEIN

FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

C'est le plus fréquent néoplasme de la femme, l'un de ceux qui devraient être opérés le plus tôt.

Cliniquement il se présente sous de nombreux aspects dans lesquels le diagnostic de malignité peut être délicat. En cas de moindre doute, *la biopsie* s'impose.

FORMES CLINIQUES

La forme la plus fréquente est l'*Epithelioma atypique infiltré*.

Symptômes. — 1. DÉBUT. — Il s'agit le plus souvent d'une femme encore jeune (40, 45 ans, parfois moins) qui vient consulter pour *une tumeur* indolente découverte dans son sein — parfois après un traumatisme, le plus souvent par hasard — tumeur à développement insidieux. D'autres fois c'est un ganglion axillaire qui l'a inquiétée.

Examen. — A l'*inspection* du thorax les deux seins sont symétriques, non déformés.

A la *palpation*, qui est l'examen capital, pratiquée la main à plat sur le sein, en déprimant, en faisant rouler la glande, on constate :

une petite tumeur

— siégeant le plus souvent dans le quadrant supéro-externe, mais parfois nettement en dedans ; plus rarement sur la ligne axillaire antérieure.

— Sa *consistance* est uniformément dure, ligneuse, très spéciale.

— Son *indolence* est totale.

— *Elle fait corps* avec la glande, ne donnant pas de ressaut ; sans limites nettes, on ne peut l'isoler ; elle émet des prolongements en tous sens.

— *La peau* au-dessus d'elle est encore mobile, mais le pincement montre qu'elle a perdu sa souplesse : le pli est épais. La traction détermine parfois déjà quelques petites rides, liées à des adhérences profondes, fonction aussi de la stase lymphatique.

— *Les ganglions* enfin doivent être recherchés : dans l'aisselle, sous le grand Pectoral, contre la paroi costale.

Souvent déjà décelables cliniquement, ils sont petits, durs, roulant sous le doigt (c'est dans ce cas surtout qu'il y a blocage lymphatique du sein). Parfois non perçus, mais toujours suspects ; cependant il peut s'agir de simple réaction inflammatoire.

Telle est la forme classique du cancer du sein à sa période de début, *période opératoire* par excellence. C'est à ce moment en effet qu'on peut espérer une guérison durable après une exérèse facile (50 % de bons résultats après 3 ans).

(1) In-8. — Prix : 12 fr. — Les Œuvres représentatives, 41, rue de Vaugirard, Paris.

Plus tard en effet les conditions changent en raison des extensions, des adhérences.

2. PÉRIODE D'ÉTAT. — *Signes physiques.* — La tumeur s'est étendue : l'envahissement a gagné plus ou moins *la peau, le muscle*, mais toujours très largement, les *ganglions*.

Inspection. — *Asymétrie* des seins : le sein malade nettement augmenté de volume.

Peau blanche avec quelques varicosités.

Parfois des pores dilatés se dessinent : phénomène de la *peau d'orange* qu'on interprète comme due à de la stase lymphatique.

Parfois dans les C. sous-mamelonnaires, *le mamelon est rétracté*, ou tout au moins adhère à la profondeur. Signe qui n'a de valeur que s'il est de date récente et ne succède pas à une inflammation.

Palpation. — *La tumeur* est volumineuse, bosselée, irrégulière, *diffuse* et dure.

Elle capitonne *la peau* qui est infiltrée ; peut adhérer au mamelon qui peut être rétracté de façon irréductible, ou en tout cas ne se laisse pas attirer.

Elle peut adhérer également *au plan musculaire* : faire contracter le grand Pectoral, le bras en abduction ; la tumeur s'immobilise si elle adhère au muscle.

Cette adhérence est cependant *tardive ;* plus tardive encore l'adhérence au gril costal avec fixité absolue de la masse.

Les ganglions sont pris et souvent assez gros, ils sont mobiles, durs, indolents.

On les palpe :

— au bord inférieur du grand Pectoral,

— le long de la paroi thoracique (chaîne mammaire),

— au sommet du creux axillaire qui parait comblé.

On recherchera :

— l'existence d'adénopathies croisées qui impliquent une exérèse bilatérale (Lecène),

— l'existence de ganglions sus-claviculaires qui sont une contre-indication à l'exérèse.

L'examen des poumons, et tout particulièrement l'exploration radiologique des *régions hilaires*, s'impose car très souvent déjà la chaîne mammaire interne est prise ; il y a des ganglions médiastinaux, sinon déjà des métastases pulmonaires parenchymateuses.

En somme période où la recherche qui prime est celle des *contre-indications opératoires*, tirées,

— les unes de *l'état local ;*

— fixité de la tumeur qui adhère au gril costal,

— ganglions sus-claviculaires,

— existence de lymphangite cancéreuse ;

— les autres de *l'état général :*

— recherche des métastases.

Souvent cependant la décision opératoire sera prise, mais les difficultés d'exérèse peuvent être grandes ; la guérison sera souvent précaire ; les récidives, locales ou pulmonaires, sont fréquentes même après exérèse large.

3. PÉRIODE D'ULCÉRATION. — L'ulcération, presque constante, apparaît tardivement.

Signes fonctionnels. — Elle s'annonce par :

— *des douleurs :*

brûlures, crampes, tiraillements, irradiant dans le bras ou l'épaule,

s'exagérant au point de devenir à la longue intolérables.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur de Souza-Gularte.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à M. Vuillot (Charles d'Orléans), étudiant en médecine de la Faculté de Paris, mort victime de son dévouement.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Magnand, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais), a été nommé médecin directeur de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), en remplacement de M. le docteur Chatagnon, appelé à un autre poste.

M. le docteur Fouque, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var), a été nommé, en la même qualité, à l'asile d'Aix (Bouches-du-Rhône), en remplacement de M. le docteur Merland, appelé à un autre poste.

MUSÉUM NATIONAL D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Mangin, ancien directeur du muséum, est nommé directeur honoraire.

MM. Bouvier et Lecomte, anciens professeurs, sont nommés professeurs honoraires.

FONDATION DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — Sous le patronage de membres de l'Académie de médecine, de professeurs des facultés de Paris et de province, de médecins des hôpitaux, il a été fondé le 2 février 1932, à Paris, une association exclusivement composée en France de cliniciens français, à l'étranger de cliniciens de langue française exerçant la médecine générale.

Le Comité est composé de M. le professeur Carnot, MM. Lesné et Jules Renault, membres de l'Académie de médecine; MM. les professeurs Clerc et Laignel-Lavastine, MM. les professeurs agrégés et médecins des hôpitaux Alajouanine, Aubertin, Cathala, Ch. Richet, Huber, Louste, Trémolières, MM. Barthélemy, Biard, Francis Bourgeois, Chabanier, Doury, H. Godlewski, Jomier, H. Sicard, Tardieu, Tissier-Guy, Touchard.

Il a élu : président d'honneur, le professeur Chauffard ; président, le professeur Carnot; vice-présidents, le docteur Jules Renault et le professeur Castaigne, membres de l'Académie de médecine; secrétaire général, le docteur Henri Godlewski; trésorier, le docteur Doury.

L'A. F. M. G. a pour but de provoquer, dégager et exprimer l'opinion de la clinique française sur les plus importantes questions scientifiques d'intérêt général et de pratique courante.

A cet effet, il a été organisé d'abord des sessions d'Assises médicales. Pour chacune de celles-ci, le sujet choisi est en premier lieu discuté en Assises départementales où dans chaque département les praticiens, membres de l'assemblée, votent une conclusion sur les faits de leur observation.

Toutes ces conclusions départementales, publiées immédiatement, sont ensuite discutées en Assises nationales où il est fait choix de la conclusion qui rallie le maximum de suffrages et qui devient ainsi l'expression de l'expérience médicale française.

Les premières Assises départementales auront lieu en avril sur la tuberculose rurale, et la conclusion générale de cette question vitale sera votée en mai aux premières Assises nationales.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Henri Godlewski, secrétaire général, 14, rue Théodule-Ribot, Paris (XVIIe).

VIe CONGRÈS DES SOCIÉTÉS FRANÇAISES D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE. (MONTPELLIER, 27-28-29 mai 1932.) — Le VIe Congrès des sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie se tiendra à Montpellier les vendredi 27, samedi 28 et dimanche 29 mai 1932, sous la présidence de M. le professeur Euzière, doyen de la Faculté de médecine, MM. les professeurs Villard et Terracol étant vice-présidents.

Le secrétariat local sera assuré par M. le professeur agrégé Pagès, secrétaire, et M. le docteur Viallefont, secrétaire adjoint, MM. les docteurs Bonnahon, Temple et Vidal étant secrétaires des séances.

Les rapports *sur les séquelles des traumatismes craniens fermés* en oto-neuro-ophtalmologie seront présentés par MM. Bremer (neurologie), H. Coppez (ophtalmologie), Hicguet (otologie), P. Martin (thérapeutique).

Une excursion est prévue pour le dimanche 29 mai, à Nîmes, le Pont du Gard, la Source Perrier, Aigues-Mortes.

Des démarches sont faites auprès des grands réseaux de chemins de fer français en vue d'obtenir pour les congressistes une réduction sur les prix de transport.

L'inscription au Congrès ne comporte aucune cotisation.

Pour permettre au Comité d'organisation d'établir en temps voulu le programme détaillé des travaux du Congrès et d'obtenir de chaque réseau de chemin de fer les permis individuels, de préparer aussi l'organisation méthodique de la discussion des rapports, prière d'adresser les adhésions et inscriptions dès que possible et avant le 20 avril, dernier délai de rigueur pour les transports, au secrétaire général : docteur Auguste Tournay, 81, rue Saint-Lazare, Paris (IXe). Tél. Trinité 12-27.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE THÉRAPEUTIQUES. — *Cours de perfectionnement* (Pâques 1932, 18 avril au 2 mai), sous la direction de M. le professeur Maurice VILLARET, médecin de l'hôpital Necker. — *La thérapeutique médicale et hydrologique des maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 18 avril 1932, à 9 h., à l'hôpital Necker (amphithéâtre Guyon et salle Delpech), avec la collaboration de MM. Henri Bénard, agrégé, médecin des hôpitaux; Henry Bith, ancien chef de clinique à la Faculté, assistant du service; François Moutier, Saint-Girons, chefs de laboratoire à la Faculté; Justin-Besançon, chef de clinique et du laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques à la Faculté; Wahl et Jean Bourgeois, chefs de clinique à la Faculté, et Roger Even, ancien interne des hôpitaux.

Il aura lieu régulièrement : le matin, à 9 h.; l'après-midi, à 14 h. 30 et 16 h.

Il comprendra 36 leçons et sera complet en deux semaines.

Des examens au lit des malades et des démonstrations radiologiques, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faits après la leçon du matin, au cours de la visite dans les salles, à partir de 11 h., par le professeur Maurice Villaret et le docteur Henry Bith, avec le concours du docteur Brunet, assistant radiologique du service.

Des sommaires détaillés, résumant chaque leçon, seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'étude hydrologique sera organisé les 30 avril, 1er et 2 mai, à Vichy, où auront lieu les deux dernières leçons du programme. — Les élèves de ce cours — et des autres enseignements de perfectionnement que la chaire d'hydro-climatologie thérapeutique est susceptible de faire pendant l'année — et qui seraient désireux de participer à ce voyage, sont priés de s'inscrire à l'avance au laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques, à la Faculté de médecine, auprès de M. Roger Even, chef de laboratoire adjoint, qui leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du séjour à Vichy. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue de ce cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine. — Droit : 200 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques de la Faculté de médecine de Paris (Ecole pratique).

CLINIQUE MÉDICALE. — Le docteur Géraudel fera, le dimanche 13 mars, à 10 h. du matin, à la Clinique médicale, 10, rue Lyautey (XVIe), une conférence sur « L'électrocardiographie dans la pratique médicale ».

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE. — *Six leçons sur le traitement des tuberculoses ostéo articulaires et gangtionnaires*, par le docteur André Richard, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de Berck.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Delahaye, Hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

LA LIGUE D'UNION LATINE EN ESPAGNE. — A peine rentrée d'Italie, la Ligue d'Union latine se rendra en Espagne où elle accomplira, du 8 au 21 mai, un voyage de tourisme et de propagande. Madrid, Tolède, Séville, Cordoue, Grenade, Valence et Barcelone seront visitées par les voyageurs qui accompliront, en même temps que le plus enchanteur des voyages, une œuvre de propagande française particulièrement intéressante et opportune. A souligner que c'est la première fois que la Ligue d'Union latine se rend officiellement en Espagne depuis le changement de régime de cette nation. De grandes manifestations se préparent déjà pour accueillir les voyageurs.

Renseignements et itinéraire sont envoyés sur demande adressée à la Ligue d'Union latine, 51, rue Saint-Georges, Paris (IXe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Charles Debierre, membre correspondant de l'Académie de médecine depuis 1897, sénateur du Nord depuis 1911, décédé à Lille dans sa quatre-vingtième année.

On sait que le professeur Debierre, qui a laissé de nombreux ouvrages d'anatomie devenus classiques, s'intéressait beaucoup aux questions universitaires. Tout récemment, au Sénat il s'est fait le défenseur du baccalauréat latin-grec pour les futurs médecins.

RENSEIGNEMENTS

SECRÉTAIRE STÉNO-DACTYLO, exc. réf., demande emploi matinée. — Mme Pichon, 17, rue de la Banque, Paris (IIe).

* *

CHRONIQUE

REMISE AU DOCTEUR J. NOIR DE LA CROIX DE LA LÉGION D'HONNEUR

Lundi soir, dans les salons du restaurant Marguery, fête tout intime. On remettait à celui qui, depuis tant d'années, incarne l'honneur professionnel, la croix que les pouvoirs publics, souvent ignorants du *mérite personnel*, n'avaient point encore trouvé le temps de lui accorder, et qu'il attendrait encore sans l'obligeante intervention de notre aimable confrère, M. Moulin, maire du Ve. Assistance choisie où figuraient, entre autres, les professeurs Hartmann, Laignel-Lavastine, Lereboullet, les docteurs Cibrie, Baillière, Duchesne, P. Boudin, Weissenbach, Cadenat, J. Dedet, Jayle, Hartmann, Cathelin, Comby, Claisse, Bellencontre, Lian, Dartigues, Mille, etc. Beaucoup de charmantes femmes. Une atmosphère de cordialité. Et, aussi, de fierté. Le nouveau légionnaire n'est-il pas de ceux qui forcent l'estime et l'affection de tous ceux qui ont eu la bonne fortune de l'approcher ? Qui ne connaît son dévouement, sa souriante modestie, son aménité ? Dans le pittoresque quartier où il s'est installé il y a presque un demi-siècle, sur les flancs de cette *montagne pensante* que domine sainte Geneviève, nul praticien de plus populaire ! N'est-il pas « le médecin des âmes, quand il y en a qui le sont tout au plus « des corps » ? Il sait qu'il est des détresses morales pires que les pires souffrances physiques, et que ce n'est point s'abaisser que de se pencher sur elles avec une infinie délicatesse, avec une exquise douceur. Partout où le conduit son pas tranquille, il apporte joie et réconfort. Sa main droite est si occupée à panser les plaies des pauvres et des malheureux qu'elle ignore ce que leur donne la main gauche. Tel est le rayonnement qui émane de son regard d'Auverne, que sa venue suffit à rendre confiance, à ranimer l'espérance. Homme d'action, il est à la tête de la plupart de nos œuvres, et c'est grâce à lui, à son exemple, à ses efforts que nos syndicats sont devenus une force morale si puissante qu'il faudra, désormais, compter avec eux. Journaliste infatigable, il rédige chaque semaine, au *Concours médical*, ces articles riches d'idées que les plus difficiles d'entre nous considèrent comme des modèles de clarté, de jugement et d'exposition. Organisateur hors pair, il s'est intéressé dès leur naissance à bien des associations qui, comme l'*Umfia*, lui doivent presque autant, peut-être, qu'à son vaillant président Dartigues leur magnifique essor.

C'est ce qu'en termes excellents lui disent les différents orateurs. L'un d'eux, professionnel de l'érudition, lui rappelle non sans à-propos qu'en janvier 1832, paraissait, dans *Stello*, la consultation de son illustre homonyme. Puisqu'il a cité Alfred de Vigny, ne manquons pas de l'imiter. Comment, en contemplant cette vie toute droite et tout unie, ne pas évoquer la noble figure de l'amiral Collingwood, pour qui « le sentiment du devoir finit par dominer tellement « l'esprit qu'il entre dans le caractère et devient un de « ses traits principaux ? » Comme lui, le Dr Noir n'a-t-il pas tout sacrifié à l'accomplissement d'une tâche dont, mieux que personne, il aime et la servitude et la grandeur... Dans les conjonctures les plus éclatantes comme dans les plus humbles, il n'a jamais eu qu'un but : faire le bien, qu'un idéal : servir.

L. BABONNEIX.

Réaction de Vernes à la résorcine et infection tuberculeuse (Evolutions, période latente), par le docteur ROBERT-LÉVY. Préface du professeur Jacques PARISOT. In-8° de 162 pages, nombreux tableaux. — Prix : 20 fr. Paris, N. Maloine.

REVUE GENERALE

SCLÉRODERMIE ET PARATHYROIDES [1]

Par M. le docteur Henry MAMOU,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin assistant à l'hopital Necker.

La sclérodermie, malgré les nombreux travaux qui lui ont été consacrés, reste une affection encore pleine d'inconnues et dont le traitement est bien souvent décevant. Ce n'est pas que de multiples hypothèses n'aient été émises en vue d'en expliquer la pathogénie et l'on a invoqué tour à tour une théorie infectieuse, traumatique, toxique, nerveuse, vasculaire, endocrino-sympathique. Cette dernière semble actuellement l'une des plus solides, car elle repose sur de très nombreux arguments cliniques, thérapeutiques et anatomo-pathologiques. Le corps thyroïde, les glandes génitales, l'hypophyse ont été tour à tour incriminés, de sorte que la sclérodermie paraît actuellement liée à *une insuffisance pluriglandulaire* plutôt qu'à un trouble unique d'une glande endocrine.

En outre, depuis quelques années, les rapports des sclérodermies avec les *troubles du métabolisme calcique* attirent l'attention.

Des faits cliniques de plus en plus nombreux montrent l'association des sclérodermies avec certains syndromes, tels que la cataracte, les concrétions calcaires sous-cutanées, les troubles articulaires et osseux — où ce trouble calcique apparaît nettement.

Or, on sait actuellement le rôle prépondérant que les parathyroïdes semblent jouer dans le métabolisme du calcium dans l'organisme ; on comprend ainsi combien les rapports des sclérodermies avec les glandes endocrines sont intéressants à discuter, à un double point de vue théorique et pratique, d'autant plus que la thérapeutique médicale s'est enrichie récemment de puissants extraits parathyroïdiens, et que la parathyroïdectomie est à l'ordre du jour dans nos sociétés de chirurgie.

Résumons tout d'abord les notions que les travaux récents nous ont apprises sur les syndromes parathyroïdiens observés en clinique ou obtenus expérimentalement.

Syndromes parathyroïdiens. — Grâce aux recherches de Sandstrom, de Gley, d'Edmunds, de Moussu, de Logetschrikow, d'Erdheim, il est actuellement un fait bien établi que l'ablation chirurgicale ou postopératoire des thyroïdes provoque une tétanie typique associée fréquemment à une cataracte bilatérale. Quant à la tétanie spontanée, de nombreux arguments anatomo-pathologiques auxquels sont venus s'adjoindre récemment des arguments thérapeutiques, grâce à l'efficacité des nouveaux extraits opothérapiques, semblent également plaider en faveur de son origine parathyroïdienne.

A côté de ces deux ordres de manifestations, tétanie et cataracte, il en existe d'autres plus accessoires certes, mais également importantes, surtout quand on les compare à certains symptômes observés dans les sclérodermies. C'est ainsi que l'animal privé de ses parathyroïdes présente des altérations cutanées revêtant l'allure de troubles trophiques : ulcérations rebelles bilatérales aux pattes de l'animal (Gley), au niveau du zygoma (Morel,) des troubles des phanères pour ainsi dire constants, consistant en alopécie totale ou partielle (Iselin, Harvier), en canitie progressive (Morel), en lésions dentaires.

Tels sont les symptômes de *l'hypoparathyroïdie*, dont le trouble biologique principal réside dans l'*abaissement de la calcémie.*

A côté de ce syndrome d'hypofonctionnement des glandes parathyroïdes, l'utilisation des puissants extraits parathyroïdiens, véritables hormones isolées par Collip, Clark et Scott, et connues sous le nom de « parathormone », a montré l'existence d'une entité clinique imprévisible l'*hyperparathyroïdisme*, étudié tout d'abord en Allemagne puis en Amérique. La découverte de ce syndrome est comparable à celle du syndrome d'hyperinsulinisme obtenu par l'utilisation de l'hormone pancréatique.

Ce fut Collip le premier, en 1925, puis Robinson, Hoffmann, Burt qui engagèrent les chercheurs sur le terrain de l'hyperparathyroïdie expérimentale. Par l'administration de la parathormone aux animaux, ils déterminèrent un syndrome humoral consistant en augmentation de la calcémie, en abaissement du phosphore inorganique dans le sang. Mais des observations d'hyperparathyroïdie étaient déjà connues depuis un certain temps. Erdheim, en 1907, insistait sur la fréquence de l'hypertrophie des parathyroïdes dans l'ostéomalacie.

Hoffheinz rapporta ensuite 45 cas d'hypertrophie des parathyroïdes associés à diverses affections du squelette, en particulier à l'ostéite fibreuse de Recklinghausen, à l'ostéomalacie, et au rachitisme.

Mais ce fut surtout le mérite de Mandl d'avoir le premier déduit de ces faits cliniques des conclusions thérapeutiques.

L'ablation chirurgicale des glandules parathyroïdes chez un homme atteint de maladie osseuse de Recklinghausen guérit définitivement le malade.

Actuellement, les observations d'hyperparathyroïdies traitées par la parathyroïdectomie se multiplient; parmi les principaux auteurs, citons à l'étranger Gold, Dubois, Aub, Bauer, Richardson, Barr, Dixon, en France, Léri et ses élèves, Sainton, qui obtinrent chez leurs malades des améliorations cliniques et humorales incontestables.

De l'ensemble de ces travaux, il est actuellement possible d'individualiser un *syndrome d'hyperparathyroïdisme*, dont les symptômes majeurs sont, d'après Barr, Bulger et Welder : *au point de vue clinique :* l'hypotonie musculaire et la diminution de l'excitabilité électrique des muscles, la décalcification osseuse. *Au point de vue biologique :* l'hypercalcémie avec élimination de calcium en quantité anormalement élevée dans les urines et dans les matières fécales — parfois l'hypophosphatémie.

(1) Ce travail est extrait de la thèse (1931) : H. Mamou. *Sclérodermie et cataracte. Maladie de Rothmund. Essai clinique et pathogénique*, A. Legrand, édit.

Quelquefois, il s'adjoint à ce syndrome, des coliques néphrétiques, des dépôts calcaires sous-cutanés associés parfois à une néphrite chronique (Von Selye).

La connaissance de ces deux syndromes d'hypo et d'hyperfonctionnement parathyroïdiens peut maintenant nous aider à essayer d'interpréter certains symptômes observés en clinique, associés à la sclérodermie.

Sclérodermie et insuffisance parathyroïdienne. — Un premier groupe de symptômes est celui réalisé par l'association de sclérodermie et de troubles paraissant relever de l'insuffisance parathyroïdienne ; nous voulons parler surtout de la tétanie et de la cataracte.

Sclérodermie et tétanie. — Si l'association de sclérodermie et tétanie est rare, elle est loin d'être exceptionnelle.

Déjà en 1900, Dupré et Guillain rapportaient à la Société médicale des hôpitaux, un cas typique de sclérodermie associée à la tétanie chez une femme de 32 ans, atteinte en outre de maladie de Basedow. La sclérodermie à type sclérodactylie existait aussi à la face, prédominant au front et aux ailes du nez. Les crises de tétanie étaient nettes, provoquées par les émotions. Les fourmillements, les engourdissements, un endolorissement dans le domaine des nerfs cubitaux marquaient le début de l'accès. Le signe de Trousseau n'existait pas, mais on notait un signe de Weiss manifeste. L'examen électrique montrait les modifications caractéristiques de la tétanie.

Deux ans plus tard, Follet et Sacquépée publiaient un nouveau cas de sclérodermie et de tétanie, associées au syndrome de Raynaud. Les troubles trophiques étaient marqués dans cette observation : rétraction de l'aponévrose palmaire, ulcérations torpides aux membres avec doigts en griffe, état cassant et fendillé des ongles, amyotrophie thénarienne bilatérale.

Flesh (1908) dans un syndrome génito-sclérodermique, notait chez une femme de 35 ans des signes frustes d'insuffisance parathyroïdienne et en particulier un signe de Chvosteck des plus nets.

Curshmann (1926) dans son traité sur les sécrétions internes rapporte des cas d'association de sclérodermie avec tétanie.

Le cas de Moehlig (1926) est plus curieux : chez un malade présentant les signes habituels de la maladie de Basedow, avec une augmentation du métabolisme basal de 40 0/0, une lobectomie thyroïdienne est pratiquée. Un mois après l'opération, une sclérodermie des plus nettes s'installe en même temps que des crises fréquentes de tétanie. Les signes de Trousseau et de Chvosteck sont positifs, le métabolisme est diminué à 24 0/0. La calcémie est de 12 mmg 0/0. Sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne on constate des progrès remarquables : les symptômes de tétanie s'améliorent et la peau devient nettement plus douce.

Dans d'autres cas, c'est la cataracte qui s'associe à la sclérodermie.

Sclérodermie et cataracte. — Il ne s'agit pas d'une association fortuite, mais d'un véritable syndrome dont l'aspect clinique se reproduit assez fréquemment pour que nous proposions de le désigner sous le terme de « *Maladie de Rothmund* » — du nom de son premier observateur — appellation, du reste, couramment employée en Allemagne.

Ce syndrome peut s'observer à tous les âges de la vie. On l'a décrit chez l'enfant de cinq à sept ans, mais aussi chez le vieillard. Cependant, il survient avec une particulière fréquence chez l'adulte jeune et surtout chez la femme.

Son début est long et insidieux, marqué par des troubles de l'état général, des troubles génitaux, aménorrhée précoce et persistante chez la femme ; puis les symptômes se précisent par l'apparition soit d'une cataracte bilatérale, soit de troubles cutanés, soit encore de troubles laryngés.

Dans tous ces cas, *l'association oculo-laryngo-cutanée* est caractéristique. Au point de vue oculaire, il s'agit d'une cataracte précoce, bilatéralle, à marche rapide.

Par la lampe à fente, on en précise les caractères ophtalmoscopiques : elle apparaît comme étant une cataracte *corticale* frappant les couches antérieure et postérieure du cristallin, laissant libres les parties centrales, noyau adulte et noyau fœtal. Elle se rapproche ainsi de la cataracte de la tétanie ou de la myotonie dystrophique.

Les symptômes cutanés consistent en sclérodactylie ou en sclérodermie localisée à type de morphée avec son lilac-ring habituel. Cette sclérodermie est spéciale par les troubles trophiques intenses qui l'accompagnent souvent : ulcérations plantaires rebelles et douloureuses, troubles hyperkératosiques persistants.

Enfin, les symptômes laryngés se manifestant par un enrouement chronique, une voix de « fausset » ou une voix éteinte, complètent la symptomatologie.

Plus accessoirement, notons les télangiectasies, les troubles pilaires, canitie précoce, alopécie en aires ou généralisée, les troubles dentaires, unguéaux, les troubles du développement donnant au malade l'aspect d'un infantile, enfin les troubles endocriniens souvent associés : thyroïdiens, génitaux, hypophysaires, parathyroïdiens.

Ce syndrome décrit pour la première fois en 1868 par Rothmund en Allemagne fut observé dans plusieurs familles et chez plusieurs membres d'une même famille.

Werner en 1904 en rapporta de nouveaux cas familiaux ; puis ce furent Vossius, Monjukowa qui relatèrent de nouveaux cas, isolés, sans caractère familial. En France, Guillain, Alajouanine et Marquézy publièrent la première observation en 1923 ; puis Monier, Vinard et Barbot, Sainton et Mamou, Sézary, Favory et Mamou, Krebs, Hartmann et Thiébaut étudièrent de nouveaux cas.

Sclérodermie, tétanie et cataracte. — Parfois, en effet, la sclérodermie est associée à la fois à la tétanie et à la cataracte. Le cas de Monjukowa en constitue le meilleur exemple : sclérodermie avec crises de tétanie typique et cataracte bilatérale. Mme Bau-Prussak, rapportant une observation de syndrome génito-sclérodermique, mentionne une cataracte bilatérale et un signe de Chvosteck des plus nets. Dans un cas personnel, étudié avec M. Sainton, il existait une cataracte bilatéralle et des signes frustes de tétanie.

A ce groupe de faits, il est possible peut-être d'ajouter l'association de sclérodermie et de maladie de Dupuytren.

SCLÉRODERMIE ET MALADIE DE DUPUYTREN. — On sait que la rétraction de l'aponévrose palmaire ou maladie de Dupuytren est encore de pathogénie bien mystérieuse. Leriche et Jung ont attiré l'attention récemment sur les rapports possibles de cette affection avec l'insuffisance parathyroïdienne. Ils se basent sur des arguments cliniques : signes de tétanie fruste ou nette, cataracte bilatérale ; des arguments biologiques : hypocalcémie nette dans deux cas ; enfin sur des arguments thérapeutiques : amélioration de l'affection par les injections d'extrait parathyroïdien. Or, la sclérodermie est parfois associée à la maladie de Dupuytren. On en retrouve quelques cas dans la littérature, mais l'observation la plus typique est celle publiée récemment par Lechelle, Baruk et Douady : chez un homme de 62 ans, ancien spécifique, évoluèrent parallèlement: une sclérodermie à type de sclérodactylie, une maladie de Dupuytren qui a précédé la sclérodermie, et bien différente de l'extension du processus sclérodermique à la paume des mains, des troubles endocrino-sympathiques : syndrome de Raynaud, syndrome d'hyperthyroïdie, et des troubles psychiques.

Tels sont les symptômes semblant liés à l'hypoparathyroïdie et pouvant accompagner la sclérodermie. A côté de ce premier groupe de faits, la sclérodermie peut s'associer à une série de manifestations morbides, où le trouble du métabolisme calcique apparaît nettement.

Sclérodermie et troubles du métabolisme calcique. — Dans ce cadre, nous étudierons un deuxième groupe de symptômes comprenant les concrétions calcaires sous-cutanées, les calcifications viscérales, les troubles articulaires, les troubles osseux.

SCLÉRODERMIE ET CONCRÉTIONS CALCAIRES : SYNDROME DE THIBIERGE ET WEISSENBACH. — L'un des symptômes les plus curieux au cours de la sclérodermie est constitué par les concrétions calcaires que l'on retrouve dans maintes observations. Signalées d'abord isolément par Profichet qui décrivit dans sa thèse (1900) les « pierres de la peau », elles n'ont été décrites dans la sclérodermie que par Thibierge et Weissenbach (1910). Leur symptomatologie est actuellement bien connue. On peut, en effet, trouver chez les sclérodermiques de petites masses dures, de volume variable, pouvant siéger en un point quelconque des téguments, mais surtout sur les doigts et sur les orteils, au voisinage des articulations et des surfaces osseuses.

Douloureuses à la pression, elles grossissent lentement, puis s'ouvrent spontanément, évacuant leur contenu fait de bouillie crayeuse. Ces modifications si spéciales ont été comparées, à juste titre, aux tophi de la goutte, aux xanthomes.

Point particulier, ces précipitations, composées surtout de phosphate de calcium, ne se font pas seulement dans la peau, mais dans les viscères.

Les bases pulmonaires, les plèvres, les régions hilaires, le myocarde, voire même l'hypophyse, peuvent être calcifiés comme dans les observations de Sannicandro, de Paisseau, de Pollitzer.

La fréquence des combinaisons entre la sclérodermie et cette véritable « goutte calcaire » se confirmera sans doute de plus en plus lorsqu'on soumettra systématiquement chaque sclérodermique aux rayons X.

SCLÉRODERMIE, LÉSIONS ARTICULAIRES ET OSSEUSES. — On peut opposer ces dépôts calcaires de la peau et des viscères aux lésions osseuses et articulaires, si communes au cours des sclérodermies. Connues depuis longtemps, ces lésions apparaissent également plus fréquentes depuis que nous examinons radiologiquement le squelette. Au moindre degré, il s'agit d'une décalcification, d'une légère atrophie des phalangettes.

Il n'est pour ainsi dire pas de sclérodactylie qui ne présente pas, à un degré variable cette lésion révélée par la radiographie. Mais, souvent, les lésions sont plus accentuées ; on peut trouver des érosions ou même des destructions osseuses, des déformations avec tassement des pièces osseuses, sans fracture, enfin des lésions d'hyperostose.

L'importance de ces lésions osseuses, des précipitations périarticulaires explique ainsi les troubles articulaires décrits dans les observations, allant, dans certains cas, jusqu'à de véritables arthropathies, déjà signalées par Hallopeau (1872).

SCLÉRODERMIE ET OSTÉOMALACIE. — A un degré de plus, les troubles de décalcification, les altérations osseuses et multiples observées au cours de la sclérodermie, peuvent être généralisées, s'accompagner de douleurs, de troubles de la marche, en un mot réaliser un véritable syndrome ostéomalacique, qui s'adjoint alors aux troubles cutanés. Dans le cas de Sterling (1927) la sclérodermie était nette, siégeant à la face et aux membres supérieurs ; elle s'accompagnait d'amaigrissement rapide, de troubles de la démarche.

L'exploration radiologique décelait des altérations considérables caractérisées par une décalcification et des déformations osseuses correspondant à un degré très prononcé d'ostéomalacie.

Morawiecka (1928) observe un cas encore plus intéressant de coexistence de sclérodermie et d'ostéomalacie atypique, puisqu'il manquait absolument à cette dernière affection l'élément douloureux, chez une femme de 23 ans ; les troubles osseux eurent une évolution rapide, confinant la malade au lit au bout de quelques mois. L'auteur insiste sur les lésions vertébrales observées à la radiographie qui étaient semblables à celles de la spondylose et à l'arthrite déformante vertébrale.

Enfin, chez cette malade évoluaient parallèlement une maladie de Basedow et une sclérodermie des cuisses et des jambes.

On voit ainsi par tous ces exemples l'importance des troubles du métabolisme calcique dans la sclérodermie.

Etant donnés les rapports de certaines concrétions calcaires (Von Selye), de l'ostéomalacie (Erdheim), des décalcifications osseuses (Hoffheinz), avec l'hyperparathyroïdisme, il est donc possible que ce deuxième groupe de symptômes associés à la sclérodermie puisse être attribué à une perturbation parathyroïdienne et peut-être à une *hyperparathyroïdie*.

LA CALCÉMIE DANS LES SCLÉRODERMIES. — Les études biologiques peuvent-elles mieux nous renseigner et étayer nos hypothèses basées sur la clinique ? C'est le but que se propose l'étude de la calcémie chez les sclérodermiques.

Au congrès de Strasbourg (1929) le Pr. Naegeli note une légère hypercalcémie (11 à 17 mmg 0/0) alors que le chiffre normal d'après la méthode de Guillaumin est de 10 0/0. Pautrier, Gaté, Giraud, Linard arrivent aux mêmes conclusions. Samicandro trouve dans un cas une hypercalcémie notable. Chez une malade de Lortat-Jacob, atteinte de sclérodermie avec concrétions calcaires, la calcémie était énorme à 26 mmg 0/0, soit plus du double du chiffre normal.

Cependant, une hypercalcémie notable ne coexiste pas forcément avec des concrétions calcaires ou des lésions osseuses importantes, contrairement à ce que l'on pourrait prévoir. C'est ainsi que dans un cas où Naegeli trouvait 37 mmg 0/0, les examens radiologiques de toutes les articulations, répétées pendant un an, ne révélèrent ni lésion osseuse, ni calcification des parties molles.

Inversement, dans les sclérodermies avec concrétions calcaires, il est fréquent de noter une calcémie normale. M. P. Weill et Weissmann-Netter et Weissenbach, Vignal et Guillaumin ont insisté fréquemment sur ces faits.

Du reste, la calcémie n'a-t-elle pas été trouvée normale dans certains états pathologiques où les troubles du métabolisme calcique ne faisaient cependant aucun doute ? Dans les calcifications artérielles des diabétiques, dans les athéromes aortiques avec ou sans hypertension, de nombreux auteurs ont trouvé des chiffres normaux. Ce résultat a été comparé à celui de l'uricémie dans la goutte, où malgré des troubles évidents avec tophi importants, le taux de l'acide urique reste souvent immuablement normal avant, pendant et après l'accès de goutte ou la formation des tophi. Cela signifie-t-il que le goutteux ne présente pas de troubles du métabolisme urique ?

On voit combien restent difficiles à interpréter les résultats biologiques. On ne peut donc encore tabler sur eux pour démontrer sûrement un trouble de la fonction parathyroïdienne.

Existe-t-il alors des *preuves anatomo-pathologiques* montrant l'altération des glandes parathyroïdes dans les sclérodermies ?

Ces constatations sont encore fort rares. Cependant Sannicandro, à l'autopsie d'un malade atteint de sclérodermie, trouve, en même temps, il est vrai, que l'hypertrophie des ovaires et du corps thyroïde, une hypertrophie incontestable des glandes parathyroïdes. Tout récemment, Leriche extirpe une parathyroïde chez un malade sclérodermique dont la calcémie était légèrement augmentée à 0,112. L'examen histologique montra des cellules disposées en petits amas, toutes volumineuses, toutes bourrées de grains de sécrétion, surtout dans les régions apicales, cellules paraissant en hyperfonctionnement.

Thérapeutique. — Il reste un dernier argument en faveur de la participation parathyroïdienne dans la pathogénie de certaines sclérodermies. Nous voulons parler des quelques résultats déjà obtenus par *l'épreuve thérapeutique* : opothérapique ou chirurgicale.

L'OPOTHÉRAPIE PARATHYROÏDIENNE semble indiquée dans tous les cas de sclérodermie avec hypoparathyroïdie : signes de tétanie fruste ou patente, cataracte ou troubles cristalliniens légers, révélés à l'examen par la lampe à fente, rétraction de l'aponévrose palmaire.

Les extraits parathyroïdiens récents comme le parathormone de Collip, la paroïdine d'Hausion, ont été employés jusqu'à présent par Naegeli dans les sclérodermies et ont amené dans quelques cas des améliorations.

L'INTERVENTION CHIRURGICALE sur les parathyroïdes par l'ablation d'une ou deux glandules avec ou sans ligature de l'artère thyroïdienne inférieure, paraît logique dans les cas de sclérodermie avec hypercalcémie ou avec manifestations cliniques en faveur d'une hyperparathyroïdie. Elle a été tentée pour la première fois par Leriche et Jung (avril 1931), et les résultats obtenus semblent devoir, pour ces auteurs, engager dans une voie nouvelle le traitement de la sclérodermie.

La première observation qu'ils présentent concerne une sclérodactylie avec sclérodermie progressive chez une femme de 57 ans. De plus, des crises vaso-motrices avec ulcérations rebelles douloureuses étaient associées au syndrome sclérodermique. La calcémie était de 0 gr. 11. Sous l'influence d'une sympathectomie (ramisection cervicale inférieure) et d'une parathyroïdectomie unilatérale, il se produisit une amélioration sensible, caractérisée par une rétrocession des symptômes subjectifs, une cicatrisation rapide des ulcérations, un assouplissement de la peau, des doigts et de la main, enfin, un abaissement de la calcémie.

La deuxième observation est encore plus intéressante, puisque seule la parathyroïdectomie, sans sympathectomie, fut pratiquée. Chez une femme de 60 ans, atteinte de sclérodactylie avec calcémie à 0 gr. 112, cette intervention amena une amélioration rapide et surprenante et les troubles subjectifs disparurent complètement ; à l'examen les téguments retrouvèrent une apparence normale ; la peau devint souple, se laissant facilement plisser dans toutes les régions auparavant atteintes de sclérodermie.

En résumé : certains symptômes morbides observés dans les sclérodermies indiquent manifestement un trouble du métabolisme calcique que peut parfois préciser le dosage de la calcémie. Les uns, comme la tétanie, la cataracte, la maladie de Dupuytren, semblent en faveur d'une hypoparathyroïdie. Les autres, tels que les précipitations calcaires sous-cutanées, les décalcifications osseuses, les calcifications viscérales, l'ostéomalacie, semblent relever au contraire de l'hyperparathyroïdie. Quoi qu'il en soit, une perturbation de la fonction parathyroïdienne paraît probable.

Les résultats, trop récents et peu nombreux, fournis par l'emploi d'extraits parathyroïdiens ou par la parathyroïdectomie ne peuvent permettre de conclure encore d'une manière ferme. Cependant, ils engagent d'ores et déjà à rechercher dans toute sclérodermie — en dehors de tout symptôme clinique parathyroïdien

manifeste — les troubles du métabolisme calcique, par la radiologie systématique, par l'étude de la calcémie, du bilan du calcium urinaire et fécal, afin d'essayer d'opposer à cette maladie rebelle une thérapeutique opothérapique ou chirurgicale efficace.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 FÉVRIER 1932)

Fièvre boutonneuse et fièvre de Marseille. Immunité croisée. — MM. P. DURAND et J. LAIGRET. Une première atteinte de fièvre boutonneuse, d'origine tunisienne, laisse, après elle, une immunité complète pour un autre virus tunisien. De la même façon, l'immunité du virus tunisien est obtenue par une première atteinte due à un virus d'origine marseillaise.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 8 MARS 1932)

A propos du procès-verbal : **La diminution de la mortalité des enfants assistés du département de la Seine.** — M. MARFAN félicite M. Mourier des réformes qu'il a accomplies dans le service des Enfants assistés de la Seine et qui ont produit un si remarquable abaissement de leur mortalité.

Il indique la participation des médecins à l'œuvre entreprise par le directeur de l'Assistance publique et indique les travaux scientifiques qui en ont permis le succès. Il rappelle que dans les nourriceries de l'hospice des Enfants assistés, la mortalité qui était de 50 % en 1920 est tombée à 14 % en 1927 et à 7 % en 1931.

Le cinquantième anniversaire de la découverte du bacille tuberculeux par Robert Koch. — M. CALMETTE prononce, au nom de l'Académie, un magistral discours dont voici un extrait :

« Parmi les grandes découvertes du 19e siècle qui, dans l'ordre de la médecine, ont le plus contribué à améliorer les conditions d'existence des peuples, — après celles de Pasteur dont sont issues toutes les autres, — celle de Villemin apportée à cette tribune le 5 décembre 1865, démontrant que la maladie tuberculeuse, aussi bien la phtisie humaine que la pommelière du bœuf, est produite par un virus spécifique inolucable, puis celle de Robert Koch annonçant la découverte du bacille tuberculeux, ont incontestablement été les plus importantes et les plus fécondes.

Aussi notre compagnie, constamment soucieuse de s'unir aux associations scientifiques de tous les pays civilisés, pour préparer à l'humanité un avenir meilleur, a-t-elle désiré que la date du 24 mars 1932 qui marque le cinquantième anniversaire de la mémorable lecture faite par Robert Koch à la *Société de Physiologie berlinoise*, soit célébrée ici par un hommage de gratitude et d'admiration pour l'œuvre du savant allemand qui fut l'un de nos plus illustres associés étrangers. »

Après avoir détaillé les circonstances de la grande découverte du 24 mars 1882, après avoir rappelé les travaux de Koch et leurs conséquences, M. Calmette termine ainsi :

« Depuis que Robert Koch, le 27 mai 1910, à peine âgé de 67 ans, en pleine activité et en pleine gloire, succomba brusquement à une affection cardiaque, le temps a marché. Il a fait son œuvre. Peu à peu le voile se déchire, l'horizon s'éclaircit, et nous pouvons espérer que les générations qui suivront la nôtre ne connaîtront plus ce fléau qu'est pour tous les peuples civilisés la tuberculose... »

M. le PRÉSIDENT remercie M. Calmette et associe l'Académie aux sentiments exprimés.

Influence de l'asphyxie expérimentale sur le cœur. — MM. Ch. LAUBRY, J. WALSER et L. DEGLAUDE. En provoquant une asphyxie progressive ou brutale chez le lapin soumis à la respiration artificielle, les auteurs ont observé une série de modifications cardiaques et circulatoires : dilatation brusque et importante du ventricule droit, ralentissement cardiaque considérable, arythmies de types divers, élévation de la tension carotidienne, augmentation du nombre des leucocytes et des globules rouges. L'enregistrement de nombreux électrocardiogrammes précise la nature des troubles du rythme ; il s'agit tantôt de variations sinusales ou d'extra-systoles, tantôt du rythme nodal. Les troubles de conductibilité vont de l'allongement simple de l'espace P-R aux dissociations auriculo-ventriculaires complètes ou incomplètes. Les tracés électriques objectivent en outre une augmentation d'amplitude de l'onde R, contemporaine de l'asphyxie aiguë, et des variations de l'onde T.

Ces différentes manifestations électrocardiographiques, jointes à la distension considérable du ventricule droit, traduisent expérimentalement l'action de l'asphyxie sur le cœur et montrent que, à côté des facteurs mécaniques seuls retenus jusqu'à présent, la privation d'oxygène joue sans doute un rôle important dans la pathogénie de l'insuffisance ventriculaire droite chez l'homme. Ainsi s'expliquerait le retentissement sur le cœur des crises d'asthme, des dyspnées paroxystiques au cours des scléroses pulmonaires, des obstructions des voies aériennes, peut-être même de certaines embolies massives qui réalisent une anoxémie brutale.

Etude sur le rythme particulier du rein dans un cas de diabète insipide. — MM. LÉVY-DARRAS (d'Evian), Maurice UZAN (de Vals) et Lucien UZAN présentent l'observation d'un malade atteint de diabète insipide par gomme de la région hypophysaire. Au moment où ce malade fut examiné, il buvait et éliminait quotidiennement vingt-trois litres. Le traitement hypophysaire pratiqué avant le traitement spécifique a ramené la diurèse à la normale.

Les auteurs se sont surtout attachés à l'étude du comportement rénal. Pratiquant l'épreuve de diurèse provoquée en clinostatisme, avec sonde vésicale à demeure, ils ont pu obtenir la démonstration que dans ce cas, l'élimination rénale se faisait par une succession de crises de diurèse paroxystique intenses, mais de courte durée, et séparées par de longs intervalles d'anurèse complète.

Ils notent l'abolition de tout pouvoir concentrateur du rein, et surtout soulignent l'existence dans l'organe d'un mécanisme neuro-musculaire capable de chasser spasmodiquement l'urine venant s'accumuler dans les tubes urinifères.

Variations des réactions glycémiques post-prandiales. — MM. MATHIEU DE FOSSEY et ROUZAUD.

Nouvelles recherches sur le système nerveux autonome de l'utérus humain. — M. KEIFFER.

Le typhus bénin ou maladie de Brill est une infection endémique des rats parisiens (mus norvegicus). — M. BRUMPT.

Election de deux correspondants nationaux dans la 4e division (Sciences biologiques). — Classement des candidats :

En première ligne : MM. Grynfeltt (de Montpellier) et Schaeffer (Strasbourg).

En deuxième ligne, *ex aequo*, et par ordre alphabétique : MM. Argaud (de Toulouse) ; Collin (de Nancy) ; Morel (de Lyon) ; Wollmann (en mission à Santiago).

Adjoint par l'Académie : M. Dubreuil (de Bordeaux).

MM. les professeurs Grynfeltt (de Montpellier) et Schaeffer (de Strasbourg) sont élus au premier tour de scrutin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1932)

Déformation de la tête fémorale après traumatisme chirurgical de la hanche. — M. MATHIEU a observé un cas d'épiphysiolise au cours de l'évolution d'une coxa vara, traitée par réinfraction et qui a déterminé tardivement de grosses déformations de la tête fémorale.

Ostéosynthèse. — Ce travail de M. Bœver (de Namur) est rapporté par M. GRÉGOIRE. Il s'agit d'un fixateur externe de fractures qui permet une mobilisation rapide du membre fracturé.

M. DESPLAS a traité deux cas avec plein succès par cet appareil.

MM. ALGLAVE et SORREL redoutent l'infection par ces appareils fixateurs perforant la peau de dehors en dedans.

M. GRÉGOIRE conclut que cet appareil est en tout cas un contenteur merveilleux et que dans les cas qu'il a observés il n'y a eu aucune infection osseuse.

Tuberculose du coude. — M. SORREL rapporte ce travail de M. Adam Gruca (de Lwow) : ce dernier auteur a traité des tuberculoses du coude par résection suivie d'arthroplastie immédiate et rapporte quatre observations heureuses de malades ainsi traités. M. Sorrel insiste sur la nécessité d'une résection large pour obtenir des mouvements.

M. LENORMANT considère que le mot arthroplastie est mal employé dans le cas présent.

Fracture de la clavicule avec blessure de la veine fémorale. — M. MOCQUOT présente ce travail de M. Matry (de Fontainebleau). Il s'agit d'une fracture de la clavicule au tiers interne, fracture esquilleuse.

Au cours de l'ostéosynthèse, on enlève une aiguille osseuse qui embrochait la veine sous-clavière. Ligature latérale des deux orifices veineux. Terminaison de l'ostéosynthèse. L'auteur estime que toute fracture grave doit être traitée à la clavicule par une intervention qui permet une bonne exploration. Le rapporteur estime que la possibilité de lésions veineuses ne doit pas influer sur la détermination opératoire.

Fracture de Manteggia. — M. BRÉCHOT estime que la luxation du radius est fréquemment réduite par le traitement du cubitus.

M. FREDET résume la discussion sur ce sujet. Il estime que la réduction cubitale ne peut être réduite qu'après réduction de la tête radiale. Il insiste sur l'utilité de la réduction précoce. On essaie d'abord la réduction simple et on ne doit intervenir que si nécessaire.

M. ALGLAVE estime qu'on pourrait aborder ces lésions par voie transolécranienne.

Thérapeutique du choc au cours des rachianesthésies. — M. DESPLAS a obtenu d'excellents résultats de la rachianesthésie à la stovaïne à condition de bien choisir ses cas. Un de ses gros inconvénients est la chute de la tension artérielle avec syncope parfois. Il emploie contre le choc l'éphédrine associée à la caféine et l'adrénaline. L'éphédrine paraît provoquer une hypertension passagère.

M. LEVEUF estime qu'il faut donner l'éphédrine vingt minutes après la rachianesthésie ou l'injection dix minutes avant.

M. PICOT fait de la caféine avant la rachianesthésie.

M. BASSET est satisfait de l'emploi de l'éphédrine avant l'intervention. La question paraît complexe et de multiples précautions peuvent modifier les modalités de la rachianesthésie.

M. ROUHIER insiste sur les dangers de relever brusquement le malade après rachianesthésie.

Présentation de malades :

M. DESPLAS : *cancer du rectum* traité par exclusion du rectum et radiothérapie locale. Bon résultat un an après.

M. SCHWARTZ préfère d'autres méthodes pour l'anus artificiel. Il estime que le radium n'amène pas de guérison et il a obtenu des succès de 18, 16 et 15 ans par la chirurgie.

M. J.-Louis FAURE est également partisan de la chirurgie. Ces cancers d'après Regaud ne sont pas radiosensibles.

M. PROUST estime que dans les cancers inopérables, on peut faire quelques destructions avec le radium.

M. GERNEZ considère que dans les cas inopérables, on doit chercher l'indication de tel ou tel moyen physique (actinothérapie, radiothérapie, radiumthérapie).

Fracture de jambe avec perte de substance. — M. ROUHIER présente cette malade de M. Dujarier, pour laquelle il avait pratiqué une greffe ostéo-périostique. Excellent résultat.

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1932)

Allocution de M. Lenormant, président sortant, et de M. Pierre Duval, président pour 1932.

Déformation de la tête fémorale après fracture du col. — M. ROBINEAU après fracture du col du fémur traité par vissage d'os de bœuf a pu suivre son malade durant quatre années. Une série de radiographies a permis de suivre les déformations de la tête. La pièce a pu être prélevée à l'autopsie. Elle décèle une pseudarthrose qui ne coïncide pas entièrement avec le trait de fracture, ce qui témoigne de remaniements profonds de la tête fémorale.

Rachianesthésie. — M. THIERY estime qu'il ne faut pas compliquer la technique de la rachianesthésie.

Hémorragies intestinales profuses survenues après laminectomie. — Ce travail de MM. Ledoux et Tisserand est rapporté par M. DE MARTEL. Il s'agit d'une paraplégie spasmodique après traumatisme. L'intervention montra une arachnoïdite. Après l'intervention survinrent des hémorragies intestinales profuses. Mais il n'est pas démontré que dans ce cas il s'agisse d'hémorragies par irritation du sympathique, car elles sont survenues tardivement.

Hématome sous-dural. — M. DE MARTEL rapporte ce travail de M. A. Monteiro. C'est par ventriculographie qu'on a localisé un épanchement après traumatisme. Il s'agissait d'un volumineux caillot sous-dural qu'on a enlevé avec succès.

Perforation d'ulcère du duodénum consécutif à une contusion de la paroi abdominale. — Cette observation de M. Ferey (de Saint-Malo) est rapportée par M. GUIMBELLOT.

Après traumatisme violent, il exista un intervalle libre, puis survint le syndrome douloureux. L'intervention permet de suturer une perforation duodénale. Guérison.

Ostéoporose post-traumatique. — M. Mathieu rapporte ce travail de MM. Larget, Lamare et Gourdon (de Saint-Germain). Pour ostéoporose grave et troubles trophiques, après traumatisme du poignet, les auteurs pratiquèrent la sympathectomie. Immédiatement, la douleur disparut, l'œdème et la contracture disparurent beaucoup plus lentement et quelques petites séquelles persistèrent. La recalcification eut lieu en quelques mois.

Pneumopéritoine spontané. — M. Lauwers (de Courtrai). L'intervention eut lieu avec le diagnostic d'exclusion intestinale chronique. Dès l'ouverture du péritoine, il s'échappa une grande quantité de gaz. L'autopsie montra une diverticulite perforée.

M. Proust a observé un ballonnement formidable de l'abdomen chez un blessé de l'abdomen. Evacuation du gaz. Guérison.

Corps étranger articulaire du coude. — M. Chaton (de Besançon) présente les radiographies d'un coude, bourré de corps étrangers. Les extrémités articulaires sont modifiées. Extirpation chirurgicale des corps étrangers et petite résection humérale. Bon résultat fonctionnel. Il s'agit vraisemblablement d'une ostéo-chondrite disséquante.

M. Sorrel estime qu'il s'agit d'une chondromatose et que l'indication opératoire est rare dans ces cas.

M. Fredet estime qu'il s'agit d'ostéo-chondromatose mais que l'origine par ostéo-chondrite disséquante est possible.

M. Mouchet a observé un genou avec ses mouvements malgré de multiples corps étrangers.

Présentation de malades :

M. Mocquot. Fracture de Manteggia avec bon résultat fonctionnel éloigné malgré l'absence de traitement. Pas de production ostéophytique à la radiographie. Le malade présente des exostoses ostéogéniques.

M. Lenormant se demande s'il ne s'agit pas d'une luxation spontanée par suite du raccourcissement du cubitus qui présente les exostoses ostéogéniques.

Présentation de pièces :

M. Grégoire. Tumeur de la tête du pancréas. Il s'agissait histologiquement d'un cancer atypique qui a évolué lentement.

Présentation d'instruments :

M. Toupet présente un vélum stérile qui permet de protéger les instruments contre les poussières de l'air extérieur.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1932)

Sur quelques propriétés générales des cryptotoxines. — M. H. Vincent. — Les cryptotoxines constituent un état nouveau et stable des toxines microbiennes. Elles résultent de l'adsorption réciproque de toxines (tétanique, diphtérique, dysentérique, etc.) et des sels sodiques de certains acides saturés ou non (savons) appartenant à la série acyclique (H. Vincent, 1907), ou de la formation d'un complexe soit avec certains acides de la série benzénique (salicylique, benzoïque, etc.), soit avec d'autres corps (H. Vincent, 1928).

Ces combinaisons sont atoxiques et immunigènes. La bile qui neutralise les toxines si dangereuses, si abondantes et si variées des bactéries intestinales doit cette propriété si puissante surtout à ses savons. L'insuffisance hépatique relève probablement d'un déficit quantitatif de ces savons.

Les complexes cryptotoxiques sont très solides, difficilement dissociables, sauf à un pH=4,7 : la toxine n'était donc pas détruite, elle était dissimulée. On peut doubler, quintupler l'agent cryptotoxique mis en contact avec la toxine, sans modifier le pouvoir immunigène du mélange, etc. Les cryptotoxines n'ont pas de rapport avec les toxines traitées par l'aldéhyde formique ou salicylique.

La neutralisation de la toxine par l'un des corps cryptotoxiques n'est pas immédiate ; elle se produit en quelques minutes, une heure ou quelques jours à 38°-39°. L'injection de cryptotoxine tétanique, parfaitement neutre à la dose de un centim. cube, est tétanigène à la dose de 4 à 10 cent. En cela, elle se comporte comme le mélange strictement neutre de toxine et d'antitoxine diphtériques.

Etude histo-pathologique des cobayes infectés avec la tuberculose aviaire inoculée par voie lympho-ganglionnaire. — MM. C. Ninni et V. Tramontano. — Le bacille tuberculeux aviaire, inoculé au cobaye par voie lympho-ganglionnaire, donne lieu à une infection générale tout d'abord non spécifique, caractérisée surtout par une polynucléose, puis spécifique, caractérisée par la présence de nodules formés de cellules épithélioïdes et de cellules géantes.

Les polynucléaires persistent encore, moins nombreux. Les lymphocytes, toujours rares, apparaissent tardivement.

La « restitutio ad integrum » dans un délai de 4 mois, avec simple épaississement du tissu collagène, est la règle pour tous les organes (foie, rate, poumon), excepté pour les ganglions directement inoculés, dans lesquels on trouve seulement une abcédation circonscrite qui persiste au moins jusqu'au huitième mois.

Amylose expérimentale et perturbation de l'équilibre lipidémique chez le chien par injections intraveineuses de caséinate de soude. — MM. Ch. Achard, M. Bariety, A. Codounis et E. Hadjigeorges. — La courbe des lipides totaux est différente selon que les chiens font ou ne font pas d'amylose. Chez les premiers, on note un abaissement des lipides totaux portant exclusivement sur les acides gras. Chez les seconds, on observe au contraire une élévation habituelle de la lipidémie. La cholestérine tend à s'élever dans tous les cas.

On peut donc soulever l'hypothèse du rôle des acides gras dans la genèse ou la précipitation *in situ* de l'amyloïde.

Sur l'influence de certains facteurs locaux dans la réaction cutanée à l'histamine. —MM. G. Roussy et N. Mossiger ont mis à profit la facilité avec laquelle, sur des zones peu étendues, la réaction cutanée à l'histamine peut être étudiée, pour rechercher l'influence, sur cette réaction, de modications vasomotrices antérieures locales. Ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° Sur la réaction inflammatoire provoquée par dépôt d'acide azotique sur la peau, l'érythème histaminique devient de moins en moins important à mesure que la rougeur inflammatoire s'étend ; il n'y a pas d'œdème apparent.

2° Sur une cicatrice récente, l'érythème est moins étendu que sur la peau saine ; l'œdème existe. Sur une cicatrice ancienne, il y a érythème péricicatriciel aussi vaste que sur la région symétrique. L'œdème s'observe dans les deux cas.

3° S'agit-il d'une cutiréaction à la tuberculine, les résultats du test à l'histamine ont été variables suivant les phases de son développement. A la quatrième heure, l'histamine reproduisait exactement la pseudoréaction tuberculinique. Entre la dixième heure (début de la réaction tuberculinique) et la quarante-huitième heure, elle entraîna une augmentation massive de la papule et un élargissement net de la rougeur tuberculinique. A partir de ce moment, la rou-

geur fit défaut. Le 17e jour, le lobule d'œdème histaminique apparut de nouveau. Après disparition de la cutiréaction à la tuberculine, l'histamine détermine un érythème réflexe durant 48 heures (pseudoréactivation). Pas de pseudoréactivation en pratiquant l'épreuve histaminique au voisinage d'une réaction tuberculinique éteinte.

4° Pour certaines zones de vasoconstruction (taches anémiques périérythémateuses), taches de Bier, anémie adrénalinique), l'histamine déclenche de la rougeur locale et de l'œdème au point injecté, mais l'érythème réflexe apparaît seulement autour de la zone anémique.

5° Sur la peau irradiée, le test à l'histamine donne des résultats différents selon les individus, bien que les doses administrées aient été les mêmes.

L'état vasomoteur antérieur influe donc manifestement, dans certaines conditions, sur l'intensité de la réaction à l'histamine.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU P. C. N.

L'offensive brusquée déclenchée par les 17 doyens des 17 Facultés des sciences a eu pour effet d'attirer l'attention du corps médical sur cette diposition anormale qui a consisté à confier à ces Facultés l'enseignement de l'année préparatoire aux études médicales. Que n'ont-ils imité « de Conrart le silence prudent ? »

Certes la question du P. C. N. demeurait entière, mais elle n'avait pas le degré d'acuité qu'elle a acquis par cette manifestation d'opposition au baccalauréat latin-grec si justement réclamé par l'ensemble du corps médical. On a toujours tort, lorsqu'on n'est pas sur une position solide, d'attirer l'attention sur soi.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que cette organisation a soulevé des critiques légitimes. Le 17 mars 1891, à la Chambre des députés, dans la discussion générale sur le projet de loi qui nous régit aujourd'hui, M. Langlet s'exprimait ainsi :

« Autrefois, lorsqu'un élève sortait du lycée muni de ses grades, il entrait dans une école de médecine où il s'occupait immédiatement d'anatomie et de clinique.

« C'étaient là les bases pratiques les plus sérieuses de l'étude de la médecine...

« Aujourd'hui on a fait en sorte que l'enseignement de la première année des études médicales soit tout à fait différent : on a mis à la base l'étude de la physique, de la chimie et des sciences naturelles. Or, cette étude faite en première année, — c'est mon avis et c'est également l'opinion d'un grand nombre de membres du corps enseignant, — a cet inconvénient énorme de ne pas placer immédiatement l'étudiant dans le milieu qui le séduit en lui promettant l'étude si intéressante de la vie et de la souffrance humaine ; elle a le désavantage de prolonger en quelque sorte les études du baccalauréat. Au contraire, il faut combiner les études des sciences accessoires, ou dites accessoires, avec les études de médecine proprement dites et transformer cette première année qui vient si singulièrement compliquer les études médicales. »

On ne saurait évidemment mieux dire et cette vérité d'hier est encore une vérité d'aujourd'hui. Malheureusement, le P. C. N. dans les Facultés des sciences contribue à perpétuer l'erreur commise — d'autant qu'il est bien certain que ces Facultés ne se résoudront pas aisément à abandonner les nombreux élèves qu'elle leur vaut et qui sont, paraît-il, nécessaires à leur subsistance. A vrai dire, on ne con-

çoit pas qu'une telle raison ait pu venir à l'esprit de ceux qui étaient chargés d'organiser l'enseignement médical, car, si cette mesure est profitable aux Facultés des sciences, elle est gravement préjudiciable aux étudiants en médecine à la fois au point de vue matériel et au point de vue d'un enseignement médical bien compris.

Tout d'abord, l'offensive des Facultés des sciences contre le baccalauréat latin-grec ne peut s'expliquer que par la préoccupation de réunir le plus grand nombre possible d'élèves, que leur culture antérieure les ait préparés ou non à des études médicales au sujet desquelles ces Facultés manquent d'informations précises. D'autant qu'il est de règle que le nombre engendre la médiocrité. On l'a bien vu après le décret de 1852 supprimant la nécessité des humanités, suppression qui donna des résultats tellement déplorables qu'il fallut se hâter de le rapporter en 1858. Aussi, lorsqu'au Sénat, le 18 mars 1892, M. Combes demanda que le baccalauréat moderne permît l'entrée dans les écoles de médecine, M. Bardoux fit rejeter la proposition, précisant ainsi sa pensée :

« Je ne crois pas me faire une idée médiocre du médecin en disant qu'à côté du médecin il y a chez lui le moraliste et que le médecin n'apporte pas seulement des remèdes, qu'il apporte aussi des consolations ; plus, par conséquent, je place haut la mission du médecin, plus j'ai le droit de me préoccuper au fond des conditions de la carrière médicale. »

Une année, occupée exclusivement à des études théoriques sans applications médicales, oblige à reprendre dans les écoles et Facultés de médecine ce qui n'a pu être enseigné dans les Facultés des sciences. Il en résulte une perte de temps considérable, et maintenant que la complication croissante des études médicales oblige à envisager une année supplémentaire, on peut bien dire que cette augmentation ne serait peut-être pas indispensable si l'année préparatoire du P. C. N. se passait dans les écoles et Facultés de médecine. Il y a là une charge absolument injustifiée qui pèse sur tout le corps médical.

Enfin on oublie trop que le but de ces études est de faire des médecins, c'est-à-dire des cliniciens. Il ne faut pas oublier que l'abus des sciences théoriques, des sciences dites accessoires qui tendent à prendre une place prépondérante dans les programmes, ne peut qu'être nuisible en risquant de fausser les idées des futurs médecins et de les éloigner de la clinique traditionnelle.

Et puisque les doyens des Facultés des sciences ont si imprudemment posé la question, il appartient au corps médical, heureusement organisé maintenant, de répondre en exigeant la suppression de cette situation paradoxale et le retour de l'enseignement de la médecine à ceux qui sont seuls qualifiés pour le dispenser, c'est-à-dire aux médecins et cela dans les écoles et Facultés de médecine.

A. HERPIN.

N. B. — Notre excellent camarade Mordagne, dans le précédent numéro de la *Gazette*, propose, pour le baccalauréat, une transaction. Nous ne croyons pas, pour notre compte, qu'une question de cette importance puisse être réglée par une solution bâtarde.

De deux choses l'une, ou le grec est utile, ou il ne l'est pas. Or, à n'envisager que le point particulier soulevé par le professeur Sergent, si on veut que les médecins comprennent les mots qu'ils emploient, il est bien indispensable qu'ils aient des notions de grec ; et s'ils ne les ont pas acquises au cours de leurs études secondaires, on sera bien obligé de faire pour le grec ce qu'on a dû faire pour l'enseignement déficient du P.C.N. dans les Facultés des sciences, organiser à la Faculté de médecine l'étude des racines grecques.

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'Oto-Rhino-Laryngologie (1), par Georges LAURENS, Laryngologiste de l'Hôpital Saint-Joseph, avec la collaboration de Maurice AUBRY, Laryngologiste des Hôpitaux, et André LEMARIEY, Assistant de Laryngologie.

Deux ouvrages du docteur Laurens poursuivent actuellement une brillante carrière : l'un, *L'Oto-Rhino-Laryngologie du Médecin praticien*, fait connaître au médecin traitant les meilleures méthodes de diagnostic et de traitement qu'il pourra appliquer sans mécompte en clientèle. Cinq éditions de cet ouvrage ont déjà été publiées ; il a été traduit en plusieurs langues.

L'autre ouvrage, dont une 3e édition est actuellement en préparation : *Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx*, s'adresse plus particulièrement aux spécialistes, ainsi qu'aux chirurgiens, et constitue un véritable « *Traité* ».

Ce « *Précis* » qui paraît aujourd'hui est tout à fait différent : il contient pour chacun des organes qu'embrasse la spécialité et pour chaque affection une étude très complète : pathogénie, étiologie, anatomie, symptomatologie, pronostic, diagnostic et traitement.

La partie clinique de ce livre a été très développée ainsi que les techniques d'examen, notamment pour l'oreille et le labyrinthe. La thérapeutique aussi bien médicale que chirurgicale, s'inspire des connaissances les plus récentes.

C'est dire que ce livre présente un intérêt non seulement pour l'étudiant en raison de sa documentation très complète, mais encore pour tous les médecins.

Moins encore que dans toute autre spécialité, il n'existe de démarcation très nette entre les affections oto-rhino-laryngologiques et celles qui relèvent de la médecine générale. Si le médecin ne peut tout connaître d'une spécialité qui englobe les maladies de l'oreille, du nez, des sinus, du pharynx, du larynx, de la trachée, de l'œsophage, il a justement besoin d'avoir sous la main un guide concis, vraiment scientifique, lui permettant d'orienter ses recherches. Enfin, ce n'est souvent qu'après un examen des cavités qu'il pourra établir un diagnostic exact, déterminer un traitement ou, en connaissance de cause, adresser le malade à un spécialiste. Il trouvera tous les éléments de ces examens dans ce livre.

Il n'est pas jusqu'au jeune spécialiste laryngologiste qui ne soit intéressé par ce « *Précis* », mise au point concise, mais vraiment scientifique, qui contient sur un grand nombre de points des idées très personnelles et des indications éprouvées. Il y trouvera d'ailleurs toutes les acquisitions récentes dont s'est enrichi le domaine de l'oto-rhino-laryngologie. La pathologie laryngée, grâce à la bronchoscopie, voisine avec la pathologie pulmonaire. Les infections descendantes d'origines nasales, sinusiennes et pharyngées sont précisées ; enfin la pathologie de l'oreille moyenne, dans ses rapports avec les labyrinthites, et les complications endocraniennes des otites, a été largement développée. Enfin, un chapitre spécial a été consacré à la thérapeutique thermale et climatique en oto-rhino-laryngologie.

Cet ouvrage, qui n'avait pas encore été écrit dans la *Collection de Précis Médicaux*, signé d'un nom éminent de l'Oto-Rhino-Laryngologie française, présenté suivant le plan et les conceptions générales qui ont fait adopter la plupart de ces Précis pour l'enseignement et la pratique, est appelé à son tour à conquérir rapidement une place de premier plan.

L. G.

(1) Un volume de 1.224 pages avec 428 figures et 8 planches hors texte. — Prix : broché, 100 fr. ; cartonné toile, 120 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les lésions discrètes de la colonne vertébrale et leur relation avec le traumatisme (1), par le docteur Adrien LIPPENS, agrégé à l'Université de Bruxelles.

Le rapport présenté à la réunion annuelle de la Société des Accidents du travail à l'occasion des journées médicales de Bruxelles, par le docteur Adrien Lippens, embrasse le vaste problème si délicat, et de ce fait parfois obscur, des lésions discrètes de la colonne vertébrale.

Le rapporteur, dans sa communication tout objective et illustrée de clichés radiographiques, démontre la possibilité de mettre en évidence de petites lésions ou de minimes malformations qui obligent à accorder crédit aux plaintes de patients parfois éconduits comme névropathes, plus souvent brusqués comme des simulateurs.

Deux modes d'exploration absolument indispensables et intimement solidaires : clinique et radiographie permettent un diagnostic à la condition qu'ils soient excessivement minutieux et réalisés dans certaines conditions. *Cliniquement*, il existe de la déviation du rachis, une attitude particulière du segment inférieur du corps ; une douleur qui inéluctablement ne siège pas au point d'application du traumatisme, qui n'a pas sa grande intensité à l'endroit de sa lésion, mais qui se trouve à distance et irradie de façon spéciale ; de l'atrophie avec de l'atonie musculaire, de l'exagération ou de la vivacité des réflexes ; des troubles circulatoires, des troubles trophiques.

Tous ces symptômes signent l'atteinte d'un ou de plusieurs funicules, mais dans l'éclosion de ces signes, il ne faut pas perdre de vue le rôle appréciable joué par les phénomènes de compensation musculaire.

Le diagnostic ainsi obtenu ne peut être que régional ; il demande le concours de la radiographie pour être contrôlé d'abord, pour être précisé ensuite.

Radiographiquement. L'exploration doit être minutieuse, faite toujours en diverses incidences sous des angles différents et en visions directe et stéréoscopique. Les examens doivent être répétés et le rapporteur s'élève avec insistance et énergie contre toute parcimonie, source de tant d'erreurs de diagnostic. Il relève également quelques embûches que rencontre l'examen à l'écran.

Trois ordres de lésions peuvent ainsi être mises en évidence : congénitales, traumatiques et constitutionnelles.

Les congénitales et les constitutionnelles ne sont évidemment pas déterminées par un accident, mais celui-ci peut déclencher une symptomatologie ou en accentuer les caractères. Ces lésions interprètent souvent des constatations à priori inexplicables, des troubles obstinément rebelles et une inaptitude au travail. Bien entendu, il importe d'opérer dans ces cas une juste discrimination, dont le rapporteur donne les éléments. Quant aux lésions traumatiques, le docteur Lippens montre et la difficulté de parfois les déceler et les fâcheux inconvénients de les nier sans contrôle suffisant. Ces deux erreurs conduisent au tassement vertébral dont les conséquences au point de vue ouvrier sont incalculables, car s'il est possible par une intervention trop souvent tardive d'arrêter l'évolution, il est impossible de remédier aux dégâts anatomiques. L'auteur ne parle de la maladie de Kummel-Verneuil, si à la mode, que pour la nier catégoriquement, en tant qu'entité morbide.

Enfin, dans un raccourci, il attire l'attention sur la pathologie du nucléus pulposus. Il en montre des exemples frappants de hernie centrale intra-spongieuse et de hernie latérale intra-canaliculaire.

Quelques mots enfin sur le traitement et la nécessité de ne pas suivre en toutes circonstances le principe de la mobilisation à outrance, justement en faveur en cas de fractures des extrémités.

Pour le docteur Lippens, dans la majorité des cas, la greffe d'Albee constitue le meilleur des traitements et le plus efficace des palliatifs.

L. G.

(1) Bruxelles, imprimerie J. Vromans.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 14 mars. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Legueu, Strohl, Dognon. — M. ALBERTINI. Les ruptures d'utérus ayant subi la section césarienne. — M. FRITSCH. Etude de la coexistence de la colibacillose et de la tuberculose rénale. — M. GROS. Eblouissement rétinien.

Mardi 15 mars. — Jury : MM. Bezançon, président ; Gougerot, Roussy, Philibert. — M. PASQUEREAU. Le traitement de l'état de mal épileptique. — M. FAYNER. Considérations sur l'étiologie et la pathogénie des tuberculidés. — M. HAMON. Etude des lésions buccales au cours de la leucémie aiguë. — M. ETESSE. Etude statistique de 159 cancers du sein. — M. REVESZ. Le cancer chez les vieillards.

Mardi 15 mars. — Jury : MM. Brindeau, président ; Carnot, Rathery, Gastinel. — Mlle SOPROUNOFF. Etude de la pathogénie de la stérilité chez la femme. — M. ALFONSI. Etude de la cyclonéphrite gravidique et de son traitement, en particulier par le sérum anti-colibacillaire de Vincent. — M. PHAM-BA-VIEN. Etude sur un nouveau balsamique « Le Fohienol » et ses applications dans le traitement des maladies des voies urinaires. — Mme JANY. L'élimination de l'eau dans la pratique courante.

Mercredi 16 mars. — Jury : MM. Lemierre, président ; Loeper, Fiessinger, Cathala. — M. RACHEF. Le rôle du pancréas dans les ictères catarrhaux. — M. VANNIER. Etude de l'amibiase pulmonaire.

Jeudi 17 mars. — Jury : MM. Claude, président ; Laignel-Lavastine, Tanon, Chevassu. — M. SCHULSINGER. Sur quelques principes de la psychoanalyse. — Mme COCHARD. Premières recherches sur le pH urinaire chez l'enfant normal.

Jury : MM. Léon Bernard, président ; Guillain, Nobécourt, Verne. — M. BALDÉ. Etude des rapports entre la maladie de Hodgkin et la tuberculose. — M. CARLET-SOULAGES. Histoire d'une myxoédémateuse congénitale.

Mardi 15 mars. — (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Sergent, président : Tanon, Panisset, Robin, Coquot, Lesbouyriès. — M. LABBÉ. Des pneumonies du cheval et leur traitement par le sulfate neutre potassique d'oxyquinoléine. — M. BLOT. Le piétin du mouton et de la chèvre. Etiologie, traitement.

Jeudi 17 mars. — (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Binet, président ; Brumpt, Maignon, Nicolas, Henry, Panisset, Lesbouyriès. — M. NOUVEL. Recherches expérimentales sur les catalyseurs tissulaires. — M. SAINT-PRIX. Etude expérimentale de l'infection du chien par trypanosoma Brucei. — M. PÉRIN. La coccidiose du lapin, son traitement, sa prophylaxie en particulier par le lactosérum et les dérivés du lait.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
RACHITISME AFFECTIONS HÉPATIQUES ASTHÉNIE ETC
DRAGÉES DE
CHLORURE DE MAGNESIUM
ADRIAN
ET Cie
LE MEILLEUR PRÉVENTIF DES NÉOPLASMES
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE. PARIS (3e)

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de pharmacien des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le mardi 12 avril 1932, à 14 h., dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux, quai de la Tournelle, 47.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 h., depuis le mardi 15 jusqu'au mercredi 23 mars 1932 inclusivement.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Poitiers. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers s'ouvrira le mercredi 12 octobre 1932 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Santé publique. — *Au grade d'officier*. — MM. les docteurs Achille-Henri Bourgeois, médecin des hôpitaux de Paris; Victor Cordier, médecin des hôpitaux de Lyon, professeur à la Faculté de médecine; Emile-Albert Planque (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Pierre Vachet (de Paris), professeur à l'Ecole libre de psychologie; Joseph Zadok (de Paris).

GUERRE. (Active.) — Les mutations suivantes sont prononcées :

Médecins colonels. — MM. Prat, médecin chef de l'Ecole polytechnique, Paris, est affecté comme sous-directeur du service de santé de la 9e région, à Tours; Poirée, médecin chef de l'hôpital militaire de Strasbourg, est affecté comme sous-directeur du service de santé de la 20e région, à Nancy; Bablon, sous-directeur du service de santé de la 20e région, Nancy, est affecté comme sous-directeur du service de santé de la 2e région, à Amiens; Dircks-Dilly, hôpital militaire de Bordeaux, est affecté comme sous-directeur du service de santé de la 18e région, à Bordeaux.

Médecins lieutenants-colonels. — MM. Lorentz, hôpital militaire de Lille, est affecté à l'hôpital militaire de Strasbourg, désigné comme médecin chef et comme président de commission de réforme; Duval, médecin chef de l'hôpital militaire de la Rochelle, est affecté à l'hôpital militaire de Bordeaux, désigné comme président de commission de réforme; Charpentier, salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens, maintenu, désigné comme président de commission de réforme.

Médecins commandants. — MM. Malard, hôpital militaire de Strasbourg, est affecté à l'hôpital militaire de la Rochelle, désigné comme médecin chef; Brizon, état-major de la région de Paris et de la place de Paris, est affecté à l'Ecole polytechnique, Paris, désigné comme médecin chef; Hassenforder, direction du service de santé de la 1re région, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Germain, désigné comme médecin chef (attendra l'arrivée de son successeur).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PORTO. — La Faculté de médecine de Porto vient de conférer le titre de docteur honoris causa à M. le professeur René Leriche, de la Faculté de médecine de Strasbourg.

JUBILÉ DU PROFESSEUR PAUL DELMAS. — A l'occasion de la 25e année d'enseignement du professeur Paul Delmas (de Montpellier), un comité vient de se former pour lui offrir une médaille à son effigie. L'exécution en a été confiée au sculpteur montpelliérain Raoul Dussol.

Le comité comprend MM. les professeurs Euzière (de Montpellier), Abelous (de Toulouse), le médecin général

Rouffiandis, les professeurs Guérin-Valmale, Jeanbrau, Lisbonne, Margarot, le professeur agrégé Coll de Carrera, les docteurs Roume et Desfour.

Les souscriptions sont reçues par le trésorier docteur Coll de Carrera, 24, rue du Grand Saint-Jean, à Montpellier, c. c. chèques postaux, Montpellier, n° 6052.

Toute souscription de 100 fr. donnera droit à un exemplaire de la médaille.

MÉDECINS DE COLONISATION EN NOUVELLE-CALÉDONIE. — Deux emplois de médecin de colonisation sont vacants en Nouvelle-Calédonie.

La solde de France s'échelonne de 23.000 à 36.000 fr., à la colonie elle va de 34.500 à 54.000 fr.

Les indemnités annuelles, suivant les postes, varient de 8.400 à 12.000 fr.

Le logement est fourni par la colonie.

Limite d'âge : 35 ans.

Le passage est gratuit pour le médecin et sa famille.

S'adresser à l'inspection générale du Service de santé (2e section), ministère des Colonies, 27, rue Oudinot, Paris.

FONDATION J.-B.-A. CHAUVEAU. — On nous prie de rappeler qu'une fondation scientifique distribuant annuellement un prix de 2.000 fr., non divisible, a été créée par les élèves et les amis du professeur A. Chauveau auprès de la Faculté de médecine et de l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon.

Le prix J.-B.-A. Chauveau est destiné à récompenser les médecins ou les vétérinaires français ou ressortissants sans conditions d'âge ou de fonctions, auteurs de travaux d'anatomie des animaux domestiques, d'anatomie humaine ou comparée, de médecine expérimentale ou comparée, de physiologie normale ou pathologique, de bactériologie générale, spéciale ou appliquée, ainsi qu'à soulager des infortunes sociales vétérinaires ou médicales.

En l'absence de travaux scientifiques dignes d'être récompensés, le jury pourra décerner le prix Chauveau à un chercheur qui n'aurait pas fait acte de candidature.

Le prix J.-B.-A. Chauveau a été attribué pour l'année 1931 à la section scientifique vétérinaire, et décerné à M. G. Ramon, directeur de l'Institut Pasteur de Garches et auteur de travaux universellement estimés.

Le prix pour 1932 est réservé à la section médicale. En conséquence, les candidats médecins sont invités à faire parvenir dès maintenant leurs travaux, en double exemplaire, sous pli recommandé, au secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon, 8, avenue Rockefeller, à Lyon, jusqu'au 15 octobre 1932, dernier délai de présentation.

Les travaux seront présentés au jury sous le nom de leur auteur. Ils devront être manuscrits lisibles, dactylographiés ou imprimés, originaux, inédits ou publiés dans le cours des cinq années précédant la date de la clôture du registre de réception des travaux postulant le prix. Ces travaux ne devront pas avoir été récompensés antérieurement. Les travaux en collaboration sont admis.

ANTHOLOGIE LITTÉRAIRE DU CORPS MÉDICAL. — La *Revue des indépendants* va faire paraître une *Anthologie littéraire du Corps médical* ouverte à tous les praticiens littérateurs. Cette Anthologie comprendra une notice biographique sur chaque auteur, son portrait en hors texte et des extraits de ses œuvres littéraires, sociologiques ou paramédicales. — Ecrire, pour tous renseignements, à la direction de la Revue, 143 *bis*, promenade des Anglais, Nice.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Courbis (de Valence), François Arnaud, médecin des hôpitaux de Marseille; Charles Kieffer (de Paris).

ERRATUM. — M. Mordagne nous prie de faire remarquer que la transaction à propos du baccalauréat, dont parle M. Herpin dans notre dernier numéro, ne doit pas lui être attribuée. Il s'est borné à rapporter une opinion de M. le Doyen au cours de l'interview que celui-ci a bien voulu lui accorder. — *N. D. L. R.*

CHRONIQUE

PREMIÈRE SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE SEXOLOGIE

La première séance de la Société française de Sexologie a eu lieu mercredi soir dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine sous la présidence de M. Camille Blaisot, ministre de la Santé publique. A ses côtés avaient pris place M. le professeur Charles Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine, président de la Société de Sexologie, M. le sénateur Justin Godart, ancien ministre, président d'honneur de l'association d'Etudes sexologiques ; M. le doyen Balthazard, M. le Dr Toulouse, MM. les professeurs Gosset, Ménétrier, Laignel-Lavastine, Champy, Baudouin.

M. Achard prend le premier la parole, il remercie M. Blaisot qui se consacre avec tant de dévouement aux devoirs de sa charge et ne cesse de collaborer avec les médecins, il salue M. Justin Godart à qui la jeune Société doit tant, il rappelle enfin que c'est M. Toulouse qui fut le fondateur de la Société. C'est lui qui a montré l'importance scientifique et sociale de la sexologie. Ayant tous les droits de présider cette séance, il a préféré rester modestement dans le rang et continuer à être l'animateur de la Société.

« M. Toulouse a été à la peine, il est juste qu'il soit aujourd'hui à l'honneur », dit M. Achard en terminant.

M. le sénateur Justin Godart montre que la sexologie est surtout une question d'éducation qui s'échelonne de l'hygiène à la morale. C'est aussi un problème grave, plus que national, il intéresse l'humanité entière.

M. Toulouse, en un discours très applaudi, expose la nécessité des études sexologiques et démontre une fois encore toute leur importance primordiale.

Enfin M. Blaisot, en une allocution très appréciée, montre qu'il connaît bien la question à laquelle il ne manquera pas d'apporter l'appui de sa haute autorité et l'aide d'un dévouement dont il a donné déjà tant de preuves.

La séance de travail commença alors avec un ordre du jour si chargé que l'on fut obligé de remettre une partie des communications à la séance suivante.

On entendit d'abord une conférence avec projections de M. le professeur Champy, secrétaire général de la Société « sur les caractères ambosexuels ». Puis M. Eugène Apert parla de l'époque de l'année la plus propre à une bonne conception.

— La séance a été diffusée par T. S. F. C'est par le poste des P. T. T. qu'il m'a été donné d'entendre les discours. Si mon compte rendu est bien incomplet, la faute en est à la diffusion qui a été interrompue au début de la séance de travail.

F. L. S.

CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'ASTHME (LE MONT DORE, 4 et 5 juin 1932) sous le haut patronage de M. le ministre de la Santé publique, la présidence de M. le professeur Fernand Bezançon. membre de l'Académie de médecine, et le patronage scientifique de MM. les professeurs Desgrez, Paul Carnot, Rathery, Castaigne; les professeurs d'hydrologie Villaret (Paris), Sellier (Bordeaux), Serr (Toulouse), Piéry (Lyon), Duhot (Lille), Giraud (Montpellier), Santenoise (Nancy), Chassevant (Alger), P. Blum (Strasbourg), les docteurs Flurin, Raymond Durand-Fardel et Moncorgé.

Programme. — 1. « Evolution de nos connaissances dans l'asthme. » Rapporteur : M. le professeur Fernand Bezançon. — 2. « Physio-pathologie de la crise d'asthme; étude clinique et expérimentale. » Rapporteur : M. le professeur agrégé Abrami. — 3. « L'anaphylaxie dans l'asthme. » Rapporteur : M. le professeur agrégé Pasteur Vallery-Radot. — 4. « Part nerveuse de l'asthme. » Rapporteur : M. le docteur Etienne Bernard, médecin des hôpitaux de Paris. — 5. « Foie et endocrines dans l'asthme. » Rapporteur : M. le professeur agrégé Cordier (de Lyon). — 6. « Etiologie, pathogénie et traitement de l'asthme à épine respiratoire d'origine microbienne. » Rapporteur : M. le docteur Haibe (de Namur). — 7. « Du rôle des lésions nasales dans le déterminisme de l'asthme. » Rapporteur : M. le professeur agrégé Halphen. — 8. « Equivalents respiratoires de l'asthme. » Rapporteur : M. le docteur Henri Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. — 9. « Parentés morbides de l'asthme. » Rapporteur : M. le docteur André Jacquelin, médecin des hôpitaux de Paris. — 10. « Etiologie, pathogénie et traitement de l'asthme infantile. » Rapporteur : M. le docteur Lesné, médecin des hôpitaux de Paris. — 11. « Signes, diagnostic et évolution de l'asthme infantile. » Rapporteur : M. le docteur Péhu, médecin des hôpitaux de Lyon. — 12. « Traitement de la crise d'asthme. » Rapporteur : M. le docteur Joltrain. — 13. « Traitement du terrain asthmatique. » Rapporteur : M. le docteur Lucien de Gennes, médecin des hôpitaux de Paris. — 14. « Traitement hydrominéral de l'asthme. » Rapporteurs : M. le professeur Villaret et M. le docteur Justin Besançon. — 15. « Physiothérapie de l'asthme. » Rapporteur : M. le docteur Biancani. — 16. « Traitement chirurgical de l'asthme. » Rapporteurs : M. le professeur Leriche et M. le docteur Fontaine. — 17. « Le Mont-Dore et l'asthme. » Rapporteur : M. le docteur J. Galup.

Les rapporteurs étrangers professeurs Prausnitz (Allemagne), Mac Dowall (Angleterre), Mariano Castex (Argentine), Clementino Fraga (Brésil), Maranon (Espagne), Longcope (Etats-Unis), Storm van Leeuwen (Hollande), Frugoni (Italie), Danielopolu (Roumanie) préciseront la part de leur pays et leur apport particulier à la question de l'asthme.

Inscription. — Les médecins, internes et externes des hôpitaux et les étudiants en médecine, français et étrangers, sont invités à prendre part au Congrès international de l'asthme.

Ils devront, quelle que soit leur nationalité, adresser directement leur demande et le montant de leur cotisation (30 fr. français pour les médecins ou étudiants et chacun des membres de leur famille directe) au secrétariat du Congrès. Cette cotisation donne droit au volume des rapports, aux fêtes, aux réunions et excursions qui seront organisées en l'honneur des congressistes.

Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 25 mai 1932.

Pendant la durée du Congrès, des chambres seront mises gracieusement à la disposition des congressistes par le Syndicat des hôteliers du Mont-Dore.

Une réduction de 50 p. 100 sur les tarifs des chemins de fer français sera accordée à tous les congressistes et à leur famille sur demande adressée avant le 1er mai au secrétariat du Congrès.

Adresser adhésions et demandes de renseignements au secrétariat du Congrès international de l'asthme, 19, rue Auber, à Paris (IXe).

LES CONVULSIONS ESSENTIELLES DU NOURRISSON ET LEUR PRONOSTIC

Par M. ROBERT DEBRÉ et Mlle FRANCOISE LÉVY.

Essayer de répartir en catégories bien nettes les convulsions essentielles des nourrissons, montrer la nécessité et la possibilité de ce diagnostic pour poser un pronostic valable, tel est le but de cet article.

Les convulsions infantiles ont été longtemps considérées par les classiques comme un phénomène sans importance, sans conséquence pathologique, « inhérent, pour Rilliet et Barthez, à la physiologie de la première enfance », « équivalent du frisson de l'adulte » pour Bouchut.

L'histoire des convulsions infantiles peut se diviser ensuite en deux périodes :

Pendant la première on discute leurs rapports avec l'épilepsie. Féré, Joffroy considèrent les convulsions infantiles comme la première manifestation de la maladie épilepsie. P. Marie au contraire s'élève contre cette opinion.

Pendant une seconde période, on va s'efforcer de démembrer le vaste chapitre des convulsions essentielles du nourrisson. Les travaux d'Escherich, Chvostek, Tiemich sur la tétanie apportent une lumière très vive sur l'étiologie de ces convulsions. Ces auteurs rattachent à la spasmophilie la grande majorité des convulsions essentielles (90 0/0 des cas au-dessus de 3 mois pour Escherich) et précisent les caractères cliniques et biologiques de cette affection.

Des recherches ultérieures de Lesné et Turpin, Rohmer et Woringer, Robert Debré et Goiffon, en France, confirment le rôle de la spasmophilie. Les conclusions du congrès de Pédiâtrie d'Amsterdam (1925) semblent mettre définitivement au point la question de la spasmophilie du nourrisson.

A côté de ces convulsions spasmophiliques, de nombreux travaux ont cherché à préciser les origines diverses des convulsions du nourrisson.

L'étiologie hérédosyphilitique est mise en évidence par MM. Hutinel et Babonneix, Marfan, Heuyer et Longchampt. Le rôle des encéphalites aiguës est envisagé par M. Comby. Stier en 1918 consacre une monographie à une variété particulière, les convulsions émotives respiratoires déjà signalées en 1904 par Neumann et Ibrahim. Færber en 1929 insiste sur les convulsions initiales des maladies infectieuses.

Les traités classiques font place à ces diverses étiologies sans les départager. M. Marfan classe les convulsions du nourrisson en convulsions organiques, témoins d'une lésion du système nerveux, convulsions réflexes, convulsions spasmophiliques et enfin convulsions essentielles : celles-ci avant trois mois seraient le plus souvent liées à l'hérédosyphilis.

Reprenant cette question, nous avons examiné et suivi un certain nombre de nourrissons atteints de mal convulsif essentiel. Nous avons tenté de classer nos observations et d'établir le pronostic de chaque catégorie.

Une étude prolongée portant sur 70 observations nous a permis de les ranger en quatre groupes (1) :

Convulsions spasmophiliques.
Convulsions hyperpyrétiques.
Spasme du sanglot.
Epilepsie essentielle du nourrisson.

1° **Convulsions spasmophiliques.** — Elles ne nous semblent pas aussi fréquentes que l'ont admis Escherich (90 0/0) et, depuis, Lesné et Turpin (70 0/0). Dans notre étude portant sur 70 observations de convulsions infantiles nous n'avons trouvé la tétanie que dans 18 cas, soit dans la proportion de 25 pour 100.

Elles surviennent chez le nourrisson de plus de 6 mois, particulièrement à la fin de l'hiver, après une période de carence solaire, en février ou mars, souvent précédées d'une période de troubles digestifs, et associées d'une façon quasi constante au rachitisme.

La crise éclate brusquement, en pleine santé, surprenant l'enfant au milieu de son repos ou de son activité ; le début est souvent marqué par un petit cri inspiratoire ou parfois même un véritable accès de laryngospasme : au lieu de reprendre sa respiration au bout de quelques secondes d'apnée spasmodique, le nourrisson cyanosé perd connaissance, se raidit, reste le regard fixe, le globe oculaire révulsé, le thorax immobilisé en apnée, contracturé en hyperextension.

A ces contractions toniques, succèdent rapidement des convulsions cloniques souvent intenses, généralisées, bilatérales d'emblée. Parfois elles sont discrètes, limitées à la face ou aux membres supérieures, elles peuvent même manquer totalement. Au bout de quelques minutes, rarement de plus d'un quart d'heure, la crise cesse, l'enfant revient à lui, légèrement obnubilé ou bien reprend immédiatement ses jeux. La crise ne s'est accompagnée ni de morsure de la langue, ni d'émission involontaire d'urine et de matières.

Aucun des caractères cliniques de la crise ne permet de l'identifier de façon certaine et c'est l'examen complet du nourrisson qui aide à poser le diagnostic.

L'examen somatique montre, avant tout, des stigmates de rachitisme, tantôt manifestes (craniotabès, retard de la fermeture de la fontanelle antérieure, chapelet costal, nouures épiphysaires, déformations des membres et du tronc) tantôt discrets et frustes, mais il est exceptionnel de n'en retrouver aucun signe.

Dans quelques cas, le diagnostic de spasmophilie s'impose d'emblée par l'aspect du petit malade : spasme carpopédal avec main d'accoucheur.

Beaucoup plus souvent on devra rechercher les symptômes témoignant de l'état de spasmophilie latente, avant tout le signe de Chvostek ; contraction en éclair des muscles superficiels de la face à la percussion du facial le long de la branche montante du maxillaire inférieur. Deux points sur lesquels nous avons déjà attiré l'attention sont importants à retenir à son sujet : cette réaction s'épuise rapidement lors d'une série de recherches successives, en outre, elle est très variable dans son intensité et peut même dispa-

(1) Nous négligeons volontairement dans cet exposé clinique l'étiologie et la physiologie pathologique. Nous y reviendrons ultérieurement. Nous n'étudions pas non plus, dans ce travail, les convulsions du nouveau-né.

raître transitoirement. On doit donc toujours, avant de conclure à son absence, la rechercher plusieurs jours de suite.

On cherchera éventuellement les dérivés du signe de Chvostek : signe d'Escherich (contraction de l'orbiculaire des lèvres) et signe de Weiss (contraction de l'orbiculaire des paupières). Le signe de Trousseau est exceptionnellement rencontré.

Le signe de Chvostek suffit à lui seul à affirmer le diagnostic de spasmophilie, il est constant, pathognomonique à cet âge de la vie, il est le premier signe en date, le dernier à disparaître. Il s'associe aux signes cliniques, électriques et hémochimiques de la spasmophilie.

L'examen du sang montre une hypocalcémie, signe biologique fondamental de la tétanie. La calcémie est abaissée à 80, 70 milligr. ou moins (la normale oscille entre 90 et 110 mgr.). Cette chute se fait essentiellement aux dépens du calcium ionisé.

L'alcalose du sang sur laquelle ont insisté Bigwood, Lesné et Turpin n'a pas été retrouvée par d'autres auteurs (Rohmer et Woringer, Robert Debré et Goiffon). Il n'existe pas d'alcalose manifeste du sang dans la tétanie du nourrisson, l'équilibre acide-base est normal, ou parfois même dévié dans le sens d'une acidose compensée.

Par ailleurs, le phosphore inorganique du sang s'est abaissé, au-dessous de 180 mgr. (normalement 200 mgr.), témoignage du rachitisme concomitant.

L'examen électrique montre une hyperexcitabilité galvanique (Erb) et surtout une augmentation de la chronaxie, avec hétérochronisme du nerf et du muscle (Bourguignon).

Enfin, il n'existe pas, dans la règle, de stigmate d'hérédosyphilis, pas de signe d'une malformation ou affection nerveuse congénitale ou acquise. La rachicentèse retire un liquide normal.

Sous l'influence du traitement par le chlorure de calcium (Netter), les rayons ultra-violets ou les stérols irradiés, on voit disparaître parallèlement les manifestations cliniques et biologiques de la spasmophilie et du rachitisme, les convulsions disparaissent les premières, puis le signe de Chvostek, en même temps la chronaxie et la calcémie reprennent leur taux normal. Si le nourrisson n'est pas traité, les crises se répètent à intervalles variables, courts ou espacés. Elles peuvent se rapprocher, devenir véritablement subintrantes, nécessitant alors une recalcification d'urgence de l'organisme par un gavage de chlorure de calcium. Elles peuvent alterner avec d'autres manifestations spasmophiliques : tétanie des extrémités et surtout laryngospasme (convulsion interne). Celui-ci fait toute la gravité de la spasmophilie du nourrisson, car si le pronostic immédiat de la crise convulsive généralisée est toujours bon, le laryngospasme expose au contraire à des accidents mortels : mort subite par apnée brusque ou par syncope au cours d'un accès. C'est la crainte de ces accidents qui commande une thérapeutique immédiate chez tout rachitique présentant un signe de Chvostek.

Entre les crises convulsives, on peut, dans quelques cas, voir survenir de petits troubles névropathiques (H. Lemaire) : nourrisson agité, coléreux, bruyant, insomnique. En réalité, le plus souvent, le petit spasmophile appartient à cette catégorie de nourrissons un peu gras, pâteux, pâles et rachitiques, dont la placidité est parfaite.

Dans l'intervalle des crises, le développement de l'enfant suit son cours normal tant au point de vue physique qu'intellectuel.

Nous avons dit que ces convulsions survenaient chez le nourrisson de plus de 6 mois, or, il est possible, quoique exceptionnellement, de les voir survenir dès les premiers mois de la vie. Le signe de Chvostek manque alors le plus souvent ; c'est l'hypocalcémie et l'épreuve thérapeutique qui permettent ici de poser le diagnostic.

2° **Convulsions hyperpyrétiques.** — Leurs conditions d'apparition, au cours d'une brusque ascension thermique, lorsque la température atteint un niveau élevé : 40° ou davantage, le plus souvent au cours d'une maladie aiguë, leur coïncidence avec la première ascension thermique (convulsions initiales), leur évolution très spéciale, la bénignité de leur pronostic les isolent parmi les autres convulsions infantiles.

Elles ne sont pas rares : dans notre étude nous en avons relevé 13 cas, soit une proportion de 20 pour 100.

Chez un nourrisson se développant normalement, indemne de spasmophilie, les convulsions hyperpyrétiques apparaissent en général lors de la première infection fébrile, au début d'une rhinopharyngite ou d'une adénoïdite, parfois même alors que l'infection causale ne s'est pas encore démasquée.

Vers l'acmé de la poussée fébrile, quand la température atteint un certain niveau élevé, 40° ou plus, toujours le même pour un même nourrisson, la crise éclate, l'enfant pâlit, perd connaissance, se raidit, le regard est fixe, les yeux révulsés, puis les convulsions cloniques apparaissent, parfois intenses, généralisées, bilatérales, le plus souvent discrètes et localisées, ou même manquent totalement. Parfois même la raideur manque, réalisant une forme flasque. Il n'y a ni morsure de la langue, ni émission d'urine. La crise dure quelques secondes ou quelques minutes, puis l'enfant reprend connaissance, revient à lui et, souvent fatigué, il s'endort.

L'examen de l'enfant ne révèle rien de pathologique en dehors de la maladie qui a déclenché l'accès. Il n'existe aucun autre trouble nerveux pathologique, pas de signe de Chvostek, ni de stigmates d'hérédosyphilis. Le liquide céphalorachidien est normal.

Cette crise reste en général isolée pendant toute la durée de la maladie. Il est rare de la voir se reproduire lors d'une nouvelle ascension thermique.

Cet accès peut rester unique dans la vie de l'enfant. Plus souvent, on voit les accès se renouveler durant les deux premières années, à l'occasion de toutes les maladies s'accompagnant d'une brusque élévation thermique, par contre on ne voit jamais survenir de convulsions apyrétiques. A côté de ces cas où les caractères d'apparition de la crise convulsive ne laissent aucune place au doute, il en est d'autres d'un diagnostic plus difficile ; quelquefois les crises se répètent au cours de la maladie, les jours suivants, dans d'autres cas, elles surviennent lorsque la température est relativement peu élevée, 38° ou 38°5.

Les convulsions hyperpyrétiques peuvent se voir au cours de toutes les affections du nourrisson s'accompagnant de brusques poussées fébriles ; elles sont particulièrement fréquentes au cours des infections des voies respiratoires supérieures : rhinopharyngite, adénoïdite, otite qui provoquent si souvent chez le nourrisson de brusques crochets fébriles à 40°, elles peuvent survenir au début d'une pneumonie, des fièvres éruptives, des oreillons. Ces convulsions ne sont pas liées à l'infection causale, car elles peuvent également survenir au cours de fièvres « aseptiques » (fièvre du lait sec). Elles sont sans doute plus liées à la rapidité de l'ascension thermique qu'à la hauteur intrinsèque de la température, car on ne les rencontre pas au cours des fièvres élevées en plateau ou à petites oscillations de la tuberculose, ni au cours de la fièvre progressivement ascendante de la dothiénentérie, faits sur lesquels nous avons déjà attiré l'attention. Ce mode d'apparition de la crise, liée à l'ascension brutale de la température dépassant un palier déterminé, individualise ainsi nettement les convulsions hyperpyrétiques.

Entre les accès, la croissance se fait normalement sans aucun déficit moteur ou mental, puis spontanément vers 18 mois, 2 ans, exceptionnellement au delà, les crises disparaissent complètement, l'enfant peut alors présenter de nouvelles affections fébriles, celles-ci ne déclenchent jamais plus d'accès. La guérison est complète sans séquelle ultérieure.

3° **Spasme du sanglot.** — Forme bien individualisée de convulsions infantiles, succédant toujours à une crise de sanglots provoqués par une émotion violente, colère ou peur le plus souvent, elle n'est en réalité que la simple exagération d'un phénomène physiologique: le nourrisson qui perd le souffle en pleurant.

Les circonstances particulières de son apparition, la bénignité de son pronostic, l'absence de complications immédiates, le manque absolu de tout signe de spasmophilie séparent nettement le spasme du sanglot du laryngospasme avec lequel on le confond souvent. Aussi nous ne saurions trop insister sur son importance (1). Sa fréquence est relativement élevée, nous l'avons observé dans 15 cas sur 70, soit 20 fois sur 100 cas de convulsions infantiles essentielles. Il survient chez un nourrisson bien portant entre l'âge de 6 mois et la fin de la première année. Il est intimement lié à une crise de sanglots, qui aboutit à l'apnée et à la perte de connaissance et s'accompagne ou non de secousses convulsives.

A l'occasion d'une colère ou d'une émotion violente — le nourrisson a été grondé, il a eu peur, ou bien il est tombé brutalement, — la crise éclate, l'enfant se met à sangloter bruyamment, la respiration se fait de plus en plus rapide et saccadée, le nourrisson perd le souffle et, après une dernière secousse, survient une inspiration bruyante et la respiration s'arrête en inspiration forcée, le nourrisson perd alors connaissance et tombe. La face est cyanosée, le regard fixe, révulsé, le corps tout entier raidi en hyperextension, puis peuvent apparaître des secousses cloniques généralisées, plus souvent discrètes et localisées ; parfois elles manquent complètement.

Au bout de quelques secondes, la crise cesse, la respiration reprend par une grande inspiration, très profonde, l'enfant revient à lui. Il n'y a pas eu d'émission d'urine ni de morsure de la langue. Après la crise l'enfant reste un peu prostré, souvent il se remet à pleurer et à crier, à ce moment il est de règle que les cris ne provoquent jamais de rechute de la crise. Il peut arriver que l'enfant fatigué s'endorme.

Dans quelques cas, l'apnée dure un certain temps avant que l'enfant tombe. Un petit enfant, observé par nous, court vers sa mère en sanglotant, l'apnée se produit, l'enfant commence à se cyanoser, mais continue à avancer pour tomber enfin sans connaissance aux pieds de sa mère et ne se raidit qu'à ce moment.

L'examen de l'enfant, l'interrogatoire des parents ne révèlent aucune anomalie. Il n'y a pas de signes de spasmophilie, pas de signe de Chvostek et ce point est capital à retenir, ni de stigmate d'hérédosyphilis.

Nous nous sommes, chaque fois que nous l'avons pu, efforcés de faire doser le calcium du sang des enfants atteints de spasme du sanglot. Jamais nous n'avons constaté l'hypocalcémie, qui est la règle absolue de la spasmophilie. Grâce à la précieuse collaboration de M. Goiffon, nous avons pu pratiquer ces dosages ; ce qui nous a permis d'isoler de façon rigoureuse le spasme du sanglot à calcémie normale du laryngospasme à calcémie diminuée.

Par ailleurs, le liquide céphalorachidien est normal. La radiographie montre un thymus normal. L'impossibilité de faire un examen laryngoscopique satisfaisant chez ces jeunes enfants ne nous a pas permis de vérifier l'hypothèse d'un rétrécissement congénital du larynx, que nous avions envisagée.

L'examen attentif décèle de petits troubles névropathiques : irritabilité, émotivité exagérée, agitation, insomnie. Par contre, l'intelligence est souvent plus développée que normalement.

Les crises se répètent à intervalles variables, tantôt très distantes, tantôt très rapprochées, quotidiennes ou plus fréquentes encore ; elles revêtent toujours un aspect identique, sont comme calquées sur elles-mêmes. Dans l'intervalle des crises, le développement de l'enfant suit son cours normal ; on ne constate point, même dans les cas de crises très rapprochées, une altération de l'état général ou des facultés intellectuelles.

L'évolution du spasme du sanglot est favorable : on ne voit jamais de complications au cours de l'accès, fait qui s'oppose à la gravité du laryngospasme ; malgré le caractère impressionnant de la crise, jamais la vie de l'enfant n'est réellement en danger. Les crises tendent à s'espacer spontanément avec le développement de l'enfant ; vers 18 mois, 2 ans, exceptionnellement au delà de la deuxième année, elles disparaissent définitivement sans laisser aucune séquelle. L'existence de spasme du sanglot dans les deux premières années de la vie n'a pas de signification fâcheuse pour l'évolution future de l'enfant.

4° **Epilepsie essentielle du nourrisson.** — Forme grave de convulsions infantiles, elle survient chez un nourrisson ne présentant aucun symptôme apparent

(1) Robert DEBRÉ et Mlle F. LÉVY. Le spasme du sanglot et son diagnostic, *Le Nourrisson*, mars 1932.

d'une lésion du système nerveux. Sa rareté est loin d'être aussi grande qu'on le croit souvent. Dans nos observations personnelles, nous l'avons décelée 24 fois sur 70 observations de convulsions infantiles, soit dans 35 pour 100 des cas. L'épilepsie débute donc avec une relative fréquence dans la petite enfance. Elle peut survenir à n'importe quel moment de la vie du nourrisson, souvent dès les tout premiers mois.

Le début est brusque, inopiné, surprenant l'enfant au repos, pendant la tétée, souvent au cours du sommeil ; ce caractère nocturne individualise très nettement la crise épileptique. Quelquefois la crise est précédée de petits signes prémonitoires : changement de caractère, irritabilité et inquiétude, parfois même l'enfant semble être averti de sa crise, il pousse un cri d'inquiétude, appelle sa mère et se jette dans ses bras. Dans la plupart des cas cependant tout prodrome manque, la crise surprend l'enfant en pleine santé. Il s'arrête brusquement dans ses gestes, pousse parfois un cri, pâlit, perd connaissance, tombe ou se renverse dans son lit. La crise évolue ensuite à peu près comme celle de l'adulte en deux phases, tonique, puis clonique avec émission involontaire d'urine, morsure possible de la langue si l'enfant a des dents, stupeur et sommeil postparoxystique. Les secousses cloniques sont, plus souvent que dans les autres variétés de convulsions infantiles, intenses et généralisées, elles peuvent être localisées, revêtir un type Bravais Jacksonnien.

L'examen de l'enfant ne montre en général aucun stigmate pathologique. L'examen somatique est négatif, les réflexes sont normaux, parfois cependant on découvre, dans les heures qui suivent l'accès, une paralysie ou un signe de Babinski transitoires, qui signent, en quelque sorte, la nature comitiale de la crise convulsive.

On cherchera toujours les symptômes plus ou moins évidents d'une atteinte cérébrale, congénitale ou acquise, aiguë ou chronique, ainsi que les stigmates d'hérédosyphilis. Celle-ci ne nous paraît pas particulièrement fréquente, nous ne l'avons décelée d'une façon certaine que dans 3 observations sur les 24 cas de mal comitial que nous avons étudiés. On examinera si, dans les antécédents de ces enfants il ne s'est pas produit un traumatisme obstétrical, même minime. En tout cas, on ne trouve aucun stigmate de spasmophilie, la calcémie est normale. La ponction lombaire retire un liquide céphalo-rachidien normal. Par ailleurs on retrouve assez rarement dans les antécédents de ces nourrissons une hérédité convulsive ou épileptique familiale, plus souvent des tares héréditaires à retentissement nerveux (alcoolisme, psychopathies).

L'évolution est très variable, tantôt les crises sont très espacées, séparées par des mois ou des années, permettant à l'enfant une vie normale ; parfois, au contraire, elles sont fréquentes, quotidiennes, diurnes et nocturnes, de plus en plus graves, et de plus en plus extensives, elles peuvent devenir subintrantes, cédant mal aux calmants habituels.

Un fait bien connu, la cessation habituelle, mais non constante à vrai dire, des crises pendant les affections fébriles, oppose l'épilepsie du nourrisson aux convulsions hyperpyrétiques.

Dans l'intervalle des crises, l'enfant se développe souvent sans aucun trouble intellectuel ou mental, parfois cependant on peut voir apparaître des troubles du caractère : le nourrisson est maussade, grognon, inquiet, irritable et insomnique. Dans quelques cas apparaissent entre les crises, ou même précèdent celles-ci de plus ou moins longue date, des absences qui peuvent se répéter très fréquemment, souvent plusieurs fois par jour ; elles sont le témoin formel de la nature épileptique de la maladie et doivent en faire redouter une forme particulièrement grave et rebelle.

Le pronostic immédiat de l'accès est favorable, les incidents au cours de la crise sont tout à fait exceptionnels. Par contre, l'avenir est très sombre, les crises se poursuivent souvent dans la seconde enfance ; parfois, à la vérité, elles s'espacent et peuvent disparaître, mais une reprise reste toujours à redouter.

Pronostic. — Il est difficile, en présence d'un cas de convulsions infantiles, de poser un pronostic.

Il faut avant tout déterminer de quelle variété de convulsions il s'agit, éliminer les convulsions symptomatiques d'une affection organique aiguë ou chronique, infectieuse ou toxique, du système nerveux, convulsions dont le pronostic est intimement lié à la maladie causale, éliminer aussi les convulsions réflexes comme celles de l'héminthiase.

S'il s'agit bien d'une « convulsion essentielle », le pronostic est très différent suivant la catégorie de convulsions essentielles présentée par le nourrisson.

Convulsions spasmophiliques. — Leur pronostic immédiat est réservé, la mort subite par apnée brusque ou par syncope au cours d'un accès de laryngospasme doit toujours être redoutée, et nous ne saurions trop insister sur la nécessité de dépister et de traiter préventivement toutes les tétanies latentes.

Par contre, le pronostic lointain est favorable, la spasmophilie est une entité clinique et biologique qu'il faut distinguer nettement de l'épilepsie, malgré quelques liens biologiques sur lesquels ont insisté Bigwood, Lesné et Turpin ; on ne retrouve pas avec une particulière fréquence, dans les antécédents des épileptiques, des convulsions ou des spasmes de la première enfance ; les petits spasmophiles suivis ultérieurement pendant des années n'ont jamais présenté de crises à allure comitiale.

Les séquelles sont exceptionnelles, quoique d'après quelques auteurs, des troubles névropathiques, digestifs, un retard de croissance de la seconde enfance puissent être rapportés à la spasmophilie ; pour Finkelstein, la guérison absolue serait même exceptionnelle, un cinquième seulement des enfants atteints redevenant normaux, les autres présentant dans la grande enfance des signes de déficience nerveuse, générale, circulatoire et digestive.

Notre expérience ne confirme pas une opinion aussi pessimiste et il nous semble que, pratiquement, le pronostic lointain de la tétanie du nourrisson est favorable.

Convulsions hyperpyrétiques. — Leur pronostic immédiat et lointain est favorable. Ultérieurement ces enfants ne présentent pas d'épilepsie. On a cependant

discuté l'identification possible de ces deux syndromes, les observations rapportées, en particulier par Faerber, par G. Remé, ne sont pas concluantes à ce sujet.

En fait, la guérison complète sans aucune séquelle est la règle.

Spasme du sanglot. — Aucune gravité proche ou lointaine, aucune complication au cours de l'accès n'est à redouter, ce qui l'oppose au laryngospasme avec lequel il importe de ne pas le confondre, comme nous l'avons montré. Cependant, une réserve est à faire quant à la bénignité absolue du spasme du sanglot pour l'avenir de l'enfant, car, dans une observation personnelle, un enfant ayant présenté, dans les premiers mois, un spasme du sanglot typique dont il a guéri, a présenté ensuite, à l'âge de 4 ans, de l'épilepsie vraie. Pareil cas est tout à fait exceptionnel.

Epilepsie essentielle du nourrisson. — D'un pronostic toujours sombre. Dans quelques cas, vers l'âge de 2 à 3 ans, on voit s'espacer et disparaître les crises ; la guérison complète est possible, même dans les cas de crises intenses et répétées. Cependant, dans la plupart des cas, les crises continuent avec le même rythme, persistent dans la seconde enfance et chez l'adulte, tantôt très espacées, permettant une vie normale, tantôt au contraire très fréquentes, retentissant sur le caractère et l'intelligence.

Dans les cas même, où l'enfant a paru guéri vers 2 ou 3 ans, le pronostic lointain reste sombre, une reprise est toujours à craindre à la puberté ou chez l'adulte ; il n'existe aucun témoignage formel de guérison, aucun intervalle de sûreté, au delà duquel on puisse affirmer une guérison définitive.

Tous nos cas personnels ont continué à évoluer dans la seconde enfance, nous avons observé des rémissions passagères, mais jamais de guérison complète ; ces faits, associés à la fréquence relative (35 pour 100) et trop souvent méconnue de l'épilepsie dans la petite enfance, font comprendre combien l'on doit redouter cette affection.

Le pronostic d'une crise convulsive dépend donc essentiellement de sa nature ; on ne peut se baser sur les caractères cliniques de la crise elle-même pour établir le pronostic. Contrairement aux conclusions de Collin et Mlle Revon, il nous a paru que les convulsions malignes, c'est-à-dire l'épilepsie essentielle du nourrisson, revêtaient, plus souvent que les autres variétés de crises convulsives, une forme tonicoclonique.

Cependant, à l'opposé de l'opinion courante, il existe des éléments de diagnostic différentiel, sur lesquels nous avons insisté, entre les diverses catégories de convulsions essentielles du nourrisson — terrains spasmophilique, apparition exclusive des crises à l'occasion d'une poussée thermique ou d'un spasme du sanglot, ou au contraire absence de toute cause provocatrice connue — qui permettent d'individualiser les quatre grands groupes de convulsions infantiles que nous avons décrits.

Cette discrimination a une importance capitale, c'est elle qui commande le pronostic : pronostic immédiat réservé, mais avenir favorable des convulsions spasmophiliques, bénignité du pronostic proche et lointain des convulsions hyperpyrétiques d'une part et du spasme du sanglot, de l'autre, bénignité du pronostic immédiat, mais gravité du pronostic lointain de l'épilepsie essentielle du nourrisson.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 JANVIER 1932)

Etude expérimentale de la parasyphilis. — MM. C. LEVADITI, P. LÉPINE et Mlle R. SCHŒN montrent que le névraxe du singe ne permet pas la pullulation du *Treponema pallidum in situ.* Des singes d'espèces diverses reçoivent, par voie intracérébrale, une ou plusieurs injections d'émulsion riche en tréponèmes vivants et virulents (virus Truffi). Ils sont examinés au point de vue : 1°) de la virulence de leur cerveau et de leurs ganglions lymphatiques ; 2°) de la présence de spirochètes et de lésions dans leur encéphale.

Ces expériences permettent de conclure que le singe ne réagit d'aucune manière à l'égard du virus syphilitique, vivant et virulent, administré par voie névraxique. Le cerveau et les ganglions lymphatiques sont totalement exempts de spirochètes. Il semble même que le système nerveux central annihile intégralement l'activité pathogène du virus syphilitique. Il en résulte que la genèse de la paralysie générale et du tabès n'est possible que si les deux conditions suivantes sont réalisées : 1°) Création progressive de souches de virus syphilitique à affinités neurotropes électives ; 2°) Diminution occasionnelle, passagère ou permanente, de la résistance naturelle du névraxe à l'égard du virus.

Influence de la pyréthothérapie (ondes courtes) sur l'évolution de l'infection récurrentielle du rat. —MM. C. LEVADITI, I. AUCLAIR et A. VAISMAN ont étudié, à l'aide de l'appareil de Carpentier et Boak (longueur d'onde : 22 mètres), l'action de la pyréthothérapie sur l'évolution de quelques spirilloses, en particulier sur la fièvre récurrente du rat et de la souris.

Les animaux ont été soumis de 11 à 13 fois à l'action des ondes courtes pendant 20 à 25 minutes, leur température rectale s'élevant à 40°6. L'examen des organes permet de conclure que :

1° La pyréthothérapie artificielle provoquée par les ondes courtes, ne paraît pas influencer l'évolution de la fièvre récurrente (*Sp. Duttoni*, souche Brazzaville) chez le rat et la souris.

2° Un grand nombre d'accès fébriles (de 11 à 13) ne réussit pas à déterminer la destruction de la phase infravisible du virus récurrentiel contenue dans le névraxe des rats contaminés par le *Sp. Duttoni.*

Le bloc bilatéral manqué. Une nouvelle forme anatomique de bloc du cœur à substituer au bloc dit d'arborisations. — M. Ivan MAHAIM (de Lausanne) rapporte le cas d'un jeune homme atteint de myocardite subaiguë et dont les électrocardiogrammes présentaient l'aspect caractéristique du bloc dit des arborisations. L'examen des coupes sériées montre que les deux branches du faisceau de His étaient complètement interrompues, mais que le bloc auriculo-ventriculaire était cependant évité par le fait que la branche gauche avait des connexions supérieures et postérieures avec le myocarde de la cloison dès son origine.

Effets comparatifs de l'électrolyse sur les solutions de diastases et de protéines inactives. — M. F. Maignon. Alors que quatre à cinq heures d'électrolyse, à l'aide d'un courant de 110 volts, suffisent pour obtenir la déminéralisation complète et définitive d'une protéine inactive (ovalbumine, protéine du sérum), il faut quatre à cinq jours pour arriver au même résultat, lorsqu'il s'agit d'une diastase (diastases du suc pancréatique, analyse de l'orge germé).

Sur le moment d'apparition des convulsions d'origine asphyxique. — MM. Maurice Villaret, L. Justin-Bezançon, Mme Schiff-Wertheimer et M. Henri Desoille montrent qu'au cours de l'asphyxie, les convulsions ne coïncident pas avec les variations de la tension artérielle. Elles ne semblent pas non plus sous la dépendance de spasmes vasculaires, autant du moins que l'on peut s'en rendre compte par l'examen de l'artère centrale de la rétine.

Action du poumon sur les acides gras volatils. — MM. Léon Binet, E. Aubel et Mlle M. Marquis ont recours à la perfusion du poumon à l'aide du sang citraté ; le poumon étant rythmiquement ventilé et maintenu à une température physiologique. Les auteurs ajoutent au sang de perfusion un acide gras volatil : formique, acétique, propionique, butyrique à l'état de sel de sodium : l'étude du sang et du parenchyme pulmonaire, effectuée au bout d'une heure, puis de deux heures, montre une disparition de l'acide expérimenté.

Paralysies provoquées par des asphyxies expérimentales. — MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon et Henri Desoille ont réussi à obtenir chez le chien des quadriplégies spasmodiques toujours identiques à elles-mêmes quel que soit le mode d'asphyxie (oxyde de carbone ou suffocation).

Lorsque l'asphyxie ne dure que quelques minutes, le chien une fois ranimé ne présente aucun phénomène nerveux important. Pour réaliser une paralysie durable, il faut que l'asphyxie se prolonge plus d'une heure.

Les auteurs concluent que les paralysies d'origine centrale produites par CO sont dues surtout à l'anoxhémie que réalise ce gaz.

La culture B C G contient-elle des éléments bacillaires virulents ? — M. A. Saenz. Sous ce titre, M. Saenz relate les expériences qu'il a faites en vue de rechercher si, comme l'ont écrit S. A. Petroff, Watson et quelques rares auteurs, les cultures de BCG seraient capables de tuberculiser quelquefois le cobaye parce qu'à côté d'une majorité de bacilles non virulents, elles contiendraient encore quelques bacilles virulents. M. Saenz a donc inoculé à plusieurs séries de cobayes des quantités formidables de BCG, 600 et 700 milligr. à chaque animal. Après 10 à 16 mois, aucun de ces animaux autopsiés ne présentait la moindre lésion tuberculeuse. Le même résultat a été obtenu en utilisant treize souches différentes de BCG et, entre autres, une souche qui, depuis 69 passages sur pomme de terre glycérinée ordinaire, n'avait pas été en contact avec la bile. Il est donc évident que ces souches de BCG ne contiennent aucun bacille virulent.

Sur le mécanisme de l'érythème histaminique. — M. G. Roussy et M. Mosinger insistent dans cette note sur les faits suivants :

1° L'autonomie de l'érythème dit réflexe est une autonomie relative. En effet, il est modifié ou aboli au cours de certaines lésions médullaires ou encéphaliques.

2° Les fibres en jeu, dans le mécanisme nerveux local, leur semblent être de nature végétative. En effet, les modifications de l'érythème histaminique dans la phase post-apoplectique et post-commotionnelle, sont parallèles à celles de l'oscillographie et ne suivent jamais l'évolution des troubles cérébrospinaux.

3° Un certain nombre de faits expérimentaux plaident en faveur de l'existence dans la peau d'un réseau végétatif continu intervenant dans le mécanisme de l'érythème histaminique.

Le microdosage du galactose dans le sang. — M. A. Schrumpf propose une méthode précise pour le microdosage de galactose en présence de glucose dans le sang circulant fondée sur la précipitation du galactose par l'alcool absolu à 0°.

— Société de biologie de Lyon (séance du 16 janvier) :]

Propriétés antitumorales d'extraits de surrénales vis-à-vis de l'épithélioma expérimental de la souris blanche. — MM. F. Arloing, A. Morel, A. Josserand et Badinand abordent l'étude des propriétés frénatrices sur l'épithélioma expérimental de la souris blanche des extraits de capsules surrénales de veau normal. Par des préparations successives, les auteurs sont parvenus à retirer de la zone réticulée de la surrénale de veau normal prélevée immédiatement après l'abatage, un produit qui, appliqué par injections souscutanées aux souris greffées, aboutit après une semaine de traitement et d'évolution retardée de la tumeur, à une néoformation du poids de 0 gr. 38 en moyenne ; tandis que, chez les témoins, ce chiffre est de 0 gr. 92 par sujet.

Le ralentissement du développement s'accompagne d'une évolution fibreuse très remarquable de la tumeur expérimentale.

Sur l'élimination et l'absorption de l'hyposulfite double d'or et de sodium (crisalbine). (2e note). — MM. F. Arloing, A. Durfort et Demonfaucon ont poursuivi dans ce nouveau travail leur étude expérimentale sur le transit des sels d'or à travers l'organisme des tuberculeux. Ils ont observé entre autres faits la forte proportion d'or éliminé pendant la première heure qui suit l'injection de 0 gr. 05 de crisalbine (soit 18 milligr. 72 d'or), qui peut atteindre de 0 milligr. 70 à 1 milligr. 5.

Cette élimination fléchit sensiblement pendant les 2e et 3e heures.

Une première injection de 0 gr. 05 de crisalbine provoque une élimination bien supérieure proportionnellement à celle qui succède au cours d'un traitement à des doses élevées.

SOCIETE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MEDICALES DE PARIS

(SÉANCE ANNUELLE DU 15 FÉVRIER 1932) (1)

Discussion des rapports.

M. Coste rappelle les propositions de MM. Bezançon et Weill de diviser les rhumatismes chroniques en formes partielles et formes généralisées symétriques, pour le premier de ces groupes, qui est numériquement de beaucoup le plus important, leur classification en *arthrites infectieuses* et en *ostéoarthroses*, qui se confond à peu de chose près avec la division en arthrites et arthroses, et pour le deuxième groupe, qui correspond au rhumatisme déformant généralisé de Charest, leur conception d'une trophonévrose reproduisant l'opinion de Teissier et Roques.

Dans son exposé oral, le professeur Bezançon tend même à envisager un démembrement de cette forme, qui comprendrait tantôt des syndromes tropho-névrotiques, tantôt des maladies osseuses faisant songer à l'intervention des parathyroïdes, tantôt enfin des polyarthrites vraies. M. Coste

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 15, p. 265.

discute cette conception. Quand on examine les malades au début même de leur polyarthrite symétrique, c'est-à-dire à la période la plus instructive de son évolution, on a bien l'impression qu'il s'agit, non d'une infection neurotrophique ni d'une maladie osseuse d'origine endocrinienne, mais véritablement d'une polyarthrite dont les caractères cliniques et biologiques s'apparentent à ceux des autres arthrites inflammatoires.

Pour cette raison, il lui semble préférable de les réunir avec ces dernières dans un même groupe et de s'en tenir à la classification générale en arthrites et arthroses, sans méconnaître d'ailleurs qu'elle n'a d'autre valeur que celle d'une hypothèse de travail.

M. Bezançon répond qu'une classification rigoureuse du rhumatisme chronique, comme celle de MM. Coste, Forestier, Lacapère, est absolument impossible et que, dans une question aussi complexe, toute hypothèse est prématurée.

M. Marcel Labbé reconnaît avec MM. Bezançon et Mathieu-Pierre Weil qu'aucune classification proposée pour le rhumatisme n'a encore été satisfaisante, qu'il s'agit d'une question à reprendre complètement sur des bases cliniques, humorales et radiologiques. L'étiologie tuberculeuse et infectieuse étudiée par M. Bezançon ne s'applique qu'à un très petit nombre de cas ainsi que la théorie de la « facal infection », justement critiquée par M. Coste. L'hyperuricémie n'est pas un test de la goutte ni un signe constant ; elle indique un trouble du métabolisme des nucléo-albumines en général et non de l'acide urique seul. M. Marcel Labbé insiste sur la pathogénie de l'hyperuricémie, qui ne traduit pas généralement une mauvaise élimination de l'acide urique, mais un trouble métabolique, la crise de goutte étant due à la précipitation de l'acide urique dans les articulations et les tissus. Le taux de la calcémie ne peut non plus servir à classer les rhumatismes, mais il peut être en rapport avec les signes de décalcification ou d'hypercalcification locales décelables par la radiologie. Les modifications du phosphore sanguin sont des plus variables chez les rhumatisants. Quant au métabolisme basal, son étude donne peu de résultats ; elle a permis toutefois à M. Labbé de rejeter la notion du rhumatisme thyroïdien à laquelle on a attaché trop d'importance.

M. Etienne May fait remarquer que le métabolisme basal n'est qu'exceptionnellement observé dans le rhumatisme chronique dont l'origine thyroïdienne paraît extrêmement problématique. Par contre, il n'est pas rare d'observer une augmentation du métabolisme basal qui peut varier entre + 15 et + 30 %, en dehors de toute poussée évolutive fébrile. Cette augmentation du métabolisme basal ne s'accompagne jamais de signes d'hyperfonctionnement du corps thyroïde et ne doit certainement pas être considérée comme un témoignage d'hyperthyroïde. La signification nous est encore inconnue ; mais à titre d'hypothèse, M. May se demande si elle n'indiquerait pas l'existence d'altérations nerveuses centrales.

Après avoir rendu hommage aux co-rapporteurs, M. Jean Lacapère en son nom et au nom de M. Jacques Forestier montre qu'au fond la classification qu'ils proposent n'est pas si éloignée de la conception qu'ils ont déjà soutenue avec M. Coste.

Pour ce qui est des arthroses, l'accord est à peu près complet, sauf en ce qui concerne leur étiologie infectieuse. Jean Lacapère préfère aux termes de mono-arthrite (souvent trop étroit quand il s'agit par exemple d'une spondylose) et de polyarthrite, ceux d'arthrose et d'arthrite qui rendent plus saisissants les caractères latents, froids, insidieux, des unes et les opposent à l'allure fluxionnaire, souvent fébrile, immédiatement douloureuse des autres.

M. Guy Laroche appelle l'attention sur la cellulite isolée ou associée à l'une quelconque des formes de rhumatisme. Lorsqu'elle est peu accentuée, elle offre peu d'indications spéciales et l'on peut jusqu'à un certain point diriger les malades vers les cures hydrominérales qui sont indiquées par l'affection dominante sans se préoccuper de la note cellulitique. Il n'en est pas de même lorsque la cellulite est douloureuse et devient par là à juste titre un sujet de préoccupation pour le malade et pour le médecin. En période aiguë, ces sujets ne doivent pas être envoyés aux cures hydrominérales ; ils ne sont justiciables que du massage spécial pour la cellulite, suivant la méthode de Brandt et Stapfer.

Passée la phase aiguë, on devra rechercher la cause de la cellulite et adresser les malades à des stations hydrominérales qui varieront selon cette cause : on trouve parmi les cellulitiques des auto-intoxiqués, des hépatiques, des entéritiques, des goutteux, des sujets atteints d'affections pelviennes, etc. On dirigera les malades dans les stations indiquées par l'élément pathogénique qui paraîtra prédominant.

A propos de la communication de M. Guy Laroche sur le traitement des rhumatisants et, en particulier de ces manifestations cellulitiques, M. Dausset signale l'existence à l'Hôtel-Dieu d'un centre de traitement hydrothérapique du rhumatisme extrêmement actif où il se fait depuis vingt ans du massage de la cellulite tel que le préconise M. Guy Laroche.

Mais ce n'est pas le même procédé utilisé par ce centre contre la cellulite ; l'infra-rouge en séances très prolongées, les bains de lumière généraux et locaux ; l'hydrothérapie chaude et froide sont des moyens qui viennent aider le massage et parfois même peuvent le remplacer.

M. Jacques Forestier (d'Aix-les-Bains) n'a jamais constaté de cas de cellulalgie aiguë, mais il a observé des formes intenses évoluant parfois avec des paroxysmes, mais en fait essentiellement chroniques. Il s'associe aux réserves formulées par M. Guy Laroche en face de ces formes intenses pour lesquelles le pétrissage exacerbe les douleurs, mais il ne partage pas son opinion quant aux applications sédatives, qui non seulement n'aggravent pas ces malades mais augmentent considérablement l'efficacité du massage spécial approprié à la cellulite.

M. Teulon-Valio expose à nouveau des faits étudiés en 1930 dans un mémoire à l'Académie de médecine et, l'an dernier, dans une communication sur les arthropathies diabétiques à la Société de dermatologie et de syphiligraphie. L'eau d'Uriage, à son émergence, en injection intra-tissulaire qui n'exerce aucune action favorable à l'égard du rhumatisme aigu ou subaigu, sous la dépendance d'une infection définie ou anonyme, possède la plus surprenante efficacité dans le traitement des manifestations les plus diverses du rhumatisme chronique diathésique. Ce sont les arthrites sèches, mono ou polyarticulaires, mais gardant toujours la physionomie des troubles limités au niveau des jointures, sans retentissement accentué sur l'état général, qui relèvent de cette thérapeutique.

MM. les rapporteurs ayant souligné tout l'intérêt des bains d'étuves, M. Molinery a présenté une courte note sur la peau émonctoire sudoral chez les rhumatisants « traité au Radio-Vaporarium sulfuré » de Luchon.

M. Gomma estime qu'il serait extrêmement utile que « La Ligue contre le rhumatisme » puisse fournir aux stations thermales peu outillées et ne disposant pas de moyens financiers puissants, les laboratoires permettant d'étudier sur place les variations de tests biologiques chez les rhumatisants et cela pendant toute l'évolution de la maladie.

M. MARTINY souligne que dans les algies primitives (sciatiques, névralgies intercostales (lumbagos, torticolis), affections fréquentes chez les adultes encore jeunes, il n'est pas rare de constater chez certains sujets atteints d'un trouble d'une banalité courante, les séquelles souvent anciennes de tuberculose guérie. En dehors de la crénothérapie et du traitement classique, M. Martiny a obtenu des améliorations par la tuberculine administrée à des doses infinitésimales par injection sous-cutanée et même par voie buccale.

M. BEZANÇON rappelle à ce sujet que Landouzy avait signalé la fréquence de la sciatique chez les tuberculeux.

M. SÉRANE rectifie quelques erreurs au sujet de Saint-Nectaire parues dans le deuxième rapport. Il ne s'agit pas d'eau « chlorurée bicarbonatée légèrement chaude », mais plutôt, en ce qui concerne le groupe des sources hyperthermales d'eau polymétallique, à température s'étageant de 15 à 52°. Les rapporteurs ont omis, d'autre part, la source oligométallique des Granges constamment utilisée à la station, tant comme eau de lixivation que pour la cure de diurèse.

Enfin, parmi les stations dont sont justiciables les rhumatisants avec complications, il faut faire figurer Saint-Nectaire en cas d'insuffisance rénale.

M. BÉNALEU souligne que dans la classification des stations thermales utilisées chez les rhumatisants, il faut faire faire une place spéciale aux stations radio-actives (type Evaux-les-Bains, Creuse).

SOCIETE MEDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX DE NANTES

(SÉANCE DE JANVIER 1932)

L'extraction dentaire d'urgence au cours des accidents infectieux périmaxillaires aigus. — M. LANDAIS. — Quelques cas typiques observés coup sur coup incitent l'auteur à reprendre cette question.

Après avoir étudié celle-ci du point de vue théorique, il aborde la clinique et précise la conduite à tenir dans l'ostéophlegmon, l'ostéomyélite, les accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure et les cellulites diffuses.

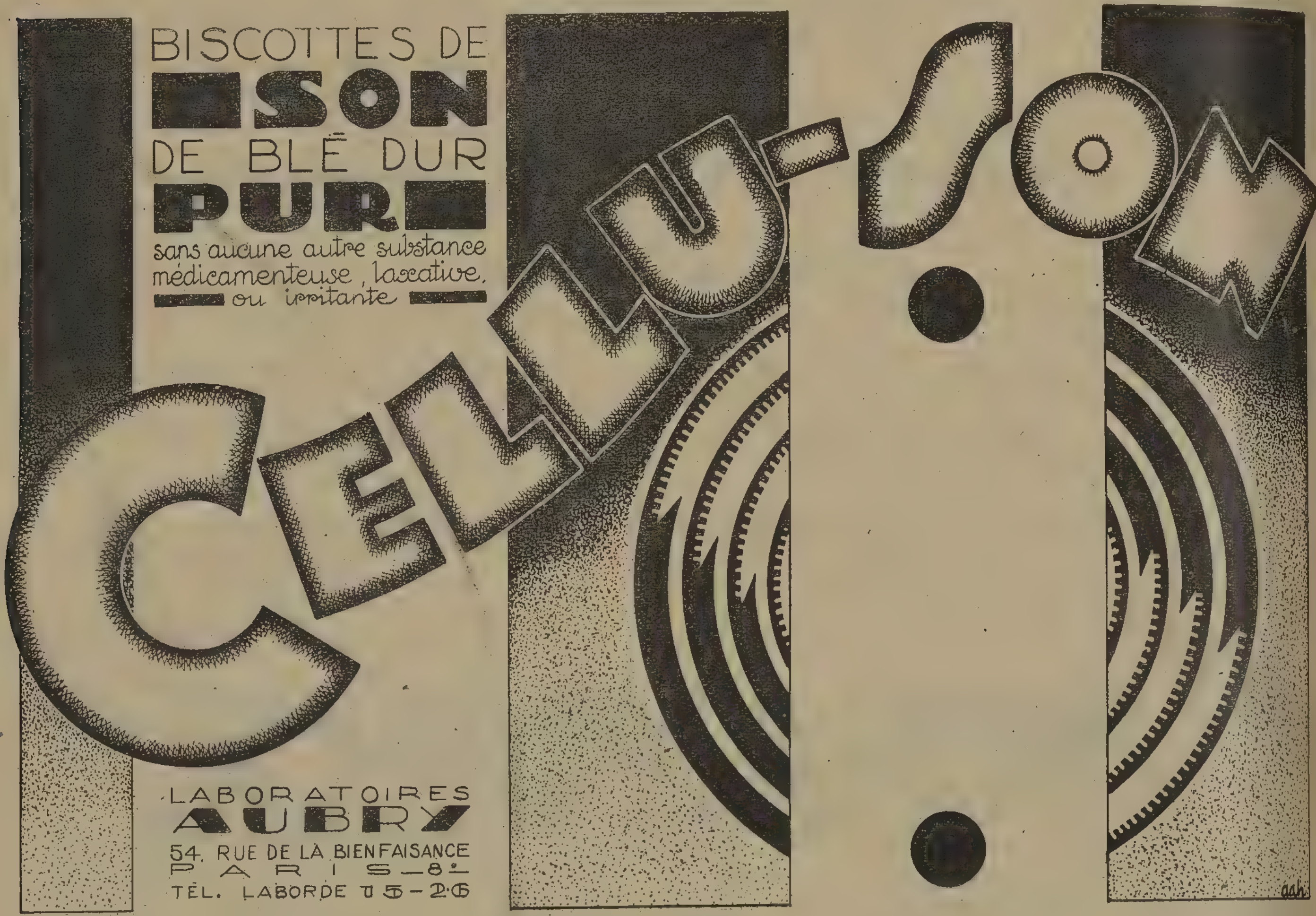
A l'exemple de Lecène, Sébileau et Chompret, il conclut en faveur de l'extraction précoce. Quelques réserves dictées par la clinique viennent tempérer cette règle générale.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

LA ROUTE DES ALPES EN AUTOCARS P.-L.-M. — Tous les jours, du 1er mars au 31 octobre, les autocars P.-L.-M. conduisent dans la journée de Grenoble à Nice et inversement.

L'itinéraire suivi (col de la Croix Haute, Digne où l'on déjeune) est celui qu'en hiver les mêmes autocars parcourent en deux jours.

Jusqu'au 20 mai, ce service rapide est en correspondance avec les autocars qui relient Aix à Grenoble, dans la journée, avec étape de déjeuner à Saint-Pierre de Chartreuse.


BISCOTTES DE
SON
DE BLÉ DUR
PUR
sans aucune autre substance médicamenteuse, laxative, ou irritante
CELLU-SON
LABORATOIRES
AUBRY
54, RUE DE LA BIENFAISANCE
PARIS – 8e
TÉL. LABORDE 15-26


OVAIRE
(Vache)
corps jaune
Follicule
THYROÏDE
(Bœuf)
LA MÉDICATION
OPOTHÉRAPIQUE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets | Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées
POST-HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY. 48 rue Théophile Gautier. PARIS (XVIe)

Les phlébites d'accompagnement au cours des artérites des membres inférieurs. — M. Paul VÉRAN relate trois observations concernant des sujets ayant dépassé la cinquantaine, ni syphilitiques, ni diabétiques, et qui firent chacun une artérite oblitérante d'un membre inférieur, précédée ou accompagnée d'une phlébite d'aspect inflammatoire et parfois variqueux, en tout cas très œdémateuse. L'un d'eux, porteur d'aortite, mourut subitement d'infarctus du myocarde. L'auteur discute la place de tels faits dans la classification des artérites, et conclut sur l'intérêt de rechercher l'artérite latente et de vérifier l'oscillométrie aux membres inférieurs en présence d'une phlébite en apparence primitive et d'étiologie peu nette.

Section d'adhérences dans le pneumothorax par la méthode endoscopique de Jacoboens. — M. A. GENDRON présente une malade dont le pneumothorax était inefficace du fait d'adhérences qui maintenaient béante une caverne tuberculeuse du volume d'une noix. La section de plusieurs brides et d'une épaisse membrane, exécutée par le docteur Coulaud (de Paris) détermine une rétraction rapide de la caverne.

L'expectoration qui était avant l'opération de dix crachats bacillifères quotidiens se tarit définitivement au bout de deux mois et le pneumothorax actuellement total permet d'espérer la guérison définitive.

LIVRES NOUVEAUX

Etudes neurologiques (1), *Troisième série*, par Georges GUILLAIN, Professeur de Clinique des Maladies du Système nerveux à la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Académie de médecine, Médecin de la Salpétrière.

Le professeur Guillain a réuni dans cette *Troisième Série d'Etudes Neurologiques* les travaux poursuivis à la Clinique des Maladies nerveuses de la Salpétrière durant ces dernières années. Ces travaux ont été commentés dans ses leçons cliniques et représentent une partie de son enseignement. Ils ont été groupés dans ce livre sous les titres suivants : Tumeurs cérébrales ; Pathologie de l'Encéphale ; Pathologie des pédoncules cérébraux, de la protubérance, du bulbe, du cervelet ; Pathologie de la moelle épinière, des nerfs craniens et rachidiens ; Atrophies musculaires ; Varia. L'auteur y a ajouté un chapitre d'Histoire de la Neurologie consacré à l'œuvre de G.-B. Duchenne (de Boulogne).

On trouvera dans ces travaux de clinique, comme dans les précédents, la mise en application des différentes méthodes bactériologiques, physiques, chimiques, que l'auteur considère comme indispensables dans la neurologie moderne, et un souci profond de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux, qui doivent être à la base de nos connaissances neurologiques.

L. G.

Manuel d'Urétroscopie. Urétroscopie postérieure (2), par Robert HENRY et G. BUSSON, Préface du Dr MARION.

Le Manuel d'Urétroscopie des docteurs Henry et Demonchy est devenu rapidement classique. Depuis son apparition, qui remonte à dix ans, aucun ouvrage français ou étranger n'est venu le remplacer dans la faveur du public. Cependant les appareils à vision indirecte sont devenus chaque jour d'un emploi plus fréquent, notamment pour l'examen de l'urètre postérieur, si bien qu'à l'heure actuelle, l'exploration endoscopique de l'urètre doit, pour être complète, être effectuée, d'une part avec l'urétroscope à vision directe pour l'urètre antérieur, d'autre part avec l'urétroscope à vision indirecte pour l'urètre postérieur. La publication de ce livre, complément du *Manuel d'Urétroscopie*, correspond donc à un besoin.

De nombreuses reproductions en couleurs des images urétroscopiques complètent cette étude et permettront de reconnaître à quelle variété de lésions on a affaire lorsqu'on se trouvera en présence de cas délicats.

I. Indications et contre-indications. — II. Instrumentation. Description. Technique. Accidents. — III. Examen de l'urètre postérieur normal. — IV. Examen de l'urètre postérieur pathologique. — V. Urétroscopie chez la femme. — VI. Thérapeutique urétroscopique. Technique opératoire.

L. G.

(1) Un volume de 454 pages avec 119 figures. — Prix : 70 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un volume de 80 pages avec 50 figures dont 26 formant 6 planches hors texte en couleurs. — Prix : 55 fr. — Paris, Masson et Cie.

La Doctrine de l'Homœopathie française (1), par le Dr Léon VANNIER.

L'Homœopathie est actuellement à l'ordre du jour. Pas une semaine ne s'écoule sans qu'on puisse lire dans un journal médical un article qui la loue ou qui la critique. Mais aucun auteur n'a encore répondu à cette question précise : *Qu'est-ce que l'Homœopathie ?* pourquoi faut-il l'admettre ?

L'Homœopathie n'est pas seulement une méthode thérapeutique qui permet de « mieux guérir », elle constitue une véritable *Doctrine* que tout médecin doit connaître, car il trouve dans son étude une immense satisfaction : celle de connaître enfin *le jeu fonctionnel de chaque malade*, nécessaire à comprendre pour lui apporter le remède qui guérit.

Sous la plume alerte du chef incontesté de l'*Ecole de l'Homœopathie Française*, l'Homœopathie nous apparaît comme une *thérapeutique simple et claire, facile à appliquer*, dont les notions élémentaires, expliquées, permettent au médecin d'aborder son étude sans aucune difficulté.

Notons la description de deux formes cliniques jusqu'alors ignorées : le *Tuberculinique* (état prétuberculeux) et le *Cancérinique* (état précancéreux), dont l'auteur expose magistralement les causes, les signes et le traitement qui permet d'éviter le développement de toute tuberculose et l'apparition du cancer.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU SEIN

FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC (2)

Signes locaux. — L'*ulcération* est caractéristique, avec :

— son fond sanieux, bourgeonnant, saignant ; quelquefois des vermiothes,

— ses bords surélevés et indurés,

— son pourtour : peau infiltrée, peau d'orange ; parfois traînées lymphangitiques, contre-indication opératoire formelle,

— sa base largement indurée :

soit tumeur fixe faisant corps avec les plans profonds, inextirpable,

(1) In-8 de 328 pages avec figures dans le texte. — Prix : 28 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 20, p. 366.

soit tumeur encore mobilisable, dont l'exérèse peut être tentée après désinfection.

Les adénopathies sont cancéro-inflammatoires, avec ganglions volumineux, fusionnés, douloureux, évoluant pour leur propre compte, pouvant même suppurer.

C'est donc encore parfois une malade opérable et l'on pourra avoir la surprise d'une assez longue survie. Sinon l'évolution s'accélère en quelques mois, des complications apparaissent, la durée totale n'excédant pas deux ans.

COMPLICATIONS

Elles sont de gravité diverse.

A. Complications locales. — Suppurations ganglionnaires.

— Hémorragies, le plus souvent en nappe.

— Troubles vasculo-nerveux, œdème du membre supérieur, parfois véritable phlegmatia.

B. Complications générales. — 1° Anémie cancéreuse avec teint jaune paille, amaigrissement, fièvre, œdèmes, apanages du stade terminal.

La mort sera hâtée par :

2° Infections, septicémies,

3° surtout métastases,

— *Pleuro-pulmonaires,*

avec syndrome médiastinal, pleurésie hémorragique,

— *Osseuses* plus rares,

— fractures spontanées,

— surtout paraplégie douloureuse par métastase rachidienne.

— *Viscérales* exceptionnelles : foie, rein, cerveau.

Telle est la forme schématique du Cancer du Sein, mais il en existe un grand nombre de formes suivant l'aspect clinique ou le degré de malignité.

Formes suivant le siège. — *Cancer des glandes mammaires aberrantes :* surtout du prolongement axillaire, prêtant à confusion avec l'adénite,

plus rarement du prolongement interne, cancer grave car il adhère vite au gril costal.

Formes suivant le terrain. — *Cancer des jeunes,* d'évolution rapide,

Cancer de l'homme, non exceptionnel, d'un diagnostic difficile et d'une haute gravité car précocement adhérent.

Formes suivant les caractères anatomo-cliniques. — A. *Cancers à forme squirrheuse.* — Deux sont très graves :

1. *Squirrhe pustuleux disséminé :* petites embolies cutanées néoplasiques, disséminées sur tout un sein, parfois les deux — réalisant de petits nodules durs, irréguliers ; d'évolution très rapide (quelques mois). Forme bien entendu inopérable, qui peut se voir aussi à titre de récidive sur cicatrice d'exérèse.

2. *Squirrhe en cuirasse :* larges plaques rougeâtres, dures, blindant la paroi thoracique, il s'accompagne de dyspnée, d'asphyxie, en rapport principalement avec des propagations intra-thoraciques précoces et non pas seulement à l'action mécanique, constrictive, de la tumeur.

Le troisième, relativement lent, est le :

3. *Squirrhe atrophique* de la vieille femme, caractérisé par :

— son évolution qui se chiffre par années (dix, quinze ans),

— son aspect rétractile, scléreux, cicatriciel ; le sein est collé au thorax, le mamelon précocement rétracté.

Histologiquement c'est un néoplasme plus ou moins étouffé dans une gangue fibreuse.

B. *Cancers aigus.* — 1. *Mastite carcinomateuse.* — Il apparaît chez la femme jeune, en lactation ; presque toujours bilatéral il a l'aspect d'une lésion inflammatoire aiguë :

— sein gros, tendu, rouge, avec traînées lymphangitiques, circulation veineuse exagérée ; très douloureux au palper,

— ganglions tuméfiés.

L'évolution est très rapide (trois mois) malgré tout traitement. Les métastases sont très précoces.

2. *Cancer encéphaloïde.* — Assez rare, c'est également un cancer des jeunes.

Il se caractérise par :

— le volume et la mollesse très spéciale de la tumeur qui est lobulée, irrégulière,

— la précocité de l'ulcération qui donne issue à des masses molles, sphacelées, grisâtres,

— la fréquence et la gravité des hémorragies.

L'évolution ne dépasse pas quelques mois.

C. *Cancers rares.* — 1. Formes associées :

Cancer et adénome, dont la dégénérescence n'est révélée que par l'histologie d'où ablation préventive.

Cancer et mammite chronique, douloureux.

2. Formes anormales :

Cancer kystique, à contenu hématique, chez de vieilles femmes,

Cancer bien limité,

Cancer colloïde, très volumineux, d'une consistance spéciale, d'assez bon pronostic,

Cancer latent révélé par des ganglions :

— soit que l'adénite soit le signe qui amène la malade,

— soit que le cancer complètement latent, même histologiquement, ne se révèle que par la réaction ganglionnaire (Lecène).

D. *Cancers des voies d'excrétion.* — Enfin, qui posent le problème de « la mamelle saignante ».

1. *Cancer Dendritique ou Intracanaliculaire.* — Evolue en deux phases :

— première phase très longue de bénignité : le cancer est localisé au galactophore, et extirpable par une opération très limitée ;

— deuxième phase : la tumeur envahit la glande voisine et devient un véritable cancer du sein.

De toute façon, *au début,* un signe fonctionnel capital : *l'hémorragie* ou les écoulements séro-sanglants par le mamelon. Au palper une petite tumeur (cerise, petit œuf) au voisinage du mamelon, bien limitée, dure, indolente, sans adénopathie. Plus tard apparaissent des signes d'extension, la tumeur est adhérente, comme dans la forme commune.

2. *Maladie de Paget du sein.* — Longtemps considérée comme une dyskératose du mamelon, elle peut être actuellement classée parmi les cancers du sein car :

— c'est un cancer du mamelon

évoluant à la fois *en surface* (mamelon) et *en profondeur* (canaux galactophores) (Moulonguet).

Au début c'est une petite tumeur exulcérée et saignante, reposant sur une base dure, sans ganglions.

Puis la tumeur progresse, infiltrant la glande, avec prolongement rameux, adénopathies.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris, — Soc. gén. d'imprimerie et d'édition, 17, rue Cassette.

Nº 23. — SAMEDI 19 MARS 1932. 105e ANNEE. SAMEDI 19 MARS 1932. — Nº 23.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Admissibles :

MM. Ménégaux, 80; Funck-Brentano, 77; Meillère, 75; Gueullette, 74; Redon, 73; Bauzet, Huard et Blondin (Sylvain), 72.

— Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux (nomination). — *Electrothérapie.* — Séance du 7 mars. — MM. Ordioni et Busy, 14; Nadal et Marchand, 15; Devois, 14.

Candidats reçus : MM. Marchand et Nadal.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Duffard, Nancel-Penard, Darmaillacq, Cornette, de Saint-Cyr, Grenet, Verger, Dutrenit, Ferran, Sentenac, Beaumont.

Internes provisoires : MM. Jaulain, Georget, de Boucaud, Corcelle, Lummau, Deprecq, Depierris.

— Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Cardinaud, Tran Cong Lang, Duvergey, Lafon, Personne, de Lachaud, Mlle Lafitte, MM. Langlois, Turon. Pinson, Feiliard, Puech, Ramirez del Villar, Labarthe, Valat, Léger, Marcoux, Baron, Julien Labruyère, Mingasson, Caro, Poinot, Bouriand, Magenc. Le Bras, Caillet, Le Lourd, Auriac, Perpère, Laporte, Mauric. Melence, Carrère, de Loetalot Bachoue, Le Blouch, Geniaux, Duhart. Fougerat, Hebraut, Carel, Léonetti, Salle, Marton, Bache, Cros, Quiniou, Larrieu, Le Goff, Castera, Sappey, Aubert, Daraignez, Delaunay, Bergues, Forgeaud, Hodoyer.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Agrégation (1er degré). — Le nombre des candidats qui pourront être admis à la suite des épreuves du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré) est modifié ainsi qu'il suit pour la catégorie suivante :

Troisième division : *Chirurgie et obstétrique.* — J Chirurgie : 14 au lieu de 12.

Liste des candidats admis aux épreuves du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré) (2e liste) :

Troisième division : Chirurgie et obstétrique. — *Catégorie J. — Chirurgie.* — Académie de Paris : MM. Bernard, 17 + 19 = 36; Funck, 15 + 17 = 32; Leibovici, 18 + 19 = 37; Meillère, 17 + 16 = 33; Patel, 18 + 16 = 34; Welti, 16 + 15 = 31.

Académie d'Aix-Marseille : M. Imbert, 16 + 14 = 30.

Académie de Bordeaux : M. Magnant, 17 + 15 = 32.

Académie de Lyon : MM. Desjacques, 18 + 17 = 35; Heitz, 15 + 17 = 32.

Académie de Montpellier : M. Fayot, 18 + 16 = 34.

Académie de Nancy : MM. Bodart, 18 + 18 = 36; Rousseaux, 18 + 17 = 35.

Académie de Strasbourg : M. Fontaine, 18 + 16 = 34.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Régions libérées. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Paul Dubois, maire de Montigny (Somme).

Au grade de chevalier. — Mme le docteur Pommay-Michaux, médecin honoraire du ministère des régions libérées.

MÉRITE AGRICOLE. — A été promu :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Sartory, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

LES VOIX LATINES. — La série de conférences que vient d'inaugurer l'UMFIA à l'Institut océanographique a débuté par une magnifique conférence de M. le professeur Emile Forgue sur la médecine espagnole. Nous sommes heureux de publier aujourd'hui in extenso cette page d'histoire où le maître de Montpellier a apporté sa haute science, sa précision habituelle et aussi tout son cœur.

L'INSTALLATION DE SANATORIA ET LE CONTRÔLE SANITAIRE DES SANATORIA CLANDESTINS. — La Chambre des députés vient de voter le projet de loi suivant, présenté par MM. Antoine Borrel et Jacquier.

« ARTICLE PREMIER. — Les sanatoria seront soumis à la législation des établissements insalubres. »

« ART. 2. — Aucun sanatorium public ou assimilé ne pourra être ouvert avant examen de l'emplacement par la commission technique siégeant au ministère de la Santé publique, et sans que les formalités suivantes aient été accomplies :

« Enquête *de commodo et incommodo*; avis du conseil municipal; avis de l'inspecteur départemental d'hygiène ou de l'autorité technique en tenant lieu; avis du conseil départemental d'hygiène; avis du préfet; pour les sanatoria agréés, l'avis du maire de la commune de résidence du futur tenancier de l'établissement devra être joint au dossier avec extrait du casier judiciaire et tous renseignements sur sa moralité. »

« ART. 3. — Aucun sanatorium public, assimilé ou agréé, ne pourra être ouvert sur le territoire d'une commune précédemment érigée en station hydrominérale climatique ou touristique. »

« ART. 4. — Tout sanatorium devra retenir dans son enceinte tous ses malades, pendant la durée entière de leur cure, et ne pourra être agréé qu'à la condition d'être entouré d'un enclos suffisant à cet effet. »

« ART. 5. — Les pupilles de la nation, les assujettis de la loi des pensions et les assistés appelés à bénéficier des stations de cure ne pourront être hospitalisés que dans les sanatoria agréés, à l'exclusion de toute villa voisine, et ce n'est qu'à cette condition expresse que les départements pourront bénéficier des subventions que l'Etat réserve à ces catégories de malades. »

« ART. 6. — Un règlement sanitaire type, élaboré par le conseil supérieur d'hygiène, établissant le contrôle des hôtels et pensions de famille, organisant, notamment, la désinfection obligatoire après décès ou après départ des séjournants, sera appliqué sur arrêté commun du ministre de la Santé publique, du ministre de l'Intérieur et du ministre du Tourisme, dans les localités recevant de façon habituelle des malades tuberculeux.

« La décision ministérielle sera prise sur le vu d'un rapport de l'inspecteur départemental d'hygiène, sur avis du conseil départemental d'hygiène, du préfet et du comité des inspecteurs généraux au ministère de l'Intérieur. »

« ART. 7. — Les ministres de l'Intérieur, de la Santé publique, du Tourisme sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application des précédentes dispositions. »

AUTOMOBILE-CLUB MÉDICAL DE PARIS ET DES DÉPARTEMENTS LIMITROPHES. — L'Automobile-Club médical de Paris porte à la connaissance des médecins de Paris et de la région parisienne une note de service récente de M. le Préfet de police, communiquée à tous les agents. M. le Préfet de police recommande à leur bienveillance les voitures des médecins, dont le pare-brise portera l'insigne de l'association. Ils devront leur faciliter la circulation et le stationnement dans Paris.

Cet insigne, déposé et officiellement reconnu, porte en son milieu une croix rouge sur laquelle se détachent en bleu les lettres A. C. M. P. Le millésime de l'année, le numéro d'ordre du sociétaire et le timbre de l'association y figurent. Le tout est encerclé par les couleurs de la Ville de Paris : rouge et bleu, et se fixe aisément à l'intérieur du pare-brise à l'aide d'une ventouse.

En plus de cet insigne, l'A. C. M. P. procure à ses membres de nombreux avantages matériels. Pour adhérer à l'association ou pour tous renseignements, écrire au secrétaire général : docteur Lafond, 89, boulevard Magenta, Paris.

(*Voir la suite des* « Informations », *p. 413*.)

CHRONIQUE

LES TENDANCES ET LES BUTS DE LA CHIRURGIE MODERNE

Notre très distingué confrère Jean Fiolle (de Marseille) publie cette semaine, dans la *Revue de Paris* (1), un important article sur les tendances et les buts de la chirurgie moderne. Après avoir fait un rapide exposé des progrès de la chirurgie depuis les travaux de Lister, et montré de combien cette science est redevable aux chirurgiens français, l'auteur se demande s'il n'y a plus rien à espérer des progrès de la chirurgie. La chirurgie actuelle lui apparaît encore « un ensemble assez peu cohérent, parfaitement empirique et dont l'esprit barbare a bien des chances d'être un sujet de stupeur pour les générations futures ».

La perfection à apporter à l'outillage, les progrès à réaliser pour passer de la chirurgie *conservatrice* à la chirurgie *réparatrice*, la transformation à faire subir à nos méthodes d'anesthésie, à toute la technique chirurgicale en un mot, n'est-ce pas là un vaste champ qui s'offre aux travailleurs ?

Grâce aux progrès de la science, on pourra sans doute un jour « réaliser l'espoir de notre génération : substituer à l'action mutilante, au geste brutal qui fait ruisseler le sang, des méthodes de douceur inspirées d'une haute science, — exalter le pouvoir de la prophylaxie, — tarir la source des maux, prévenir l'apparition des tumeurs, des infections, des ulcères, comme les médecins préviennent déjà, dans une certaine mesure, le développement de la peste ou de la variole, — ne laisser, enfin, à la chirurgie, que le domaine restreint et irréductible des blessures... ».

L. G.

(1) *Revue de Paris*, 15 mars 1932.

RENSEIGNEMENTS

ÉTABLISSEMENT THERMAL D'ENGHIEN-LES-BAINS. — L'ouverture de la saison est fixée au mardi 29 mars. Comme les années précédentes, la direction de l'établissement met gracieusement ses services à la disposition des médecins et de leur famille (femme et enfants non mariés). — Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'établissement.

* *

Trois grands médicaments d'Opothérapie Gynécologique



AGOMENSINE

ACTIVE ET SOLLICITE LES FONCTIONS MENSTRUELLES:

Aménorrhée. Règles rares, peu abondantes, trop espacées. Troubles de la ménopause.

SISTOMENSINE

MODÈRE ET RÉGULARISE LES FONCTIONS MENSTRUELLES:

Règles trop abondantes, trop fréquentes, de trop longue durée. Ménorragie des jeunes filles.

ANDROSTINE

ACTION COMPLÉMENTAIRE SUPPLÉANTE, ÉQUILIBRANTE:

Aménorrhées rebelles
Troubles ménopausiques et pubertaires.
Hypersthénie génitale

·Comprimés·Ampoules·

Bibliographie & Échantillons:

Laboratoires CIBA. — O. ROLLAND, 109-113, Boulevard de la Part-Dieu, LYON

INFORMATIONS

(SUITE)

OFFICE INTERNATIONAL DE DOCUMENTATION DE MÉDECINE MILITAIRE (Liége, Belgique). — La deuxième session de l'Office international de documentation de médecine militaire se tiendra à Liége du 22 au 25 juin prochain, immédiatement avant les Journées médicales de Bruxelles qui s'ouvrent le 25 juin au soir.

A cette occasion, le Comité permanent inaugurera le local de l'Office que la Ville de Liége a bien voulu offrir au nouvel organisme international.

Cette cérémonie, organisée en l'honneur de la médecine militaire, sera rehaussée de la présence de nombreuses personnalités.

Tous les officiers des services de santé des armées de terre, de mer et de l'air, de l'active et de la réserve, sont invités à y assister.

Voici la liste des conférences déjà annoncées :

Belgique. — Titre non encore parvenu (capitaine pharmacien Musquin) — Aptitude au service des miliciens atteints de soudure incomplète de la colonne vertébrale (capitaine médecin Glorieux). — Traitement actuel de la syncope respiratoire (capitaine médecin Clairbois). — Une question de médecine aéronautique (major médecin Sillevaerts). — De la responsabilité du médecin militaire (lieutenant-colonel médecin Voncken).

Espagne. — L'inspection médicale des contingents avant et après leur service militaire (commandant médecin don Ricardio Murillo Ubeda).

France. — Les principes de l'hospitalisation dans l'organisation du Service de santé en campagne (médecin colonel Schickelé). — La vaccination antidiphtérique à l'armée.

Mexique. — Titres et noms de conférenciers non encore parvenus.

Pays-Bas. — Du rôle des voies d'eau dans le Service de santé en temps de guerre.

Pologne. — L'éducation physique dans l'armée; ses avantages et ses inconvénients (colonel médecin Osmolski).

Suisse. — Particularités du Service de santé dans une armée de milice (lieutenant-colonel médecin Vollenweider). — Titre non encore parvenu (colonel pharmacien Thomann).

Tchécoslovaquie. — Les laboratoires chimiques de campagne, leur rapport au service pharmaceutique et leur importance dans la guerre de mouvement ou de position (capitaine commandant docteur Bohumil Suchar a).

Yougoslavie. — Le scorbut à l'armée (lieutenant colonel Novarovitch). — Du rôle des laboratoires de bactériologie dans l'armée de campagne (commandant médecin Taditch).

Les cours se donneront en français.

En ce qui concerne le Service de santé militaire français, le port de la tenue militaire n'est autorisé que pour les officiers faisant partie de la délégation officielle.

Pour les réductions de transport, etc. s'adresser aux succursales de l'agence Th. Cook et Cie et de la Compagnie internationale des wagons-lits.

S'inscrire auprès du lieutenant colonel médecin Voncken, hôpital militaire, Liége (Belgique), avant le 1er mai 1932. — Inscription gratuite.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. le docteur Camille Giral, président de la Fédération des syndicats médicaux du Gard, décédé à Nîmes; le médecin général Beaussenat, décédé à Rennes; le docteur Joseph Vadon (de Saint-Raphaël), notre regretté confrère était le père d'Henri Vadon, interne des hôpitaux de Paris, mort récemment victime du devoir professionnel.

ESQUISSE D'UNE HISTOIRE DE LA MÉDECINE ESPAGNOLE

Par M. le professeur FORGUE,
Membre correspondant de l'Institut.

« *On connait très peu, en France,*
« *les services rendus par la médecine*
« *espagnole.* » GUARDIA.

C'est une judicieuse et féconde conception de mon distingué ami, le docteur Dartigues, que le programme de cette série de conférences qui ont pour objet la connaissance plus pénétrante des milieux médicaux de pensée latine. — Pour employer le mot heureux de notre grand confrère Duhamel, ce sera, dans le plan médical, une « géographie cordiale », de puissant intérêt.

Par cette initiative, Dartigues montre, une fois de plus, ses qualités de mise en train, d'organisation méthodique, sa recherche du progrès, son optimisme réalisateur.

Ainsi se développe et se complète cette œuvre de l'U. M. F. I. A. dont il est l'âme, âme d'apôtre : d'une part, elle élargit ses cadres et englobe tout le groupe médical latin ; d'autre part, elle améliore son action de propagande par cette forme nouvelle de présentation et d'action, par ces mises au point qui paraissent susceptibles d'un rendement intellectuel et moral considérables.

Se connaître davantage pour se mieux comprendre : voilà la moitié du chemin vers l'entente médicale. Ainsi se dissipent les préjugés, les jugements sommaires.

C'est aussi une charmante trouvaille de Dartigues — et il est coutumier de ces expressions imagées — que d'avoir donné à ces conférences, ce titre gracieux et suggestif : *Voix latines !* Puissent ces voix, claires et sincères, voix apaisantes, couvrir les voix de discorde et de haine !

Je m'excuse d'ouvrir le feu ; j'en suis confus — et un peu intimidé — et j'aurais préféré que cette préséance revînt à l'un de mes éminents collègues de Paris. C'est aussi de ma part, une prétention grande que d'encadrer un aussi vaste sujet, qui m'a causé plus de trois mois de travail de documentation, dans une heure de causerie. Si, cependant, j'arrive à vous intéresser, cela vous paraîtra une opportune introduction à la semaine prochaine de Congrès International de Chirurgie de Madrid, et cela vous aidera, peut-être, à mieux comprendre ce pays, le brillant éclat de son passé médical et de son avenir.

En effet, je ne me propose pas, comme mes collègues Sergent, J.-L. Faure, Leguen, de vous entraîner dans une croisière au long cours : c'est une simple visite de voisinage que nous allons faire, à quelques heures de chemin de fer, de l'autre côté des Pyrénées. Mais, si ce déplacement est borné dans l'espace, vous apprécierez, je l'espère, qu'il va loin, dans le recul du temps, vers un passé très éclatant, très inégal d'ailleurs, très pittoresque souvent. Et je souhaite que vous preniez à me suivre dans ce voyage, surtout rétrospectif, autant d'intérêt et de curiosité intellectuelle que j'en ai pris à composer son itinéraire.

***

Connaissez-vous l'histoire de la médecine espagnole ? Je confesse que je l'ignorais presque totalement, quand j'ai commencé la préparation de ce travail. Nous sommes excusables, d'ailleurs : nos livres classiques ne nous l'ont point apprise. Je n'oserais point dire, comme Louis Bertrand, dans l'introduction à sa belle étude sur Philippe II que, « à part l'Espagne de Carmen et celle du dernier des Abencérages — c'est-à-dire tout ce qui n'est pas l'Espagne — nous ne voulons rien en connaître ». Mais, en matière d'histoire médicale, notre ignorance est indéniable ; Guardia, qui fut un bibliothécaire érudit de l'Académie de Médecine, l'a écrit avec raison : « On connaît très peu, en France, les services rendus par la médecine espagnole. » Et la boutade d'un de nos confrères d'Espagne se trouve méritée : « à part les deux noms de Gimbernat, à cause de son ligament, et de Cajal, à cause du neurone, notre histoire médicale est à peu près ignorée à l'étranger ».

Pour parler de la médecine espagnole avec exactitude, pour comprendre sa formation à travers les âges, pour mesurer son rôle et son rang dans le développement universel de notre science, il est nécessaire de replacer ses grandes étapes dans leur cadre historique, de situer les hommes et leurs œuvres dans l'atmosphère de leur époque. Il faut interroger le passé pour avoir, du présent, une plus sûre intelligence.

J'ai, en conséquence, adopté pour plan de cette étude condensée, la division en ces trois chapitres : 1° *les origines arabes ;* 2° *les premières écoles nationales ;* 3° *l'évolution contemporaine.*

***

Sans doute, pour un médecin qui visite superficiellement, dans une semaine de Congrès, les cliniques et les centres d'enseignement, il est évident que la médecine et la chirurgie espagnoles sont, présentement, modernisées : nous retrouvons, au delà des Pyrénées, les mêmes installations et techniques opératoires qui tendent à s'égaliser, à se standardiser, les mêmes livres d'études, les mêmes doctrines. L'uniformisation, qui est la loi de notre époque, y a apporté, là comme ailleurs, son égalité d'organisation, ses progrès communs, mais aussi sa banalité commune. L'usine et le laboratoire sont de type similaire à Barcelone, comme à Roubaix : la salle d'opération tend partout à s'équiper, à s'éclairer, selon un modèle identique, de même que la salle de chauffe des paquebots et des croiseurs se ressemble sous tous les pavillons.

Ce n'est pas là qu'il faut s'attendre à trouver le génie différent des races, ni les survivances du passé. Il faut, d'abord, lire les vieux livres, visiter les vieux hôpitaux, les restes des vieilles installations universitaires, participer aux cérémonies scolaires, où revivent les coutumes anciennes, comme cela m'est advenu à l'occasion de mon investiture au grade de docteur honoris causa de la Faculté de Barcelone ; il faut aussi prendre contact plus intime avec nos voisins, s'efforcer de pénétrer les milieux et les âmes. Et, quand on a revécu ce passé, quand on connaît mieux ce présent, on se rend compte que l'Espagne constitue, vraiment, dans notre Europe occidentale, une terre à part, un pays captivant, souvent incompris quoique voisin immédiat et sympathique, d'une surprenante et persistante originalité, dont la race et les mœurs conservent encore un haut relief personnel, dont les trésors d'art gardent de prodigieuses réserves, de même que le pays porte en lui un potentiel inexploité. Cette sève exceptionnelle, cette vie nationale d'une forme et d'une ardeur singulières, ces têtes chaudes et promptes à la riposte, cet individualisme très susceptible, ces tendances régionalistes actives, nous ne les comprenons que par ce fait historique capital : la durée et l'emprise de la domination arabe, l'interminable état de guerre de la reconquête.

Rapprochons — sans comparer, cependant, les deux cultures — ces deux grandes phases de l'histoire de l'humanité : la Gaule reste cinq siècles sous la domination romaine ; l'Espagne met près de huit cents ans à se libérer de l'occupation arabe. Et vous pourrez ainsi mesurer à quel degré ce contact avec la civilisation musulmane, qui fut l'intermédiaire entre l'Europe occidentale et le monde asiatique, a marqué l'Espagne de son empreinte !

*
* *

« **Effacez les Arabes de l'histoire,**
« **et la Renaissance des sciences et**
« **des arts sera retardée de plu-**
« **sieurs siècles en Europe.** »

LIBRI.

Un bref rappel de l'histoire : quelques dates, quelques faits capitaux. Nous sommes au début du huitième siècle. Au printemps de l'année 711, se déclenche sur l'Espagne une foudroyante offensive musulmane, une troupe de choc, peu nombreuse, à peine une division de 7.000 guerriers fanatiques, débarque à Gibraltar. En moins de sept ans, les conquérants arabes occupent toute la péninsule : *ils devaient y rester près de huit siècles.*

Une date mémorable : le 14 juillet 1212, le reflux du flot musulman va commencer, donc cinq cents ans après son brusque afflux ; c'est la défaite de Las Navas de Tolosa ; c'est la reprise et le refoulement ; nous avons connu à la bataille de la Marne, ces grands espoirs de libération, et je m'explique ainsi le respect et l'orgueil avec lequel on nous montrait, comme une solennelle relique, dans le somptueux monastère de las Huelgas, près de Burgos, l'étendard pris à ce combat.

Déjà, en mai 1085, Tolède, reconquise, était devenue le point de contact, *le poste de liaison* entre les deux civilisations islamique et chrétienne, et nous allons voir quelle importance cette position devait lui donner comme *centre d'échanges intellectuels, comme bureau de traduction*, comme pèlerinage de science où affluèrent les esprits en quête de savoir. — Dans ses deux derniers siècles, l'occupation arabe, rejetée de Séville, de Cordoue, se réfugie à Grenade, suprême position de repli, Grenade qui prend la valeur d'une capitale, et qui reste le foyer où brille d'un dernier reflet la flamme de la civilisation musulmane. Puis, le 2 janvier 1492 (l'année même de la découverte du nouveau monde), c'est la fuite, célèbre, du dernier roi maure, Boabdil : les Arabes s'en vont ; ils laissent derrière eux, comme l'a dit Claude Farrère, ce sublime vestige, le palais de l'Alhambra, de quoi faire rêver longtemps les siècles à venir sur cette civilisation disparue, de même qu'ils avaient laissé dans Tolède libérée le trésor des manuscrits dont la traduction va, pendant plusieurs siècles, nourrir la pensée humaine.

C'est une incomparable épopée, et qui ne manque ni d'allure, ni de durée. Examinons, maintenant, comment une œuvre de civilisation, tout au moins de mise en valeur intellectuelle, de diffusion de la pensée humaine, en est résultée, quels ont été ses moyens de propagation et, à notre point de vue, *quelle en a été la portée dans l'avancement des connaissances médicales.*

*
* *

Dans ses origines, cette civilisation, comme l'ont fait justement observer les Tharaud, est, essentiellement, celle que l'on voyait alors à Damas, et surtout à Bagdad, *la civilisation gréco-latine*, que les Arabes s'étaient assimilée très vite et qu'ils avaient transformée avec leur génie particulier. C'est bien dans cette très noble originalité de ses débuts, qu'apparaît la plus haute valeur morale de la civilisation islamique : voilà un peuple de pasteurs, fanatisés et mystiques, qu'un élan guerrier a rendus en un siècle les maîtres de la moitié du monde connu ; et leur premier objet, dès cet empire consolidé, est d'ajouter à la splendeur de la conquête la grandeur de la science. Comme le précise Leclerc, dont le livre est un modèle de judicieuse critique et d'érudition sûre, *le neuvième siècle ne s'était pas encore achevé que les Arabes avaient déjà en leur possession toute la science de la Grèce.*

C'est alors Bagdad qui devint le centre de ce grand mouvement de pensée : là s'établit un curieux et laborieux atelier de traduction. Bagdad, au neuvième siècle ; Tolède, au douzième : voilà les deux foyers de documentation, les deux grands chantiers de traduction ; et il me paraît très intéressant de rapprocher leur œuvre éducatrice.

A Bagdad, se fait le premier travail, qui va faire passer dans la langue syrienne et dans la langue arabe, les trésors de la pensée hellénique : des émissaires parcourent la Grèce, en rapportent des livres ; des bureaux de traduction sont institués, qui occupent une centaine de traducteurs, ce qui témoigne de l'intensité du labeur ; tous les grands noms de la science grecque sont représentés dans cette anthologie ; la médecine y figure par les œuvres d'Hippocrate, de Dioscoride, Galien, Rufus d'Ephèse, Oribase, Paul d'Egine : voilà, grâce aux traducteurs de Bagdad, *mise en circulation une importante bibliothèque médicale !* Trois siècles plus tard, le centre de travail est transféré en Espagne, à Tolède, et le courant intellectuel s'est renversé : *la civilisation islamique va rendre à l'Occident les services spirituels qu'elle avait reçus des chrétiens de l'Orient ;* elle va, à l'époque troublée des Croisades, et grâce aux traducteurs de Tolède, surtout de Gérard de Cremone, devenir la dispensatrice de la science grecque, transposée de l'arabe en latin : *ainsi se referme le cycle ;* la pensée hellénique revient à l'Europe, après ce double transfert.

Comment s'est faite cette infiltration scientifique à travers le monde musulman, grâce à laquelle les foyers espagnols de civilisation islamique se sont allumés aux lointaines lueurs venues de Bagdad ? Il est bien vraisemblable que d'un bout à l'autre de cet immense empire qui, sans interruption, s'étendait depuis les Indes jusqu'à l'Océan Atlantique, et qui cernait d'une demi-ceinture le littoral méditerranéen, les pistes des caravanes se sont alors rouvertes vers les grandes villes de l'Afrique et du Levant, mettant en communication intellectuelle l'Espagne musulmane et le centre civilisateur de Bagdad. Le pèlerinage de la Mecque fut, sans doute, l'occasion de transport, la plus efficace, des idées et des manuscrits. Mais, à côté de ces déplacements religieux, il y avait aussi des voyages d'études ayant pour objet les acquisitions scientifiques. Leclerc nous fournit, sur ce point, des précisions. Tantôt ce sont des médecins arabes ou espagnols qui se rendent en Orient, pour s'y former ; tel Mohammed Ben Abdoun qui vint exercer à l'hôpital de Fostath et retourna en Andalousie ; tels les deux fils de Iounes de Harran qui allèrent, pendant dix ans, étudier à Bagdad ; tel Amrou Ben Hafs qui alla à Kairouan pour en rapporter le Viatique. Tantôt, et en sens inverse, ce sont de grands médecins d'Orient qui sont attirés en Espagne par les souverains musulmans. De même que les tapis, les soieries, les orfèvreries orientales affluaient à la cour des Califes et dans les Souks de l'Andalousie, de même les manuscrits, dépositaires de la pensée grecque, s'accumulaient dans la bibliothèque de Cordoue, qui, au dire de Casiri, ne contenait pas moins de 600.000 volumes et dont le catalogue en comptait quarante-quatre !

*
* *

Le dixième siècle marque le sommet de la civilisation hispano-musulmane. L'initiation scientifique a gagné tout le vaste empire des Arabes : les centres de lumière se sont multipliés; l'Espagne s'est détachée de Bagdad et c'est l'époque la plus brillante du Khalifat de Cordoue, devenu indépendant. Une évolution capitale s'est produite : les Arabes ne se contentent plus de la prise de possession de la science grecque ; ils la mettent en culture et s'engagent dans des voies nouvelles. Au neuvième siècle, leur rôle s'est grandi : le nombre des savants chrétiens s'amoindrit ; quelques Juifs très érudits émergent déjà, dont l'effectif va

s'accroître ; et les auteurs musulmans passent de la traduction à la production ; c'est chez eux qu'apparaissent les hommes supérieurs : dans l'ordre médical, Pazès, et surtout le fameux Abulcasis.

Abulcasis ! de son vrai nom, pas commode à prononcer : Aboul Cassem Khalif ben Abbas Ezzahraouy : c'est vraiment, *une figure de premier plan qui ouvre l'histoire de la médecine musulmane en Espagne ;* c'est *la personnalité dominante de la chirurgie arabe ;* c'est l'autorité que vont invoquer avec le plus de respect, tous les chirurgiens du moyen âge ! Son lieu de naissance évoque un enchantement de la féeric andalouse : il est né en 936, à As-Zahara; c'était, dans la banlieue de Cordoue, le Versailles des Khalifes ommiades, une de ces villes charmantes aux flancs de la Sierra ; on dit (mais Louis Bertrand a raison d'observer que les admirateurs arabes sont hyperboliques) que le palais du Sultan logeait un régiment de plus de trois mille eunuques, une brigade de plus de six mille femmes ; on dit que la construction y avait employé plus de quatre mille colonnes de marbre, et qu'il s'y trouvait un merveilleux bassin orné de douze statues d'or, incrustées de perles !

Cette histoire a l'air de commencer comme un conte des Mille et une Nuits ; elle se continue, simplement, par la vie très laborieuse d'un musulman d'Espagne, fouilleur de manuscrits autant qu'un de nos bénédictins, dont la somme accumulée des travaux forme une pile de trente volumes. Son traité de chirurgie (dont le fonds, toutefois, est le sixième livre de Paul d'Egine), est le plus important de ses écrits : il mérite de rester dans notre histoire comme la première expression de la chirurgie érigée en science distincte, fondée sur une base de connaissances anatomiques. « Si l'on ignore l'anatomie, écrit-il, on tombera dans l'erreur et on tuera les malades : j'ai vu un médecin ignorant, en incisant une tumeur du cou, ouvrir les artères cervicales et perdre, sur place, la malade d'hémorragie. » Il dit encore : « Les opérations doivent être divisées en deux groupes : celles qui sauvent le malade, et celles qui le tuent : il faut être prudent. » Ce qui fait la nouveauté de son ouvrage, c'est qu'il inaugure *la chirurgie illustrée ;* le texte s'accompagne et s'éclaire de plus de deux cents figures. De là, sa vogue prolongée comme guide de chirurgie, à partir du moment où, vers le milieu du XIIe siècle, la traduction latine de Gérard de Cremone l'a fait passer dans la circulation ; ce qui prouve bien son autorité, et sa valeur directrice, c'est qu'il est le texte très souvent consulté par notre grand ancêtre montpelliérain, Guy de Chauliac, qui le cite près de deux cents fois !

Vraiment, il est hors de doute que la chirurgie arabe, de source grecque, a pris à ce moment, une avance considérable dans l'Occident ; il suffit de se rappeler les méprisantes paroles par lesquelles, vers la fin du XIIIe siècle, Lanfranc, venu d'Italie, et instruit des ouvrages d'Abulcasis, jugeait les chirurgiens parisiens : « vrais manœuvres et si ignorants, qu'à peine trouvait-on parmi eux, un chirurgien rationnel ».

*
**

Quand nous arrivons à Tolède, nous sommes pris tout entier, par une profonde émotion d'art qui émane de la magie du décor de ce rocher, inscrit dans la boucle jaunâtre du Tage, des souvenirs du Gréco, des splendeurs de la Cathédrale. Nous perdons de vue la Tolède des XIIe et XIIIe siècles, la ville savante, dépôt et Conservatoire de manuscrits arabes, centre de traductions, vers laquelle, dès le recul de l'occupation musulmane, ont afflué tant de pèlerins de science, à la recherche des sources intellectuelles qui manquaient alors aux chrétiens. Tolède devient ainsi, à l'autre bout de l'empire arabe, et à plus de trois siècles de distance, la réplique de Bagdad et de son laborieux collège de traducteurs.

A cette époque, en effet, deux grands événements, formant un prodigieux contraste, se développent aux deux pôles du monde musulman ; et Leclerc a bien indiqué ce double courant. C'est, d'une part, vers l'Orient, la poussée de foi religieuse qui suscite les Croisades et, pendant deux siècles, mobilise, vers l'Est, une masse de plus d'un million de croyants. D'autre part, c'est à l'extrême pointe espagnole de l'empire islamique, vers l'Ouest, un mouvement de ferveur scientifique qui, de tous les points de la chrétienté, entraîne, vers les bibliothèques musulmanes de l'Espagne, une équipe nombreuse, avide de science, dénuée de livres, qui, dans la riche réserve des copies et commentaires arabes, va retrouver, sous une forme indirecte et enrichie, la pensée antique.

C'est le mérite de notre pays d'avoir pris l'initiative et la maîtrise de cet effort d'accroissement des connaissances humaines. En effet, c'est un prélat de France, Raymond d'Agen, devenu en 1130 archevêque de Tolède, qui a l'honneur d'avoir, par la transcription du traité de l'âme d'Avicenne, inauguré ce centre de travail dont sont sorties, pour se répandre à travers l'Europe, plus de trois cents traductions de l'arabe en latin. Ainsi étaient exportées d'Espagne et lancées dans la circulation, les œuvres maîtresses de la science grecque et de l'élite des savants arabes ; ainsi se comblaient les obscures lacunes de la pensée humaine, au moyen âge, et les études en recevaient, dans toutes les écoles d'Occident, une décisive impulsion.

Or, si l'on étudie l'inventaire, dressé avec une si minutieuse érudition par Leclerc, de ces trois cents traductions, on en trouve *quatre-vingt-dix* concernant la *médecine :* la médecine grecque est représentée par quatre ouvrages d'Hippocrate et vingt-cinq de Gallien ; chez les Musulmans, sont traduites les œuvres de Razes, Abulcasis, Avicenne, Avenzoar ; à lui seul, Gérard de Cremone, le plus laborieux de l'équipe, une des plus amples intelligences du moyen âge, achève, en près d'un demi-siècle, la besogne encyclopédique de soixante-treize traductions, *dont la majorité,* plus d'une vingtaine, *concerne la médecine ;* et, parmi elles il en est, comme celle du canon d'Avicenne, qui « suffiraient à occuper la vie d'un homme », ou qui, comme celle de la chirurgie d'Abulcasis, ont exercé, sur la marche de notre art, en Europe, une influence majeure. — Pendant deux siècles, Tolède a donc été le premier rendez-vous et la résidence des travailleurs de toute communion (car les Juifs sont intervenus activement dans ces transcriptions latines), simples chercheurs de médiocre ressource, obligés à l'apprentissage de la langue arabe, ne disposant pas toujours de bons textes originaux. De ce centre diffuseur de Tolède, une masse considérable de documents et d'idées s'est répandue, embrassant la totalité des connaissances humaines ; mais nous pouvons constater équitablement que *ce sont les sciences médicales qui en ont reçu le plus valable enrichissement.*

*
**

Quand on résume, d'une vue synthétique, cette civilisation de l'Espagne musulmane, on s'étonne, comme le faisait déjà remarquer Leclerc, et comme une récente étude en justifie l'observation, que des écrivains modernes aient pu refuser aux Arabes le génie scientifique. Cet esprit scientifique, de documentation et de recherche, ils l'ont montré dès le début, dès l'école de Bagdad, dont *les maîtres formulaient déjà nettement les principes qui dirigent la science moderne : marcher du connu à l'inconnu ; n'admettre comme vrai que ce qui a été démontré par l'expérience.*

Donc, dès le IXe siècle, les Arabes étaient en possession de la bonne méthode. Ils ont rendu aux sciences, *à la médecine surtout,* le grand service de remonter aux sources éternelles de la pensée grecque. Il est inexact de dire qu'ils

« n'ont pas ajouté grand'chose à l'héritage gréco-latin ». Sans doute, au commencement, leur travail de base a été de copier et de traduire les grandes œuvres de l'antique ; sans doute, ils ont été secondés par les chrétiens espagnols de langue arabe et par les Juifs polyglottes. Ils n'en ont pas moins été les initiateurs qui ont recherché et transmis les manuscrits de la Grèce. Il est injuste de les qualifier comme de « simples intermédiaires, la plupart du temps inconscients ou involontaires », dénués de toute capacité inventive. A ce reproche, Humboldt a, dès longtemps, objecté « qu'ils ne se sont pas bornés à sauvegarder le trésor des connaissances acquises et qu'ils l'ont agrandi en ouvrant de nouvelles voies à l'étude de la nature ».

Leurs grands médecins ont été, en même temps, de grands philosophes ; Hippocrate a dit que le médecin philosophe est semblable à Dieu. Ce sont, en vérité, des personnages de premier rang, et des créateurs, que ces deux médecins de l'Espagne musulmane : le fameux Abulcasis qui a indiqué la ligature des artères, après Celse et avant Ambroise Paré (dans les plaies des vaisseaux, mais non dans les amputations, ce qui laisse à Paré son titre immortel), qui a entrevu la lithotritie, réglé la lithotomie chez les femmes, porté dans la gangrène des membres l'amputation dans le vif ; Averroes, le laborieux philosophe de Cordoue (d'ascendance chrétienne), qui ne passa, dit-on, que deux nuits sans travailler, celle de son mariage et celle de la mort de son père, qui commenta Aristote et qui, dans son œuvre médicale, le *Koullyat* ou *Colliget*, déclarant, avec indépendance, ne vouloir exposer que ce qu'il croit la vérité, contradictoirement aux opinions des anciens, pressentit, avant Harvey, la circulation sanguine.

Si vous voulez mesurer avec justice quelles ont été la portée et la durée de cette exportation, hors d'Espagne, de la science, par la traduction des livres arabes, de leur action éducatrice prolongée, dans les centres médicaux de l'Occident, l'exemple de notre Ecole de Montpellier en est la plus saisissante et précise démonstration. Consultons, dans nos archives, nos vieux programmes d'études. Que trouvons-nous, à la fin du XIIIe siècle, dans la liste des livres dont la bulle de Clément V impose la lecture publique ? Nous la voyons composée de traductions latines de livres arabes, probablement venues surtout de Tolède et importées par les médecins juifs émigrés en Languedoc et fuyant les persécutions ; les auteurs grecs, ainsi transcrits, sont Hippocrate et Gallien ; la médecine arabe est représentée par Avicenne, par Razes, Constantin, Isaac, Hassein. En 1340, le règlement voté par l'Assemblée de nos anciens attribue la prépondérance à Gallien et à Avicenne ; en 1500, sur dix cours, cinq, donc la majorité, sont dévolus à Avicenne, quatre à Gallien, un à Hippocrate. *Jusqu'en* 1534, *on continue à lire, dans notre Ecole, les auteurs arabes*. Il faut arriver au milieu du XVIe siècle, en 1537, au génie rénovateur de Rabelais, pour que le texte original d'Hippocrate soit directement expliqué ; il faut aller, *jusque vers la fin du XVIe siècle*, en 1562, pour voir disparaître les auteurs arabes de nos programmes de lectures classiques. Ailleurs, il en est de même ; et, au delà du moyen âge on continue, à l'Université de Louvain, à lire et à commenter le texte de Razes. Routine scolaire, dira-t-on ; sans doute, pour une part ; mais aussi, comme le fait observer notre grand historien montpelliérain, Germain, *témoignage rendu aux qualités de lucidité et de méthode didactique des écrivains scientifiques de cette nation*. Ces grands Arabes de l'Yémen, généreux et aptes à la haute culture, n'avaient rien de commun avec les Berbères fanatiques et durs.

*
* *

Nous voici, maintenant, à cette période qui va de la fin du XIIIe au XVe siècle : dans l'Espagne chrétienne, dans l'Espagne libérée, et *à mesure qu'avance la reconquête, des Universités se créent, des hôpitaux se fondent;* les études de pure philosophie sont délaissées pour les études juridiques, pour les sciences physiques et médicales.

La doyenne des Universités espagnoles est fondée à Palencia, en 1214, par Alphonse VIII. En 1243, Alphonse IX, roi de Léon, crée *la fameuse Université de Salamanque*, qu'une bulle du pape Alexandre IV constitue en 1255, comme une des quatre grandes études générales du monde. *Les chaires de sciences médicales*, au dire de Ramirez de Sobremonte, y étaient tenues par des professeurs émigrés de Cordoue et de Tolède, qui étaient en pleine possession de la langue arabe, et qui traduisirent les plus grandes œuvres, surtout celles d'Avicenne, d'Averroes, de la version arabe de Gallien. En même temps qu'elle se rattachait au passé, l'Université de Salamanque marchait vers l'avenir. Dans le livre de *Samano*, sur l'histoire de la médecine espagnole, je lis que, *dès 1240, l'Université de Palencia avait été dotée d'une chaire d'anatomie ;* et que le même enseignement fut, par disposition d'Alphonse le Sage, transféré à Salamanque. Dans le royaume catalano-aragonais, la première Université fut celle de Lérida, fondée en 1300, par Jayme II. *En* 1391, *date mémorable, fut conféré à cette Université, le privilège d'anatomiser les corps des condamnés à mort :* importante mesure qui, *quinze ans avant* (1376), avait été accordée à l'Université de Montpellier : *aux Catalans revient donc la gloire d'avoir inauguré en Espagne, les travaux pratiques d'anatomie*. Dans la suite se créent les Universités de Perpignan, de Saragosse, en 1474, de Valence, en 1411 ; en septembre 1450, est établie celle de Barcelone ; en 1483, celle de Majorque. Mais, *dans cette pléiade d'Ecoles, les deux centres dominants d'études médicales sont :* Valladolid et Salamanque.

Donc, les foyers de travail ne manquaient pas, pourvus par les dons, les rois, les villes et surtout l'Eglise. Mais, dans ces Ecoles, quelle était la vie scolaire et privée des étudiants ? C'est une vision souvent évoquée par les romans espagnols et par les historiens que celle du *bachelier de Salamanque ;* et, récemment, Jean Pêcher, dans une brillante conférence, en a campé le personnage, dans son milieu, de façon très vivante et très érudite. Gustave Doré a dessiné, avec verve, ce type si curieux de *l'étudiant des Universités de la vieille Espagne*, l'étudiant de la *Tuna* menant la vie libre et vagabonde, chemineau courant la grande route, en compagnie des muletiers, vêtu d'une longue robe, formant soutane, et de la cape noire, trouées et rapiécées, portant la cuillère de bois passée comme un plumet au tricorne râpé, mais restant fier, joyeux virtuose de la guitare et du tambour de basque, chantant des sérénades sous les balcons, ardent, pauvre et affamé.

Quand j'étais étudiant, une de ces vieilles chansons, une estudiantina jadis importée par un camarade d'Espagne, restait encore au répertoire de nos fêtes d'examens ; je l'entends encore, reprise en chœur par tous nos compagnons de beuverie : « La nina que a mi me quiera... » « La jeune fille qui m'aimera, ce sera à condition que, quand je lui ferai un signal, elle paraisse au balcon. » Hambre estudiantina : appétit affamé d'étudiant : dans une de ses nouvelles, « le Dialogue des chiens », *Cervantes*, qui fut *le plus grand étudiant de Salamanque*, comme Rabelais le fut à Montpellier, fait parler ainsi le chien Bergenza : « Je menais une vie d'étudiant, sauf la faim et la gale ; car, si la faim et la gale n'étaient inséparables des étudiants, il n'y aurait pas de vie plus agréable. » C'étaient là, évidemment, les nomades, les gueux, les bohémiens : ce ne sont pas les moins sympathiques. A côté, il y avait les bons élèves, sages et rangés, logés et nourris dans les collèges ecclésiastiques. Il y avait la pompe des grandes cérémonies universitaires, des cortèges de réception au doctorat.

Mais, où est cette antique Université de Salamanque qui s'appelait elle-même, avec arrogance, omnium scientiarum princeps, et qui devait atteindre au XVIe siècle, son plus haut degré de splendeur, avec ses soixante-quinze chaires magistrales et ses quatorze mille étudiants !

Deux grandes figures, « les deux géants de la Science catalane », comme dit Comenza, se détachent dans la période de transition, qui précède le grand éveil du XVIe siècle, Arnaud de Villeneuve et Raymond Lulle. Arnaud de Villeneuve est-il Espagnol de Catalogne, ou Français de Provence ? Le nom de Villeneuve est si répandu sur l'un et l'autre versant des Pyrénées, ce savant s'est si souvent déplacé, que plus de vingt villes ou bourgs lui sont attribués comme lieu d'origine. Je me rallie à l'opinion de mon ami le professeur Goyanes, de Madrid, et tiens Arnaud pour un authentique Catalan. Mais, je m'empresse de le revendiquer pour un Montpelliérain d'adoption, qui vécut dans notre ville où il occupa une place de régent, pendant une dizaine d'années, alors que son voyage d'Espagne ne dura que cinq ou six ans. Dans son œuvre si diverse, si complexe, théologien, philosophe, médecin, diplomate, alchimiste et poète, il apparaît avec le double caractère d'un savant traditionnel et d'un chercheur sagace et de libre examen ; car, il frôla de bien près le bûcher. En un aussi puissant et mystique relief, se dessine la figure de Raymond Lulle, originaire de Mayorque, le théologien, le docteur illuminé.

***

Nous arrivons *à l'âge d'or de la médecine espagnole* : c'est ainsi que Garrison, dans son Historia de la Medecina, intitule la période qui s'étend *entre* 1500 *et* 1665. Le XVIe et le XVIIe siècles marquent, en effet, *pour la culture intellectuelle espagnole, un incomparable apogée* : dans les lettres et les sciences, la Renaissance a donné le branle à un élan général de la pensée humaine ; la découverte de l'imprimerie provoque la diffusion rapide des connaissances, et dès 1475 s'est publié à Saragosse, le premier livre sorti des presses espagnoles ; parallèlement à l'hégémonie militaire et politique, et selon la loi qui commande l'ascension des nations, grandit le prestige des savants et des lettrés ; les centres d'enseignement s'accroissent et s'enrichissent, en Castille par les dotations ecclésiastiques ; en Aragon par le soutien des autorités et des villes ; Valence, Séville, Madrid, Santiago, érigés en Université en 1507 ; Barcelone en 1541 ; Saragosse deviennent des foyers *studium* d'études générales. En 1508, Ximenès crée dans la petite ville d'Alcala de Hénarès, à six lieues seulement de Madrid, un grand foyer d'études, qui compta jusqu'à 5.000 étudiants, dont 2.000 en médecine, ce qui prouve que la pléthore médicale n'est pas chose nouvelle et ce qui faisait se demander, au chien Bergonza de la nouvelle de Cervantes, s'il y avait vraiment assez de malades en Espagne, pour tant de docteurs !

Les bibliothèques se multiplient, parmi lesquelles la grande Réserve de l'Escurial, la Colombine de Séville. C'est, dans toute l'Espagne libérée, une ardente poussée créatrice d'art et de savoir.

Or, *les études qui montrèrent le plus de développement furent les travaux anatomiques.* Il faut reconnaître, toutefois, que la plupart de ces anatomistes espagnols reçurent l'initiation des maîtres italiens ; et que, d'autre part, Vesale, par son séjour en Espagne, exerça une action directrice éminente sur ce progrès. L'année 1550 est une date fondamentale : c'est la fondation de la *première chaire d'anatomie* en Espagne ; et *Valladolid*, ainsi que j'ai eu le grand plaisir de le rappeler devant les étudiants de cette grande école, *est le siège de cet enseignement* : c'était la troisième chaire magistrale de cet ordre. Et le premier titulaire, Rodriguez de Guevara, pouvait écrire, dans la préface de son traité, que « le chirurgien qui demande à s'instruire dans cette discipline, a le choix entre trois centres d'enseignement anatomique en Europe ; il peut aller à Montpellier, en France, ou à Bologne, en Italie, ou à Valladolid, en Espagne ».

Nous empruntons à Samano, à Garrisson, et surtout à la monographie de Escribano-Garcia (1) les éléments de cette brève esquisse de l'anatomie espagnole au XVIe siècle, *œuvre méconnue chez nos historiens de la médecine.* Les premiers de ces anatomistes du XVIe siècle, Laguna, Lovera, Vassen, Montana n'ont été que des commentateurs de Gallien, copistes de ses erreurs. Il faut, cependant, mettre hors cadre Laguna, surnommé le Gallien espagnol, intelligence vaste et internationale, hors cadre, en ces temps de guerre, et dont Sanchez de Rivera dédie la notice biographique à la Paix future. Mais, après eux, s'ouvre une *phase d'anatomie précise, que dominent deux hautes personnalités* : Juan Valverde et Miguel Servet. Valverde, « esprit pacifique et appliqué », enthousiaste partisan des découvertes de Vesale, qu'il a complétées sur quelques points, fit paraître en 1556, sous le titre d'*Historia de la Composition del Cuorpo humano*, une anatomie, artistement illustrée par le graveur Becerra, restée classique plus de deux siècles. Miguel Servet, esprit inquiet, audacieusement critique, encyclopédiste, passionné pour le libre examen, de l'œuvre anatomique duquel nous ne gardons que quelques pages perdues dans son volumineux ouvrage théologique « *Christianismi Restitutio* » ; mais elles suffisent à immortaliser le savant, le martyr, supplicié au milieu du XVIe siècle, le précurseur de Harvey, qui, dans une inspiration géniale, a découvert la circulation pulmonaire ! Notre ami Goyanes le place à côté de ces trois grandes figures médicales du XVIe siècle : Paracelse, Vesale, Ambroise Paré ; et nous pensons aussi que cet hommage est bien dû à l'énergie aragonaise de sa pensée, à la profondeur de son génie, à son courageux sacrifice !

Parallèlement à ces progrès anatomiques se développait une vigoureuse équipe de chirurgiens : Fragoso, chirurgien de Philippe II ; Francisco Arceo, dont la réputation était telle qu'il était consulté par des clients venus de France et d'Angleterre et qui, octogénaire, opérait encore avec sécurité ; Alcazar, inventeur d'un appareil pour évacuer le pus et le sang contenus dans le thorax ; Diaz, créateur de la spécialisation urologique ; Agüero, dont la réputation d'habileté était proverbiale, si bien que dans les rixes populaires qui mettaient en face les adversaires, navaja au poing, les combattants avaient coutume de dire : « Je me confie à Dieu et aux mains de Agüero. »

Dans cette pléiade, émerge Daza Chacon, originaire de Valladolid : il fut le médecin de l'infant don Carlos ; il opéra, dit-on, Cervantes, blessé à Lépante ; il publia, en 1580, un grand traité de chirurgie théorique et pratique, où se trouve un des plus curieux documents chirurgicaux que l'on puisse verser au dossier de cette époque, document dont nous devons à Guardia l'intégrale traduction, accompagnée de judicieux commentaires. Il s'agit de la plaie du crâne qui mit en grand péril la vie de l'infortuné prince don Carlos et dont les historiens ont rapporté à Vesale, le mérite de la guérison. Or, ce fut, heureusement, l'avis de Vesale, qui ne fut pas suivi : il conseilla la trépanation, pour des complications que Daza Chacon jugeait superficielles et qui répondaient à un érysipèle phlegmoneux de l'épicrâne ; le crâne ne fut pas trépané, mais simplement ruginé ; la trépanation n'eût pas manqué de porter jus-

(1) Références : SAMANO. *Medicina espagnola*. p. 204 et suivantes. — GARRISSON. *Historia de la medicina*, t. II, p. 429 et suivantes. — ESCRIBANO-GARCIA *La Anatomia y los anatomicos espagnoles del siglo*, XVI.

qu'aux méninges l'infection de surface. « Vesale, dit Chacon, était admirable dans les dissections anatomiques ; mais il était lourd dans les opérations chirurgicales. » Ce fut un vrai drame que cette blessure, et dont les premiers rôles furent tenus par les plus formidables personnages de l'époque.

Au chevet de ce prince blessé, que le roman et la légende historique se disputent, se tiennent d'abord : le très haut et puissant seigneur Philippe II, âme impénétrable et déconcertante, mélange de bien et de mal, de tendresse et de cruauté, qui intervint alors avec une touchante sollicitude, servant son fils, les yeux remplis de larmes, ce malheureux enfant, pauvre dégénéré, anormal et impulsif, que, plus tard, il fit si implacablement séquestrer ; puis, le terrible et hautain duc d'Albe, bravant la fatigue, veillant toutes les nuits tout habillé, sur une chaise ; enfin, neuf médecins et chirurgiens, qui tinrent plus de cinquante consultations sans jamais se disputer, ce que le chroniqueur souligne avec malice.

Quatorze de ces consultations eurent lieu devant son impassible Majesté : quelles scènes, et quel cérémonial ! Philippe II prenait place sur une chaire, ayant derrière lui les grands et les gentilshommes, à ses côtés, le duc d'Albe et don Garcia de Tolède ; devant lui, les médecins rangés en demi-cercle, et parlant chacun à son tour, sans brièveté, puisque ces consultations duraient de deux à quatre heures !

Quel épisode de superstition religieuse, d'horrible contact, que cette histoire du corps d'un bienheureux franciscain, mort en odeur de sainteté depuis cent ans, apporté sur ordre de Philippe II et qui, selon Llorente, aurait été appliqué sur le corps de don Carlos et couché dans son lit, ou simplement, comme dit Daza Chacon, aurait été rapproché du prince, en plein délire. Le miracle ne se produisit point ; mais le bienheureux moine Diego fut canonisé par la suite.

*
* *

La fin du XVIIe et le commencement du XVIIIe siècle, marquent un temps de régression ; et nous en trouvons dans le discours d'Escribano (1) le témoignage attristé : la grande œuvre anatomique espagnole s'arrête ; les dissections se suppriment et, avec elles, l'école d'apprentissage opératoire. Du coup, c'est le déclin de la chirurgie ; et, en 1764, Velasco, en inaugurant le cours du Collège de Chirurgie de Barcelone, avouait que les chirurgiens n'étaient plus alors que de grossiers empiriques, sans talent, sans instruction.

La flamme, cependant, allait se rallumer, à Cadix, où se révéla un chirurgien d'élite : Virgili. C'était un animateur, un Catalan de très pauvre origine, qui fit, à pied, le voyage de Montpellier, pour y chercher l'instruction anatomique, dérobant parfois les corps des suppliciés quand manquaient les cadavres à notre amphithéâtre, qui, par la suite, se perfectionna à Paris et qui, après quelques interventions retentissantes, dont une trachéotomie d'urgence, fut chargé de fonder un collège de chirurgie destiné à la formation des opérateurs d'armée.

C'est en 1758 qu'à ce collège royal de Cadix fut admis comme interne Antonio Gimbernat. Tous nos étudiants connaissent son nom : le ligament de Gimbernat, c'est une colle d'examen ; c'est, surtout, un détail anatomique de premier plan. Nos techniques les plus modernes ont confirmé l'importance du débridement de ce ligament dans la cure de la hernie crurale : nous en faisons, avec Duval, Guibé et Proust, le temps opératoire fondamental.

(1) Escribano y Garcia. *Discorso en la inauguracion del corso anatomico* de 1916, Grenada.

J'ai là, sous les yeux, le mémoire inaugural que Gimbernat communiqua le 9 octobre 1788, au collège royal de chirurgie et qu'il dédie au roi, son seigneur, don Carlos IV (que « Dios guarde » !) : quelle netteté de vue ; quelle précision de manœuvre s'y révèlent ! Un siècle et demi après, en l'an de grâce 1932, nous suivons le même principe : notre incision s'est simplement élargie, opérant à ciel ouvert, au lieu de débrider en profondeur sur la sonde. Et l'on se représente la scène impressionnante qui se produisit, lors de la rencontre à Londres, de Hunter et de Gimbernat : le grand maître anglais, alors à l'apogée de sa gloire, autorité dominante en anatomie chirurgicale et en physiologie, faisant une leçon sur la hernie crurale ; Gimbernat s'avance vers lui, expose son procédé, en se servant de la même pièce sèche qui venait d'être utilisée pour la leçon ; Hunter écoute attentivement l'anatomiste catalan et conclut en lui disant : « Vous avez raison, Monsieur. » « You are right, Sir. » Cet épisode décida de la réputation universelle de Gimbernat : sans le patronage du chirurgien anglais, de haut prestige, les travaux du modeste Espagnol fussent probablement restés inconnus. Le nom de Gimbernat reste éternellement attaché à cette région crurale ; et c'est justice, car il donne l'exemple du feu sacré qui doit animer tout anatomiste : « Mon auteur favori, répétait-il, c'est le cadavre humain », « Mi autor mas favorito es el cadaver humano ».

*
* *

Nous voici à la *période contemporaine*. Assurément (et Escribano le reconnaît), aucune des découvertes fondamentales, qui sont la base de la chirurgie et de la médecine modernes, n'appartient à l'Espagne ! N'empêche que la contribution des maîtres espagnols, contribution inconnue (par leur faute, d'ailleurs ; car, selon la remarque de Escribano, en Espagne, on travaillait peu et l'on écrivait moins encore), mérite d'être classée en un rang digne de ses initiatives, que nous avons, en France, méconnues. En voici quelques titres, pris dans l'œuvre des chirurgiens du XIXe siècle. Je vous apprendrai, sans doute — l'ayant appris moi-même de fraîche date — que San Martin, professeur de clinique chirurgicale à Madrid, fut un précurseur dans l'étude des *anastomoses vasculaires* ; que Argumosa doit être considéré comme l'inventeur de la *suture veineuse* ; que Ribera y Sans aurait, le premier, pratiqué la *constriction élastique du tronc*, dite de Momburg, bien avant le chirurgien allemand et qu'il l'aurait employée souvent à l'hémostase préventive dans la désarticulation coxo-fémorale ; que quelques chirurgiens espagnols, Argumosa en particulier, ont pratiqué *l'ablation totale de la parotide* à une époque où les cliniciens anglais et français la jugeaient impossible ; que Ribera a été un initiateur dans les opérations sur le médiastin postérieur ; que les premières péricardotomies suivies de succès sont dues à Romero ; que Margarit, de Barcelone, aurait réalisé avant Jaboulay la désarticulation inter-ilio-abdominale.

Il est toujours délicat de trancher ces questions de priorité. Mais cette brève liste, dont je trouve les garanties dans l'étude sérieuse d'Escribano, montre que *nous n'avons pas estimé à son prix l'effort chirurgical de l'Espagne contemporaine*.

Cependant, je dois déclarer que, grâce à la proximité de Barcelone, à la fréquence de mes déplacements dans cette ville, j'ai, depuis longtemps, connu et apprécié la valeur technique de nos collègues espagnols : Cardenal, Rusca, Fargas ont été mes amis et j'ai souvent admiré leur maîtrise. Depuis, cette impression favorable n'a fait que croître : la vigueur précise d'exécution, la prestesse du geste, la rapidité résolue, la fermeté calme devant l'alerte, sont des qualités qui m'ont frappé chez beaucoup de nos col-

lègues. J'ai vu, de l'autre côté des Pyrénées, les interventions gastriques conduites avec un brio et une ingéniosité adroite que nous ne dépassons pas. J'ai suivi Tapia, le maître laryngologiste, et sa série inégalée de laryngectomies pour cancer de l'organe. J'ai admiré l'activité exceptionnelle de Recasens, la variété de son instruction technique, ses capacités d'adaptation, son puissant dynamisme qui en fait un animateur très efficace. J'ai fréquenté de fortes intelligences, de haute et délicate culture, comme le chirurgien Goyanes, comme le grand physiologiste Py y Suner, comme mon ami Pittaluga, observateur judicieux, médecin de grande classe et philosophe profond. Je sais, aussi, sans le connaître, quel rang supérieur tient dans la pensée médicale espagnole, dans la pensée universelle, le professeur Marañon, l'homme respecté pour sa valeur intellectuelle et morale, que les événements viennent de porter au premier plan des maîtres de l'heure !

Et je termine, en un très respectueux hommage, par la figure, populaire entre toutes, du maître dont le nom est très connu des étudiants du monde entier : Ramon y Cajal. Si j'avais à proposer à un jeune travailleur l'exemple d'une vie de savant, je lui conseillerais la lecture de la biographie personnelle que Cajal a écrite. Ah ! quelle noble existence, vouée à la recherche scientifique, désintéressée, astreinte à la discipline d'une technique impeccable, attachée au culte de la vérité ! Et quelles leçons on en retire de persévérance, de simplicité modeste, d'optimisme, presque d'ingénuité ! J'ai revu à Saragosse, avec émotion, la série des aquarelles anatomiques qu'il a composées pendant les trois ans, où, jeune aide d'anatomie, il a disséqué sans relâche, dans ce pauvre amphithéâtre de l'hôpital de Santa Engracia, ayant pour guides nos livres français de Cruveilhier et de Sappey ! Et, le jour où j'ai été présenté, dans son laboratoire de Madrid, au Maître de la neuro-histologie mondiale, arrivé au sommet de son autorité scientifique, j'ai évoqué le souvenir de ses difficiles commencements, quand, nommé professeur auxiliaire à Saragosse, et commençant son initiation aux études microscopiques, il ne trouve, comme seul outil de travail, dans toute la faculté, qu'un microscope à peu près utilisable, un vieux modèle français de Nachet, avec lequel il contemple, pour la première fois, « le spectacle surprenant de la circulation sanguine ». Humbles débuts ; carrière souveraine !

Ce qu'il y a d'admirable en Cajal, c'est cette qualité que Pasteur recommandait aux jeunes gens, comme vertu essentielle : l'enthousiasme. Virtor Hugo est son idole littéraire; Jules Verne le passionne et, à l'instar de l'auteur prophétique des aventures extraordinaires, le voici qui compose un roman où il imagine les dramatiques péripéties d'un voyageur arrivant dans la planète Jupiter et y faisant la rencontre d'animaux monstrueux, dix mille fois plus grands que l'homme, mais de structure identique ; en comparaison de ces colosses de la vie humaine, notre explorateur a la taille d'un microbe ; muni d'appareils scientifiques, l'intrépide observateur pénèbre par une glande cutanée, arrive dans le sang, y navigue sur un globule rouge, et assiste aux luttes épiques entre leucocytes et parasites ; des dessins en couleur, inspirés des livres histologiques de l'époque, illustraient ce texte fantaisiste. — Avec quelle charmante simplicité, il nous raconte sa « manie de gymnastique », son culte du biceps, sa crise sportive ; sa passion platonique pour la belle senorita que les étudiants appellent « La Vénus de Milo » ; son enthousiaste départ pour Cuba, comme médecin du corps expéditionnaire, sa déception devant la réalité des fameuses forêts vierges, sa tristesse patriotique devant la faiblesse militaire de son pays, son retour désillusionné ! Et combien il est touchant de le voir, avec ses pauvres économies de Cuba et ses modestes émoluments, à Saragosse, faire les frais de son équipement de laboratoire, acquérir un microtome de Ranvier et apprendre les éléments de cette science où il devait passer Maître, dans les traités français d'histologie ou dans les versions françaises des livres étrangers !

L'œuvre scientifique de Ramon y Cajal, je n'ai point à la décrire : le prix Nobel en a consacré la valeur et la portée. La hauteur de sa pensée : elle apparaît dans son livre sur les règles de l'investigation scientifique, que je place à côté de l'œuvre maîtresse de Claude Bernard sur l'introduction à la médecine expérimentale. Ce que je veux souligner, en terminant, ce sont les liens puissants par lesquels la vie intellectuelle de Cajal est unie à la science française : en fin de carrière, le voici comblé de tous les honneurs que notre pays peut décerner, associé étranger de l'Académie de médecine ; Correspondant de l'Institut de France ; Commandeur de la Légion d'honneur, mais, plus que par ces distinctions, il est rattaché à nous par sa formation première, par le premier microscope qui lui a révélé l'infiniment petit, par les premiers livres qui l'ont formé, par sa résolution, depuis 1924, de publier ses travaux en français, afin de faciliter le travail scientifique en réduisant le nombre des langues de culture.

C'est par cette pensée et cet exemple d'accord intellectuel, que je veux conclure. Entre nos deux pays, et depuis un lointain passé, s'est établi un indissoluble lien spirituel, dans tous les ordres de la pensée. De toutes les littératures étrangères, la littérature espagnole est, peut-être, celle qui, à toutes les époques, a le plus influencé la nôtre ; et, réciproquement, toutes nos écoles ont eu leur répercussion en Espagne. Nos histoires nationales, qui sont les deux plus grandes histoires du monde, se sont pénétrées, au cours des siècles. Nous n'oublions pas que notre vieille ville de Montpellier fut, pendant plus de deux siècles, une commune espagnole, ainsi que je le rappelais dans mon discours à l'Académie royale de Madrid. Par la présente étude, que j'ai documentée avec le plus de précision que j'ai pu, j'espère vous avoir montré les grands mouvements d'échange qui, à divers temps et par des courants inverses, ont uni nos centres d'études médicales, nos doctrines et nos moyens de recherche, et même nos cadres d'enseignement, puisque si l'Ecole de Montpellier a porté au décanat, dans le XVIe siècle, un médecin venu d'Aragon, Jean Faucon, la Faculté de Paris a fait doyen, au XIXe siècle, Orfila, qui venait des îles Baléares.

L'heure présente est plus propice encore à cette étroite collaboration. La fondation de l'Ecole des études hispaniques et de la Casa Velasquez, dans ce décor classique qui évoque les fonds de tableaux du peintre immortel, sera, entre beaucoup d'autres, un puissant trait d'union. Pierre Paris a laissé son corps à la terre d'Espagne et son âme continuera, comme l'a dit Legendre, à faire participer chacune de ces deux patries aux richesses spirituelles de l'autre. Une des noblesses de la France, c'est que son génie scientifique n'a aucune étroitesse nationaliste, aucune visée d'hégémonie, et qu'il se grandit en rendant justice à tous ceux qui collaborent aux progrès de l'esprit humain. La médecine espagnole donne, par son passé, une impression de grandeur qui m'a passionné à mesure que je l'ai mieux connu. Son présent est riche de valeurs scientifiques et techniques ; et nos collègues, à l'occasion du Congrès international de chirurgie, mesureront l'évolution profonde qui s'est faite dans le milieu médical de l'Espagne contemporaine.

Quant à l'avenir, pour avoir vécu parmi les maîtres et les étudiants, pour avoir senti frémir leur cœur sous un élan d'espérance nationale, je le crois plein de promesses ; aujourd'hui, comme l'a dit récemment le grand médecin Marañon, « l'Espagne court une nouvelle aventure dangereuse et magnifique » ; il lui faut de l'ordre et de la sagesse : mais elle a, ainsi que l'a dit notre collègue, de hautes garanties : sa tradition, « chargée de forces spirituelles » ; ses aptitudes naturelles — compréhension, acuité,

exactitude — auxquelles j'ajoute cette incomparable qualité, le sens de l'honneur ; enfin, selon le mot de Marañon, elle dispose de « l'instrument formidable de la langue » ; car, *dans cent ans, l'espagnol sera parlé par plus de deux cent cinquante millions d'hommes.*

Une parole de Victor Hugo me servira de conclusion : elle oppose et résume, en une frappante antithèse, les grandeurs inégales de cette histoire, ses contrastes, le potentiel d'avenir : « O vieille Espagne ! ô peuple tout neuf ! »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 MARS 1932)

Culture de formes invisibles du spirochète des poules. — MM. E. MARCHOUX et V. CHORINE.

Le chien, réservoir de virus de la fièvre boutonneuse. — M. P. DURAND.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 15 MARS 1932)

M. le PRÉSIDENT fait part du décès de M. Debierre, correspondant national.

A propos du procès-verbal. — M. MOURIER déclare, à propos de la dernière remarque de M. Marfan, qu'il apprécie tout particulièrement la science et le dévouement du Corps médical hospitalier. Dans sa communication sur la mortalité infantile, lorsqu'il citait l'Assistance publique et son personnel, il n'en séparait pas le Corps médical, dont les membres ne cessent de rivaliser de dévouement.

Le degré hydrotimétrique de l'eau potable. — M. A. TRILLAT a cherché à reconstituer, d'après les textes anciens grecs et latins, assez obscurs, le procédé utilisé dans l'antiquité pour déterminer ce qu'on appelle aujourd'hui le degré hydrotimétrique de l'eau, auquel les anciens, qui redoutaient l'action de l'eau calcaire, attachaient une grande importance. La méthode consistait à mesurer la quantité d'un vin rouge fortement coloré, utilisé comme indicateur, nécessaire pour faire apparaître la coloration rouge, celle-ci étant fonction de la proportion des sels calcaires contenus dans l'eau. L'expérience montre, en effet, que ce procédé est très sensible et permet de classer les eaux d'après leur dureté. Comme indicateurs, les anciens utilisaient des vins fortement colorés, comme ceux signalés par Pline l'Ancien et Columelle (vitis aminea, ingenia, foecenia, etc...).

Cette étude montre, une fois de plus, que les anciens ont été souvent nos initiateurs dans le domaine de l'hygiène alimentaire.

Sur un cas de septicémie à streptocoques traité par le sérum antistreptococcique de Vincent. Guérison. — MM. R. PARIS et LOB. — La malade était une enfant de neuf ans, chétive, à antécédents assez chargés. A la suite d'une scarlatine survenue en novembre 1931, elle eut une otite moyenne gauche suppurée avec perforation du tympan, puis une mastoïdite ayant nécessité une intervention complète. La fièvre tomba en quelques jours, mais reprit le 21 décembre, atteignant 40°, puis 41°,2, et accompagnée de frissons violents annonçant l'infection du sang par le streptocoque.

Après une nouvelle intervention chirurgicale, restée sans effet, on pratique l'hémoculture, qui donne en 18 heures le streptocoque hémolytique.

Etat général très grave. Frissons fréquents et irréguliers, hyperthermie, somnolence très prononcée, langue sèche.

Les médicaments ayant été sans effet, on pratique cinq immuno-transfusions sans aucun résultat ; la fièvre à grandes oscillations et les frissons, la gravité de l'état général persistent aussi sévères.

On commence le 13 janvier les injections de sérum antistreptococcique de Vincent : la température était ce jour-là de 41°,4. L'enfant reçut, chaque jour, 100 cc. de sérum, d'abord sous la peau, puis dans la veine. On put l'alimenter dès le second jour. Le 20 janvier, la température descend à 36°,9 et se maintient à ce voisinage pendant trois jours. On continue le sérum. Une nouvelle hémoculture est négative.

Des réactions sériques (fièvre, œdème, urticaire) ont été observées. Par prudence, on a continué encore les injections de sérum antistreptococcique à doses plus faibles. Mais tous ces phénomènes ayant disparu, la malade est revenue rapidement à la santé, sans aucune séquelle ni complication.

Nous croyons utile de faire ressortir l'insuccès complet et trop habituel des médications antiinfectieuses. Par contre, les injections intraveineuses de sérum antistreptococcique de Vincent ont été suivies d'un effet rapide. La guérison est d'autant plus digne de remarque que la sérothérapie a été instituée très tardivement, soit vingt à vingt-trois jours après le début de la septicémie.

Septicémie à streptocoques et abcès cérébral. Guérison par le sérum antistreptococcique de Vincent et intervention chirurgicale. — M. le prof. Victor Audibert (de Marseille). « Considérée comme offrant un pronostic toujours mortel, la septicémie à streptocoque hémolytique vérifiée par l'hémoculture, peut cependant guérir, grâce à la nouvelle méthode sérothérapique du professeur Vincent. J'apporte un exemple remarquable de guérison d'une septicémie d'une extrême gravité, qui s'ajoute à ceux qui ont été déjà publiés.

Un enfant de treize ans, asthénique, aboulique, hypoglandulaire, est atteint en juin 1931 d'une otite moyenne suppurée gauche, spontanément ouverte. Malgré l'issue facile du pus, la septicémie s'annonça brusquement par un violent frisson, une forte fièvre, sans mastoïdite. Liquide céphalo-rachidien clair, sans polynucléaires, stérile et de composition chimique normale. Mais l'état général s'aggravant (hyperthermie, stupeur, etc.), on fait une hémoculture qui donne en 24 heures le *streptocoque hémolytique*. Des phénomènes méningo-encéphaliques surviennent, avec délire, somnolence, vomissements, signe de Kernig, etc., en même temps qu'apparaissent des hématuries persistantes. Fièvre à grandes oscillations, clonies généralisées. Conjonctivite aiguë.

La sérothérapie à l'aide du sérum de Vincent est instituée le 31 juillet, d'abord à la dose de 60 cc. (dont une partie injectée dans la veine), ensuite à la dose de 100 cc.

Au sixième jour, malgré la persistance des phénomènes encéphaliques et du signe de Kernig, l'état général du malade s'est amélioré nettement. Malgré l'apparition d'urticaire sérique, on continue les injections de sérum antistreptococcique. La température descend à 37°-38°. les vomissements disparaissent, le sommeil revient. On cesse le sérum.

Les phénomènes d'abcès cérébral, soulignés encore par une grande crise comitiale (début facial, puis crise généralisée, avec commissure labiale déviée à gauche, raideur du cou, morsure de la langue, etc.), une paralysie faciale gauche persistante, du type central, deviennent cependant plus accusés. On fait une nouvelle série d'injections de sérum antistreptococcique (100 cc. par jour). Grande amélioration. L'enfant peut alors se lever et être transporté à la montagne.

Toutefois, l'hémoparésie avec paralysie de la VIe paire commande une intervention chirurgicale, qui permet de découvrir un *abcès cérébral*, contenant 20 cc. de pus, dans la région fronto-pariétale droite. Le liquide céphalo-rachidien ne renferme aucun microbe.

L'analyse bactériologique du pus de l'abcès du cerveau a montré sa stérilité complète.

Après diverses péripéties, *ce malade a guéri*, ne présentant comme reliquat de ce syndrome qu'une hémiparésie gauche et un léger strabisme du même côté.

Sans aucune discussion possible, l'emploi du sérum antistreptococcique de Vincent, injecté *larga manu*, a enrayé la septicémie et a permis l'opération chirurgicale. La stérilité du pus cérébral apporte une nouvelle preuve de l'action du sérum. »

Sur l'emploi de la sorbite dans les produits alimentaires destinés aux diabétiques. — M. Marcel Labbé.

Métabolisme des lipoïdes dans la fièvre jaune expérimentale. — M. Gérard, Mlles Moissonnier et Welti.

Etude des conditions expérimentales et cliniques permettant d'établir et de classer les dyskinésies de la parole et du chant. — M. Tarneaud.

Vacances de Pâques. — Il n'y aura pas de séance le mardi 29 mars 1932.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1932)

Action de l'acide salicyl-salicylique sur la toxine tétanique. — M. L. Velluz étudie comparativement les propriétés antitoxiques, in vitro, du salicylate de sodium et de l'acide salicyl-salicylique. Cet acide résulte de l'éthérification mutuelle de deux molécules d'acide salicylique, qui se trouvent libérées lentement en milieu aqueux et légèrement alcalin. D'après les résultats obtenus, l'acide salicysalicylique est de beaucoup plus actif que le salicylate de sodium, car cinq milligrammes suffisent à neutraliser, après 4 jours de contact à 39°, 500 doses mortelles de toxine tétanique. On sait que la même neutralisation n'est obtenue, dans le cas du salicylate de sodium, qu'avec 40 mg. de ce sel. L'auteur note encore que l'union entre la toxine et l'acide salicyl-salicylique est très solide et que, l'acidification du mélange ne fait apparaître aucune toxicité. Le complexe neutre toxine-acide salicyl-salicylique est néanmoins immunigène.

Recherche histo-chimique de l'or. — Mlle P. Gauthier-Villars, au cours de recherches expérimentales sur les néphrites poursuivies avec MM. Pasteur Vallery-Radot et Gilbrin, d'une part, et dans le service de M. le professeur Léon Bernard, d'autre part, a appliqué à la recherche histochimique de l'or la méthode de réduction par le chlorure stanneux ($SnCl^2$) décrite par Christeller. Cette méthode d'application simple donne des résultats plus complets que la réduction par les rayons ultra-violets.

Sur l'action musculaire excitante développée par la tropanone et la pseudopelletiérine et quelques-uns de leurs dérivés. — M. René Hazard. La tropanone, la pseudopelletiérine et quelques-uns de leurs dérivés exercent sur le muscle strié une action excitante directe qui persiste ou s'accentue pendant quelque temps après la mort de l'animal.

Cet effet, en relation avec l'abaissement de la chronaxie du muscle provoqué par les faibles concentrations des produits actifs, apporte une vérification de plus aux conceptions de M. L. Lapicque sur l'excitabilité musculaire.

Sur la répartition de la vitamine A dans l'organisme animal normal. — MM. H. Simonnet, André Busson et Mlle Asselin étudient la répartition de la vitamine A dans l'organisme du chien à la suite de l'ingestion de hautes doses de carotène. Ils constatent que dans ces conditions, le foie et le rein contiennent de la vitamine A en quantité semblable, cependant les variations en plus ont toujours été notées avec l'extrait hépatique. Dans le poumon, le facteur A peut s'accumuler mais en beaucoup moins grande quantité. Le cerveau et la graisse de couverture n'en contiennent comparativement pas.

Les modifications du pH interviennent-elles dans la perte d'activité des solutions de diastases soumises à l'électrolyse prolongée ? — MM. F. MAIGNON et D. CROIZÉ. La perte d'activité des solutions diastasiques soumises à l'électrolyse prolongée, à l'aide d'un courant de 110 volts, n'est pas due, tout au moins en ce qui concerne la trypsine, aux modifications du pH survenues aux électrodes. Comme elle n'est pas davantage imputable aux produits de formation secondaire (acide hypochloreux, acide persulfurique), il est logique de l'attribuer à la dissociation complète et définitive du complexe diastasique organo-minéral.

Réceptivité de la souris à l'égard du virus de la maladie de Nicolas et Favre. — MM. C. LEVADITI, P. RAVAUT et Mlle SCHOEN continuant leurs recherches sur le virus de la maladie de Nicolas et Favre, éprouvent la réceptivité de la souris à l'égard du virus lymphogranulomateux. Les auteurs concluent de leurs recherches que le virus de la maladie de Nicolas et Favre, après avoir subi de nombreux passages sur le singe, conserve sa virulence pour la souris. Chez celle-ci, l'inoculation intracérébrale détermine des lésions névraxiques ressemblant à celles que l'on constate chez les simiens.

L'encéphale de la souris continue à être virulent pour le singe pendant au moins 91 jours. Il est possible de transmettre la maladie de souris à souris, par inoculation de cerveau à cerveau.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de Physiologie normale et pathologique (1), publié sous la direction de G.-H. ROGER, professeur honoraire de Physiologie à la Faculté de médecine de Paris, et Léon BINET, professeur de Physiologie à la Faculté de médecine de Paris. — Tome II : *Alimentation et Digestion*, par MM. E. BARDIER, G. BATTEZ, H. BIERRY, Léon BINET, P. CARNOT, P. COMBEMALE, C. DELEZENNE, A. DESGREZ, R. GAYET, R. GLÉNARD, L. HALLION, M. LISBONNE, A. PI SUNER, M. VAGLIANO, E. VOLLMANN.

Division de l'ouvrage :

Aliments et Ration alimentaire, par A. DESGREZ et H. BIERRY.

Les Vitamines, par E. WOLLMANN et M. VAGLIANO.

La Faim, par A. PI SUNER.

La Soif, par Léon BINET.

Les Glandes salivaires, par G. BATTEZ.

L'Estomac, par E. BARDIER.

L'Intestin, par L. HALLION et R. GAYET.

La Sécrétion externe du Pancréas, par C. DELEZENNE.

L'Absorption digestive, par P. COMBEMALE.

Microbes et Actions microbiennes dans le Tube digestif, par M. LISBONNE.

Mouvement de l'Appareil digestif, Préhension, Mastication et Déglutition, par Léon BINET.

Les Mouvements de l'Estomac et de l'Intestin, par P. CARNOT et R. GLÉNARD.

Anatomie élémentaire des centres nerveux et du sympathique chez l'homme (2), par P. GILIS.

L'ouvrage, désormais classique, que Gilis consacra, en 1926, à l'étude des centres nerveux et à la séméiologie du sympathique a connu dès son apparition un grand et légitime succès. Il répondait à un besoin pressant ; le maître de Montpellier sut en faire un traité aussi complet que possible, tout en se mettant à la portée des étudiants.

La première édition étant épuisée, M. le professeur Euzière a été chargé de veiller à la réimpression du livre. Il l'a fait avec sa haute autorité et aussi avec piété. Cette édition peut être considérée comme étant aussi l'œuvre du maître disparu, puisque les quelques modifications que M. Euzière y a introduites « l'ont été pour ainsi dire sous sa dictée ».

(1) Un volume de 560 pages avec figures. — Prix : broché, 80 fr. ; relié, 100 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Deuxième édition revue par J. Euzière. Un volume in-8. — Prix : 24 fr. — Paris, Masson.

L'organisation de la chirurgie dans le présent et dans l'avenir (1), par Jacques BARANGER, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien au Mans. Préface du docteur R. TOUPET, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

Le docteur Baranger, chirurgien au Mans, vient d'écrire un livre clair et presque incisif qui répond aux préoccupations de la jeune génération des chirurgiens. Certains pourront le trouver un peu révolutionnaire, mais le combat pour l'ordre ne consiste pas à défendre des institutions périmées, il consiste à établir, comme dit l'auteur, les disciplines qui résolvent les difficultés du moment. Il ne s'agit pas de technique mais seulement des conditions d'épanouissement de l'art chirurgical. Ce livre est divisé en 3 chapitres sur : la formation du chirurgien, la pratique chirurgicale et la recherche en chirurgie. L'auteur préconise la fondation d'une école professionnelle de chirurgie ; cette école est à réaliser puisque actuellement la formation officielle du chirurgien est inexistante.

Ses vues sur la fondation de centres chirurgicaux sont moins personnelles, mais combien nécessaires à répéter dans les milieux français si individualistes. Enfin l'organisation de la recherche en chirurgie est esquissée à grands traits.

Le docteur Toupet, chirurgien à l'hospice de Bicêtre, a honoré l'ouvrage d'une longue préface qui est une argumentation sympathique et personnelle des chapitres. Elle contient des appréciations plus sévères encore que celles de l'auteur sur l'urgente nécessité de créer pour les futurs chirurgiens une organisation qui les éduque et les élève.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 6 avril. — Jury : MM. Baudouin, président ; Clerc, Loeper, Alajouanine. — M. AUVYNET. Etude du traitement de la poliomyélite antérieure aiguë par la radiothérapie médullaire. — M. FRAIN. Etude radiologique du cœur, de la mensuration des diamètres cardiaques.

Samedi 9 avril. — Jury : MM. Bezançon, président ; J.-L. Faure, Lejars, Vaudescal. — M. DEZAMY. Etude du traitement des cervicistes. Chroniques par la diathermo-coagulation. — M. TUGLER. Sur un nouveau procédé de traitement chirurgical de la maladie de Dupuytren. — M. DUPUY. Les écoulements de sang par le mamelon.

Jeudi 7 avril. — (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Brindeau, président ; Bresson, Lesbouyriès. — M. ARIBERT-DESJARDINS. Notes pratiques d'obstétrique vétérinaire.

(1) Un volume in-12 de 136 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, A. Legrand.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Admissibles :

MM. Basch et Dreyfus, 71 1/2; Escalier, 71; Lemaire et Wallich, 70; Layani, 69 1/2; Kourilsky, 69; Marie, 68 1/2; Clément, Laporte, Bourgeois, Oumansky, Benoist et Michaux, 68.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. Lenormant, professeur de pathologie chirurgicale, est transféré dans la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté à l'hôpital Cochin (dernier titulaire : M. Delbet).

— MARSEILLE. — M. Violle, chargé de cours, est nommé professeur sans chaire.

— MONTPELLIER. — M. Boudet, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique et matière médicale (dernier titulaire : M. Vires).

M. Galavielle, professeur sans chaire, est nommé professeur de botanique et histoire naturelle médicale (dernier titulaire : M. Granet).

— Le *Journal officiel* du 18 mars publie une circulaire du ministre de l'Instruction publique relative au délai d'ajournement après quatre échecs successifs à un examen de doctorat en médecine. En voici le texte :

« I. La règle de l'ajournement à deux ans après quatre échecs successifs s'applique aux examens afférents au diplôme d'Etat de docteur en médecine et aux diplômes de docteur d'Université, mention « médecine ». Elle ne s'applique que dans le cas où le candidat a subi effectivement un échec et non dans le cas où il aurait été seulement absent aux jours et heures où il devait subir une ou plusieurs épreuves.

II. Le décret du 12 juillet 1913 ne pouvait pas prévoir la session extraordinaire de février-mars qui est organisée par l'arrêté du 3 février 1927.

Cette session extraordinaire doit être considérée comme une annexe ou un prolongement de la session d'octobre-novembre. En conséquence, il y a lieu de ne compter que pour un seul échec les ajournements subis à la session ordinaire d'octobre-novembre et à la session extraordinaire suivante de février-mars. Dans tous les autres cas, il y a lieu de compter un échec chaque fois qu'un candidat est ajourné à une session d'examens.

Dans l'hypothèse la plus caractéristique un candidat bénéficiaire des dispositions du décret du 3 février 1927 pourrait se présenter sans succès à un même examen de fin d'année à huit sessions avant que lui soit applicable la sanction imposée par le décret du 12 juillet 1913. Tel serait le cas, par exemple, d'un étudiant ajourné en novembre 1928 et mars 1929 (1er échec), novembre 1929 et mars 1930 (2e échec), novembre 1930 et mars 1931 (3e échec), novembre 1931 et mars 1932 (4e échec).

III. A partir de la session à laquelle le quatrième échec à un examen est subi, le candidat est ajourné à deux ans pour ce même examen, c'est-à-dire qu'un candidat à un examen de fin d'année ne peut pas se présenter aux trois sessions ordinaires (sessions de juin-juillet et d'octobre-novembre) qui suivent la session au cours de laquelle il a subi l'échec considéré comme quatrième échec.

Si ce quatrième échec est subi, par exemple, à la session de juin-juillet 1931, il peut être réparé à partir de la session de juin-juillet 1933. S'il est subi à la session d'octobre-novembre 1931 ou à celle de février-mars 1932, il peut être réparé à partir de la session d'octobre-novembre 1933.

Un quatrième échec à un examen de clinique ne peut être réparé que vingt-quatre mois après la date à laquelle il a été subi. »

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* – MM. les docteurs Flandrin (P.-R.), chirurgien de la maison de santé des gardiens de la paix; Marty (d'Aulnay-sous-Bois).

AIR. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Paul Garsaux, médecin chef du centre du Bourget.

DÉFENSE NATIONALE. — MARINE. — Le nombre des candidats à admettre à l'Ecole principale du Service de santé de la marine à la suite du concours de 1932 est fixé comme suit :

Ligne médicale : 84 places dont 19 pour la marine et 65 pour le corps de santé des troupes coloniales.

Ligne pharmaceutique : 1 place réservée au corps de santé des troupes coloniales.

Les épreuves écrites auront lieu les 7 et 8 juillet 1932 à Paris, Bordeaux, Brest, Rochefort, Toulon et Alger dans les conditions fixées au *Journal officiel* du 29 janvier 1932.

CONCOURS DE MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX COLONIAUX. — Les concours institués par le décret du 22 août 1928, pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux coloniaux, chirurgien des hôpitaux coloniaux et de pharmacien chimiste du Service de santé colonial, s'ouvriront le 13 juin 1932 à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris, dans les conditions et suivant les programmes fixés par l'instruction interministérielle du 3 novembre 1928.

Les épreuves complémentaires du concours prescrites par les articles 3 et 4 du décret précité pour l'obtention du titre de spécialiste des hôpitaux coloniaux, auront lieu à une date qui sera fixée ultérieurement.

Sont autorisés à se présenter à ce concours :

1° Les médecins et pharmaciens capitaines compris dans la première moitié de la liste d'ancienneté de leur grade au 1er janvier 1932 et les médecins et pharmaciens commandants, présents en France ou en Algérie-Tunisie;

2° Les médecins et pharmaciens lieutenants-colonels présents en France ou en Algérie-Tunisie et rentrés des colonies depuis le 1er janvier 1931. (*J. O.*, 18 mars 1932.)

MÉDAILLE DU DOCTEUR LORTAT-JACOB. — Désireux d'honorer la mémoire de Léon Lortat-Jacob, un certain nombre de ses maîtres, collègues, élèves et amis ont eu la pensée de faire exécuter un médaillon qui sera offert au musée de l'hôpital Saint-Louis.

Une souscription a été ouverte à cet effet. Tout souscripteur de 100 fr. aura droit à un exemplaire d'une médaille, réplique du médaillon.

Le Comité est constitué par MM. Jeanselme et Queyrat, présidents; Belot, Léon Bernard, Fernet, Gastinel, de Gennes, Gires, Gougerot, Grivot, Harvier, P. Jacquet, Marcel Labbé, Laignel-Lavastine, Legrain, Louste, Milian, Marcel Pinard, Ravaut, Roberti, Sézary, Solente, Turpin, Vitry.

Prière d'adresser les souscriptions à M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (VIe). Compte chèques postaux, Paris 599.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE D'HYGIÈNE. — *Cours des grandes endémies tropicales* (études de pathogénie et de prophylaxie). — Cet enseignement d'hygiène coloniale, complémentaire du cours d'hygiène, sera donné sous la direction de M. le professeur L. Tanon et de M. le médecin inspecteur général Boyé, directeur du Service de santé des troupes coloniales, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à 17 h., à partir du lundi 11 avril 1932. Il aura lieu les mercredi, vendredi et lundi suivants, à la même heure, et sera accompagné de projections.

(*Voir la suite aes* « Informations », *p. 433.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DES EXAMENS DITS ÉLIMINATOIRES

Lorsqu'il fut question de réformer les études médicales, il parut qu'il ne pouvait y avoir de discussion, au moins dans les milieux médicaux, sur un certain nombre de points devant servir de base au projet en cours.

Or, il ne paraît pas qu'on se soit encore beaucoup préoccupé de ces points, puisque le seul résultat auquel on soit actuellement parvenu, est l'arrêté du 19 février. Celui-ci parle seulement des conditions nouvelles fixées pour les examens à la Faculté de Médecine, et parmi ceux-ci figurent les examens de première et seconde année annoncés comme devant être éliminatoires.

Le but des études médicales est évidemment de faire des cliniciens et, pour obtenir ce résultat, il est bien indispensable de rendre aux sciences purement médicales la place traditionnelle qui leur revient : c'est ce qu'avait parfaitement mis en relief le professeur Carnot. D'autre part, il est non moins indispensable de sélectionner les futurs médecins : on pensait l'obtenir par des examens écrits, éliminatoires, et anonymes tant pour les candidats que pour les examinateurs.

Que nous apporte l'arrêté du 15 février ? Un premier examen dont le programme est excellent : anatomie, histologie, embryologie ; mais, si le second comporte des questions de physiologie et de bactériologie, il en comporte aussi et seulement de physique médicale et de chimie médicale. Cependant, tout le monde s'était élevé contre l'encombrement des études par les sciences dites accessoires et, dans le programme de ce second examen, on chercherait vainement la moindre question de pathologie. Il faut donc croire que cette dernière n'a pu trouver place dans les deux premières années d'études. Les élèves qui voudront travailler devront donc continuer à chercher dans les conférences d'externat ce qu'ils ne trouveront pas à la Faculté.

Peut-on considérer que ces examens ainsi amputés, au moins pour le second, de ce qui eût été indispensable, seront au moins éliminatoires ?

Dans les Facultés certainement : le jury sera anonyme et parfaitement indépendant vis-à-vis des candidats. Mais en sera-t-il de même dans les Ecoles ?

Si on veut que ces examens aient une signification et répondent à leur but, il faut qu'ils soient jugés partout de la même façon ; il ne faut pas que les uns soient aisés et les autres difficiles ; qu'ici, les examinateurs ne connaissent point les candidats et que là, ils leur soient familiers : il serait trop facile pour les indésirables de trouver leur voie ; et ainsi ces examens seraient éliminatoires pour certains et pas pour d'autres.

Là encore se pose la même question que pour le baccalauréat latin-grec : des examens éliminatoires sont-ils nécessaires ? Si oui, il faut qu'ils le soient réellement et partout ; on ne peut concevoir qu'on s'arrête à une formule transactionnelle, car le but à atteindre est trop élevé pour qu'il ne domine pas toutes autres considérations ou préoccupations.

A. HERPIN.

INFORMATIONS

(SUITE)

LE VIIe CONGRÈS DE STOMATOLOGIE aura lieu à Paris à la fin octobre 1932, sous la présidence du docteur Bozo.

Ce Congrès est organisé sous le patronage de la Société de stomatologie de Paris, du Syndicat général des médecins stomatologistes français, du Syndicat des médecins stomatologistes des hôpitaux de Paris, de l'Ecole française de stomatologie, de l'Association française des médecins stomatologistes et de l'Association des anciens élèves de l'Ecole de stomatologie.

Il tiendra ses assises à la Faculté de médecine.

MM. Cadenat (Toulouse) et Vilenski (Paris) sont chargés du premier rapport sur *Les ostéites non spécifiques du maxillaire supérieur.*

M. Dechaume (Paris) rédigera le second rapport sur *Les mycoses cervico-faciales.*

M. Raison (Paris) présentera la question mise en discussion sur *Les indications et les contre-indications des extractions à chaud.*

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général docteur Lattes. 54, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

La cotisation fixée à 100 fr. est reçue dès à présent par le trésorier docteur Boutroux, 22, rue des Sablons. Paris (XVIe). Compte de chèques postaux n° 28.193 ou chèque sur Paris.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE, à la Haye et Amsterdam, du 6 au 9 septembre 1932.

Rapporteur pour la France : M. Ameuille, sur la chrysothérapie ; M. Guinard, sur l'assistance postsanatoriale ; M. Debré, sur les relations entre l'allergie et l'immunité dans la tuberculose.

CROISIÈRE DE LA « REVUE GÉNÉRALE DES SCIENCES » DANS LE MONDE POLAIRE (Norvège, Spitzberg et Banquise). — Expédition touristique se rapprochant le plus du Pôle, du 28 juillet au 21 août 1932 à bord du luxueux paquebot-yache *Prince Olav.* — Conférencier : M. Georges Parmentier, chargé de mission du gouvernement, lauréat de la Société de géographie.

Itinéraire. — Paris-Edimbourg, via Dunkerque-Tilbury. Embarquement le 29 juillet sur le *Prince Olav* à Edimbourg. En route sur Bergen puis sur Trondheim (excursion en automobile aux cataractes de Lerfossen). On passera ensuite le Cercle Polaire et on atteindra le glacier Svartissen, Tromso, le Spitzberg (visite de King's bay, Cross bay, Magdalene bay, Green Hazrbour, Sassen bay, Temple bay. En poussant vers le Nord, la Banquise sera longée d'assez près avant de redescendre sur le Spitzberg et ensuite sur le Cap Nord. Escales à Hammerfest, Lyngseidet (excursion chez les Lapons). Navigation à travers les îles Lofoten. Escales à Svolvaer, à Nes (excursion en auto au lac de glace de Djupvanshytten) Après avoir escalé à Bergen et à Edimbourg et visité ces villes, retour à Boulogne le 21 août et départ pour Paris.

Inscriptions et paiements. — Au secrétariat de l'Association de la Presse médicale française, 23, rue du Cherche-Midi. Téléphone : Littré 14-61 (demander à cette adresse notice détaillée).

N. B. — Le *Prince Olav* ne comportant qu'un nombre restreint de cabines, il est impossible aux organisateurs de garantir des places aux personnes qui tarderaient à retenir leur cabine après la parution de cette note.

Travail du service du docteur E. RIST.

L'ASPECT DE LA GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE APRÈS CESSATION DU PNEUMOTHORAX

Par M. PAUL VÉRAN (de Nantes),
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Des multiples problèmes que soulève la question si importante et si angoissante de l'interruption du pneumothorax, nous n'envisagerons ici que celui très particulier de l'aspect clinique et radiologique des anciens malades traités et guéris par cette méthode.

Au cours d'une vaste enquête portant sur 250 cas de pneumothorax artificiels, interrompus depuis de longues années, nous avons pu, examinant récemment grand nombre de ces malades dans le service de notre Maître, M. Rist, schématiser les différents aspects de leur guérison. Il ne nous est pas possible ici, faute de place, de résumer des observations que l'on pourra trouver dans notre ouvrage récent sur « La cessation du pneumothorax artificiel » (1) et nous ne ferons que décrire l'aspect fonctionnel et local de ces guérisons qui, à notre connaissance, n'avaient été jusqu'ici l'objet d'aucun travail d'ensemble.

ÉTAT FONCTIONNEL

Dyspnée d'effort. — Elle n'est pas rare pendant la période de diminution du collapsus, mais ne lui survit presque jamais. Il suffit, pour en être convaincu, d'énumérer les professions qu'exercent depuis plusieurs années, un grand nombre de malades suivis dans le service de M. Rist. Nous relevons celles de : mécanicien, ajusteur, camelot, garçon boucher, domestique, femme de ménage, commerçant, vendeur, secrétaire, représentant, chauffeur, infirmier, etc... Fait curieux, il n'existe aucun rapport entre la tendance à l'essoufflement, l'étendue parfois considérable des cicatrices, du rétrécissement de la poitrine, le déplacement du médiastin et du cœur. L'existence d'un fibro-thorax, de dextrocardie intense ou de sinistrocardie, d'une rétraction thoracique marquée avec attraction du médiastin s'observe indifféremment chez des sujets qui exercent sans gêne des métiers fatigants. D'autres sont, au contraire, facilement essoufflés, alors que la lésion initiale fut peu grave, l'image thoracique étant devenue quasi normale, le cœur étant peu dévié, indemne de toute défaillance manifeste.

Douleurs thoraciques. — Elles ne sont pas plus fréquentes que chez des tuberculeux spontanément guéris. En dehors des cas où nous avons trouvé en des troubles dyspeptiques l'explication de ces douleurs thoraciques (E. Rist), celles-ci nous paraissent d'autant plus intenses que le rétrécissement de la poitrine est plus marqué. Elles surviennent spontanément, à l'occasion du surmenage, ou d'un changement de temps. Sans vouloir prétendre les expliquer, l'on peut penser qu'elles relèvent d'une irritation des nerfs intercostaux par la pachy-pleurite hyperplasique avoisinante.

Expectoration. — La plupart des individus libérés d'un P.A. curateur ne crachent pas. Sans doute, beaucoup d'entre eux, expectorent-ils de façon intermittente, à l'occasion d'une rhinopharyngite saisonnière du muco-pus abacillaire, dont la cytologie et l'examen rhino-laryngologique démontrent l'origine naso-pharyngée. C'est dans la faible proportion de 10 à 15 0/0 des cas que nous avons relevé la persistance d'une expectoration régulière d'abondance modérée, chez des sujets dont le P.A. avait été créé à froid, sur des lésions très chroniques, aux séquelles nombreuses plus ou moins mutilantes. Nous n'avons pu faire d'injection de lipiodol à ces malades, mais il est probable que l'on eût mis en évidence des bronchectasies plus ou moins étendues. Mainini, de Buenos-Ayres, observant 38 cas de P. A. interrompus, arrive aux mêmes conclusions. Nous ne pouvons souscrire à l'opinion de Burnand et de Weck, pour qui, « la séquelle la plus fâcheuse après les récidives est la transformation des anciennes cavernes tuberculeuses en dilatation bronchique » pouvant nécessiter « une phrénicectomie ou une thoracoplastie ». Nous n'avons jamais relevé sur 250 observations cette fâcheuse éventualité dont nous paraissent exemptes, fort heureusement, les guérisons durables.

Fonctions menstruelles. — Sauf quelques femmes hystérectomisées ou ménopausées, la quasi-totalité des malades guéries ont des règles normales, et sans réaction thermique inquiétante, alors que, chez presque toutes, la tuberculose avait provoqué l'aménorrhée et la dysménorrhée.

ASPECT DU THORAX

Le rétrécissement de la poitrine.

Le thorax peut être normal et l'œil le plus exercé n'y voit aucune déformation même chez des sujets d'embonpoint modéré. Il s'agit, en ces cas, de cicatrices discrètes ou profondes. Le plus souvent, un examen attentif permet de discerner un degré variable de rétraction thoracique plus ou moins localisée. Parfois la déformation du thorax est évidente : c'est le rétrécissement de la poitrine, connu d'Hippocrate, noté par Bayle chez les phtisiques, décrit pour la première fois par Laennec qui en relate, d'une façon d'emblée définitive, les modalités et les causes.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer les lignes suivantes, du Traité de l'auscultation médiate : « La poitrine est manifestement plus étroite de ce côté. Son étendue en longueur est également diminuée, les côtes sont plus rapprochées les unes des autres, l'épaule est plus basse que du côté opposé, les muscles et particulièrement le grand pectoral présentent un volume de moitié moindre que ceux du côté opposé. La différence des deux côtés est si frappante qu'au premier coup d'œil on la croirait beaucoup plus considérable qu'on ne la trouve en mesurant. La co-

(1) *La cessation du pneumothorax artificiel. Ses indications. L'avenir des malades*, par P. VÉRAN. Préface du docteur RIST. Un volume de 180 pages. Doin, 1932.

lonne vertébrale conserve sa rectitude, cependant elle fléchit quelquefois à la longue... » Une planche magnifique illustre cette description dans la première édition de l'œuvre de Laennec.

Nous n'avons observé de rétrécissement intense de l'hémithorax que dans les cas où le P.A. fut compliqué de réaction pleurale prolongée, généralement liquidienne. Il est plus rare en cas de pleurésie sèche. C'est d'ailleurs bien aux scléroses post-pleurétiques que s'adresse la description de Laennec.

Le rétrécissement de la poitrine peut être accompagné de déformations localisées très intenses : dépression costale si profonde « qu'on y mettrait le poing » (Burnand) ; creusant la poitrine sous la clavicule ou à la base, ou sous la pointe de l'omoplate détachée comme par un coup de sabre. Le plus souvent le rétrécissement de la poitrine est discret et l'on voit, combinées différemment, les déformations sur lesquelles Rist, Sergent, Bezançon, Genevrier et leurs collaborateurs ont insisté : affaissement pluri-costal, déformation deltoïdienne en épaulette, scoliose, déviation du sternum. Nous y ajoutons le déplacement du sein, très fréquent chez la femme et différent de l'atrophie de la glande mammaire à laquelle nous consacrerons une étude spéciale.

L'AUSCULTATION

En somme, le thorax, après interruption de collapsus, peut être normal, ou déformé par suite de l'action rétractile des cicatrices. Le rétrécissement de la poitrine, dont on observe toutes les variantes et tous les degrés, débute bien avant la résorption du P.A. puisqu'il dépend essentiellement de la sclérose pleurogène. Il peut être localisé ou très accentué.

Nous n'insistons pas sur l'ankylose hémithoracique perçue à l'inspection ou à la palpation, ni sur les modifications de la sonorité qui peut être normale ou diminuée. Plus intéressante est l'auscultation de ces sujets examinés plusieurs années après résorption de la poche gazeuse.

La respiration peut être pure, même si le P.A. a été compliqué d'épanchement. Elle est plus souvent diminuée au sommet, à la base ou dans tout l'émithorax. Parfois, l'on perçoit un souffle bronchique localisé ou étendu. Contrairement à Burnand et de Weck, qui, tout récemment, écrivent avoir couramment entendu « des souffles cavitaires sous-claviculaires ou juxta-rachidiens avec ou sans râles humides consonants », nous n'avons jamais perçu de bruits au timbre cavitaire. Dans bien des cas, nous avons entendu des râles localisés ou diffus, fins crépitements ou gros bruits éclatants dont la densité n'est pas toujours en rapport avec celle des cicatrices. Il s'agissait toujours de râles sonnant sec, à bulles plutôt égales, différents de ces râles « consonants » dont Giraud (de Grasse) a bien mis au point l'alarmante signification. Le syndrome pseudo-cavitaire par déviation trachéale et rétraction thoracique, décrit par Armand-Delille, Bezançon, Jacquelin et Morin, L. Bernard, Trémolières et nous-même, nous a paru très rare après interruption du P.A. artificiel. Nous ne l'avons retrouvé que trois fois, et encore s'agit-il de râles secs et d'un souffle bronchique.

Bref, l'examen physique prouve que la *restitutio ad integrum* est fréquente après interruption du P.A., même si la lésion initiale était grave. La persistance indéfinie de râles secs plus ou moins denses et diffus ne doit pas faire douter de la guérison, s'il n'existe, par ailleurs, aucun signe d'activité tuberculeuse.

IMAGES RADIOLOGIQUES

Les poumons et la plèvre.

Les images des cicatrices sont identiques dans la tuberculose traitée ou non par le P.A., avec cette différence que des opacités d'origine pleurale obscurcissent souvent le champ pulmonaire lors de la cessation du collapsus. Ces images thoraciques de guérison comparées, grâce à des radiographies en séries, à celles des lésions antérieures, sont le résultat de la combinaison en proportion variable des processus dits de résolution (Jaquerod), de rétraction pulmonaire, de calcification.

Les *restitutiones ad integrum* sont fréquentes (37 0/0 des cas). Nous entendons par là que le champ pulmonaire est clair et s'illumine bien à la toux dans les régions antérieurement malades. Quelquefois, il est impossible à l'œil le mieux exercé de savoir quel fut le côté atteint. A vrai dire, cela est rare et il existe habituellement de fines ombres qui tranchent sur la clarté du poumon : cicatrices étoilées, arborisations, travées opaques. Le *signe le plus fidèle et qui ne manque pour ainsi dire jamais est l'attraction partielle ou totale, même discrète, du médiastin ou du cœur du côté antérieurement malade.* Ainsi se manifeste encore, après interruption du P.A., le rôle primordial de la rétractilité pulmonaire dont l'imprévisible force avait permis au collapsus d'être efficace.

Les images thoraciques que l'on peut dire « normales » se voient dans les cas les plus divers : tuberculose ganglio-pulmonaire de l'enfant, cavernes juxtahilaires, basales, tuberculose intercléido-hilaire, tuberculose pneumonique excavée, nodulaire diffuse, uni ou multi-cavitaire avec aspect « mie de pain ». Elles s'observent sans doute plus souvent dans les lésions les plus récentes, mais se voient quelquefois dans les tuberculoses chroniques datant de plus d'un an.

Les guérisons par calcification ne sont pas exceptionnelles et se voient dans les lésions les plus différentes au départ : cavernes juxta-hilaires, tuberculose nodulaire diffuse. Les nodules calcifiés se groupent en amas localisés en branches de gui, ou sont dispersés.

Les fibro-thorax (Vincenti) sont relativement rares (5 0/0 des cas) et répondent à de solides guérisons. Les cas mixtes où les opacités pulmonaires ou pleurales se juxtaposent sont les plus nombreux. La sclérose pulmonaire, héritière de la tuberculose, peut être localisée en travées rayonnantes, s'intriquer avec les ombres pleurales. Celles-ci sont la grande cause des opacités thoraciques consécutives à l'interruption du P.A. La pachypleurite peut jeter son voile sur tout ou partie du champ pulmonaire, se localiser au cul-de-sac costo-diaphragmatique, à la région thoracique externe ou axillaire ; masquer plus ou moins l'opacité du cœur. Quelle que soit l'étendue de ces ombres, on n'a pas le droit d'inférer de cet aspect radiologique non physiologique, à l'insuffisance de la gué-

rison (Burnand et de Weck). Notons, en passant, une curieuse variété de symphyse médiastine, non signalée jusqu'ici à notre connaissance, et caractérisée par une longue bande opaque, juxta-trachéale, puis juxta-cardiaque, bordant de haut en bas, les 3/4 supérieurs du médiastin.

LE SQUELETTE ET LE MÉDIASTIN

Troubles statiques. — La déviation du médiastin et la rétraction costale suivent l'évolution de la tuberculose et non l'arrêt du P.A.. La déviation trachéale et œsophagienne ne manque presque jamais, non plus que l'attraction plus ou moins marquée du cœur du côté de la lésion. Ce sont, nous l'avons vu, les symptômes radiologiques les plus fidèles pour le diagnostic posthume du côté de la poitrine traité par le P.A.

L'attraction médiastinale partielle concerne souvent le médiastin supérieur déplacé par la cicatrice d'une lobite guérie. Totale, elle comporte la translation du cœur avec torsion légère, ainsi que nous y avons insisté à la suite de nos Maîtres H. Vaquez, E. Donzelot, F. Trémolières.

Troubles cinématiques. — Laennec a décrit le rétrécissement de la poitrine : ce que son œil ne pouvait percevoir, la radiologie est venue le préciser.

L'ankylose thoracique est généralement localisée. Ce fait s'explique si l'on évoque avec quelle fréquence le P.A. dissocie les lobes, tend à laisser revenir les parties saines à la paroi thoracique et peut devenir électif. La tuberculose étant souvent lobaire, et chaque lobe pulmonaire réalisant une véritable unité anatomo-physiologique (Sergent), il n'est pas étonnant que la diminution d'expansion ne porte que sur la partie antérieurement malade.

Si le complexe thoracique peut être figé dans une attitude fixe, il est plus fréquent que l'ampliation thoracique se réalise en totalité ou en partie. Le meilleur test de la présence d'une sclérose cicatricielle du poumon, même discrète, est alors le balancement inspiratoire du médiastin dont M. Rist analysa de façon pénétrante le sens physio-pathologique.

Le jeu du cul-de-sac costo-diaphragmatique est souvent normal. Il peut être supprimé, diminué, ataxique. De ces éventualités, l'on ne peut tirer aucune conclusion pour la reprise éventuelle du P.A. puisqu'il n'existe aucun signe certain d'oblitération de la plèvre.

FAUSSES CAVERNES. FAUX PNEUMOTHORAX. FAUSSES AZYGOS

La persistance d'opacité annulaire simulant la présence de cavernes, en l'absence de tous signes d'ulcération pulmonaire, n'est pas exceptionnelle. Il peut même exister de faux niveaux liquides figurés par une ligne fixe ; horizontale, ou oblique. Nous ne pensons pas qu'il s'agisse là de ces « kystes fibreux » dont parlent Burnand et de Weck. Ces images pseudo-cavitaires, non superposables aux lésions primitives, répondent à des dépôts fibrineux, constitués au gré de la symphyse et peu à peu organisés. Ils peuvent encore simuler le bord d'un poumon et l'image d'un petit P.A.

Ces faits sont bien connus, mais nous ne pensions pas que l'on ait encore signalé l'existence de dépôts fibrineux simulant la scissure accessoire de la veine azygos. Cette image existe sur un de nos clichés, et diffère de celle d'une veine anormale par sa concavité externe et l'absence des petits lacs sanguins terminaux.

LES PARADOXES RADIOCLINIQUES DE LA GUÉRISON

L'aspect d'un moignon largement développé ne permet pas toujours de prévoir quel sera l'aspect du thorax après l'arrêt du P.A. En l'absence de tout signe d'irritation pleurale ancienne ou actuelle, alors que le moignon est d'une remarquable transparence, l'hémithorax peut devenir totalement gris peu de temps après la réexpansion totale du poumon, et cela, sans le moindre signe d'irritation pleurale apparente.

L'examen d'un cliché, fait longtemps après la résorption du P.A., ne permet pas toujours de diagnostiquer le siège de la lésion initiale. Nombre de tuberculoses excavées du sommet ne laissent aucune trace, tandis que la base du poumon est opaque et rétractée. Parfois un voile du sommet rejoint une opacité sus-diaphragmatique, cette ombre bipolaire encerclant une page claire qui peut, à première vue, simuler une caverne. L'image la plus trompeuse que l'on puisse voir est peut-être celle de la symphyse résiduelle juxta-médiastine consécutive à la résorption d'un P.A. bilatéral et simulant une péricardite. Nous l'avons observée chez une malade du docteur Jacob traitée pour une tuberculose fibrocaséeuse grave, par le P.A. bilatéral. Depuis l'interruption des deux P.A. et la résorption d'une pleurésie cholestérinique tardive, l'ombre du cœur se trouve noyée dans une opacité non battante qui la déborde et simule, à s'y méprendre, une péricardite avec épanchement. Le reste du thorax est d'une clarté satisfaisante et l'on conçoit qu'en présence de cette pseudo-péricardite, il soit impossible de deviner ce que fut la lésion initiale.

De même, la respiration peut être pure au sommet primitivement malade alors qu'elle est diminuée ou supprimée à la base du thorax. Ces paradoxes radiocliniques, dans lesquels l'on ne trouve de signes anormaux qu'à la base du poumon alors que la lésion siégeait au sommet, s'expliquent aisément par les processus pleurétiques. Ce fait est sans doute banal. Il est si fréquent après interruption du P.A. qu'il doit être souligné.

Beaucoup plus paradoxale est la possibilité de guérison par des processus différents dans chacun des deux poumons. E. Coulaud nous a communiqué les clichés d'une de ses malades traitée par le P.A. bilatéral simultané pour une tuberculose nodulaire ulcéreuse des deux sommets. La guérison maintenue actuellement depuis deux ans, à dater de l'arrêt des insufflations, éprouvée par une gestation menée à terme sans incident, s'est faite, à droite par calcification en nappe, à gauche par sclérose en travées. L'on ne peut que voir, en des réactions tissulaires si différentes la preuve de l'importance du facteur local dans la guérison de la tuberculose.

LE GAIN DE POIDS CONSÉCUTIF A L'ARRÊT DU COLLAPSUS

Il n'est pas rare d'observer, durant l'entretien du P.A., un amaigrissement tenace qui peut céder au bout de quelques mois ou se maintenir, en l'absence de troubles digestifs. Récemment, MM. L. Bernard, Triboulet et Valtis ont insisté sur la possibilité d'un gain rapide de poids, dès l'arrêt du collapsus. D'accord avec eux, MM. Courcoux, Descomps, Charaud, Bonafé, Mollard et Mlle Jadlowker reconnaissent un rapport de cause à effet entre le collapsus pulmonaire et les anomalies de la courbe de poids, contrairement à M. Kuss qui attribue l'amaigrissement au maintien de pressions excessives.

L'analyse de la courbe pondérale de 181 cas de P.A. interrompu, nous donne la proportion de 18 0/0 d'observations dans lesquelles le poids, stationnaire ou progressivement abaissé pendant la durée d'entretien du collapsus, augmente dès son interruption. Dans le reste des cas (82 0/0) la courbe pondérale fut, dans l'ensemble, ascendante durant la période des insufflations, puis stationnaire ou encore ascendante.

Voici quelques exemples de gains subits de poids déclanchés par l'interruption d'un collapsus antérieurement accompagné d'amaigrissement. Nous relevons la prise de 8 kgs en 4 mois, 9 kgs en 3 mois, 10 kgs en un an, 6 kgs en quelques mois, malgré un travail intensif, 7 kgs 700 en un an après la perte antérieure de 6 kgs, 5 à 18 kgs en un an.

En aucun cas, ces gains de poids ne paraissent être en rapport avec le type de lésion primitive, la durée d'entretien du P.A., les incidents pleuraux intercurrents, l'âge des malades, le côté du P.A., sa vitesse d'efficacité. Avec MM. L. Bernard, Baron, Triboulet et Valtis, nous pensons que ces chiffres démontrent, à l'évidence, la relation de cause à effet entre l'arrêt du collapsus et l'ascension de la courbe pondérale. Ce n'est cependant que dans des cas très exceptionnels qu'un amaigrissement tenace pourrait intensifier l'abandon prématuré du P.A.

Il est sans doute illusoire de chercher à ces faits une explication valable et l'on ne peut que faire des hypothèses. Celle de la suppression partielle par le P.A. des fonctions lipodiérétique et antitoxique d'oxydation du poumon (Roger et Binet) a été soulevée. A ces raisons biologiques, il sied, peut-être, d'en ajouter une autre plus simple que nous suggérait E. Coulaud : l'heureuse influence morale de l'arrêt du P.A., la reprise plus facile d'un métier ou d'une vie active rendant à certains individus un équilibre psychique et moral qu'ils avaient perdu.

L'ATROPHIE DU SEIN HOMOLOGUE

Ce fait étrange, remarqué pour la première fois en 1928, par E. Rist et Cournand, dans deux cas de sclérose pulmonaire bronchectasiante, puis par nous-même avec notre Maître, F. Trémolières, en 1929, dans un fibro-thorax post-pleurétique datant de l'enfance, n'a jamais été signalé après interruption du P.A. Nous l'avons noté 6 fois sur 150 cas de collapsus interrompu (4 0/0). Il n'est donc pas si exceptionnel.

Il ne s'agit pas du déplacement de la glande mammaire, assez banal dans le rétrécissement de la poitrine, mais d'une atrophie intense des lobules glandulaires devenus, du côté collabé, indiscutablement moins volumineux que de l'autre. Cette différence peut être de moitié. Elle est toujours visible, mais pouvant être masquée par la présence du tissu graisseux avoisinant, n'est appréciée à sa juste valeur que par la palpation. Remarquée par les malades elles-mêmes, ou dans leur entourage immédiat, elle date généralement des premiers mois de l'entretien du P.A., puis s'est accrue avec les années.

Le type de la lésion pulmonaire initiale, le côté atteint sont indifférents. Par contre, dans tous les cas, sauf un, le rétrécissement de la poitrine était accentué, et consécutif à la présence d'un épanchement prolongé dans le P.A.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, cette atrophie de la glande mammaire est tout à fait indépendante de la fonction ovarienne. Tandis que chez les malades de Rist et Cournand, Trémolières et Véran, la pneumopathie datait d'avant la puberté et l'atrophie mammaire répondait à un arrêt de développement de la glande, dans tous les cas de P.A. interrompu, il s'agit de femmes depuis longtemps réglées. Dans 4 cas, les règles diminuées ou fébriles durant la phase d'activité tuberculeuse, sont redevenues normales à tous points de vue. Dans 2 autres cas, la fonction menstruelle était supprimée bien avant la création du P.A.

La relation de cause à effet, entre l'atrophie glandulaire et la rétraction pleuro-pulmonaire et thoracique, ne fait pas de doute. Vouloir de ces phénomènes donner une explication certaine, est sans doute illusoire. Il n'est cependant pas interdit d'émettre une hypothèse.

Les cliniciens d'autrefois décrivaient comme un précieux signe de tuberculose pulmonaire ou de maladie chronique du poumon, l'atrophie musculaire hémithoracique et spécialement sus et sous-épineuse, du côté des lésions. E. Rist publia, il y a quelques années, le cas d'un malade revu par nous 13 ans après l'interruption de son P.A., chez lequel, peu de temps après la création du collapsus, apparurent de larges plaques hyperpigmentées et des touffes de poils sur le côté correspondant de la poitrine. Atrophie glandulaire atrophie musculaire, troubles de la pigmentation et du système pileux, ce sont là manifestations bien connues d'irritation sympathique.

L'on sait la présence de fibres sympathiques dans les nerfs cérébro-spinaux et l'existence d'anastomoses entre les nerfs intercostaux et le sympathique thoracique. L'atrophie musculaire, les troubles trophiques font partie du cortège symptomatique des lésions des nerfs des membres (médian, cubital, etc.) aussi bien que des nerfs intercostaux (fracture du rachis).

La situation du nerf intercostal qui chemine à nu sous la plèvre (Luschka, Soulié) sur une longueur de 5 cm., au sortir du rachis, explique son irritation possible par un processus d'inflammation pleurale. L'atrophie de la glande mammaire apparaît dès lors comme un trouble trophique par lésion locale des nerfs intercostaux et de leurs filets sympathiques.

TROISIÈME BRUIT DU CŒUR ET SINISTROCARDIE

L'auscultation du cœur de 150 sujets exempts de toute cardiopathie nous a permis d'entendre dans 4 cas et de façon très nette un troisième bruit du cœur siégeant à la pointe. Il s'agissait d'individus atteints de sinistrocardie avec attraction du médiastin. Le P.A. interrompu avait duré au moins 4 ans et s'était compliqué de pleurésie symphysante avec rétrécissement de la poitrine. Ce troisième bruit, à peine audible, après une marche accélérée, était net après un repos horizontal de quelques instants, juste consécutif au deuxième bruit, non éclatant, localisé à la région de la pointe, plus accentué dans le décubitus latéral gauche. En aucun cas, il ne s'agissait de bruit de galop, ni d'un dédoublement du deuxième bruit au cours d'un rétrécissement mitral, dont il n'existait aucun autre signe.

Nous croyons que le troisième bruit du cœur n'a pas encore été signalé dans les déplacements de cet organe. Au cours du pneumothorax nous ne l'avons entendu que dans les sinistrotorsions et non dans les dextrotorsions. Son temps, ses caractères répondaient exactement à ceux décrits par William Thayer, Gibson, Hirschfelder, par nos Maîtres H. Vaquez, Ch. Laubry, par M. Lian, à ce bruit particulier. Sans vouloir expliquer ce fait, il est permis de remarquer ici que rien ne plaide en faveur de son origine valvulaire ou musculaire, mais que les modifications statiques et cinématiques du cœur, dues à la sclérose pleuro-pulmonaire rétractile, n'y sont sans doute pas étrangères.

GUÉRISON ET GROSSESSE

L'évolution normale d'une grossesse et de ses suites est un des meilleurs tests de guérison de la tuberculose.

Ce serait sortir du cadre de ce travail que d'étudier l'influence de la gestation sur le P.A. en cours. Nous la relevons 8 fois sans incident chez des tuberculeuses atteintes de lésion initialement grave et qui demeurent guéries de 2 à 8 ans après l'arrêt du collapsus. Dans 7 cas de P.A. unilatéral et dans 1 cas de P.A. bilatéral interrompu, la grossesse évolua normalement ; elle fut une fois la cause d'une rechute.

La parfaite tolérance de la grossesse après arrêt du P.A. survint chez des femmes dont la tuberculose avait été très grave, du type broncho-pneumonique évolutif multicavitaire, le collapsus ayant duré de 1 à 4 ans, compliqué ou non de pleurésie et terminé deux fois par un fibro-thorax. La grossesse débuta quelques mois ou années après résorption du P.A. Certaines femmes menèrent à bien et sans incident plusieurs grossesses après l'arrêt du collapsus. L'une d'elles, dont l'histoire intéressante nous fut communiquée par notre Maître, le Dr. A. Gendron, de Nantes, fut enceinte à 3 reprises, 1, 2 et 4 ans après résorption du P.A. Elle nourrit au sein durant 6 mois chacun de ses enfants sans aucun incident.

E. Coulaud nous a communiqué l'intéressante observation d'une femme traitée pour une tuberculose grave par le P.A. bilatéral d'emblée simultané. Elle fit trois fausses couches durant le collapsus et cela, sans incident, malgré une vie désordonnée, puis accoucha sans incident 9 mois après avoir abandonné ses deux P.A. Une autre de ces malades guérie par le P.A. bilatéral interrompu, d'une tuberculose type granulique, est actuellement enceinte à terme et n'offre aucun signe d'activité tuberculeuse.

Il n'est donc pas rare que la grossesse, même répétée, évolue sans aucun incident quelques mois ou quelques années après l'interruption d'un P.A. efficace interrompu, alors même que la tuberculose était initialement très grave.

ACTIVITÉ SOCIALE

L'aspect économique et social du traitement de la tuberculose pulmonaire par le traitement du P.A. a été mis au point par MM. Rist et Hirschberg en 1923, puis par M. Burnand. Le recul du temps nous a permis de revoir, 7 ans après l'étude statistique de MM. Rist et Hirschberg, nombre de malades qui figurent dans leur travail.

Le pourcentage des individus qui mènent une vie normale ou presque est de 92 0/0. Le reste concerne les récidives *in situ*. Les sujets examinés par nous, au Dispensaire L. Bourgeois, exercent les métiers les plus variés : infirmier, secrétaire, dactylo, camelot, chauffeur, mécanicien, représentant, ajusteur, tourneur, cuisinière, etc... La plupart gagnent un salaire normal qui suffit à leur entretien. Beaucoup se sont mariés. Un grand nombre de femmes, souvent mères de famille, assurent à la maison un dur labeur. Dans tous les cas, il s'agit de sujets appartenant à la classe pauvre, vivant dans des conditions d'hygiène parfois médiocre, ne prenant que de courtes vacances.

Dans les observations que nous devons à l'amabilité de plusieurs phtisiologues, nous relevons sur la plupart des sujets guéris l'indication d'un métier régulièrement exercé ; d'autres, favorisés par la fortune, ont simplement repris leur vie normale.

Si le P.A. entretenu « fait largement ses frais » (Rist, Hirschberg), l'on peut dire qu'il est presque tout bénéfice lorsque après avoir été durablement efficace, il est interrompu.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Technique pratique des examens labyrinthiques (Examen acoumétrique, examen vestibulaire), par A. AUBIN, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris, R. MADURO, chef de clinique O. R. L. de la Faculté de Paris. In-8° raisin, 64 pages, avec 26 figures. — Prix : 12 fr. — Paris, Vigot frères.

Electricité et radiologie médicales, par le Dr L. GALLY, radiologiste des hôpitaux de Paris et le Dr P. ROUSSEAU, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef du laboratoire d'électrologie à la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-16. — Prix : Relié, 12 fr. ; broché : 10 fr. 50. — Paris (Collection Armand Colin).

QUELQUES PROBLÈMES SPÉCIAUX CONCERNANT LE DIABÈTE[1]

Par T. IZOD BENNETT,

M. D. (Lond.), F. R. C. P. (Lond.)

Traduit par le docteur MAX VAUTHEY (de Vichy).

Opérations chez les diabétiques. — Avant l'introduction de l'insuline en thérapeutique, une intervention chirurgicale chez un diabétique était une entreprise pleine d'aléas. A l'heure actuelle, de grandes facilités sont données aux praticiens pour préparer un diabétique en vue d'une opération et pour prévenir les complications ultérieures ; aussi les chirurgiens et les anesthésistes sont-ils quelquefois enclins à traiter cette question avec un peu trop de désinvolture. En plus des complications relevant de son affection, gangrène, anthrax, cataracte, etc..., qui peuvent nécessiter une opération, le diabétique est exposé aux mêmes risques d'intervention que les sujets normaux, soit pour des affections aiguës, soit pour des affections chroniques. C'est ainsi que le médecin peut très bien reconnaître chez son diabétique une indication opératoire pour appendicite, troubles pelviens, tumeur maligne ou autre.

Quand un acte chirurgical est nécessaire, le diabète ne constitue jamais une contre-indication de l'opération ; mais une coopération des plus étroites est nécessaire entre le médecin et le chirurgien, à la fois avant et après les manœuvres opératoires. Le médecin se trouve alors devant un problème exactement semblable à celui qui se poserait en présence d'un coma menaçant. Avec l'anesthésie à l'éther ou au chloroforme, l'action de l'agent anesthésique est susceptible de favoriser l'acidose. Même avec l'anesthésie rachidienne ou gazeuse, un état grave d'acidose peut être déclenché par l'infection qui a nécessité l'intervention ou par la résorption inévitable de sérosités et d'exsudats dans la période qui suit l'intervention. C'est pourquoi le traitement pré-opératoire doit avoir pour objectif, moins la disparition complète de la glycosurie, que le renforcement du métabolisme hydrocarboné, en employant dans ce but l'ingestion de glucose associée à l'administration d'insuline.

Avant l'opération, chaque fois que cela sera possible, le malade sera traité suivant les principes classiques et rendu aglycosurique. Deux heures avant l'anesthésie, en même temps que sera faite une injection de 20 unités d'insuline, le malade devra absorber une dose assez forte de glucose dissous dans de l'eau, soit 60 gr. de sucre dans un demi-litre de thé léger, soit 30 gr. de glucose dans 400 cc. environ de jus d'orange peu concentré.

Après l'opération, des échantillons d'urine seront prélevés à des intervalles de deux à trois heures, et de petites doses d'insuline, 5 ou 10 unités, seront injectées suivant le taux de la glycosurie.

Dans les jours qui suivront immédiatement l'opération, l'on ne devra pas essayer de soumettre le patient à un régime alimentaire trop strict. La manière de procéder la plus convenable est celle qui consiste à demander au chirurgien de prescrire le régime approprié à l'état chirurgical et d'injecter les doses d'insuline nécessaires pour empêcher l'état d'acidose de devenir grave ; mais, point des plus importants, il faut s'assurer que le personnel infirmier (toujours enclin à s'occuper exclusivement de l'état chirurgical) donne l'alimentation à heures fixes et en quantités déterminées, et fasse des prélèvements d'urine à des heures régulières. Le régime alimentaire devra comporter une proportion minime de graisses, et la quantité des hydrates de carbone ne devra pas devenir excessive par l'emploi d'aliments tels que les pommes de terre. Ces deux points mis à part, une grande latitude est laissée dans le régime pendant toute la période où l'état physique du malade reste précaire.

Dès que la convalescence sera nettement établie, dès que l'infection sera supprimée et les résorptions toxiques terminées, le traitement classique ordinaire du diabète devra être repris ; et si le malade n'a jamais été traité antérieurement, son éducation sera entreprise suivant les principes que nous avons déjà exposés.

*
**

Grossesse et diabète. — Au cours de la période pré-insulinienne, il était exceptionnel de voir une femme diabétique devenir enceinte ; aujourd'hui le cas se présente fréquemment. L'aménorrhée est en effet la règle au cours des diabètes graves, et le rétablissement de la fonction menstruelle chez des femmes qui n'avaient plus été réglées depuis nombre d'années, est la preuve la plus frappante d'une action physiologique spécifique de l'insuline ; au reste, ce phénomène n'est pas toujours des mieux accueillis par la malade.

Assez fréquemment, l'on constate, au moment de chaque période menstruelle, un abaissement passager de la tolérance hydro-carbonée. Et, de même, la grossesse comporte des risques certains lorsqu'elle survient chez une diabétique. En effet, chez une telle malade, la moindre complication de la grossesse entraîne une menace plus grande d'accidents ; et, d'autre part, le diabète étant héréditaire dans un nombre considérable de cas, la procréation chez des diabétiques graves est susceptible de produire un nombre anormal de descendants entachés d'une lourde hérédité.

La surveillance de la grossesse chez les diabétiques nécessite une collaboration étroite de l'accoucheur et du médecin. En particulier, les soins de la période prénatale comportent une observation soigneuse de la glycosurie : une augmentation des doses d'insuline doit en effet être immédiatement opposée à toute diminution de la tolérance hydro-carbonée.

Il est assez fréquent de constater, au cours des derniers mois de la grossesse, une amélioration réelle de cette tolérance aux hydrates de carbone, amélioration probablement due à un rôle adjuvant du pancréas fœtal ; mais ce phénomène est loin d'être constant.

La période du travail exige également une surveillance attentive. C'est ainsi qu'une anesthésie au chloroforme doit être évitée toutes les fois qu'il sera possible. De plus, l'on ne devra négliger aucune des

(1) Extrait de *The practical treatment of diabetes*, London. Constable and Co. 1931. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, p. 53.

précautions recommandées au chapitre précédent à l'occasion des interventions chirurgicales.

Le *diagnostic du diabète* chez une femme enceinte ou chez une parturiante non suspectée de diabète antérieur, doit être posé avec circonspection, non seulement en raison de la possibilité d'une glycosurie bénigne, qui est une cause d'erreur commune, mais aussi parce que le sucre trouvé dans l'urine peut être du lactose. La présence de lactose dans les urines donnera une réaction positive avec la liqueur de Fehling ou le réactif de Benedict ; et des examens bio-chimiques plus complexes sont seuls capables de faire la discrimination entre glucose et lactose. C'est pourquoi, dans tous les cas douteux, une épreuve de tolérance au glucose devra être réalisée et les urines devront être soumises à une analyse par un chimiste qualifié, pour pouvoir affirmer l'existence d'un diabète vrai.

***

Diabète chez les enfants. — Le traitement moderne du diabète a été l'objet de tels perfectionnements que le pronostic dépend dans une grande mesure des facilités matérielles qu'a le malade pour suivre ce traitement et pour se plier à ses exigences ; mais il reste vrai que le pronostic doit être d'autant plus réservé que le sujet est plus jeune ; c'est pourquoi le diabète chez les enfants nécessite toujours un traitement des plus attentifs.

Deux facteurs apportent certaines difficultés à l'application de ce traitement. En premier lieu, il est difficile ou impossible d'apprendre aux jeunes enfants à se surveiller eux-mêmes, bien que dans cet ordre d'idées il soit possible d'obtenir plus que ce que l'on obtient généralement ; d'autre part, les besoins alimentaires d'un enfant en pleine croissance sont relativement plus grands que ceux d'un adulte ; dans ce cas, un régime mal approprié est susceptible d'être très nuisible.

L'enfant en période de croissance a besoin d'un régime riche, au point de vue non seulement de la valeur calorifique totale de la ration, mais aussi de la quantité d'albuminoïdes nécessaires à sa croissance. C'est ainsi qu'un adulte aura une santé florissante avec un régime contenant une proportion d'albuminoïdes notablement inférieure à 2 gr. par kilo de poids corporel, tandis qu'un garçon de sept ans a besoin d'au moins 2 gr. 1/4. De même, un adulte se maintiendra en bonne santé avec un régime apportant moins de 2.000 calories par jour, soit environ 30 calories par kilo, tandis qu'un enfant exigera une quantité proportionnellement deux fois plus grande.

Un autre point essentiel dans le traitement du diabète infantile est l'obligation d'éviter tout excès de graisses, car les enfants sont relativement plus exposés à l'acidose que les adultes. La formule

$$\text{Gr} < 2\,\text{HC} + \frac{\text{Alb}}{2}$$

doit, pour s'appliquer aux enfants, être modifiée de la façon suivante :

$$\text{Gr} < \text{HC} + \frac{\text{Alb}}{2}.$$

Les nécessités diététiques indiquées ci-dessus impliquent l'utilisation systématique, dans n'importe quel cas de diabète infantile, de l'insuline administrée deux fois par jour. L'expérience m'a appris, lorsque les parents d'un petit diabétique désirent qu'il soit soigné sans insuline, à ne jamais accepter cette responsabilité.

Si l'insuline n'est pas employée systématiquement, on constate presque inévitablement une mauvaise nutrition prolongée, un arrêt de croissance et la mort par coma ou affection intercurrente.

Au contraire, avec l'insuline, on obtient souvent des résultats remarquables. Il y a quelques années, je reçus dans mon service du Middlesex Hospital un enfant âgé de trois ans en imminence de coma ; trois doses d'insuline, respectivement de 10, 5 et 3 unités, furent suffisantes pour écarter tout danger immédiat et l'évolution ultérieure montra une amélioration progressive.

Dans ces cas, le problème thérapeutique principal est l'éducation de la mère ou de la nurse du petit malade, et une partie de leur tâche consiste à faire à leur tour l'éducation de l'enfant. Doivent être combattus et surmontés les dangers supplémentaires constitués par les fièvres infectieuses aiguës de l'enfance et la tendance aux affections de nature tuberculeuse. Fort heureusement, patience et intelligence sont suffisantes dans la majorité des cas pour affronter tous les handicaps qui menacent l'enfant diabétique.

***

Diabète et assurance sur la vie. — L'examen systématique pratiqué en vue d'une assurance sur la vie permet habituellement de déceler la présence de glycosurie, — sauf en cas de fraude manifeste — ; et le pronostic sombre, qui était autrefois inévitablement attaché au diagnostic de diabète, provoque encore maintenant le rejet de la plupart des demandes, lorsqu'il existe de la glycosurie.

Cette manière de procéder est souvent injuste pour le candidat, et une mauvaise conception des affaires de la part de la Compagnie car, dans beaucoup de cas, il s'agit uniquement de glycosurie « bénigne » ou de glycosurie « rénale », et même dans le cas de diabète vrai, un pronostic mauvais ne s'impose pas fatalement. C'est pourquoi le problème de l'assurance sur la vie chez les diabétiques se ramène à la solution de deux questions :

1° S'agit-il de diabète vrai ?

2° Dans l'affirmative, le pronostic justifie-t-il l'acceptation du risque ?

La réponse à la première de ces deux questions sera donnée uniquement par une épreuve de tolérance au glucose avec courbe d'hyperglycémie. Mais l'on ne doit pas oublier qu'un jeûne préalable est souvent suffisant pour provoquer un retour de la glycémie à la normale, en même temps qu'il fera disparaître la glycosurie. Mais, pour que le diagnostic de diabète soit définitivement écarté, et que l'assurance sur la vie soit établie à un tarif normal, il faut que l'administration de 50 gr. de glucose par la bouche soit impuissante à provoquer de l'hyperglycémie dans un délai d'une heure et demie.

Mais lorsque le diagnostic de diabète est certain, le problème devient beaucoup plus complexe ; les principes suivants peuvent alors être d'une grande valeur :

1° N'accepter à aucun prix des cas de diabète qui n'aient été soumis à un traitement pendant un certain laps de temps ;

2° N'accepter qu'avec une surprime prohibitive les propositions concernant des diabétiques âgés de moins de 25 ans ;

3° En ce qui concerne les demandes émanant de sujets âgés de plus de 60 ans, ne présentant aucun symptôme de diabète, et chez lesquels la glycosurie est probablement liée à l'artério-sclérose, n'appliquer qu'une surprime modérée, mais dépassant naturellement celle qui serait imposée par l'affection artérielle seule ;

4° Dans les cas de diabète ordinaire, si celui-ci est maîtrisé par le régime ou l'insuline, l'on peut accepter souvent des polices d'assurance « à durée limitée », suivant le système de « capitalisation en quinze ans » ou suivant tout autre système. Mais il est habituellement impossible de pouvoir garantir le risque « vie entière », sauf avec une surprime inacceptable ;

5° Dans tous les cas, le pronostic dépendra surtout de la certitude *a*) que le malade est soigné correctement et *b*) qu'il s'agit d'un sujet pondéré, capable de persévérer dans les précautions diététiques et autres nécessaires à sa bonne santé.

Les Compagnies d'assurance sur la vie aiment à s'appuyer sur des statistiques capables d'être étudiées suivant les méthodes des actuaires ; or cela est impossible pour le diabète, et à l'heure actuelle l'on voit difficilement comment de telles statistiques pourraient être dressées. La mortalité pour 1.000 diabétiques dépend de la valeur intellectuelle de chaque malade pris individuellement et de ses conseillers médicaux ; comment traduire cela par des chiffres ?

Néanmoins, au point de vue assurance sur la vie, le diabétique constitue souvent un risque « vie bonne », s'il ne constitue pas tout à fait un risque « vie excellente » et l'examinateur avisé peut proposer l'acceptation du risque à des conditions qui ne sont pas toujours prohibitives.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

LA ROUTE DES ALPES EN AUTOCARS P.-L.-M. — Tous les jours, du 1er mars au 31 octobre, les autocars P.-L. M. conduisent dans la journée de Grenoble à Nice et inversement.

L'itinéraire suivi (col de la Croix Haute, Digne où l'on déjeune) est celui qu'en hiver les mêmes autocars parcourent en deux jours.

Jusqu'au 20 mai, ce service rapide est en correspondance avec les autocars qui relient Aix à Grenoble, dans la journée, avec étape de déjeuner à Saint-Pierre de Chartreuse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1932)

L'association des sels d'acridine aux violets du triphényl-méthane, dans la cure de la gonococcie et des états septicémiques. — MM. Jausion, Pecker, Soleil et Medioni ont emprunté à Churchman l'idée d'associer aux sels d'acridine un violet dérivé du triphényl-méthane. Ce mélange est connu en Amérique sous le nom *d'acriviolet*.

Après essai de cure sur 62 uréthrites blennorragiques, tant aiguës que chroniques, il s'avère qu'en 10 injections de ce mélange, l'on peut obtenir un tarissement stable, pour les 5/6 des patients. Le chiffre des interventions pourra être vraisemblablement abaissé, par de nouveaux artifices techniques, à déduire d'une plus longue pratique.

L'acriviolet s'est aussi montré très efficace dans deux cas de streptococcémie.

A propos d'un cas de septicémie à Protéus. — MM. Ph. Pagniez, A. Plichet et Ph. Decourt. Observation d'un cas d'une septicémie à Protéus survenue chez un jeune homme, porteur d'une otite chronique depuis l'enfance.

Malgré une intervention chirurgicale qui fit découvrir un cholestéatome de l'oreille gauche, le malade succomba une quinzaine de jours après l'intervention, et quarante jours après le début de la maladie, du fait de la septicémie et d'une pleurésie purulente. L'hémoculture a permis d'isoler du sang un protéus vulgaris que l'on retrouva dans le pus de l'oreille.

Ces septicémies à protéus sont extrêmement rares. Elles sont d'une gravité exceptionnelle, se compliquent souvent de pleurésie purulente et sont presque toujours mortelles.

Les substances à groupement sulphydride dans la peau et dans le foie : leurs variations provoquées. — MM. Léon Binet, Jean Verne, Amaudet. L'administration d'hyposulfite de soude au lapin par voie digestive ou par voie intra-veineuse détermine une élévation des corps à fonction sulfhydrite dans le corps muqueux de l'épiderme avec réactions du noyau des cellules de cette région.

Métrorrhagies de la puberté: transfusion, syphilis consécutive. — MM. Marcel Pinard et Robert. Observation d'une jeune fille réglée à 14 ans et demi et régulièrement pendant une année qui présente ensuite des métrorrhagies très abondantes. A 19 ans, on eut recours à la transfusion, en examinant la malade, on trouva une sérologie positive ; la donneuse présentait une syphilis ignorée.

Hémoptysies à répétition dues à un polype de l'éperon trachéal diagnostiqué par la bronchoscopie. — MM. Armand-Delille et Soulas. Observation d'un jeune homme qui présentait depuis un an des hémoptysies à répétition. Toutes les investigations relatives à la recherche de la tuberculose furent négatives, de même que la recherche de l'échinococose et l'injection intra-trachéale de lipiodol pour dilatation bronchique. Seule la bronchoscopie permit de reconnaître l'existence d'un polype siégeant à l'éperon bronchique. Il put être opéré et amener la cessation des hémoptysies.

Spirochétose ictérique ; azotémie et fièvre. Rétention chlorurée sèche. — MM. Pr. Merklen et Adnot. Observation d'une spirochétose ictérogène de moyenne intensité qui évolua sans incidents et avec la recrudescence classique. Dans ce cas, les auteurs étudient spécialement les chlorures. Il y a eu véritable rétention chlorurée sèche qui persista malgré une élimination chlorée bien précitée.

Traitement des parotidites. — M. Paul Claisse relate le cas d'une parotidite qui put être enrayée dès le début par le déblocage du canal de Sténon. Il ne s'agissait pas d'une inflammation suppurée de la glande, mais de cette obstruction du canal de Sténon avec rétention salivaire pour laquelle MM. Claisse et Dupré avaient jadis proposé le terme d'hydroparotide.

LIVRES NOUVEAUX

Hippocrate (1), par le Dr Gaston Baissette.

Notre confrère le Dr Gaston Baissette a bien voulu m'adresser le remarquable ouvrage qu'il vient d'écrire sur la vie d'Hippocrate.

Ce livre est préfacé par M. Bernard Grasset, MM. J.-J. Brousson et Léon Daudet lui ont consacré des chroniques élogieuses, et ce n'est que justice. Je n'ai pas le plaisir de connaître M. Baissette, je sais qu'il est Languedocien, c'est-à-dire épris de tout ce qui est beau et noble. Son livre montre qu'il est un écrivain de race et un érudit pénétré des grandes traditions de l'Université sept fois centenaire de Montpellier.

Si M. Baissette a osé nous montrer Hippocrate, ce demi-dieu « en sandales » suivant l'expression imagée de M. J.-J. Brousson, il ne l'a pas diminué. Ecrire la vie romanesque d'Hippocrate, n'est-ce pas donner quelque chose d'humain à une figure qui apparaissait jusqu'ici comme un peu légendaire ? N'est-ce pas le rapprocher de nous ? N'est-ce pas enfin ajouter un peu de poésie à une œuvre doctrinale dont la grandeur reste justement révérée ?

Et puis, je crois avoir retrouvé dans le livre de M. Baissette des idées chères au si regretté professeur Grasset. Cela m'émeut infiniment et, par la pensée, je me reporte au pied de la Tour des Pins où s'élève la statue de l'illustre Maître, à quelques pas de cette Faculté dans laquelle le nom d'Hippocrate est toujours vénéré et où son beau serment reste à l'honneur comme le *Credo* du médecin.

F. L. S.

L'Acrodynie infantile (2), par Ch. Rocaz, Médecin honoraire de l'Hôpital des enfants, Médecin-chef de l'Hospice des enfants assistés de Bordeaux.

Ce livre paraît au moment opportun. Si, en effet, l'Acrodynie infantile, dont on a signalé de nombreuses épidémies à l'étranger, paraissait rare en France jusqu'à ces derniers temps, il n'en est plus de même aujourd'hui. Les cas observés sur notre sol et publiés, depuis trois ans, atteignent déjà un chiffre élevé. Et ce chiffre est bien inférieur à la fréquence de la maladie qui, peu connue de la plupart des médecins, est encore rarement diagnostiquée. Cet ouvrage la fera connaître.

Après avoir fait un tableau complet de la forme classique de l'Acrodynie infantile, l'auteur étudie minutieusement ses formes anormales, et particulièrement les formes frustes, sur l'importance et la fréquence desquelles il a été le premier à attirer l'attention. Une documentation personnelle importante, jointe aux notions acquises antérieurement, lui

(1) Editions Bernard Grasset, Paris 1932.

(2) In-8 de 96 pages avec 20 figures dans le texte. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

permet d'établir le diagnostic de ces formes qui exposent le médecin non averti à de graves erreurs cliniques.

La pathogénie de cette affection si curieuse et, jusqu'à ce jour, quelque peu mystérieuse, s'éclaire, dans cet ouvrage, par l'exposé de faits nouveaux et personnels qui conduisent l'auteur à la classer dans le groupe des névraxites dont on connaît la diversité et l'importance.

De nombreux clichés, fixant les traits caractéristiques de l'Acrodynie infantile, illustrent le texte, rédigé dans un style clair et précis.

Ce livre n'est pas seulement destiné aux pédiatres. Il sera lu avec grand profit par tous les praticiens, qui y trouveront les moyens de reconnaître et de traiter une maladie qu'ils sont aujourd'hui exposés à rencontrer fréquemment.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU SEIN

FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC [1]

DIAGNOSTIC

Forme habituelle. — A. La tumeur est-elle dans le sein ? — On élimine :

— les tumeurs des plans superficiels (lipomes, kystes sébacés),

— les abcès froids thoraciques,

— la cyto-stéato-nécrose du tissu adipeux (Lecène); mais elle est hypodermique.

B. La tumeur est bien dans le sein. — a) *Elle est encapsulée.*

Il peut s'agir de :

— *Adénofibrome*, très fréquent chez la femme jeune, c'est une tumeur ferme, mobile, non adhérente, indolente, sans adénite et avec un *ressaut* caractéristique. Mais l'examen histologique seul peut permettre d'écarter la dégénérescence ; d'où ablation systématique.

— *Adénosarcome :* plus rare ; c'est un gros sein, rouge, tendu, lobulé, avec veinosités, de consistance inégale.

b) *Elle n'est pas encapsulée.*

1. *Tumeurs liquides.* — *Maladie kystique du sein.* — Facile lorsqu'il y a plusieurs nodules, lorsque les deux seins sont pris.

Plus difficile s'il s'agit d'un kyste unique, d'autant que le cancer peut en donner. S'aider de la ponction.

— *Galactocèle.* — Survient en période de lactation ; c'est une grosse tumeur liquide, rénitente ou donnant une sensation d'empâtement. A la pression écoulement d'un liquide laiteux par le mamelon.

2. *Tumeurs solides.* — Le diagnostic est beaucoup plus difficile. Penser à :

— *Gomme du sein.* — Souvent mobile, régulière, assez aisément éliminée d'autant que terrain spécifique.

Mais parfois irrégulière, un peu diffuse, se reconnaîtra seulement à la biopsie (f. scléro-gommeuse).

— *Tuberculose mammaire.* — Le diagnostic est facile car elle se caséifie assez vite, les ganglions ont le type froid.

La forme scléreuse, pseudo-néoplasique, est tout à fait exceptionnelle si tant est qu'elle existe (Lecène).

— Mammite chronique. — C'est le diagnostic capital, et le plus difficile.

Là aussi : tumeur à peu près indolente, dure, diffuse, pouvant infiltrer la peau,

ganglions n'ayant pas toujours le type inflammatoire.

Mais : 1. il y a des antécédents de lactation ;

2. elle subit des poussées, douloureuses, subfébriles, surtout au moment des règles,

3. elle rétrocède par le repos, la compression, la vaccinothérapie.

Cependant le doute peut subsister, car ce sont là des nuances et il existe des formes associées.

Recourir alors à l'*incision exploratrice*, qui souvent à elle seule tranche la difficulté, et à la *biopsie* surtout extemporanée.

3. *Tumeur ulcérée.* — 1. L'ulcération mécanique du *Sarcome :* avec ses bords décollés, non indurés, son pourtour souple, son fond bourgeonnant et saignant.

2. L'ulcération de la *Tuberculose :* avec ses bords irréguliers, violacés, décollés, l'absence de tumeur sous-jacente, les caractères du pus.

3. La *gomme ulcérée :* elle a des bords à pic, irréguliers, un fond bourbillonneux, un contour jambonné,

pas de tumeur sous-jacente.

Si c'est une *f. scléro-gommeuse*, diagnostic de biopsie.

4. *Les Mycoses*, sont pratiquement du domaine du laboratoire. Elles sont rares, réalisant une grosse tumeur ulcérée largement ; rechercher les points jaunes ; faire au besoin un traitement d'épreuve au K.I.

Formes plus rares. — Les unes, squirrheuses, par exemple, ne posent pas de diagnostic.

D'autres, inflammatoires :

Mastite carcinomateuse,

Cancers aigus,

peuvent en imposer pour des *mastites aiguës.*

— Enfin le *Néointracanaliculaire* pose le diagnostic avec :

— certaines adénomes papillaires kystiques des galactophores,

— certaines maladies polykystiques,

qui donnent également des hémorragies par le mamelon. Mais elles sont le plus souvent sous-aréolaires, et ne s'étendent pas dans la glande.

Cependant elles doivent être extirpées également car elles sont susceptibles de dégénérescence.

En résumé, le diagnostic de malignité d'une tumeur du sein peut être infiniment délicat :

— en raison de l'inconstance des signes cliniques de malignité,

— en raison de la variété des cancers du sein.

Aussi faut-il recourir très souvent à la Biopsie. Elle n'expose au danger d'essaimage que si elle n'est pas suivie rapidement d'exérèse, pratiquée avec les précautions d'usage.

On tend donc à préférer l'incision exploratrice, complétée au besoin par une *Biopsie extemporanée*, méthode rapide et élégante, mais se heurtant à quelques difficultés secondaires. Elle nécessite un histologiste averti.

Cependant le diagnostic de cancer est histologiquement toujours facile ; « lorsqu'on hésite, il ne s'agit pas de cancer ». (Moulonguet.)

L'examen histologique pourrait également pour certains donner des *indications pronostiques.* Il semble en effet établi que les cancers mucigènes, colloïdes, cylindriques sont de meilleur pronostic. Il conviendra de tenir compte de l'envahissement des ganglions, la simple réaction inflammatoire étant de meilleur augure pour l'avenir.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 20, p. 366, et n° 22, p. 405.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Le jeudi 16 juin 1932 un concours aura lieu à l'hospice général, à 16 h. 30, pour la nomination de deux chirurgiens adjoints des hôpitaux, sous la présidence de l'un des membres de la Commission administrative des hospices civils de Rouen.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'hospice général, au plus tard le samedi 21 mai 1932, avant 18 h. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira le jeudi 23 juin 1932, au siège de ladite Ecole.

— Nantes. — M. le docteur Charles Mirallié a été nommé, pour un an, à dater du 1er mars 1932, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. le docteur Bureau, dont les fonctions sont expirées.

DÉFENSE NATIONALE. — Guerre. (Armée active.) — M. le médecin général inspecteur Lanne, président du Comité consultatif de santé, inspecteur des Ecoles du Service de santé, est placé, à compter du 22 mars 1932, dans la section de réserve.

— Sont promus :

Au grade de médecin général inspecteur. — M. le médecin général Rouvillois.

Au grade de médecin général. — MM. les médecins colonels Sandras et Jude.

— Affectations :

M. le médecin général inspecteur Dopter, directeur du Service de santé au ministère de la Défense nationale (guerre), est nommé, à compter du 22 mars 1932, président du Comité consultatif de santé, inspecteur des écoles du Service de santé militaire.

M. le médecin général inspecteur Rouvillois, directeur de l'Ecole d'application au Val-de-Grâce, est nommé directeur du Service de santé au ministère de la Défense nationale, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Lanne, placé dans la section de réserve.

M. le médecin général Lévy, directeur de l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon, est nommé directeur de l'Ecole d'application au Val-de-Grâce.

M. le médecin général Morvan, sous-directeur de l'Ecole d'application et médecin chef du Val-de-Grâce, est nommé directeur de l'Ecole du Service de santé de Lyon.

M. le médecin général Sandras est maintenu directeur du Service de santé des troupes de Tunisie.

M. le médecin général Jude est maintenu directeur du Service de santé des troupes du Levant.

M. le médecin-colonel Duchêne-Marullaz est nommé directeur du Service de santé de la 13e région, à Clermont-Ferrand.

— *Agrégation du Val-de-Grâce.* — Un concours s'ouvrira le 14 novembre 1932, à 9 h., à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris, pour l'obtention du titre de « professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales ».

Le nombre des emplois mis au concours est de :

Deux emplois de « professeur agrégé de chirurgie » ;

Deux emplois de « professeur agrégé de médecine ».

En exécution de l'article 10 du décret du 22 août 1928, les médecins commandants et capitaines des troupes coloniales présents en France ou accomplissant un séjour métropolitain en Algérie-Tunisie, sont seuls admis à se présenter à ce concours. (*J. O.*, 18 mars 1932.)

— Liste de classement, par ordre de mérite, des médecins et pharmaciens ayant effectué un stage à l'Ecole d'application du Service de santé militaire d'octobre 1931 à mars 1932 :

(Promotion de 1927.) *Médecin capitaine.* — M. Baumelou (n° 8 du classement général).

(Promotion de 1929.) *Médecins lieutenants.* — MM. Durand (Edouard), Favre, Thomas, Faure, Bru, Surmely, Roux, Duroux, Simonin, Ormières, Tissandié, Masson, Ratié, Anthoine, Danis, Moutier, Tronyo, Cornilliet, Baylot, Paraire, Duval, Huc, Cantagrill, Molossane, Cochard, Rouvier, Tricaud, Mahé, Balay, Valatx, Philibert, Dhers, Tarain, Thoulon, Groc, Rovegno, Portalier, Lubineau, Hilaire, Paléologue, Froment, Siegfried, Boisson, Revol, Asperges, Delvoye, Lartigue, Rousseau, Lagrange, Gabas, Millant, Conze, Dancenis Guiguet, Senégas, Long, Lehmann, Laveau, Paulus, Hannequin, Lafargue, Oiseau, Rivet, Duran (Pierre), Fonteix, Bastard, Counil, Verrière, Stauffer, Devy, Nègre, Millet, Pérolini, Boyer, Le Bihan, Escoubès, Morizet, Dumond, Montané, Mouliérac, Gerbenne, Jacquier, Durand (Paul), Abadie, Adrian, Thomé, Raffali, Couderc, Ponsot, Sole, Joubert, Petiteau, Cauvin, Jauze-Fredou, Prost, Kerzreho, Gillet, Delmas, Fumaroli, Cassignol, Cazalas, Roumagnou, Albouze, Triffault, Bertrand, Augias, Moret, Meyrueis, Moroni, Prat, Jeanpierre, Rey, Pagès, Proust, Lacombe; Simon (classement provisoire).

(Promotion de 1929.) *Pharmaciens lieutenants.* — MM. Drevon, Postic, Gallant, Legendre, Rannou, Chevrel, Cloarec, Moraux, Dodane; Boyer (classement provisoire).

(*Voir la suite aes* « Informations », *p. 453.*)

CHRONIQUE

LA FIXATION DE L'IODE A L'ÉTAT ORGANISÉ DANS LE CORPS DE L'HUITRE VIVANTE

Nous croyons intéressant, au moment où Tanon et Neveu viennent de consacrer une importante communication à la question des huîtres (1), de rappeler les récentes recherches de Salles et Loubatié (2). Le problème de l'iode assimilable, c'est-à-dire utilisable en thérapeutique, existe depuis que l'iode a été isolé par Courtois il y a plus d'un siècle. La solution que nous propose le Dr M.-R. Loubatié est remarquablement séduisante.

Il s'agit d'une nouvelle forme de la médication iodée par l'absorption de coquillages vivants ayant fixé et organisé de fortes proportions d'iode. La façon dont les auteurs y sont arrivés est décrite dans l'article du *Journal de Médecine* de Bordeaux avec plus de détails que dans leur communication à l'Académie de médecine du 26 novembre 1929. Il nous est difficile de reprendre la description des bassins et des appareils originaux réalisés dans les laboratoires de la Station Biologique d'Arcachon. Nous y renvoyons le lecteur avec la certitude que cette imitation du processus biologique normal reliant l'iode à l'eau de mer, aux végétaux marins et aux coquillages les intéressera vivement.

Il nous suffit de dire que dans les conditions décrites, de mouvement, de décantation, de température, d'aération, de présence d'iode métalloïdique à un moment déterminé, l'eau de mer enrichie en iode nourrit des huîtres qui deviennent des condensateurs d'iode cellulairement organisé.

Et l'ingestion de ces mollusques, dont le goût n'est heureusement pas modifié, résoud de façon très heureuse, le problème thérapeutique de l'iode. Chaque animal contient une quantité d'iode fonction de son poids, il contient également inclus dans ses valves, de l'eau de mer, dont seule la teneur en iode dissimulé a été augmentée. L'huître étant déjà un aliment de premier ordre, toujours agréable à absorber, et très eupeptique, il est tout à fait logique que cette association : eau de mer saine, huître vivante et iode organisé donne des résultats thérapeutiques remarquables dans tous les cas où l'organisme affaibli demande un reconstituant énergique.

En outre, les hôtes indésirables de certaines huîtres (venant de parcs mal surveillés), tels les colibacilles, sont radicalement détruits par l'iode libre en circulation dans ces parcs artificiels, iode que l'huître tolère jusqu'à une certaine limite et qu'elle organise ensuite pour son propre compte, avant de le céder, tout à fait assimilable, à celui qui l'absorbera. D'où évidemment l'absence constatée de phénomènes d'iodisme.

Tous les partisans, et ils sont nombreux, de la médication naturelle seront séduits par cet exposé, clair et précis, appuyé d'expérimentations, de dosages et d'analyses remarquables.

L. G.

(1) Voir Académie de médecine dans le même numéro.

(2) Dr R. LOUBATIÉ. La fixation de l'iode à l'état organisé dans le corps de l'huître vivante. *Journ. de méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 10 fév. 1931.

JOURNÉES MÉDICALES ARAGONAISES. — Les Journées médicales aragonaises, organisées par les sociétés médicales de Saragosse, Huesca et Teruel auront lieu à Saragosse, du 26 au 29 mai 1932.

Le 26, à midi : réception ; à 4 h. : inauguration de l'exposition ; à 5 h. : séance solennelle d'ouverture ; à 6 h. : lunch.

Le 27, à 10 h. : séances pour la lecture et la discussion des communications ; à 1 h. : déjeuner ; à 4 h. : lecture et discussion du rapport sur le *Rhumatisme polyarticulaire.* Rapporteur : professeur Marañon (Madrid) ; à 10 h. : réception de gala.

Le 28, à 10 h. : suite de la lecture et de la discussion des communications ; à 4 h. : lecture et discussion du rapport sur l'*Echinococcose.* Rapporteur : professeur Devé (Rouen) ; à 9 h. : banquet officiel.

Le 29, à 8 h. : excursion au monastère de Piedra ; à 5 h. : retour à Alhame d'Aragon et visite des Thermes ; à 7 h. : conférence du docteur P. Mateos sur la *Prévision médicale nationale* ; à 8 h. : séance de clôture ; à 9 h. : retour à Sarragosse.

Le secrétaire général est le docteur Ricardo Horno Alcorta, à Saragosse.

INFORMATIONS

(SUITE)

LE GALA DE LA MÉDECINE PARISIENNE. — La fête organisée au Lido par l'Association corporative des étudiants en médecine au profit de sa caisse de secours a été un très grand succès. Le dîner, les défilés de mannequins, le spectacle qui s'est déroulé tantôt sur le plateau, tantôt dans la piscine ont été particulièrement brillants.

Parmi les très nombreux assistants on remarquait M. le professeur Roger, MM. les docteurs Lobligeois, Boppe, Deniker, Duvoir, Leveuf, Lian, Dibos, Delivet... et de très nombreuses dames dont le charme ajoutait encore à l'élégance de ce gala de charité.

SAINT-HUBERT MÉDICAL. — Les médecins chasseurs viennent de se réunir en un brillant dîner où l'on félicita le vice-président, M. le médecin général inspecteur Cadiot, pour sa récente promotion dans la Légion d'honneur. M. le docteur Maurice a été réélu président.

La prochaine réunion aura lieu en juin.

Les médecins chasseurs sont priés de s'inscrire auprès du docteur Davesne, secrétaire général, 125, rue de la Pompe, ou du docteur Maurice, président, 1, rue de Bellefond.

CLINIQUE MÉDICALE THÉRAPEUTIQUE DE LA PITIÉ. (Professeur : M. F. RATHERY.) — *Leçons du dimanche sur les Thérapeutiques nouvelles.* — Une série de dix conférences sur les *Thérapeutiques nouvelles* sera faite à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié, le dimanche, à 10 h. 1/2, à partir du 10 avril 1932.

Programme des conférences. — 10 avril : M. le professeur F. Rathery. Les régimes chlorurés et déchlorurés.

17 avril : docteur Froment, assistant de la clinique. Le traitement des ulcères digestifs.

24 avril : M. le professeur L. Binet. Le traitement des asphyxies.

1er mai : docteur Derot, ancien interne des hôpitaux. Le traitement de l'asthme.

8 mai : docteur Maurice Rudolf, chef de clinique. Le traitement des colites.

22 mai : docteur E. Boltanski, chef de clinique. Le traitement des périviscérites.

29 mai : docteur Germaine Dreyfus-Sée, chef de clinique. Les stérols irradiés en thérapeutique.

5 juin : docteur Kourilsky, chef de clinique. Le traitement des abcès du poumon.

12 juin : docteur Julien Marie, chef de clinique. L'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire.

19 juin : docteur Mollaret, chef de clinique. Le traitement de la paralysie générale.

Ces conférences sont libres.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du thorax et du rachis, chirurgie orthopédique), en dix leçons, par M. le docteur P. Funck-Brentano, prosecteur, commencera le lundi 4 avril 1932, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs René Vaucaire (de Paris); J. Bret, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon ; Léon Powilewicz, médecin chef honoraire de la maternité du Havre.

REVUE GENERALE

LA PSYCHOSE POLYNÉVRITIQUE ALCOOLIQUE DE KORSAKOFF

Par M. le docteur ANDRÉ NÈGRE,
Médecin-lieutenant.

HISTORIQUE

Ce fut Charcot qui, dès 1884, commença à faire remarquer la fréquence des manifestations mentales associées aux symptômes périphériques, sous l'influence de l'alcoolisme. Mais c'est à Korsakoff (1887-1890) qu'échut le mérite d'établir la notion de troubles psychiques survenant au cours des polynévrites, indépendantes ou non de l'alcoolisme. Ses travaux et ceux de ses élèves, Vaïndrach, Doubrovine, Kichkine, etc..., suscitèrent de nombreuses publications parmi lesquelles celles de Babinski, G. Ballet, Raymond, Soukhanoff et celles de Pierret et de ses élèves, à Lyon. En 1890, Tiling, à Riga, donne la liste de tous les cas publiés jusqu'à ce jour, ce qui constitue déjà une bibliothèque importante. Puis Remack, Thomas Brizzard, Awood, Pinard, Ross, Devic et Bouveret, etc..., par leurs travaux, ont pour une large part contribué à l'étude de cette affection.

Plus près de nous, enfin, Dupré, Chaslin, Régis, Benon, de Fursac, Froment et beaucoup d'autres ont apporté à ce sujet le fruit de leur expérience clinique.

ÉTIOLOGIE

L'alcoolisme est à placer en premier lieu comme agent des psychoses polynévritiques. Dans la suite de notre exposé, nous nous occuperons d'ailleurs uniquement des cas dus à l'éthylisme. Nous ne pouvons cependant pas passer sous silence les autres facteurs étiologiques ; ces derniers sont d'ailleurs beaucoup moins fréquents. Korsakoff attribuait à 3 cas sur 5 une origine alcoolique. Nous pensons que ce pourcentage est inférieur à la réalité.

On voit d'ailleurs fréquemment d'autres maladies s'allier à l'éthylisme pour faciliter l'éclosion de la psychopolynévrite. C'est ainsi que, par ordre de fréquence, l'on voit la tuberculose, la dothiénentérie, les insuffisances rénales ou hépatiques, la puerpéralité et certaines affections intercurrentes, comme la pneumonie, s'accoupler à l'alcool pour donner le syndrome de Korsakoff.

Parfois l'alcoolisme n'est pas du tout en jeu. La tuberculose, surtout dans ses formes rapidement évolutives, vient alors, en second lieu, comme grand facteur étiologique.

La grippe, la fièvre typhoïde, l'infection puerpérale, les intoxications par le sulfure ou l'oxyde de carbone, les troubles gastro-intestinaux subaigus, l'impaludisme, la scarlatine, l'arsenic, etc..., sont, dans l'ordre, les autres causes possibles décelables à l'origine d'une psychopolynévrite.

Mais à côté de ces causes purement efficientes, nous avons des causes favorisantes. L'hérédité psychopathique, par exemple, qui n'est contestée par personne; l'influence du sexe, l'âge adulte. Nous avons fait une statistique qui nous a donné la proportion de deux femmes atteintes pour un seul homme, l'âge moyen des premières étant 42 ans, et celui des derniers 44 ans.

Une autre circonstance favorisante, beaucoup plus fréquente que l'on ne croit, tient, à notre avis, à l'hérédité alcoolique. Avec M. le docteur Bourrat, de Lyon, nous estimons qu'un fils d'alcoolique, s'adonnant lui-même à la boisson, est prédisposé d'une façon toute particulière à présenter précocement des signes graves d'intoxication, et cela, principalement du côté du système nerveux.

Nous ne sommes pas éloigné de croire que cette hérédité n'est pas seulement une circonstance favorable, mais qu'elle constitue, en dehors des affections associées (tuberculose ou maladies infectieuses), une condition nécessaire à l'éclosion de la psychopolynévrite.

PATHOGÉNIE

Toutes ces causes, que ce soit l'alcoolisme ou un autre agent, agissent par *toxémie*, et c'est cette toxémie qui causera la mort, fait que l'on n'a pas assez mis en évidence à notre avis. L'affection psychopolynévritique apparaît comme consécutive à l'imprégnation du système nerveux par des poisons en circulation dans l'organisme. Dans l'alcoolisme, l'alcool est évidemment le responsable ; dans les cas relevant de la puerpéralité, il semble que l'on doive incriminer les poisons produits par la toxémie villeuse. Tous ces toxiques, exogènes comme l'alcool, endogènes dans la puerpéralité, agissent en partie directement, en partie indirectement par les adultérations des humeurs, secondaires aux lésions organiques qu'ils provoquent. Les dégénérescences viscérales (rein, foie, tube digestif) aboutissent à autant d'insuffisances qui vont être la source d'autres intoxications.

La prédisposition psychopathique, héréditaire ou acquise, a aussi un rôle important dans la pathogénie de l'affection. Parmi les sujets ainsi prédisposés, les uns offrent des neurones périphériques moins résistants, les autres des neurones corticaux plus vulnérables ; et nous aurons ainsi, soit des polynévrites, soit des confusions mentales, soit enfin des psychopolynévrites.

L'étude anatomopathologique va nous démontrer, d'ailleurs, la valeur de la théorie qui attribue une origine toxémique à tous ces accidents. Mais comme il serait trop complexe d'examiner toutes les psychopolynévrites, nous prendrons désormais pour type de description la psychopolynévrite alcoolique. Il en sera donc de même pour les aperçus que nous donnerons ensuite de la symptomatologie, du diagnostic, de l'évolution, du pronostic et du traitement de cette affection.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En dehors des lésions de stéatose diffuse du foie et des reins, on ne découvre aucune atteinte viscérale.

Pour les centres nerveux, l'examen macroscopique, assez stérile, ne révèle que de la congestion, de l'œdème et parfois de la suffusion sanguine de la pie-mère, quelques épaississements de la séreuse et adhérences aux circonvolutions.

L'examen microscopique est beaucoup plus fécond. Du côté des nerfs, névrite parenchymateuse à tous ses degrés. Gonflement du protoplasma, multiplication du noyau, fragmentation en boulettes de plus en plus petites jusqu'à émulsion fine de la myéline, section du cylindraxe avec ses conséquences dégénératives, atrophie et disparition finale du cordon nerveux, inégale répartition des lésions observées, régénération possible des cordons altérés, telles sont les phases successives du processus polynévritique. Dans certains cas, les lésions névritiques peuvent déterminer à distance, dans les cellules originelles des cylindraxes attaqués, l'apparition d'altérations précoces et progressives caractérisées par la chromatolyse, le déplacement excentrique du noyau, la désintégration de la substance achromatique, et finalement l'atrophie et la disparition de la cellule. De là, ressort l'intimité des rapports qui unissent dans le syndrome psychopolynévritique, les lésions et manifestations périphériques aux altérations centrales et aux troubles de l'intelligence.

Du côté cérébral, c'est dans le lobule paracentral que l'on découvre l'existence de lésions cellulaires, visibles à un fort grossissement, et surtout manifestes au niveau des grandes cellules pyramidales. A ce niveau sont intéressés à la fois les éléments fondamentaux de cette couche et les cellules géantes de Betz dans la proportion de 3 ou 4 éléments sur 5. On constate : d'abord, tuméfaction globuleuse du corps cellulaire, puis gonflement et déplacement excentrique du noyau ; ensuite, chromatolyse périnucléaire ; enfin rapetissement du noyau qui s'accole à la paroi cellulaire, disparition du nucléole et décoloration de la cellule.

C'est, très nettement, un *processus dégénératif*, c'est-à-dire relevant d'une *origine endotoxique* (toxémie alcoolique) par opposition aux processus inflammatoires, lesquels représentent des lésions à origine exotoxique.

Dans certains cas, correspondant surtout aux formes délirantes en général, l'examen ne révèle aucune lésion cellulaire. D'où il nous faut induire que la cellule peut être troublée dans sa nutrition et par suite dans sa fonction, avant de l'être dans sa morphologie.

D'ailleurs, en matière de psychose polynévritique, d'après les constatations histologiques, et pour autant que l'on puisse établir une commune mesure entre deux termes aussi peu comparables que : lésion et symptôme, il semble que les lésions des nerfs sont, par leur début, leur profondeur et leur diffusion, antérieures et inférieures aux symptômes polynévritiques, tandis qu'au niveau du cerveau, les phénomènes psychiques précèdent en date et dépassent en intensité les lésions cellulaires de l'écorce.

Grâce à son origine à la fois neurologique et psychique, la psychopolynévrite sera riche en symptômes. Nous allons nous borner à une simple énumération.

SYMPTOMATOLOGIE

Une notion doit dominer cette étude : à savoir que dans beaucoup de cas, on pourra constater que les symptômes psychiques et les signes névritiques sont très inégalement marqués. Il peut même arriver que l'une de ces deux catégories de signes soit si fruste qu'elle passe inaperçue. Korsakoff l'avait d'ailleurs bien remarqué. Ceci établi, passons aux symptômes eux-mêmes.

1. Signes psychiques. — Ils sont précédés de deux catégories de prodromes ; les uns d'ordre purement mental, insomnies, excitation intellectuelle, changement de caractère, hallucinations ; les autres d'ordre cérébral, agitations, tremblements, zoopsies.

Ces signes aboutissent en général très rapidement à la période d'état. Là, nous distinguerons d'abord **l'amnésie :**

Nous aurons un malade incapable de fixer les images présentes, et incapable d'évoquer celles déjà fixées. Amnésie qui sera de plus inconsciente. le malade ne s'apercevant nullement des troubles de sa mémoire.

A ce symptôme s'en surajoute un : la **confusion mentale,** que l'on considère en France, avec Régis et Pierret, comme le fond véritable du tableau clinique de cette affection. On a même dit que dans la psychose polynévritique, l'amnésie ne serait qu'une conséquence de la confusion. Mais comme l'inverse est aussi fort admissible, un grand amnésique étant par cela même très confus, il devient malaisé de préciser quel est, dans ce rapport possible de cause à effet, le facteur primitif. On peut admettre qu'ils s'aggravent mutuellement.

Quoi qu'il en soit, la confusion mentale se montrera ici avec toute son infinie richesse symptomatologique et pourra revêtir deux formes principales :

a) *Confusion mentale asthénique, ou stuporeuse,* manifestée par une hypotonie intellectuelle coïncidant généralement avec une hypotonie physique et musculaire.

b) *Confusion mentale délirante hallucinatoire.* — Ici, au contraire, hypertonie tant physique que mentale : nous aurons un délirant halluciné, souvent catatonique, tour à tour maniaque et mélancolique.

Autres gros symptômes : les **illusions** et les **hallucinations.** Les premières consisteront surtout en paragnosies ou fausses reconnaissances, et seront très fréquentes ; les hallucinations, surtout visuelles et tactiles, revêtiront un caractère terrifiant, à redoublement vespéral.

Nous aurons aussi de la **fabulation.** Cette « folle du logis » qu'est l'imagination, va se donner libre cours dans ce dérèglement mental ; ses créations morbides auront parfois un caractère purement onirique par leur illogisme et leur incohérence ; parfois, au contraire, les faits seront vraisemblables, quelque peu coordonnés, et seuls les renseignements fournis par la famille en démontreront la fausseté. Se méfier, chez les malades, et en matière d'anamnèse, des histoires qu'ils racontent sur leur maladie, parfois avec assurance.

Un autre signe : **l'affaiblissement intellectuel,** est constant. Mais il est souvent dénaturé dans son expression clinique par les manifestations des autres signes. Néanmoins les troubles du raisonnement, l'absence de critique, d'où il s'ensuit une suggestibilité exagérée, peuvent être décelés dans la plupart des cas.

Enfin, nous aurons souvent des **idées délirantes** et de l'anxiété panophobique ; parfois cependant, à l'inverse de ce dernier cas, on se trouve avoir affaire à des malades **euphoriques,** qui en imposent souvent, au premier abord, pour des paralytiques généraux.

Tels sont les symptômes que l'on peut rencontrer dans la psychose polynévritique. Mais en général, parce que tel symptôme prédomine, les autres peuvent passer inaperçus, et doivent être recherchés avec soin. On observe souvent des modifications au tableau clinique que nous venons de décrire, et la maladie revêt alors l'une des formes que nous allons énumérer :

La forme amnésique est la plus commune. Le malade paraît souvent normal ; mais il ne se souvient absolument de rien, il fabule à jet continu, menteur inconscient et volubile.

La forme confusionnelle est fréquente aussi. La désagrégation du psychisme ne permet pas une analyse symptomatologique parce que, stuporeux ou délirant, il sera impossible d'obtenir du malade une réponse correcte. En l'absence de signes somatiques, l'examen mental ferait conclure à une confusion pure et simple.

La forme délirante est plus rare. Nous nous trouverons dans ce cas devant une forme clinique qui pourra prendre tous les aspects si variés et si étendus des idées délirantes, soit vésaniques, soit oniriques.

La forme anxieuse a été individualisée par Dupré ; elle diffère de la précédente parce que ce sont ici les troubles de l'émotivité et non plus de l'intelligence, qui prédominent.

La forme démentielle dans laquelle, à l'affaiblissement intellectuel, s'ajoutent ordinairement des phénomènes somatiques de telle sorte que c'est à cette forme que les auteurs reconnaissent généralement, d'un commun accord, un caractère de gravité extrême. Elle ne peut être mise en évidence qu'après quelque temps d'observation, lorsque le malade a été sevré du toxique depuis plusieurs semaines, ou même plusieurs mois.

Telles sont les formes cliniques de la psychose de Korsakoff, relativement facile à individualiser, même en l'absence du syndrome névritique que nous allons décrire.

II. Signes physiques. — Ce sont ceux de la névrite multiple que nous nous bornerons à énumérer rapidement, leurs caractères étant connus de tous. Ils débutent par des prodromes habituels des névrites : fourmillements, faiblesses, douleurs, tremblements ; prodromes qui font rapidement place à des troubles caractéristiques :

Troubles de la sensibilité. — En général supérieurs, et en tout cas, antérieurs aux troubles de la motilité, ils prédominent le plus souvent aux membres inférieurs, sous forme de sensations d'enduit sur les téguments, ou sous forme de douleurs très polymorphes. La sensibilité cutanée est souvent altérée : réflexes abolis ou, beaucoup plus rarement, exagérés. Anesthésie au tact fréquente. La sensibilité profonde est atteinte, soit dans le sens d'anesthésie, soit, plus fréquemment, dans le sens d'hyperesthésie douloureuse. La pression des masses musculaires devient atroce.

Troubles musculaires. — Ce sont les paralysies et l'atrophie. Les paralysies sont en général bilatérales et concernent souvent les membres inférieurs ; mais tous les autres types sont possibles. Il y a cependant cette particularité à noter, à savoir que la paralysie de la psychopolynévrite alcoolique atteint de préférence l'extrémité des membres, et non la racine. Quant à l'atrophie, elle est en général très marquée.

Troubles des réflexes tendineux. — Ils consisteront en affaiblissement ou abolition du réflexe ; exceptionnellement, en exagération ; ces troubles siègent aux points d'élection de la névrite, indiqués plus haut.

Troubles divers, parmi lesquels deux seuls sont dignes d'être cités ; ce sont, la névrite optique rétro-bulbaire, signe assez souvent rencontré, et l'œdème des membres inférieurs, dû à des troubles vaso-moteurs, à peu près constant dans les formes sévères.

A l'ensemble de ces signes physiques, nous allons joindre ici un dernier élément qui sera d'un grand secours dans le diagnostic de cette affection, justement parce que dans ce cas il doit être négatif : il est fourni par la *ponction lombaire* qui doit être systématiquement pratiquée et qui permettra d'isoler notre malade, alcoolique, du groupe des syphilitiques nerveux ; à moins, évidemment, qu'il n'y ait symbiose des deux facteurs étiologiques...

Voilà, résumés aussi complètement qu'il est possible de le faire dans un aussi court exposé, les principaux symptômes de la psychopolynévrite. Ils permettent en général un diagnostic aisé. Cependant certaines erreurs peuvent se produire.

DIAGNOSTIC

Il sera à faire d'abord entre les psychopolynévrites à signes psychiques frustes, et les *polynévrites alcooliques simples,* sans troubles de la sphère mentale. Un examen psychologique approfondi révélera toujours, dans le premier cas, un certain degré d'amnésie ou de confusion. Inversement, il arrivera parfois qu'une psychose de Korsakoff à signes névritiques faibles, ou même nuls, prête à confusion avec certains troubles mentaux d'un ordre tout différent. C'est ainsi qu'il faudra éliminer les confusions mentales et les délires hallucinatoires aigus d'origine alcoolique ; l'absence d'amnésie, de fabulation, de paragnosies, permettra le diagnostic de ces derniers cas.

Il faudra éliminer aussi la *démence sénile ;* chez cette dernière, l'amnésie de fixation est beaucoup plus complète, et il existe de l'amnésie rétrograde. Si le malade se tient mal sur ses jambes, il faut tenir compte de la persistance des réflexes tendineux chez le vieillard et, s'il est possible, des commémoratifs.

Le diagnostic avec la *paralysie générale* est un des plus importants. Les troubles mentaux de cette dernière associés à des signes physiques tels que l'abolition des rotuliens, peuvent, dans certains cas, simuler la psychopolynévrite de Korsakoff, surtout dans sa forme démentielle. Mais si l'examen est poussé à fond, il permettra de découvrir les signes de l'imprégnation syphilitique du système nerveux, et la ponction lom-

baire tranchera définitivement le différend. A noter, d'ailleurs, que la paralysie générale et la psychose polynévritique peuvent coexister.

Dans ses formes d'emblée multiples, la psychopolynévrite à signes psychiques frustes peut simuler certaines *affections spinales*. La confusion n'est guère possible qu'à la condition d'une discrétion extrême des signes psychiques et dans des formes presque exclusivement motrices de la polynévrite, où les signes sensitifs et atrophiques seraient absents. Mais même dans ces cas exceptionnels, la marche progressive de la paralysie, son inégale répartition entre les différents groupes musculaires, l'intégrité des sphincters serviraient à différencier la polynévrite de toute myélopathie présumée.

Dans certaines psychopolynévrites à signes mentaux très discrets, motrices d'emblée et à début rapide, on peut cependant faire confusion avec :

1° La *poliomyélite antérieure aiguë*. Même début aigu et fébrile, paralysie envahissante, et rapidement à son maximum, parfois rétrocession partielle avec zones de persistance et d'atrophies musculaires. Cependant, la poliomyélite a un début plus brusque et atteint de préférence la racine des membres ;

2° La *paralysie ascendante aiguë de Landry*. La symptomatologie est, dans ses grandes lignes et dans certains cas particuliers, la même. Cependant, il n'y a pas d'atrophie, et la maladie de Landry évolue beaucoup plus rapidement.

Certaines psychopolynévrites à prédominance sensitive peuvent en imposer parfois pour un *tabès* (toujours dans les cas où les troubles de la sphère mentale passeraient inaperçus). Les membres inférieurs sont parcourus de douleurs fulgurantes ; les téguments sont divisés en zones d'anesthésie et d'hyperesthésie ; il y a parfois de l'anesthésie plantaire, grâce à laquelle on pourra avoir un faux Romberg ; les rotuliens sont abolis. Les yeux fermés, le malade a une démarche oscillante et titubante ; la paralysie des extenseurs du pied peut donner un steppage qui simule l'ataxie. La névritique fait quelquefois même des maux perforants plantaires. L'analogie n'est cependant pas complète ; le steppage n'imite qu'imparfaitement l'allure du tabétique ; enfin, il n'y a pas de troubles papillaires, ni vésicaux, ni génitaux ; pas d'atrophie des papilles ; de plus, la pression des masses musculaires est douloureuse. Encore là, l'absence du syndrome humoral de la syphilis orientera vers la polynévrite.

Le diagnostic de l'affection sera donc relativement facile pour un esprit averti ; celui de la forme évolutive sera sans doute moins aisé, même en tenant compte des éléments que nous allons énumérer.

ÉVOLUTION

Nous avons fait une étude statistique, basée sur une cinquantaine de cas, et portant sur la façon dont évoluait la maladie de Korsakoff. L'analyse détaillée de chacun de ces cas, ainsi que l'étude approfondie de leur évolution pourront être lues sur notre thèse (Contribution à l'étude de l'évolution des psychopolynévrites alcooliques. Thèse de Lyon, 1930). Ici nous serons forcément plus bref.

Nous avons constaté que la terminaison habituelle de cette affection était la *mort*, *dans la proportion moyenne de deux cas sur trois*. C'est donc une maladie à évolution grave, très fréquemment fatale, notion qui n'a pas été assez mise en évidence par les auteurs qui se sont occupés de la question. Nous ajouterons même que c'est une maladie à évolution généralement rapide. Comment cette mort se produit-elle ?

Dans la quasi-totalité des cas, nous avons vu l'état du malade empirer, les signes mentaux et nerveux de l'imprégnation éthylique augmenter d'intensité, la faiblesse, le délire et la cachexie devenir excessifs ; la mort survenait en sept ou huit jours, sans aucun autre symptôme physique, malgré les recherches les plus minutieuses. La *toxémie alcoolique* était la seule en cause et se montrait capable de produire à elle seule les effets les plus meurtriers.

Chez les quelques malades où la mort se produisait, non plus en présence des seuls phénomènes psychopolynévritiques, mais aussi avec la coexistence de cirrhoses ou insuffisances hépatiques, de glycosurie, ou bien encore d'affections intercurrentes telles que : pneumonie ou tuberculose, la toxémie n'est plus la seule en cause, mais sa responsabilité comme agent mortel n'est pas contestable. A noter que tous les malades observés par nous et porteurs d'un foie insuffisant, incapable de remplir son rôle antitoxique, ont évolué vers l'exitus.

Quant à ceux, rares, que nous avons vus échapper à la mort, un certain nombre d'entre eux ont été étiquetés « incurables », devant l'installation indéfinie de leurs symptômes, et dirigés vers un asile. Les autres sont sortis de l'hôpital théoriquement guéris. Nous disons théoriquement parce qu'ils sont, pour la plupart, affligés de séquelles presque toujours mentales qui empêchent de dire : guérison complète ; et même s'ils paraissent indemnes, ils restent à la merci de récidives extrêmement fréquentes et, cette fois, le plus souvent mortelles. Nous avons eu la curiosité de suivre chez eux, après leur sortie de l'hôpital, tous les malades « guéris » dont nous avions lu l'observation, ou que nous avions nous-mêmes observés. Notre enquête nous a permis de constater ainsi une extension de la mortalité plus grande que nous nous la figurions, d'après les seuls résultats hospitaliers : beaucoup de guéris avaient récidivé et étaient morts.

Enfin, autre constatation, l'évolution se faisait d'autant plus mauvaise que les malades étaient plus jeunes, les vieux résistant mieux et les jeunes succombant souvent dès la première atteinte.

Concluons donc : la psychopolynévrite alcoolique évolue vers la mort dans deux cas sur trois, et le décès est dû à la toxémie alcoolique ; pour les cas non mortels : évolution, tantôt vers une guérison lente, tantôt vers l'incurabilité, la guérison complète restant exceptionnelle, soit du fait de la persistance de certaines séquelles mentales, soit qu'il se produise des récidives.

Quels sont donc les facteurs de cette évolution, et quelle valeur pourrons-nous leur attribuer dans notre appréciation du pronostic ?

PRONOSTIC

Il devra tenir compte de l'influence assombrissante du *sexe* chez les femmes, la mortalité étant effectivement supérieure chez ces dernières.

Il devra tenir compte aussi de l'*âge* du malade ; nous l'avons déjà mentionné dans le chapitre précédent : les sujets jeunes évoluent beaucoup plus souvent que les vieux vers la mort, absolument comme si en vieillissant, la cellule nerveuse faisait acquisition d'une résistance plus grande vis-à-vis de l'alcool. La cellule jeune paraît au contraire plus fragile devant ce toxique. L'âge moyen de nos malades décédés est, surtout chez les femmes, nettement au-dessous de celui des survivants. Il en a été de même pour les cas pris en particulier ; nous avons observé la maladie de Korsakoff chez des sujets âgés (cas extrêmes) de 28 et 29 ans, qui sont morts tous deux ; nous l'avons observée aussi chez un sujet âgé (autre cas extrême) de 61 ans, lequel a survécu.

Un autre facteur du pronostic paraît bien être l'*hérédité alcoolique*. Il semble, en effet, que tout malade atteint de psychose polynévritique alcoolique, et dont les parents étaient eux-mêmes des disciples de Bacchus, soit prédisposé à faire une psychopolynévrite très sévère.

La notion de l'*état antérieur* est encore un des éléments importants du pronostic. Ce dernier sera assombri par cette notion d'une affection préexistante telle que surtout la tuberculose ou le diabète, etc... Il est nécessaire d'ausculter avec soin de tels malades, et de les radiographier pour juger de leur état pulmonaire. L'analyse complète des urines, la recherche du coefficient de Maillard, constituent des données précieuses pour le pronostic. Un cirrhotique ou un insuffisant hépatique grave contractant une maladie de Korsakoff est, le plus souvent, condamné.

Il faut aussi faire une distinction entre les alcooliques récents, faisant une toxi-infection aiguë, et les buveurs anciens, fortement imprégnés, intoxiqués chroniques ; on peut formuler un pronostic moins sombre pour les premiers. Les autres n'ont guère de chances de survivre.

Résumons donc tout ce que nous venons de dire au sujet de l'évolution et du pronostic, et nous pouvons conclure :

a) *Pronostic de survie :* soit par guérison relative (séquelles et récidives), soit avec incurabilité, chez les sujets âgés, de sexe masculin, sans hérédité alcoolique, à bonne santé antérieure, à foie relativement résistant ;

b) *Pronostic sombre*, le plus souvent fatal chez les jeunes, surtout chez les femmes, chez les fils d'éthyliques, chez tous ceux dont l'état antérieur était amoindri par une affection organique et chez tous les grands intoxiqués chroniques ;

c) *Pronostic à coup sûr mortel* dans tous les cas où le foie est touché.

TRAITEMENT

Devant une telle gravité, quels sont les moyens dont dispose le praticien ? Hâtons-nous de dire qu'ils sont, le plus souvent, inopérants.

La thérapeutique devra s'adresser à la fois à la psychose et à la polynévrite. Mais elle devra débuter en supprimant la cause du mal ; certains préconisent l'interdiction immédiate et totale de l'alcool ; d'autres préfèrent la suppression graduelle, par doses de plus en plus faibles. Nous pensons que dans l'affection qui nous occupe, il est nécessaire de supprimer d'emblée la cause de l'intoxication ; cela, tout simplement du fait de son évolution rapide.

Cela exécuté, l'on s'adressera aux troubles eux-mêmes. Contre la psychose, on ordonnera l'isolement, le repos au lit obligatoire, une alimentation sédative, de la balnéothérapie froide. La médication consistera en calmants du système nerveux : bromure et opium à doses fractionnées, chloral. Cependant, si l'on se trouve devant un malade affaibli, stuporeux à l'excès, inanitié, il vaudra peut-être mieux employer temporairement quelques stimulants.

Contre la polynévrite, on devra avoir trois buts : enrayer l'altération des nerfs (suppression du toxique), remédier aux lésions existantes et favoriser la régénération nerveuse. Ces deux derniers objets de la thérapeutique seront plus ou moins bien réalisés par la médication ordinaire des névrites : frictions excitantes, massages, strychnine sous-cutanée à doses progressives, électrisation des nerfs et des muscles, rééducation, gymnastique.

Et l'on aura fait, à peu près, tout ce qu'il est humainement possible de faire, à l'heure actuelle, pour nos malades atteints de psychose polynévritique alcoolique.

BIBLIOGRAPHIE

BABINSKI. — In Charcot, Bouchard et Brissaut. Traité de Médecine, Paris, 1905, t. X.

BALLET (Gilbert). — Traité de médecine mentale ; — *Rapport au Congrès de Marseille*, 1899 ; — *Rapport au Congrès de Limoges*, 1901.

BENON (R.). — Eléments de pathologie mentale, Paris, 1922. 1re Partie, VI, La Psychose de Korsakoff, *Journal de Méd. et de Chir. prat.*, Paris 1925, t. XCVI, p. 363-366.

CHASLIN. — Eléments de Séméiologie et de Clinique mentale, Paris, 1922.

CHASLIN et PORTOCALIS. — Un cas de syphilis cérébrale avec syndrome de Karsakoff à forme amnésique pure. *Journ. de Psychol.*, juillet-août 1908.

DEVIC et BOUVRET. — La psychose polynévritique. *Province Méd.*, février 1892.

DUPRÉ. — In Gilbert Ballet.

KORSAKOFF. — Traité de Psychiatrie ; — Trouble mental dans la paralysie alcoolique et son rapport avec le dérangement de la sphère psychique dans la névrite multiple d'origine non alcoolique, *Moniteur Russe de la Psychiatrie et de la Neuropathologie*, 1887, t. IV ; — Troubles psychiques associés à la névrite multiple, *Revue de Méd. Russe*, 1889, N° 13.

LAIGNEL-LAVASTINE, André BARBÉ et DELMAS. — La pratique psychiatrique, Baillère, 1919.

RAYMOND. — Leçons de la Salpétrière, t. III, les polynévrites.

RÉGIS. — Précis de Psychiatrie, Doin, 1923.

ROQUES DE FURSAC. — Manuel de Psychiatrie, F. Alcan, Paris, 1923.

Le lecteur pourra trouver des indications bibliographiques beaucoup plus complètes dans notre *Thèse :* « Contribution à l'étude de l'évolution des psychopolynévrites alcooliques ». (*Thèse de Lyon*, 1930). Nous nous sommes borné ici à une énumération rapide des principales références.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 MARS 1932)

Remarques sur le pouvoir bactéricide de l'argent métallique. — MM. Ph. LASSEUR, M. PIERRET, A. DUPAIX et C. MAGUITOT.

Transmission expérimentale au singe d'une encéphalomyélite disséminée humaine. — MM. C. JONESCO-MIHAIESTI, D. NOICA et B. WISHER.

L'âge et les antifixateurs du calcium. — MM. G. MOURIQUAND, A. LEULIER et Mlle WEILL.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 22 MARS 1932)

Remarques sur la septicémie à streptocoques et son traitement par un nouveau sérum antistreptococcique. — M. H. VINCENT. « Les observations récemment publiées par divers auteurs, de guérison de la septicémie à streptocoques par les injections d'un nouveau sérum antistreptococcique préparé suivant ma méthode ne sont pas les seules. Il en est nombre d'autres qui m'ont été transmises et que je ferai connaître ultérieurement.

Dès à présent, il est utile d'insister sur la nécessité d'injecter le sérum antispectrococcique à doses élevées et *dès la constatation du streptocoque dans le sang* au besoin, lorsque les symptômes cliniques (grand frisson, fièvre élevée) annoncent cet envahissement. On réduit ainsi beaucoup la durée du traitement et on obtient, le plus souvent, une régression rapide, en quelques jours, ou une semaine, des phénomènes septicémiques et le retour du sang à l'état stérile, en un mot la guérison complète dans des cas d'une extrême gravité.

Dans le domaine chirurgicale, le sérum antistreptococcique peut rendre d'inappréciables services. Il en est de même dans la fièvre puerpérale bactériologiquement vérifiée. J'en ai rapporté des exemples démonstratifs, et j'en ferai connaître d'autres.

Il semble que la pleurésie purulente à streptocoques puisse bénéficier aussi des injections intrapleurales de sérum dilué dans l'eau physiologique chaude, après évacuation de la plèvre. Le malade reçoit, en même temps, du sérum antistreptococcique en injections sous-cutanées. Des exemples intéressants de guérison m'ont été signalés.

On ne saurait trop déconseiller d'associer au sérum antistreptococcique les vaccins, les injections de térébenthine, etc., qui neutralisent les anticorps apportés par le sérum ou retardent les effets curatifs de la sérothérapie antimicrobienne et antitoxique. »

Education physique et pression moyenne. — M. le professeur H. VAQUEZ et M. DE CHAISEMARTIN, médecin-chef de l'Ecole de Joinville, concluent de leurs recherches :

1° Que la plus ou moins grande accélération du pouls, après une épreuve sévère, une course de 300 mètres, par exemple, ne constitue pas un critère de discrimination ni d'entraînement.

2° Que l'élévation anormale de la pression maxima au-delà de 150 mètres est un signe de suspicion, impliquant le recours aux autres procédés d'investigation.

3° Que l'élévation de la pression mooyenne au delà de 110 mm. Hg est un signe de suspicion, quel que soit l'âge du sujet.

Il en est de même d'un décalage excessif de cette pression, soit de 30 mm. en plus immédiatement après l'effort, soit surtout de 10 à 20 mm. en moins, et au delà, dans les minutes qui suivent, quel que soit par ailleurs le décalage de la pression maxima.

Une signification plus importante encore et de même sens doit être attribuée à la lenteur exagérée (de trois à cinq minutes) du retour de la pression moyenne à sa position d'équilibre.

4° Que, par contre, l'état de bon entraînement a pour caractère une stabilité sinon constante, du moins habituelle, de la pression moyenne, contrastant avec la variabilité du pouls et de la pression maxima. Dans le cas où cette stabilité fait défaut, le retour de la pression moyenne à sa position d'équilibre est instantané ou n'excède pas deux minutes.

Les corps étrangers intra-oculaires métalliques dans les professions agricoles. — M. le professeur VILLARD (de Montpellier). Contrairement à ce qui est admis d'ordinaire, les travaux agricoles, aussi bien que les travaux industriels, sont susceptibles de se compliquer de corps étrangers intra-oculaires. Ces corps étrangers sont toujours des corps métalliques et magnétiques qui pénètrent dans l'intérieur de l'œil soit à la suite de violents coups de marteau sur le soc des charrues vigneronnes, soit à la suite d'un fort coup de pioche sur un caillou très dur. Ils peuvent être extraits par un puissant électro-aimant avec d'autant plus de facilité et avec des résultats d'autant plus parfaits que les tentatives d'extraction auront été plus précoces. C'est pour cette raison que la possibilité de tels accidents, dans les professions agricoles et non seulement dans les professions industrielles, doit être bien connue de tous les médecins, afin qu'ils puissent ne pas méconnaître, comme cela arrive trop souvent, l'existence d'une telle lésion et soumettre l'œil atteint, sans aucun retard, à l'action de l'électro-aimant, même dans les cas où le diagnostic reste douteux. A cette seule condition, on pourra non seulement conserver l'œil mais encore sauver la majeure partie et même, dans les cas heureux, la totalité de la vision.

Sur les effets de la spartéine. — MM. MERCIER et R. HAMET. Bien que les cliniciens soient d'accord pour reconnaître les bons effets de la spartéine en tant que régulateur de l'activité cardiaque, on a récemment prétendu que la baisse de pression que provoque cet alcaloïde est due à une diminution de l'activité cardiaque et on a trouvé dans cette observation le motif de déconseiller l'emploi de la spartéine en thérapeutique humaine. Les auteurs ont pu démontrer, par une technique nouvelle et ingénieuse, que si la spartéine se montre hypotensive, c'est parce qu'elle provoque une forte vaso-dilatation. L'emploi de la spartéine en thérapeutique est donc pleinement justifié.

Etat sanitaire des huîtres vendues à Paris pendant l'hiver 1931-1932. — Sur l'initiative de M. Blaisot, ministre de la Santé, MM. TANON et NEVEU ont examiné, au Laboratoire des Epidémies de la Préfecture de police, de novembre 1931 à mars 1932, 550 huîtres de diverses provenances. Ces huîtres ont été prélevées, à titre d'échantillon, dans des bourriches de 100, à raison de 6 par bourriche et de deux séries d'échantillons par jour.

Avec la collaboration de M. Bobot, Directeur du Service des fraudes à la Préfecture de police, ces prélèvements ont été faits régulièrement pendant ces quatre mois, et avec toutes les garanties de propreté, dans différents quartiers de Paris et dans la banlieue. Les auteurs y ont recherché les

bacilles dysentériques, typhoïdiques, le coli-bacille ou les microbes liquéfiants de la gélatine. Chaque fois on a examiné : 1° le contenu de l'huître ouverte proprement ; 2° l'eau qui découlait le long des coquilles dans le plat ; puis 3° l'huître ouverte avec des doigts souillés de coli-bacilles ou simplement lavés dans de l'eau suspecte ; enfin 4° le mollusque conservé sous un linge mouillé trempé dans de l'eau de Seine ou dans de l'eau du ruisseau.

Ils ont ainsi constaté : 1° que sur les 500 échantillons prélevés au milieu des 92.000 huîtres, la chair et l'eau de la coquille ne renfermaient aucun microbe pathogène, qu'il s'agisse de portugaises, de marennes ou de belons. Elles semblent, dans l'état actuel, pouvoir être toujours consommées sans danger ;

2° Que l'eau qui découlait dans le plat pouvait se souiller sur la coquille et contenait quelquefois (44 sur 550) du coli-bacille après 3 ou 5 heures ;

3° Que, pour les huîtres ouvertes avec des doigts contaminés, la chair des mollusques était souvent souillée, et l'eau qui découlait de la coquille, toujours ;

4° Que les huîtres lavées dans de l'eau sale ou conservées sous des linges trempés dans cette même eau ou dans l'eau de Seine, avaient toujours du coli-bacille et des microbes liquéfiants à la surface de la coquille.

Les huîtres livrées à Paris en provenance directe des parcs, portugaises, marennes ou belons, peuvent donc être considérées comme absolument saines, ce qui était à prévoir, étant donné l'application du décret du 31 juillet 1923, relatif aux précautions à observer dans les parcs producteurs ; mais, au cours des manipulations, elles peuvent se souiller, et alors l'eau qui en découle risque d'être dangereuse. Il est donc à recommander aux consommateurs de ne pas boire de l'eau de mer qui s'est écoulée dans le plat.

MM. Tanon et Neveu attirent l'attention sur ces faits et considèrent qu'il serait nécessaire d'édicter une circulaire recommandant aux écailleurs la plus grande propreté manuelle, le lavage des coquilles à l'eau de la canalisation pour les rafraîchir s'il y a lieu, et la conservation sous des linges trempés exclusivement dans de l'eau de cette provenance. Au cours de leurs enquêtes, ils ont pu en effet remarquer que quelques débitants, pour tenir leurs paniers frais, les couvraient d'un linge trempé dans l'eau de Seine, ou même dans celle du ruisseau. Cette pratique, heureusement rare, mais qui existe cependant, est condamnable. C'est peut-être elle qui favorise le plus la transmission de la fièvre typhoïde, et il convenait à cette occasion d'attirer l'attention de l'Académie sur ce point particulier.

Traitement de l'atrophie tabétique des nerfs optiques. — M. Ch. Abadie avait établi, dans une communication faite à la Société française d'Ophtalmologie, en 1926, que l'Atrophie dite essentielle et progressive, décrite par de Groefe, n'était autre chose que l'atrophie tabétique, signalée plus tard par Charcot comme une manifestation du tabes dorsalis.

Il montrait que cette atrophie était conditionnée par une constriction continue et progressive de l'artère centrale de la rétine, relevant elle-même des altérations médullaires du centre cilio-spinal, d'origine syphilitique.

Depuis cette époque, M. Ch. Abadie applique aux atrophies tabétiques le traitement suivant :

Tous les deux jours, injections sous-cutanées de 2 milligrammes d'atropine, ou mieux encore injection quotidienne de 0 gr. 20 centigrammes d'acétylcholine, dont l'action vaso-dilatatrice est bien plus puissante que celle de l'atropine. De plus, tous les deux jours, une injection intra-veineuse d'un centigramme de cyanure de mercure.

Tous les malades auxquels li a appliqué ce traitement ont vu non seulement l'évolution progressive de leur atrophie enrayée, mais tous ont bénéficié d'une augmentation de leur acuité visuelle, d'autant plus grande que leur affection était moins avancée.

Il est permis d'espérer que, grâce à cette médication rigoureusement appliquée, l'atrophie tabétique, jusqu'ici incurable et qui a fait tant d'aveugles, ne le sera plus désormais.

Synergie fonctionnelle glyco-régulatrice de l'insuline et de la vagotonine. — MM. Santenoise, Fusch, Stankoff et Vidacovitch.

Prophylaxie et traitement de la polyarthrite alvéolo-dentaire par la mastication artificielle et le bactériophage. — M. Pitsch.

De l'action hypotensive du cholalate de soude. — MM. Carrière et Gérard.

En raison des vacances de Pâques, il n'y aura pas de séance le mardi 29 mars 1932.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 19 février 1932)

Polypose intestinale et infantilisme. — MM. R. Bensaude, P. Hillemand et P. Augier. Observations d'infantilisme chez des malades atteints de polypose intestinale. Des cas antérieurs en ont été rapportés par Niemack, par Lahm et par Wheeler qui le premier a rapproché l'infantilisme et la polypose. Pour les auteurs, le trouble du développement serait en rapport avec la déperdition d'eau, avec les modifications du transit et de l'absorption intestinale, conséquence de la polypose. A l'appui de leur interprétation, ils citent les cas de chétivisme, secondaires à des restrictions alimentaires.

Le cœur dans la maladie d'Addison. — M. Coelho (Lisbonne) publie des électro-cardiogrammes recueillis chez des addisonniens et insiste sur la diminution de voltage présentée par les tracés.

A propos des électro-cardiogrammes recueillis au cours de la péricardite aiguë. — MM. Clerc, Bascouret et Schwob. Observation d'un cas de péricardite rhumatismale sans grand épanchement appréciable où les électro-cardiogrammes révélèrent des anomalies se rapprochant de l'onde coronarienne et qui disparurent à la convalescence. L'électrocardiogramme indique surtout la souffrance du cœur, celle du myocarde.

Anémie aplastique à forme fébrile et à réaction embryonnaire. — MM. Ben Lamou, Mouchy et Raynaud. Observation d'une fillette de 14 ans atteinte d'anémie aplastique cryptogénétique à forme fébrile. Courbe thermique entrecoupée de rémissions et d'oscillations quotidiennes. La présence constante de cellules embryonnaires dans la formule leucocytaire posa la question du diagnostic différentiel entre la lymphadénose aleucémique et l'anémie plastique à forme embryonnaire.

Exploration trans-thoracique des abcès du poumon. — MM. Lœper et Soulié ont employé l'exploration de la cavité au moyen de l'injection transthoracique de lipiodol. Dans six cas, résultat très satisfaisant ; guérison sans incidents. Dans un cas d'abcès situé au voisinage du hile : décès par syncope. Cette méthode ne doit pas être employée dans les abcès putrides. Il faut éviter la cause d'erreur qui consiste à pratiquer l'injection dans le parenchyme pulmonaire, mais dans ce cas, le contour dentelé de l'autre est un bon signe différentiel.

Modifications urinaires au cours des crises gastriques. — M. HAYEM déclare qu'il faut être prudent avec les injections salines dans les crises gastriques. Elles peuvent être nocives, soit par leur trop forte concentration nuisible au sang et aux tissus, soit par l'insuffisance de la proportion de sel, soit par leur mode d'introduction. Il semble s'agir d'une thérapeutique de choc. Toute thérapeutique de ce genre demande à être menée avec prudence.

Les anomalies électrocardiographiques de l'épanchement péricardique. — M. E. COELHO, comparant les tracés recueillis chez l'homme et dans le cas d'épanchement péricardique provoqué chez le chien, conclut à leur similitude. Dans les deux cas, on observe l'abaissement des complexes, l'inversion de l'onde T. Des extrasystoles multiples, tout cela sous l'influence de la compression du myocarde par l'épanchement : quant aux tracés faisant supposer une oblitération des coronaires, ils indiqueraient une compression intense et localisée.

Intoxication saturnine par une poudre nasale. Troubles urinaires au cours de la colique. — MM. GENDRON et AUVIGNE (de Nantes). Observation d'un curé de campagne qui pour combattre un coryza chronique prisait une poudre à base d'étain dans laquelle par méprise fut incorporée de la mine de plomb.

Au bout de trois mois survint une violente colique saturnine se compliquant de rétention d'urine.

Les auteurs insistent sur la rareté de cette intoxication et sur la rareté des troubles urinaires au cours de la colique métallique.

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1932)

Corps étrangers du coude. — M. MOULONGUET, à propos d'une présentation antérieure de M. Chaton, estime qu'il s'agit peut-être de corps étrangers formés autour de poussières osseuses détachées des épiphyses. L'ablation des corps étrangers, à un stade suffisamment précoce, est la meilleure méthode de traitement.

Hémorragie intra-durale et apoplexie traumatique tardive. — M. LENORMANT rapporte ces deux travaux de MM. Bugeat (de Cosne-sur-Loire) et J. Guibal (de Nancy). Ces deux cas concernent des hémorragies intra-durales. Il s'agit d'accidents à symptomatologie tardive après intervalle libre de plus d'un mois. Le blessé de M. Bugeat présenta une hémiplégie et son hémorragie fut vidée par ponction transdurale. L'opéré de M. Guibal avait présenté un coma progressif et le sang fut évacué par incision dure-mérienne. Tous deux guérirent.

A cette occasion, M. Lenormant revient sur les hémorragie sous-durales traumatiques et insiste sur leur fréquence;

sur la durée de l'intervalle libre, sur l'apparition progressive ou par étapes des troubles de compression, sur la difficulté de reconnaître la situation de l'hématome et parfois le côté où il siège, sur l'utilité de l'incision dure-mérienne.

Hernie de l'utérus gravide de cinq mois à travers l'anus. — Ce travail de M. A. Brandao-Filho (de Rio de Janeiro) est rapporté par M. J.-L. Faure. Les photographies, les dessins et l'observation très nette de l'auteur montrent bien cet énorme prolapsus du rectum avec rectocèle contenant l'utérus gravide. Le fœtus fut extrait par voie abdominale et l'anus cerclé pour éviter le retour du prolapsus. Guérison.

Greffon tibial pour mal de Pott lombo-sacré solide au quarantième jour chez une enfant de dix ans. — Ce travail de M. Richard est rapporté par M. Sorrel. La rapidité de la consolidation fait l'intérêt de la pièce. Les fusions osseuses sont peut-être plus rapides qu'on ne le pense, néanmoins la sagesse est de laisser les malades couchés pendant cinq ou six mois après l'ostéosynthèse vertébrale. L'opération paraît d'ailleurs rarement indiquée chez l'enfant.

Sur la lithiase rénale et sa technique opératoire. — M. Heitz-Boyer constate qu'il a fait 63 % d'opérations conservatrices contre 37 % de néphrectomie, car il faut tendre à l'opération conservatrice étant donné la fréquence de la bilatéralité des lésions. Les facteurs de sécurité que l'auteur discute sont : 1° le traitement préopératoire actif ; 2° l'élargissement du champ opératoire par incisions appropriées ; 3° l'emploi du bistouri électrique, et enfin 4° la possibilité d'opérer les reins calculeux sous rayons X.

Restauration de la perméabilité tubaire. — M. Leveuf estime qu'il faut s'orienter vers une chirurgie conservatrice. Dans 53 cas il a tenté des opérations conservatrices pour salpingite bilatérale avec oblitération tubaire. Une opérée est morte, cinq ont dû subir une hystérectomie secondaire ; aucune grossesse ultérieure ne s'est produite lorsqu'on était intervenu après refroidissement des lésions. La libération précoce des adhérences, la réduction de la rétroversion, complétées par salpingostomie dans certains cas lui ont permis d'obtenir des grossesses ultérieures.

M. Schwartz proteste contre la facilité trop grande avec laquelle on opère les salpingites. Après simple traitement médical on peut obtenir des cas nombreux de grossesse.

M. Louis Bazy insiste sur le fait que de nombreuses salpingites guérissent spontanément.

Echinococcose multiloculaire scapulo-humérale. — M. Moiroud a observé un beau cas d'échinococcose multilobulaire scapulo-humérale. Après échec du traitement conservateur, il fit : 1° une scapulectomie avec conservation de l'acromion ; 2° une résection du tiers supérieur de l'humérus. Extirpation d'une récidive quatre ans plus tard. Guérison.

Présentation de malades :

M. Basset : néoplasme sténosant très étendu de l'estomac. Duodénostomie permanente par le procédé de Witzel.

M. P. Mathieu : bon résultat de résections correctrices dans les articulations de torsion du pied.

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1932)

Invagination intestinale aiguë du nourrisson. — Le travail de M. Lagrot (d'Alger) est rapporté par M. Sorrel. L'auteur a dû faire une appendicectomie, dans une invagination opérée à la huitième heure, car l'appendice était touché. Dans un deuxième cas, le lavement baryté ne donna qu'une désinvagination incomplète et une intervention complémentaire fut nécessaire. M. Sorrel reprend à ce propos l'utilité dans certains cas du lavement baryté.

Rupture de la rate chez l'enfant. — M. Sorrel rapporte deux travaux sur ce sujet : l'un de MM. Oberthür et Mérigot, l'autre de MM. Fèvre et Armingeat. Un traumatisme très minime suffit à déterminer la rupture splénique chez l'enfant, et ce traumatisme siège parfois à distance. La rupture splénique est la plus fréquente des lésions traumatiques abdominales chez l'enfant. Parmi les signes permettant le diagnostic il faut insister sur la syncope initiale, les vomissements au moment du traumatisme, la douleur dans l'hypocondre gauche, son irradiation à l'épaule gauche, la contracture localisée. Les résultats de la splénectomie sont bons lorsque l'intervention est pratiquée assez tôt.

M. Proust insiste sur le fait qu'on doit savoir porter le diagnostic de rupture splénique en dehors de la contracture abdominale qui peut manquer.

Adéno-fibrome arborescent du sein. — M. Moure a observé des récidives locales après ablation de tumeurs bénignes arborescentes. Il est vraisemblable que des prolongements de la tumeur, non enlevés par l'intervention, ont été cause de ces récidives.

M. Cunéo estime qu'en enlevant une tumeur bénigne il ne faut pas vouloir raser de trop près la capsule, pour ne pas s'exposer à des récidives.

M. Lenormant pense que les adénomes du sein peuvent récidiver soit parce qu'ils sont multiples, soit parce que ces adénomes ne sont pas parfaitement énucléables.

M. Duval estime qu'il ne s'agit pas de récidives mais d'extirpation incomplète. Quénu faisait retourner le sein et encadrer la tumeur pour l'extirper complètement.

M. Louis Bazy estime qu'il s'agit d'adénomes péricanaliculaires, d'où les prolongements de la glande.

Bistouri électrique et cancer. — M. Heitz-Boyer estime qu'il ne faut pas employer le bistouri électrique lorsqu'on s'approche trop des vaisseaux. Il y a par contre de gros avantages dans les cancers infectés et dans ceux où l'on passe à travers des surfaces graisseuses, en particulier pour les cystectomies. L'auteur estime que cet instrument détermine l'exclusion des lymphatiques.

M. Cunéo estime que pour extraire une tumeur il faut passer à distance et peu importe donc l'instrument sectionnant.

Présentation de malades :

Luxation de l'épaule avec rupture artérielle. — M. Mocquot présente cette malade : il s'agissait d'une luxation ancienne. Il fallut une triple incision pour assurer l'hémostase. Il survint une rétraction des fléchisseurs.

Cancer du rectum. — M. Alglave présente en bon état général un cancer du rectum traité par exclusion du rectum et radium. Ce résultat date de deux ans et demi.

Perforation intestinale. — MM. Proust, Wilmoth et Baumann ont obtenu un bon résultat dans cette perforation, d'origine bacillaire.

Hydrocèle. — M. Chevassu montre l'intérêt de l'illumination électrique des hydrocèles.

Guide pratique d'analyses médicales par des méthodes simples et rapides, par Ed. Moreau et J. Beck. Deuxième édition revue et corrigée. In-8° écu XVI-216 pages, avec 47 figures. Prix : 15 fr. — Paris, Vigot Frères.

THÉRAPEUTIQUE

CONSEILS PRATIQUES CONCERNANT LE TRAITEMENT DU PSORIASIS

Au cours de la séance du 14 janvier 1932 de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, MM. Jausion, Pecker, Gervais et Soleil ont fait une communication intéressante concernant le psoriasis et nous en extrayons le passage suivant :

« En novembre 1927, nous avons, avec Debucquet, porté devant cette Société les premiers résultats de nos essais de chimiothérapie pyridino-arséno-bismuthique du psoriasis. Nous ne voulons pas revenir ici sur la valeur de cette médication, le Psothanol, qui a fait maintenant ses preuves définitives et possède, avec les travaux de Burnier et Lotte, les thèses de Landart et de Prat, d'autres référence favorables.

Nous nous bornerons à donner quelques conseils propres à en accroître l'efficacité. Ils peuvent se résumer ainsi :

1° Préférer la voie veineuse à l'intra-musculaire. Commencer néanmoins par quelques intra-fessières qui préparent le sujet à l'administration vasculaire du médicament, car il devient ainsi mieux toléré.

2° Faire des séries de 30 injections.

3° Reprendre la cure après un mois d'arrêt et poursuivre jusqu'à épuisement de quatre ou cinq séries.

Il est rare que, même dans les cas rebelles, le blanchiment durable n'en suive point. »

LIVRES NOUVEAUX

La Collection de Parrel des Manuels de rééducation (1)

La rééducation fonctionnelle tient une place de plus en plus large dans la thérapeutique ; elle peut parfois remplacer tous les autres traitements, mais en général elle intervient avant, pendant ou après la mise en œuvre des procédés chirurgicaux, électro-radiologiques, médicaux, héliothérapiques, thermaux, etc.

Ni les médecins, ni les éducateurs, ni les déficients eux-mêmes ne doivent ignorer les bienfaits de cette incomparable puissance rénovatrice. Les uns et les autres trouveront tous les renseignements pratiques indispensables dans la série de *Manuels de rééducation* publiés sous la direction du docteur de Parrel, par les techniciens les plus qualifiés.

Voici la liste de ces dix manuels et de leurs auteurs :

1. *La Rééducation de la voix parlée* : docteur G. de Parrel (28 fr.).
2. *L'Education et la Rééducation de la voix chantée* : Mme Louise Matha et docteur de Parrel (36 fr.).
3. *La Lecture sur les lèvres : rééducation psycho-visuelle* : Mlle le docteur Hoffer et docteur de Parrel (30 fr.).
4. *La Rééducation de l'ouïe chez les sourds, les sourds-muets et les durs d'oreille* : docteur G. de Parrel (28 fr.).
5. *L'Education et la Rééducation fonctionnelles chez l'enfant* : docteur Diffre (de la Bourboule).
6. *La Rééducation des déficients psychiques et des retards scolaires* : Mlle le docteur Hoffer et Mlle Angles, inspectrice générale des écoles maternelles (30 fr.).
7. *La Rééducation respiratoire* : docteur Pescher.
8. *La Rééducation des obstrués du nez et du pharynx* : docteur Georges Rosenthal.
9. *La Rééducation psychothérapique* : docteur Pierre Prost.
10. *La Rééducation motrice chez les malades du système nerveux, les blessés et les mutilés* : docteur Cauvy (de Lamalou).

Les cinq premiers de ces manuels viennent de paraître ; les suivants sont sous presse et seront publiés dans le courant de l'année scolaire 1931-1932.

Pas de bibliographie, beaucoup de figures, de tableaux et de schémas, des exercices pratiques, des conseils utiles, telles sont les caractéristiques des volumes de cette Collection, réalisée dans l'esprit le plus moderne et le mieux adapté au but proposé.

On doit féliciter le docteur de Parrel, qui fut en ce domaine un précurseur et un puissant animateur, d'avoir pris l'initiative de cette publication de haute opportunité et qui rendra tant de services aux médecins, aux malades et aux éducateurs.

H. HOFFER.

(1) Dix volumes in-8 carré de 200 pages environ chacun, avec de nombreuses figures et tableaux dans le texte. Dessins du docteur Wagner. — Paris, G. Doin et Cie.

Les Affections de l'oreille chez l'enfant (1), par le Dr Max MEYER, professeur à l'Université de Wurtzbourg. Traduit de l'allemand par le docteur P. GAUTHIER-VILLARS.

Après deux chapitres sur l'examen clinique et fonctionnel de l'oreille, l'auteur décrit, dans cet ouvrage consacré exclusivement à la pathologie de l'enfance, les diverses affections de l'oreille externe, de l'oreille moyenne, de l'oreille interne, en s'attachant surtout à préciser les règles du diagnostic, et les raisons de préférer tel ou tel mode de traitement.

C'est ainsi que les otites aiguës et la mastoïdite, les complications otiques des maladies infectieuses, les otites internes et leurs complications sont étudiées d'un point de vue purement clinique. Le praticien, le pédiatre, l'étudiant trouveront dans ces chapitres les notions théoriques qui leur sont nécessaires, mais avant tout les règles d'un examen méthodique, menant à l'appréciation exacte des dangers courus par le malade. Signalons le chapitre sur l'enfant sourd-muet, qui complète les données que le lecteur ne peut trouver qu'éparses dans les divers traités publiés.

L. G.

Les poisons du bacille tuberculeux et les réactions cellulaires et humorales dans la tuberculose. Esquisse d'une conception nouvelle des processus pathogéniques de la tuberculose (2), par le Dr Jean ALBERT-WEIL. Préface du professeur A. BORREL. Travail de la fondation Michelin pour les recherches sur la tuberculose. (Institut de bactériologie de la Faculté de médecine de Strasbourg). Directeur : professeur A. Borrel.

Cette question a été l'objet d'innombrables travaux, dont un grand nombre sont cités en bas de pages ; J. Albert-Weil condense ces notes et mémoires fragmentaires en un exposé continu, où s'intercalent quelques expériences et aperçus originaux.

Auguste PETTIT.

(1) In-8 (20 × 15) de VIII-201 pages avec 25 figures et 6 planches hors texte. — Prix : 40 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.
(2) In-12 de 327 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 26. — MERCREDI 30 MARS 1932. 105e ANNEE. MERCREDI 30 MARS 1932. — N° 26.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Une place d'assistant suppléant de la consultation de médecine générale et une place d'assistant suppléant de la consultation de médecine infantile ouverte tous les jours (dimanches et fêtes compris), à la polyclinique du boulevard Ney, sont actuellement vacantes.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au bureau du Service de santé de cette administration, 3, avenue Victoria, avant le 15 avril prochain, dernier délai.

— CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Jury : MM. Delépine, Hérissey, Mascré, Hazard, Regnier, André, Sommelet.

ASILES PUBLICS DE LA SEINE. — Le concours de l'internat (médecine) des Asiles de la Seine s'est terminé le 21 mars. Questions posées :

Pathologie. — « Signes, diagnostic et traitement des péritonites tuberculeuses. — Signes, diagnostic et traitement des cancers du sein. »

Anatomie. — « Anatomie et physiologie des nerfs moteurs de l'œil. »

Oral. — « Indications de la ponction lombaire (sans la technique). »

Sont nommés :

Internes titulaires : MM. Nodet, Doussinet, Got, Couléon, Boudard, Ferdières, Adnès, Royer.

Internes provisoires : MM. Delmont-Bebet, Maillefer, Fortineau, Fardet, Mme Bobé.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — La chaire d'hygiène de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est déclarée vacante.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de physique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours s'ouvrira, le mardi 11 octobre 1932, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

COLLÈGE DE FRANCE. — Un décret en date du 17 mars 1932 nomme professeur titulaire de la chaire de médecine au Collège de France M. Charles Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — M. le professeur Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine de Paris, est nommé membre honoraire étranger de l'Académie royale de médecine de Belgique.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — BOURSES FAMILIALES DU CORPS MÉDICAL (fondation de M. le docteur Roussel). — Il est rappelé que dix bourses de 10.000 fr. ont été créées par le docteur Roussel en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants et des veuves en ayant trois à leur charge, et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association générale des médecins de France, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe) pour le 1er mai au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront simplement avertir par lettre qu'ils maintiennent leur candidature pour 1932.

ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS MÉDECINS DES CORPS COMBATTANTS (74, rue du Rocher, Paris VIIIe). — Cette Association, qui compte actuellement plus de 1.100 membres, a tenu son assemblée générale le 17 mars, à l'hôtel Carlton, sous la présidence du docteur J. Forestier, président sortant.

Elle a élu comme président le docteur Louis Leroux; comme président honoraire le docteur A. Landrin, et comme

présidents d'honneur le professeur Balthazard et le docteur Censier.

D'importantes modifications ont été apportées aux statuts. Il a été fondé une caisse de solidarité pour venir en aide aux infortunes de la famille médicale.

Le dîner qui a suivi a réuni une centaine de convives autour du docteur Launay, chirurgien des hôpitaux de Paris.

CRÉATION D'UN INSTITUT D'ÉTUDES SOLAIRES ET STELLAIRES. — Dans son assemblée générale du 21 février 1932, la Société médicale du Littoral méditerranéen a émis le vœu qu'un Institut international soit créé à Nice pour être mis à la disposition des chercheurs désireux d'étudier l'action biologique et pathologique des radiations cosmiques émises par les astres et notamment par le soleil.

En effet, les observations poursuivies depuis dix ans semblent avoir démontré que, en outre des ondes sensibles constituant la chaleur et la lumière, le soleil émet d'autres ondes invisibles et inconnues capables de créer, soit par des variations du champ magnétique, soit de toute autre manière, des désordres graves dans la vie de notre planète et dans notre propre vie. Le synchronisme indéniable et constant de la recrudescence des maladies, des morts subites, des suicides, des accidents et des crimes incompréhensibles, avec les aurores boréales, les secousses sismiques, les éruptions volcaniques et les taches du soleil, montre que tout cela constitue un ensemble de causes et d'effets dont le primum movens paraît bien être dans les radiations issues des orages magnétiques de la photosphère solaire.

Le choix de Nice pour la création d'un tel centre d'études s'explique de lui-même : au cours du dernier mois de janvier l'observation du soleil a pu y être commodément réalisée, sans nuages ni vapeurs interposés, durant 26 journées. — D'ailleurs, la municipalité de Nice est disposée à s'associer aux efforts des initiateurs, en vue de réaliser une entreprise dont peuvent naître des connaissances nouvelles d'une portée incalculable.

Une Association va être formée, dont le but est la création de cet Institut d'études solaires et stellaires, à Nice. Elle comprendra des membres fondateurs, des bienfaiteurs, des titulaires, des associés, des correspondants.

Les adhésions sont reçues par le président de la Société, le docteur Maurice Faure, 24, rue Verdi, à Nice.

XXIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Le prochain Congrès français de médecine se tiendra les 10, 11 et 12 octobre 1932 à Paris. La composition du bureau est la suivante : président, M. le professeur Besançon; vice-présidents, MM. le professeur Marcel Labbé, le docteur Jules Renault, le médecin général inspecteur Sacquépée, le médecin général Dufressine, inspecteur général du Service de santé de la marine. — Secrétaire général : M. Abrima, 9, rue de Lille, Paris. Secrétaires adjoints : MM. Mathieu-Pierre Weil et René Moreau. Trésoriers : M. le professeur Noël Fiessinger et M. Georges Masson.

Questions mises à l'ordre du jour : 1° *La lymphogranulomatose maligne*; 2° *Les acrocyanoses*; 3° *Le traitement médico-chirurgical des abcès du poumon.*

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. Paul CARNOT.) — *Cours pratique de physiothérapie,* du lundi 4 avril au samedi 23 avril 1932.

Conférences, de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/4.

Exercices pratiques individuels, de 10 h. 1/2 à midi.

Il sera délivré un diplôme à la fin du cours.

Le prix du cours est de 300 fr.

— LABORATOIRE DE PARASITOLOGIE. Professeur : M. E. BRUMPT.) — *Mycologie théorique et clinique* (24 manipulations sous la direction du docteur Maurice Langeron). — Le but de cet enseignement, essentiellement pratique, est d'exercer individuellement les élèves à toutes les manipulations nécessaires pour l'étude des champignons pathogènes. Les élèves prépareront donc eux-mêmes leurs milieux de culture et feront chacun les ensemencements, inoculations, colorations, etc.

La durée de l'enseignement est de 24 jours. Les séances auront lieu tous les jours, à 15 h., du 2 au 31 mai 1932.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Le droit d'inscription est de 400 fr.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Joseph Parrocel, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Marseille, fondateur et rédacteur en chef de la *Provence médicale*, décédé à Marseille à l'âge de 36 ans. Nous prions la rédaction de la *Provence médicale* de trouver ici l'expression de nos vives condoléances.

PRATIQUE MÉDICALE

L'INSOMNIE ET SON TRAITEMENT (1)

Par M. le docteur QUÉNÉE.

Parmi les nombreuses médications utilisées contre l'insomnie, M. Quénée fait remarquer combien le sédobrol peut rendre de services en tant que sédatif léger ; mais pour lui le type des hypno-analgésiques serait le pantopon qui certes donne d'excellents résultats. Cependant, ce sont surtout les sels organiques de l'urée qui sont utilisés avec avantage. Il s'agit non seulement des barbituriques, dont le plus employé est certainement le somnifène, mais aussi de l'allylisopropylécétylcarbamide, spécialisé sous le nom de sédormid.

Ce corps a le double avantage d'une élimination rapide (ce qui supprime le risque d'accumulation) et d'une très grande maniabilité (la dose toxique étant pour le chien huit fois supérieure à la dose hypnotique) ; de plus, c'est un médicament dont l'action douce est sans effet sur le système vaso-moteur et que l'on peut donner quel que soit l'état organique du malade. Le sédormid se prescrit à la dose de 1 à 3 comprimés de 0,25 par jour. Suivant le moment où il est pris, il fait dormir ou il calme seulement le malade anxieux. Il trouve sa place entre les sédatifs purs (type sédobrol) et les barbituriques (type somnifène). Plus actif que les premiers au point de vue sommeil, il se montre moins énergique que les derniers et surtout moins brutal : le sédormid apparaît par conséquent comme un sédatif hypnogène de choix, à action douce, ne déterminant ni accoutumance, ni intoxication ; c'est, comme on l'a dit justement, le médicament des petits anxieux, des agités, des préoccupés et des mélancoliques.

(1) *Concours méd.*, Paris, janv. 1931, n° 3.


LES
SÉRODAUSSE
sérum activé de jeune taureau
sérum de jeune bovidé en croissance
HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU
ET ANTICORPS DES POISONS SENILES
FACTEURS INTERNES DE LA CROISSANCE (HARMOZONES)
RETARD DU DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL DE L'ENFANT
OVARIEN
sérum activé de génisse
HORMONES OVARIENNES ET ANTICORPS DES POISONS SENILES
INSUFFISANCES OVARIENNES (CASTRATIONS CHIRURGICALES, ETC.)
PLUS GRANDE APTITUDE A L'EFFORT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL
TRAITEMENT DES SUPPURATIONS (GANGLIONS ABCÉDÉS, MASTOIDITES, OSTÉO-MYÉLITES)
LABORATOIRES DAUSSE 4, RUE AUBRIOT PARIS (4e)

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

(Annexe Grancher).

INFECTIONS

Méningite séreuse et mononucléose infectieuse. — A. Hecht-Johansen. *Acta medica Scandinavica*, vol. LXXVI, fasc. 3, 27 juillet 1931). — L'auteur rapporte l'observation d'un sujet admis à l'hôpital pour fièvre continue avec somnolence légère et céphalée. Dans les jours qui suivent, on voit se compléter un tableau de méningite aiguë avec céphalée intense, raideur de la nuque, signe de Kernig. Il n'y a à cette époque aucun symptôme pharyngé. Le liquide céphalo-rachidien hypertendu montre une légère albuminose avec la présence d'un nombre infime d'éléments figurés dont on n'arrive pas à préciser si ce sont des mononucléaires ou des polynucléaires.

L'examen de sang montre une leucocytose à 11.000 avec prédominance très marquée des mononucléaires petits et moyens sur les polynucléaires.

Les jours suivants, l'aspect clinique se modifie du fait de l'apparition des signes bucco-pharyngés : langue blanchâtre ; existence sur les deux amygdales d'un enduit pseudo-membraneux d'aspect nécrotique et de couleur grisâtre. Adénopathie correspondante.

En même temps que s'atténuent les autres symptômes, on voit l'angine évoluer vers la guérison. L'amygdale droite se nettoie assez vite, mais il faut trois semaines environ pour que la gauche redevienne normale. En même temps, la formule hématologique est redevenue graduellement normale. Les ganglions disparaissent en dernier.

Il est à remarquer dans la présente observation que les signes généraux et les signes sanguins ont nettement précédé l'apparition des symptômes pharyngés ; Ustvedt a de même cité des cas où l'angine est au second plan dans une mononucléose infectieuse. L'adénopathie, par ailleurs, a été absente pendant toute la période fébrile et est toujours demeurée localisée. A noter enfin l'allure pseudo-miningitique au point de vue clinique et cytologique.

Cette observation est à rapprocher des cas publiés par Siggaard Andersen et F. Wulff comme méningites séreuses et qui parfois s'accompagnèrent d'angines. Dans ces cas, malheureusement, l'examen du sang n'a pas été pratiqué.

R. Levent.

Recherches sur le germe dentaire et les os maxillaires dans l'hérédo-syphilis. — W. Bauer (Innsbruck), 3 juillet 1930. — *Wien. Klin. Woch.* — L'auteur formule les conclusions suivantes :

1° Dans l'hérédosyphilis, on peut constater la présence de tréponèmes dans le bourgeon dentaire, dans la pulpe de la dentine non calcifiée et calcifiée, dans le sac dentaire, dans la pulpe de l'émail et dans sa cuticule.

2° Du fait de la croissance rapide du bourgeon dentaire dans sa portion basale, c'est à ce niveau surtout que les spirochètes sont nombreux ;

3° Dans la syphilis, du fait de la participation vasculaire et du trouble de la circulation locale, il se produit des modifications des odontoblastes, des cellules adamantines et du sac dentaire, les hypoplasies de l'émail en particulier doivent être attribuées à la lésion des cellules adamantines du fait de l'œdème et des hémorragies ;

4° La syphilis héréditaire modifie également les os maxillaires ; elle cause une inflammation raréfiante et fibrosante de la moelle osseuse ainsi que de la périostite ossifiante.

R. Levent.

A propos de la vaccination antityphique par voie cutanée. — E. Lœwenstein. *Wien. Klin.*, 31 juillet 1931. — Les essais de l'auteur et de divers autres expérimentateurs, portant sur l'animal et sur l'homme, lui ont montré qu'en ce qui concerne la diphtérie, l'immunisation active par des frictions avec une pommade renfermant de l'anatoxine peut donner d'aussi bons résultats que l'injection sous-cutanée.

L'auteur a renouvelé les essais dans d'autres infections. L'immunisation du lapin contre le bacille typhique s'est opérée très rapidement. Par contre, les essais avec les germes de la dysenterie et du choléra ont été infructueux pour des raisons que l'auteur n'a pas réussi encore à élucider.

R. Levent.

Un cas de gangrène pulmonaire guéri par collapsothérapie. H. Curchod. Revue Méd. de la Suisse Romande, 25 mars 1931. — L'auteur rapporte l'observation d'un sujet de 47 ans, venu consulter pour de la toux avec expectoration mucopurulente fétide, un mauvais état général, une température s'élevant à 39°. Signes physiques et radiologiques d'excavation pulmonaire. En raison des caractères de l'expectoration et de la nature de la flore bactérienne, ainsi que des signes généraux on porte le diagnostic de gangrène pulmonaire.

On pratique d'abord une phrénicectomie qu'accompagne un traitement médicamenteux par l'ail et le néosalvarsan. Une amélioration commence à se montrer après 15 jours de traitement : l'état général se relève, la température tombe, mais les signes cavitaires persistent ainsi que l'expectoration abondante et fétide. Un mois après la phrénicectomie, on pratique donc un pneumothorax artificiel en prenant toutes les précautions nécessaires ; on l'entretient par insufflations hebdomadaires pendant tout le séjour à l'hôpital.

Après une hospitalisation de 3 mois avec pneumothorax et médication iodée associée, le malade sort avec un bon état général ; la toux a disparu, l'expectoration est à peu près nulle et sans fétidité aucune. Tous les éléments du syndrome cavitaire ont disparu.

Le pneumothorax continue d'être entretenu depuis la sortie du malade.

R. Levent.

Les mesures prophylactiques contre la varicelle. — Curt Gyllenswärd. *Acta med. Scandinavica*, vol. LXXVI, fasc. 1-2, 12 juin 1931. — La varicelle, maladie habituelle-


fixe le Calcium

ment bénigne, peut cependant revêtir une allure grave, en particulier chez des malades, des convalescents ou dans une collectivité.

Dans un orphelinat, l'auteur a injecté 41 enfants avec une suspension dans l'eau physiologique du contenu de bulles varicelleuses au 2e jour chauffé à 56°. La suspension est ensuite vieillie à la glacière pendant 9 jours. 15 enfants reçoivent une injection sous-cutanée, 26 une injection intradermique. Parmi eux, 22 avaient eu auparavant la varicelle ; les 19 autres ne l'avaient pas eu, mais pouvaient, au moment de l'injection être en incubation du fait de l'épidémie de varicelle à ce moment régnante dans l'orphelinat.

Les enfants ayant eu autrefois la varicelle n'ont présenté aucune réaction ; les autres ont présenté, certains tout au moins, une réaction (ou pseudo-réaction) locale, rougeur et gonflement, pendant 24 heures environ.

3 sujets parmi eux ont fait une varicelle, apparue respectivement 2, 6, 14 jours après une injection sous-cutanée ; toutes ces varicelles ont été abortives. Pendant la même période, un autre enfant non injecté faisait une varicelle grave.

Il y aurait donc possibilité de reconnaître dans une collectivité les sujets réceptifs à la varicelle ; peut-être même l'injection sous-cutanée ou intradermique est-elle susceptible d'empêcher l'éclosion de la maladie ou de diminuer sa gravité, même si elle est pratiquée en période d'incubation.

Il est à noter que dans l'orphelinat observé par l'auteur, on a vu l'épidémie qui datait déjà de 2 mois 1/2 s'éteindre très rapidement après cette « vaccination » bien qu'à aucun moment, les admissions nouvelles n'aient été suspendues.

Une épidémie à son début pourrait donc peut-être être enrayée tant au point de vue du nombre des cas qu'à celui de leur gravité.

R. LEVENT.

APPAREIL CIRCULATOIRE

L'urémie après transfusion sanguine. (F. J. TRSIGLER. *Zentral. für Chir.*, 4 juillet 1931.) — L'auteur rapporte une observation d'hémolyse après une transfusion sanguine et une splénectomie pratiquées pour parer à une hémorragie grave. La mort est survenue. L'essai préalable de l'agglutination et la recherche des incompatibilités sanguines s'étaient montrés négatifs. La mort survint par urémie (symptômes digestifs, anurie, coma.)

L'examen anatomique a montré comme suite éloignée de la transfusion un blocage mécanique du rein, turgescent dans sa capsule, de teinte brun rouge avec zébrures. Gonflement et dégénérescence des cellules des tubes dont la lumière contient par endroits des amas globulaires plus ou moins altérés. Les glomérules sont intacts.

Ces lésions paraissent dues à l'action toxique des produits de destruction des albumines résultant de l'hémolyse.

R. LEVENT.

A propos des anémies de type pernicieux résistant au traitement par le foie. (S. A. HOLBOELL. *Acta med. Scandinavica*, vol. LXXIII, fasc. 4, 28 juin 1931.) — L'auteur relate 7 observations d'anémie à type pernicieux résistant au traitement par le foie (Extrait hépatique).

Dans 5 de ces cas, il s'agissait d'anémie aplastique symptomatique (septicémie, cancers osseux). 1 cas semble idiopathique ; le 7e cas est une anémie aleucémique.

L'étude de ces cas vient confirmer que le traitement par le foie est spécifique de l'anémie pernicieuse essentielle ; les affections hépatorésistantes ne rentrent pas dans le cadre de l'anémie pernicieuse vraie.

R. LEVENT.

Quelques réflexions touchant la détermination des groupes sanguins en vue de la transfusion. (E. D. SCHÖTT. *Acta medic. Scandinavica*, vol. LXXVI, fasc. 1-2, 12 juin 1931.) — L'auteur a pu remarquer que dans certains cas, la détermination des groupes sanguins pouvait être rendue difficile et donner lieu à des erreurs d'interprétation, soit du fait des diverses nomenclatures proposées pour la désignation de ces groupes, soit du fait même d'étiquetages mal exécutés ou mal interprétés des sérums-tests.

En prenant toutes les précautions pour éviter l'altération des produits, il est nécesaire, à l'avis de Schött de pratiquer non seulement l'examen des globules, mais encore celui des sérums sanguins.

Il s'agit là d'une recherche qui doit être perfectionnée et rendue plus précise pour faciliter les cas d'urgence. Mais même dans ces cas, l'auteur considère qu'il est nécessaire d'examiner l'effet du sérum d'un des sujets sur les globules de l'autre et de vérifier le résultat observé par épreuve cruciale. De même, on ne doit employer le sang d'un donneur universel que s'il est absolument impossible de trouver un donneur dont le groupe sanguin soit le même que celui du receveur, et seulement après titrage de son sérum.

R. LEVENT.

Agranulocytose après malariathérapie. (A. MEYER. *Deuts. Med. Woch.*, 6 février 1931). — On a déjà décrit, chez des syphilitiques, des cas d'agranulocytose succédant à un traitement par l'arsenic ou par le bismuth. L'auteur publie ici deux observations d'où il appert d'après lui que l'agranulocytose résulte d'une infection paludéenne provoquée pour des fins thérapeutiques (antisyphilitique).

La première observation est celle d'un homme de 21 ans syphilitique depuis 10 semaines environ, traité successivement par l'arsenic et le bismuth. Le 22 avril, on pratique une injection intra-veineuse de sang paludéen ; le 11 mai il en est à son 10e accès de malaria typique que l'on arrête à ce moment par la quinine. On continue le traitement spécifique par l'arsenic. Mais la température reste pendant 48 heures encore aux environs de 39.6 et on recommence l'alternance arsenic-bismuth. Le malade qui avait sans incident supporté la malariathérapie se plaint de fatigue, de malaise imprécis ; il présente un peu d'œdème du visage, surtout péribuccal gênant la parole et la mastication ; les muqueuses sont rouges et œdématiées ; gingivite intense. A l'examen de sang : G. R. : 5.760.000 G. B. : 4.600, dont 5 % seulement de polynucléaires contre 78 % de lymphocytes et 17 % de monocytes. On attribue cette lésion sanguine au traitement arsenico-bismuthique et on la traite par l'hyposulfite de soude intraveineux, les rayons X, la moelle osseuse. On réserve cependant l'action favorisante du paludisme provoqué. Après quelques jours d'état stationnaire apparaît une certaine amélioration. Le malade a perdu 10 kilogs. Un examen de sang pratiqué le 11 juillet montre 5.800 globules blancs, dont 67 % de polynucléaires et 28 % de lymphocytes, les réactions biologiques, l'état local de la bouche sont redevenus normaux. On continue le traitement arsenico-bismuthique sans accidents ni signes d'intolérance. Guérison.

La deuxième observation est celle d'un sujet de 37 ans, syphilitique depuis 15 ans et chez qui une paralysie générale évolue depuis 6 mois. En novembre 1929, on commence un traitement bismuthique bientôt interrompu, le malade s'améliorant. En juillet on administre du néosalvarsan, puis on tente la malariathérapie. Après 6 accès fébriles endurés sans complications, le malade accuse des douleurs dans le cou. Sa gorge est un peu rouge ; à la base de la langue, du côté gauche on trouve une zone tuméfiée de la dimension d'une pièce de 2 francs. L'examen de sang montre seulement 2.500 leucocytes avec 6 % de polynucléaires, 83 % de lymphocytes, 10 % de monocytes, 1 % d'éosino-

philes ; formule qui ne répond pas à la formule habituelle du paludisme.

Après le 7e accès, il n'y a plus que 1.100 leucocytes avec 11 % de polynucléaires et 74 % de lymphocytes. L'état général en même temps s'aggrave. La mort survient 3 jours plus tard, sans modifications de la formule sanguine en dépit de transfusions répétées et d'autres traitements associés, par ictère grave et gangrène pulmonaire. Pas d'autopsie.

Dans ce deuxième cas, l'auteur porte également le diagnostic d'agranulocytose. La relation lui paraît moins nette dans le premier cas avec la malariathérapie que dans la deuxième, bien que les faibles doses d'arsenic et de bismuth administrées rendent leur action moins vraisemblable que celle du paludisme.

L'auteur ignore si malaria provoquée peut donner lieu à l'agranulocytose ; il ignore également si la même souche paludéenne a, soit auparavant, soit ultérieurement provoqué de l'agranulocytose mais considère l'action du virus comme vraisemblable.

R. LEVENT.

La sédimentation sanguine et les infections dentaires chroniques. — (H. ALLARD et J. et H. RALSTON. *Acta medica Scandinavia*, vol. LXXIV, fasc. 6, 15 avril 1931.) — L'auteur a examiné des sujets entièrement sains par ailleurs présentant autour de leurs racines dentaires des kystes ou des granulomes et a comparé leur sédimentation sanguine avant et après traitement.

Avant le traitement, pendant 1 ou 2 mois, la réaction a été mesurée par la technique de Westergren. Dans les 11 cas mis en observation, la sédimentation (en mm. par heure) a diminué. Dans 9 cas, avant traitement, elle était supérieure à la valeur normale selon Westergren et après traitement est redevenue normale dans 1 cas excepté où le sujet 2 ans plus tard fut atteint d'une bacillose pulmonaire aiguë.

Dans 2 cas, la sédimentation était normale avant le traitement mais s'est pourtant abaissée après celui-ci.

Dans aucun de ces 11 cas, il n'existait de gingivite ni de pyorrhée alvéolaire.

Il semble donc d'après ces résultats, que les infections banales des racines dentaires produisent une réaction générale de l'organisme.

R. LEVENT.

Leucémie lymphatique familiale. (SVEND PETRI, *Acta med. Scandinavica*, vol. LXXIV, fasc. 6, 15 avril 1931.) — L'auteur rapporte brièvement l'observation de deux cas de leucémie lymphatique chronique observée à la même époque chez deux frères d'âge moyen (51 et 53 ans). Du fait qu'on a parlé dans divers cas d'une transmission familiale infectieuse ou non, l'auteur a recherché dans les antécédents familiaux de ses malades si des cas analogues avaient été observés et s'est livré en même temps auprès de 2.000 médecins à une enquête sur l'observation des cas familiaux de l'affection en question.

Les 2 sujets occasion de cette recherche semblent dans leur famille les seuls atteints depuis de nombreuses générations. Rien dans l'enquête menée par ailleurs ne permet d'admettre ou d'écarter le facteur héréditaire dans la leucémie lymphoïde.

R. LEVENT.

APPAREIL RESPIRATOIRE

Deux cas de bacillémie tuberculeuse au cours d'asthme bronchique. (A. KENNER. *Wiener med. Woch.*, 5 juin 1931.) — L'auteur, depuis un an, fait systématiquement chez tous les malades de son service la recherche des bacilles tuberculeux dans le sang circulant d'après la méthode de Lœwenstein.

Il rapporte 2 observations d'asthme bronchique typique au point de vue clinique et ne s'accompagnant d'aucun signe de tuberculose pulmonaire en activité. Rien ne distinguait ces cas d'un asthme allergique d'origine quelconque. L'emphysème, qu'il est habituel de rencontrer chez l'asthmatique existait il est vrai, mais dans l'un des deux cas il n'y avait même pas de signe de sclérose apicale. L'expectoration, l'éosinophilie sanguine, l'aspect général du malade, les caractères de la dyspnée étaient d'un asthme typique, la sédimentation sanguine allait contre toute vraisemblance de processus exsudatif de quelque importance.

On aurait pu en se plaçant à un certain point de vue dire que l'asthme bronchique était le seul signe qui décelât la bacillémie.

Doit-on considérer comme l'effet du hasard cette coïncidence asthme-bacillémie chez un même sujet ? On ne pourra le savoir que lorsque des statistiques un peu nombreuses auront été établies.

Est-ce une bacillémie par essaimage sanguin à partir d'un foyer pulmonaire occasionnant les crises d'asthme ? Ce serait alors un pseudo-asthme par retentissement sur le domaine vago-sympathique des lésions broncho-pulmonaires et pleurales.

Dans les cas ci-dessus mentionnés, la radiologie et l'examen des crachats doivent faire écarter cette hypothèse.

Ne serait-il pas plus vraisemblable qu'il y a ici lien pathogénique entre asthme et bacillémie ? Si la chose est vraisemblable, il est cependant impossible d'en reconnaître la cause commune. Il n'est nullement dans l'intention de l'auteur de rattacher tous les asthmes à la tuberculose, mais sans doute est-il permis de penser qu'il y aurait ici allergie vis-à-vis de la toxine bacillaire ; on a pu, d'ailleurs, dans d'autres cas, reconnaître au cours de la tuberculose d'autres symptômes allergiques.

La bacillémie est-elle indispensable pour que l'asthme apparaisse au cours d'une tuberculose ou suffit-il que le bacille reste cantonné dans un foyer ? La réponse est actuellement impossible.

En tous cas, on ne peut plus dire qu'asthme et tuberculose s'excluent l'un l'autre, conclusion à laquelle on était déjà arrivé par d'autres voies.

La technique du prélèvement et celle de la culture semblent, à l'avis de l'auteur, donner toute garantie contre les causes d'erreur.

R. LEVENT.

Étude clinique sur la pleurésie sérofibreuse et sur son étiologie. (A. LANDAU, J. GLASS, M. MARKSON. *Ann. de méd.*, janvier 1931.) — L'étiologie de la pleurésie sérofibrineuse est encore discutée ; si pour l'école française 98 % des pleurésies séreuses qui ne font pas leur preuve doivent être considérées comme tuberculeuses, les écoles médicales d'autres pays, tout en semblant rapprocher leur point de vue de celui de l'école française, sont cependant moins affirmatives.

Les auteurs, s'appuyant sur l'examen clinique et radiologique du thorax et du parenchyme pulmonaire, sur l'anamnèse, la recherche du bacille de Koch dans les crachats ordinaires et les crachats homogénéisés, l'examen biologique et clinique du liquide d'épanchement, les cultures, les inoculations, sans oublier la recherche des formes nouvellement reconnues de l'agent infectieux, ont étudié 40 cas de pleurésie sérofibrineuse.

12 cas de pleurésie secondaire les ont amenés à cette conclusion que dans 50 % des cas l'étiologie est nettement tuberculeuse. Dans le reste des cas, le rhumatisme, la grippe, la streptococcie cardiaque peuvent jouer un rôle mais il demeure habituellement une certaine incertitude ; le diagnos-

tic des pleurésies relevant d'une cardiopathie serait particulièrement délicat.

L'étude de 28 cas de pleurésies avec épanchement primitives les a montrées nettement bacillaires dans 54 % des cas. Les auteurs considèrent comme contestable, tout au moins en ce qui concerne les épanchements primitifs, l'opinion de Netter sur l'importance du pneumocoque. A leur avis, son rôle est exceptionnel.

Dans 46 % des cas, l'étiologie demeure incertaine. 27 % seulement des cas comportent une présomption de tuberculose, mais c'est dans 1 cas sur 5 seulement que l'étiologie demeure absolument obscure.

Aucun caractère clinique ni évolutif, aucun caractère de l'épanchement ne permet de distinguer les épanchements bacillaires, des non-bacillaires.

Si, dans certains cas de pleurésie tuberculeuse les inoculations demeurent négatives, on peut supposer qu'interviennent des propriétés bactériologiques de l'exsudat ou que celui-ci contient seulement des formes atténuées du bacille de Koch (ultra-virus ou formes voisines).

Les auteurs tendent donc à se ranger à l'opinion des auteurs français touchant la fréquence de la tuberculose dans l'étiologie des pleurésies primitives.

R. Levent.

APPAREIL DIGESTIF

De la pathologie de l'angine à monocytes. — Albert-H. du Bois. *Acta méd. Scandinavica*, vol. 73, fasc. 3, 31 mai 1931.) — L'angine à monocytes évoluant en général vers la guérison, on connaît mal ses lésions.

L'auteur a pu observer chez un sujet antérieurement sain une angine à monocytes typique qui, au moment où l'angine rétrocédait, s'est compliquée d'un exanthème pétéchial et d'une pleurésie purulente qui causa la mort.

A l'autopsie, on trouva une légère endocardite mitrale, une faible augmentation de volume des ganglions lymphatiques du foie et de la rate.

L'examen histologique de ces viscères et de la moëlle osseuse montra la présence de cellules monocytaires semblables à celles qu'avait montrées pendant la vie l'examen du sang et la biopsie de la moelle osseuse. Partout la lésion la plus importante et la plus constante paraissait être l'atteinte des endothéliums des capillaires et des artérioles ; cette atteinte semblait par ailleurs s'accorder assez bien avec la fragilité des capillaires cutanés décelée par l'apparition de l'exanthème.

Ces diverses constatations induisent l'auteur à rapprocher l'angine à monocytes d'autres affections provoquant à la fois comme dans le cas présent de la fragilité capillaire et de la monocytose. On connaît depuis longtemps la monocytose de la fièvre typhoïde. Mais il y a aussi de grandes ressemblances histologiques avec les monocytes constatés dans la fièvre ganglionnaire de Pfeiffer peut-être très proche parente de l'angine à monocytes et dans l'endocardite à marche lente.

Or il n'est pas sûr, en particulier après les travaux de Merklen et Wolff sur les réactions du tissu réticulo-endothélial des vaisseaux sanguins que les monocytes soient comme on le pense habituellement d'origine uniquement lymphatique ; peut-être au contraire sont-ils plutôt d'origine endothéliale et réticulaire.

L'auteur en arrive donc à l'hypothèse suivante : l'angine à monocytes doit peut-être être considérée comme une maladie infectieuse à agent encore inconnu qui intéresserait le tissu réticulo-endothélial. Le tissu lymphoïde du ganglion semblant seulement œdématié tandis que les endothéliums capillaires semblent en réaction, la monocytose serait seulement l'effet de la desquamation dans le sang des endothéliums et des réticulums organiques en réaction contre l'infection qui les frappe.

Peut-être l'étude histologique des anses capillaires de la peau serait-elle susceptible d'apporter quelque éclaircissement au problème envisagé de cette façon.

R. Levent.

GLANDES VASCULAIRES SANGUINES

Un cas mortel de goitre exophtalmique ayant débuté pendant l'administration de glande thyroïde. (Eggert Moeller. *Acta med. Scandinavica*, vol. LXXIII, fasc. 1, 28 février 1930.) — L'auteur rapporte l'observation suivie d'autopsie d'un cas de goître exophtalmique ayant débuté lorsque depuis quelques semaines un sujet désireux de maigrir avait entrepris un traitement, d'ailleurs nullement imprudent, par le corps thyroïde. Malgré la cessation immédiate de ce traitement, l'évolution continua et provoqua la mort au bout de 6 mois. Le diagnostic de Basedow fut confirmé par les résultats de l'autopsie.

2 jours avant la mort, la ponction lombaire avait montré l'augmentation de l'albumine et de la globuline dans le liquide céphalorachidien avec un contenu cellulaire normal. Cette lésion demeure inexplicable en l'état actuel de nos connaissances pour l'auteur qui se borne à noter la coïncidence avec l'apparition de troubles psychiques.

Le diagnostic de Basedow n'est pas douteux et correspond bien aux caractères positifs et distinctifs préalablement énoncés par l'auteur ; l'autopsie aurait tranché les doutes s'il en avait existé.

Quelle influence doit-on attribuer au traitement thyroïdien ?

Les cas probants de cet ordre actuellement connus sont peu nombreux si l'on prend en considération le grand nombre de sujets qui usent et mésusent du traitement thyroïdien. Cette rareté disposerait à prendre en considération le rôle joué par la prédisposition qui en l'absence de tout traitement malencontreux serait demeurée latente.

Il faudrait aussi dans ce cas admettre, corollaire des idées de Plummer, que la déviation fonctionnelle résultante est non pas thyroïdienne mais sympathique-parasympathique et que c'est seulement par l'intermédiaire du système nerveux végétatif que naît une perturbation thyroïdienne qui complète alors un cercle vicieux. Ceci serait difficilement conciliable avec la difficulté de réaliser expérimentalement le Basedow chez l'animal par opothérapie thyroïdienne. Il est à noter que parmi les rares cas de ce mécanisme observés chez l'homme, plusieurs ont été observés chez des sujets dûment reconnus porteurs de troubles thyroïdiens préexistants.

R. Levent.

Le foie et la rate dans la maladie de Basedow. — H. Assmann. *Münch. med. Woch.*, 6 février 1931.). — La maladie de Basedow peut s'accompagner de lésions hépatiques. Lorsqu'il ne s'agit pas de complications intercurrentes, on doit considérer qu'elles sont dues à la stase circulatoire d'origine cardiaque ou encore, en l'absence de toute défaillance cardiaque, à une atteinte toxique de la cellule hépatique. Anatomiquement, on constate de la dégénérescence graisseuse qui si l'évolution se prolonge suffisamment, fait place à de la cirrhose.

On peut cliniquement observer de l'ictère comme signe accessoire d'un Basedow grave mais qui n'est pas forcément mortel. 3 observations citées par l'auteur montrent que l'ictère peut rétrocéder en même temps que disparaissent les signes d'intoxication thyroïdienne. L'ictère témoigne que la situation est sérieuse mais non désespérée.

La splénomégalie au cours de la maladie de Basedow est beaucoup plus fréquente. La stase circulatoire et l'infection jouent un rôle dans son apparition ; de même aussi parfois

la cirrhose concomitante. Anatomiquement, elle est un élément du syndrome général d'hyperplasie du tissu lymphoïde.

R. LEVENT.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Les relations entre l'acidose et l'intoxication de l'organisme. (O. L. E. DE RAADT. *Wien. klin. Woch.*, 24 avril 1931.) — Un rein normal suffit toujours à saturer l'acidose la plus intense (diabète) au moyen de produits ammoniacaux ; lorsque le rein est insuffisant, le mécanisme de compensation devient plus ou moins vite extrarénal. La compensation peut se faire dans la circulation sans utilisation de chlorures, on voit alors l'intoxication ammoniacale prendre une allure aiguë (éclampsie). Elle peut se faire dans les tissus en utilisant les chlorures. Si l'ammoniaque parvient cependant à la circulation en quantité exagérée, il y a intoxication chronique (urémie chronique) qui peut cependant prendre une allure aiguë si les œdèmes se résorbent brusquement.

Tous les types intermédiaires peuvent se rencontrer. En tous cas les comas, qu'il s'agisse d'éclampsie, d'urémie ou de diabète relèvent toujours de l'intoxication ammoniacale due à l'insuffisance rénale et à l'acidose. Chez les rénaux, c'est l'insuffisance rénale qui cause l'acidose, chez le diabétique, c'est le contraire qu'on voit se produire. Chez l'éclamptique, les deux processus sont indépendants. L'acidose lèse le rein, mais seulement de façon indirecte par le moyen de produits ammoniacaux. D'où l'intérêt même chez les rénaux de la thérapeutique alcalinisante.

R. LEVENT.

Résultats du traitement exclusivement diététique de 46 cas d'obésité. (Eggert MŒLLER. *Acta med. scandinavica*, vol. LXXIV, fasc. 4, février 1931.) — En raison de l'obscurité qui règne encore sur le domaine de l'obésité et de ses causes et de la distinction que l'on a coutume, et avec raison, de faire entre obésités exogènes et endogènes, il semble à l'auteur que l'on conclut trop aisément à l'origine endocrine des troubles. Il n'est pas nécessaire le plus souvent de constater chez le malade de troubles réels dans le domaine glandulaire ; il suffit en leur absence que la diététique prescrite semble infructueuse et que le régime habituel du malade soit normal. Pour apprécier ces deux éléments, on se contente habituellement des affirmations du malade.

L'auteur a mis en observation 46 sujets obèses sans troubles endocriniens décelables ; 6 d'entre eux ne sont pas hospitalisés. Tous ont reçu la même ration quotidienne : 950 calories, 9 grammes d'azote. Aucun traitement opothérapique ni autre. Les malades ont été suivis 54 jours après lesquels ils ont à nouveau subi un examen médical complet comprenant entre autres la mesure du métabolisme basal.

Tous ces malades ont subi une perte de poids satisfaisante à la fois comme importance et comme cadence ; elle a été constatable chaque quinzaine à moins de fautes de régime et fut en moyenne de 900 grammes par semaine et de 8 k. 8 par sujet pour toute la durée de la cure. Cette perte de poids a été chez tous bien supportée.

Chez un malade en particulier, suivi pendant 5 mois et qui pendant ce temps perdit 29 kgs, on suivit de façon régulière le métabolisme basal sans observer à aucun moment de modification.

Sans doute le fait qu'il ne s'est rencontré aucun insuccès doit-il être considéré comme une heureuse exception. Le résultat de cette étude amène cependant l'auteur à considérer que le régime alimentaire est moins impuissant que les médecins ne tendent parfois à le penser et que les malades ne consentent à l'avouer. Les fautes de régime non avouées par le patient comportent une rançon.

R. LEVENT.

THÉRAPEUTIQUE

Iritis après malariathérapie au cours de la paralysie générale. (S. ENGEL, *Münch. med. Woch.*, 2 janvier 1931.) — On ne connaissait guère jusqu'ici de complications oculaires de la malariathérapie en dehors des troubles de la réaction pupillaire à la lumière et à la convergence et de l'action défavorable exercée sur l'atrophie optique.

L'auteur a observé un cas d'iritis chez un sujet de 42 ans, syphilitique depuis 20 ans et n'ayant jamais présenté de signes oculaires. En raison d'une paralysie générale en évolution, on inocule le parasite de la fièvre quarte et on laisse se succéder sans intervenir 10 accès fébriles. Six jours après le dernier accès, le malade se plaint d'un voile devant les yeux et l'on voit se développer du côté droit une iritis qui guérit en 3 semaines environ par un traitement approprié.

L'iritis est-elle due au paludisme provoqué ou à la syphilis ? L'étude des cas jusqu'ici publiés et la comparaison entre les caractères cliniques des iritis de diverses origines amène l'auteur à conclure qu'il s'agit dans le cas présent d'une véritable irido-récidive de la syphilis sans rapport direct avec la paralysie générale et que la malaria n'a ici qu'un rôle occasionnel.

Cette complication semble jusqu'ici une rareté dont il est pourtant nécessaire de connaître l'existence.

R. LEVENT.

Institut médical de Sucre. (1re *Conférence Sanitaire Bolivienne*, Sucre 1931, in-4° du tome I). — Dans cet élégant ouvrage, où la France est brillamment représentée, figurent les rapports et communications présentées à la conférence :

OSORIO. Projets de législation médicale et sociale ;

GOUGEROT. La lutte prophylactique antivénérienne en France ;

Michel LÉVY. Syndicat médical Bolivien ;

N. Torre MERNOZ. Bases de l'organisation sanitaire Bolivienne.

Amiceto SOLARES. Lésions oculaires produites par les explosions dans les mines.

Gregorio MENDOZA CATACORE. Quatre cas de césarienne abdominale chez des mères avec rupture de la poche des eaux.

J. MOSCOCO. Diphtérie. Traitement curatif préventif pour la vaccination obligatoire.

A. et N. CARRASCENET. Lutte antituberculeuse.

R. PIORTO ESCALLES. Equilibre acido-basique de l'organisme. Ses relations avec la chirurgie.

Louis V. SOTALO. Lèpre, paludisme et peste

R. VELDA ORANA. Céphalagie et ophtalmologie.

R. LEVENT.

Symptômes et diagnostic différentiel des états fébriles de cause imprécise. (Hans CURSCHMANN. *Zentral. f. In Med.*, 31 octobre 1931.) — Dans cette longue revue générale, l'auteur énumère les causes si nombreuses de l'élévation de température en dehors de toute cause évidente. Après avoir fait la part, plus importante à son avis qu'on ne croirait à priori de la simulation, l'auteur étudie la clinique des maladies infectieuses aiguës : fièvres typhoïdes et paratyphoïdes atypiques où le laboratoire peut ne rendre que peu de services, chez d'anciens vaccinés en particulier ; la grippe dans ses formes sporadiques et atypiques ; la fièvre ondulante de Bang où la courbe thermique n'a pas encore donné temps de l'étudier, le paludisme parmi les maladies infectieuses chroniques, la tuberculose, soit de localisation pulmonaire au début, soit forme miliaire, ou ganglionnaire ou tuberculose chirurgicale. Il ne faut jamais oublier l'éventualité d'une actinomycose pulmonaire ou pleurale, ni la syphilis pulmonaire, hépatique, méningée, ganglionnaire

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Au départ de Paris, de Lyon et de Marseille les voyageurs de 1re classe, de couchettes et de lits-salon peuvent obtenir, en retenant leur place d'aller, qu'on réserve également leur place de retour.

Cette location spéciale est mise à l'essai :

— A Paris, gare de Lyon et agence P.-L.-M., rue Saint-Lazare, 88;

— A Lyon, gare de Perrache et agence Bellecourt;

— A Marseille, gare Saint-Charles et bureau P.-L.-M., 17, rue Grignan.

ou splénique, surtout lorsque les examens bactériologiques demeurent négatifs.

Il faut également songer aux inflammations non tuberculeuses frappant les séreuses, en particulier aux formes atypiques du rhumatisme articulaire aigu aux infections focales amygdaliennes ou autres, aux septicémies chroniques endocardite d'Osler en particulier. Egalement aux staphylococcies latentes, en particulier celles de la rate et du rein, aux infections vésicales, aux abcès chroniques du foie, à la nécrose pancréatique, plus rarement à un abcès sousphrénique ou même à un ulcus gastro-duodénal.

Ne pas oublier non plus les affections sanguines en particulier l'agranulocytose et la maladie de Werlhoff, la lymphogranulomatose ; également certaines hyperthyroëdes, les parasitoses et les encéphalites.

R. LEVENT.

A propos de la méningite lymphocytaire aiguë bénigne. Considérations sur la sytologie du liquide céphalo-rachidien. (Albert H. DUBOIS. *Revue méd. de la Suisse Romande*, 25 août 1931.) — Les précautions prises par Ravaut et Boulin pour l'étude cytologique du liquide céphalo-rachidien ont permis d'y différencier plusieurs types de cellules mononucléées en particulier chez les syphilitiques mais aussi, à côté, des formes polynucléées dans les méningites aiguës. Il y a donc analogie entre le sang et le liquide céphalo-rachidien au point de vue morphologique. Tout est affaire de technique.

Des expériences appropriées permettent de constater que l'analogie s'étend aussi au mode d'apparition de ces cellules.

Etudiant des cas de méningite aiguë lymphocytique bénigne l'auteur a recherché d'où provenaient les cellules mononucléées du liquide céphalo-rachidien. En pratiquant chez l'animal, après injection intraveineuse préalable d'encre de Chine, une méningite aseptique par injection intrarachidienne d'albumine, il a constaté qu'un certain nombre des monocytes du liquide rachidien renfermaient des grains d'encre ; les uns étaient semblables aux grands mononucléaires du sang, les autres aux grandes cellules endothéliales. L'examen histologique a permis de retrouver ces cellules dans l'endothélium des vaisseaux des méninges molles et dans le revêtement endothélial propre des méninges elles-mêmes. L'origine mésenchymateuse en est donc certaine.

On peut également conclure de ce fait qu'à côté des cas où un virus électivement fixé sur les méninges ou leurs dépendances provoque la réaction cellulaire, il est des cas où l'atteinte méningée n'est pas primitive et où la réaction cytologique rachidienne exprime seulement une lésion générale du système réticulo-endothélial. Il s'agit au sens le mieux approprié du mot d'une réaction méningée.

R. LEVENT.

Deux cas de maladie de Bang, l'un avec complications osseuses, l'autre avec appendicite. — André FAVRE, *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 25 septembre 1931. — L'auteur relate deux cas de maladie de Bang, dont l'un ayant commencé avec une apparence clinique de grippe ou de fièvre typhoïde avait une courbe thermique dépourvue du caractère ondulant classique. On peut cependant affirmer le diagnostic de fièvre ondulante devant le résultat des réactions de laboratoire. Dans un cas l'évolution s'est compliquée d'une ostéopériostite qui a guéri sans intervention.

L'autre cas a début par des accidents appendiculaires ayant nécessité l'intervention ; l'évolution de la maladie s'est poursuivie ensuite. Peut-être le micrococcus abortus Bang est-il aussi l'origine de l'appendicite.

Dans les deux cas, la consommation de lait cru peut être le mode de contamination.

R. LEVENT.

Au sujet du tissu conjonctif. Quelques observations anatomopathologiques concernant l'histologie et la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu. — Frédéric ROULET, *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 25 octobre 1931. — Il semble qu'on ait trop longtemps perdu de vue la multiplicité des fonctions du tissu conjonctif qu'avaient pourtant pressentie certains auteurs d'autrefois comme Bordeu. Les travaux de ces dernières années, touchant en particulier son rôle dans la défense organique montrent qu'il ne faut pas envisager l'inflammation comme un phénomène local mais comme la réponse du tissu mésenchymateux tout entier ; il semble, de plus, qu'il y ait parallélisme entre les réactions tissulaires et immunologiques puisque lorsqu'il y a anaphylaxie, les tissus présentent des réactions semblables à celles que produit une inflammation locale (inflammation hyperergique de Roessle).

Le rhumatisme articulaire aigu est pour l'auteur un ensemble d'affections du mésenchyme dans sa totalité, avec ou sans prédominance cardiaque.

Dans les lésions qu'a décrites Graeff au niveau de l'amygdale et des muscles pharyngés et qu'il considère comme accident primitif on trouve de la tuméfaction et de la dissociation en fibrilles des cellules conjonctives avec de l'œdème et une apparence d'infiltration due en réalité à la transformation des cellules fixes en histiocytes libres, Klinge, au début de l'affection, a observé dans le myocarde des nodules fusiformes siégeant uniquement dans le tissu conjonctif et formées de fibrilles conjonctives modifiées mais non nécrosées analogues aux lésions amygdaliennes. Ce sont là les lésions du type exsudatif.

Le nodule d'Aschoff est la lésion de type productif et n'apparaît guère que vers la 3e semaine. Ce sont d'abord des formations pauvres en cellules ; celles-ci, dont le protoplasme est basophile se groupent en palissade autour du centre du nodule et peuvent se transformer en cellules géantes. Plus tard les masses fibrinoïdes du centre disparaissent et les lésions prennent un type cicatriciel.

Ces caractères des fibres et des cellules conjonctives se retrouvent dans d'autres affections : scarlatine, septicémies, etc., et Klinge en conclut que dans tous ces cas, on a seulement affaire à la réaction mésenchymateuse due à l'accoutumance de ce tissu à l'élément étranger quelle qu'en soit la nature ; c'est une hyperergie ou anaphylaxie tissulaire.

L'infiltration rhumatismale précoce serait de cet ordre.

On discute encore sur la nature du germe causal. Klinge a constaté dans tout le tissu mésenchymateux, articulaire ou non, de l'animal ces mêmes lésions lorsqu'on fait naître des arthropathies sériques. On peut donc penser que la présence d'albumines étrangères suffit à les provoquer lorsque l'organisme se trouve dans certaines conditions immunobiologiques.

Ces lésions, tant exsudatives que prolifératives ne sont donc pas spécifiques du rhumatisme articulaire aigu mais sont dues aux albumines étrangères présentes dans un organisme sensibilisé. La localisation de la réaction dépend peut-être de facteurs externes. Quant à l'image clinique elle est indépendante de la dose d'antigène et dépend de l'état d'« ergie » de l'organisme et de l'équilibre qui existe entre les moyens du tissu mésenchymateux, agent principal des défenses organiques et la virulence de l'agent causal.

R. LEVENT.

La paralysie générale et le changement de son syndrome typique en d'autres formes de psychoses atypiques à la suite de la leucopyrétothérapie. — Egon von KOEHLER, *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 25 juillet 1931. — De son étude, l'auteur conclut que le traitement de la paralysie générale par la méthode de Wagner von Jauregg, si favorables qu'en soient parfois les résultats donne dans certains cas des effets opposés à la guérison ou à l'amélioration recherchée. La

paralysie générale fait parfois place à d'autres syndromes mentaux classés par l'auteur comme suit : accidents délirants ou amentiels, en général intercurrents ; accidents dépressifs ; accidents hallucinatoires paranoïdes où il s'agit d'un déplacement des localisations syphilitiques.

Pour lui tout traitement de choc peut occasionner l'éclosion de semblables syndromes et l'existence préalable d'une paralysie générale n'est même pas nécessaire.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1922)

Calculs rénaux. — M. MARION estime que la radiographie est utile pour l'ablation des calculs dispersés du rein ; mais l'extirpation à la lancette reste préférable dans la majorité des cas.

Intervention conservatrice dans les salpingites. — M. MÉTIVET estime que les salpingites gonococciques sont surtout catarrhales et que les salpingites streptococciques donnent une réaction conjonctivo-péritonéale. L'intervention précoce ne lui paraît pas indiquée.

Rhumatisme et appendicite. — M. AUVRAY rapporte ce travail de M. Roviralta (de Barcelone). Une infection spécifique de l'appendice d'origine rhumatismale serait analogue à l'angine qu'on observe au début du rhumatisme articulaire aigu. M. Auvray estime que dans l'observation de l'auteur il s'agit d'une appendicite ancienne avec nouvelle manifestation lors du rhumatisme articulaire aigu.

Kyste hydatique du poumon. — M. GRÉGOIRE a opéré trois cas de kyste hydatique du poumon. Gêne de la respiration d'abord dans ces trois cas, puis petite hémoptysie. L'intervention consista en ouverture de la plèvre, ouverture du kyste et drainage. La guérison fut rapide. Il faut attaquer non pas les kystes centraux, mais les kystes périphériques. Les conditions idéales sont réalisées quand les kystes sous-pleuraux sont devenus adhérents.

Exploration anatomique du rein et de l'uretère par leur moulage au moyen de l'urétéro-pyelographie rétrograde. — M. CHEVASSU insiste sur les moyens d'exploration rénale et sur l'azotémie qui indique sa valeur fonctionnelle. L'exploration anatomique a été faite par la radiographie, puis par la pyelographie. L'urétéro-pyelographie rétrograde est le meilleur procédé pour cet examen. Une série de radiographies illustre les principaux cas rencontrés.

Présentation de radiographies :

M. MAUCLAIRE : Luxation des métatarsiens et luxation du troisième cunéiforme et du cuboïde. Le pied de ce malade s'est bien adapté fonctionnellement, malgré l'intensité des lésions pathologiques.

M. FREDET : Luxation des deuxième, troisième et quatrième métatarsiens. Intervention treize jours après l'accident ; la réduction était facile, mais la luxation se reproduisait. En rassemblant les métatarsiens par fil métallique et en réunissant par une agrafe le deuxième avec le deuxième cunéiforme, on obtint une réduction permanente. Ablation des pièces métalliques le 38e jour. Excellent résultat six mois après.

M. MATHIEU : Opération de Lorenz. Avec radiographie à l'appui, M. Mathieu préfère l'ostéotomie basse à l'opération de bifurcation typique.

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1932)

Calcifications périarticulaires. — M. MAUCLAIRE rappelle que les calcifications périarticulaires peuvent disparaître spontanément.

Névrotomie bilatérale du nerf honteux interne pour prurit vulvaire. — Ce travail de M. Stoinovitch (de Belgrade) est rapporté par M. Jean QUÉNU. Après échec de tous les traitements non chirurgicaux, l'auteur a obtenu un bon résultat immédiat et complet par névrotomie bilatérale du nerf honteux interne.

M. MAUCLAIRE signale qu'une de ses malades ainsi traitée a récidivé et qu'elle a guéri par ovariotomie.

M. MADIER a obtenu deux résultats satisfaisants de cette méthode.

Psoïtie primitive chez les enfants et les adolescents. — Ce travail de MM. Ingelrans et Minne est rapporté par M. MOUCHET. Ces onze observations concernent des sujets de deux à quatorze ans. Il s'agit le plus souvent de lésions à staphylocoques secondaires à un traumatisme. Le traitement chirurgical guérit en général ces malades. Le diagnostic peut hésiter avec l'ostéomyélite vertébrale ou iliaque.

Gastrophotographie. — M. GARIN (de Lyon) rapporte les résultats qu'il a obtenus par cette méthode. Sans remplacer la clinique, elle apporte d'utiles renseignements sur l'état de la muqueuse, l'avenir des ulcéreux, le diagnostic de certains ulcères et de gastrites hémorragiques. L'auteur projette une série de belles photographies.

Cancer du rectum. — M. MONOD estime que des difficultés anatomiques s'opposent à une bonne irradiation et que ces cancers sont peu radiosensibles en général. Par contre le cancer de l'anus est utilement traité par la curiethérapie.

Présentation de malades :

M. HARTMANN. Prothèse pour résection du maxillaire.

M. MATHIEU. Arthroplastie du genou pour ankylose d'origine blennorrhagique. Excellent résultat.

M. QUÉNU. Colectomie totale et splénectomie. Bon résultat au bout de deux ans pour un megacolon total dû à un squirrhe de l'angle gauche.

M. ALGLAVE. Fracture du tiers inférieur de l'humérus opéré par voie transolécranienne.

Présentation d'instruments :

M. DE MARTEL. Modification de pince pour la coagulation ou la section au couteau électrique.

Présentation de pièces :

M. PICOT. 1. Trompe saine tordue au cours d'une appendicite aiguë ;

2. Tumeur des bourses chez un enfant.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1932)

Sténose mitrale aphone. — MM. GRENET et P. ISAAC-GEORGE rapportent l'observation d'une fillette examinée à l'occasion d'une hémoptysie sans présenter par ailleurs de signes de tuberculose et chez laquelle ils ont pu porter le diagnostic de sténose mitrale grâce à un orthodiagramme du cœur. Les hémoptysies paraissent liées dans ce cas à une arterite pulmonaire.

Mongolisme avec saillie verticale médio-frontale. — M. L. BABONNEIX et Mlle RIOM présentent un petit mongolien de 3 ans chez qui existe une saillie ovalaire à grand axe vertical de la région médiane du front. S'agit-il d'une forme fruste de dysostose cranio-faciale ?

Sclérose latérale amyotrophique chez une jeune fille de 16 ans. — MM. Marcel LELONG, Jean LEREBOULLET et F.-P. MERKLEN présentent une jeune fille de 16 ans chez qui on relève une atrophie musculaire progressive type Aran-Duchenne, avec ébauche d'atrophie des muscles du pied et de la loge antéro-externe de la jambe, syndrome pyramidal fruste aux membres inférieurs, réaction de dégénérescence totale des muscles frappés, et surtout évolution simultanée de troubles bulbaires (troubles de la parole, de la déglutition, contractures fibrillaires de la langue, accès de dyspnée laryngée, surdité d'origine corticale).

Les auteurs pensent qu'il s'agit d'une sclérose latérale amyotrophique et insistent sur quelques caractères particuliers de ce cas.

Appareil pour microsédimentation globulaire. Recherches sur les enfants tuberculeux. — MM. LIÈGE, GRODNITZKY et Mlle HERR présentent un appareil destiné à l'étude de la sédimentation globulaire chez les tout petits enfants. Ils indiquent leur technique et les chiffres normaux obtenus aux différents âges.

Les recherches poursuivies chez les enfants tuberculeux confirment les résultats obtenus chez l'adulte par d'autres auteurs : mais la tuberculose du péricarde et la méningite tuberculeuse n'entraînent pas une accélération de la vitesse de sédimentation aussi grande que les tuberculoses ganglionnaires ou pulmonaires.

Urticaire pigmentaire chez un nourrisson de 9 mois. (*Présentation de malade*). — M. BOULANGER-PILET.

Guérison par vaccination intra-trachéale d'une broncho-pneumonie chez un nouveau-né de 9 jours. — M. LE LORIER rapporte l'observation d'un nouveau-né de 9 jours atteint d'une broncho-pneumonie arrivée à la phase pré-agonique. Il introduisit dans la trachée un quart de centimètre cube d'un stock-vaccin polyvalent et lytique. Contre toute attente, l'enfant guérit et quitta l'hôpital en parfait état.

A propos du traitement des anémies de l'enfance. — M. P. ROHMER a guéri complètement en 4 semaines par l'exhépa un enfant rachitique avec anémie pseudo-leucémique n'ayant pas réagi au traitement habituel. Ce succès thérapeutique rapproche ce type d'anémie de l'anémie pernicieuse de Bierner.

Au contraire, ce traitement est resté inefficace dans les anémies alimentaires de type chlorotique : celles-ci sont au contraire améliorées par le fer et la vitamine C, soit associés, soit isolés.

Images atypiques d'hypertrophie thymique. — M. DUHEM présente deux radiographies donnant l'impression d'une adénopathie trachéo-bronchique et où il s'agissait d'hypertrophie thymique confirmée soit par l'autopsie, soit par l'épreuve thérapeutique aux rayons X.

Le phosphore sanguin dans la diphtérie. — MM. LESNÉ, ZIZINE et BRISKAS ajoutent au syndrome humoral des diphtéries hypertoxiques (azotémie et hypocholesterinémie) la diminution du chiffre du phosphore sanguin pouvant tom-

ber de moitié. Cette diminution persiste pendant toute la maladie, et le relèvement du taux du phosphore traduit une évolution favorable.

Huilome juxta-articulaire simulant la coxalgie. — M. Massart rapporte l'observation d'un enfant de 4 ans 1/2 ayant reçu 3 ans auparavant de nombreuses injections d'huile grise et de bismuth et présentant des signes de pseudo coxalgie due à un huilome. Il insiste sur les difficultés thérapeutiques en pareil cas.

Méningite aiguë pneumococcique chez un nouveau-né de deux jours. — MM. G. Schreiber et R. Kohn communiquent l'observation d'un nouveau-né chez qui survint dès le deuxième jour une gêne respiratoire suivie d'agitation avec convulsions et insomnie. L'apparition de contractures fit faire le diagnostic de méningite qui fut confirmé par la ponction lombaire, laquelle ramène un liquide purulent riche en pneumocoques. La mort survint le 9e jour.

Les méningites aiguë du nouveau-né sont peut-être moins rares qu'on ne l'admet habituellement. Dans le cas présent, la porte d'entrée de l'infection est restée méconnue.

Encéphalite et poliomyélite. — MM. Robert Debré, R. Broca et Julien Marie rapportent l'observation d'un nourrisson ayant présenté une encéphalite aiguë ayant évolué en 3 phases : après un début insidieux avec torpeur et crises dyspnéiques survint un coma de courte durée, puis une hémiplégie prédominant au membre supérieur. La régression fut rapide en quelques semaines, mais incomplète.

La réaction de neutralisation du virus de la poliomyélite pratiquée par le professeur Pettit fut négative avec le sérum de l'enfant. A ce propos, les auteurs pensent que l'étiologie poliomyélitique des encéphalites aiguës de l'enfance est souvent admise sans preuves valables.

Traitement des paralysies diphtériques par l'anatoxine. — M. Cusatelli.

Invagination intestinale au cours de la rougeole. — M. Beraud (de La Rochelle) a pu porter au cours d'une rougeole le diagnostic d'invagination intestinale, grâce à la radioscopie et guérir son malade par une intervention chirurgicale.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(Séance du 30 janvier 1932)

L'action cholérétique des labiées. — MM. E. Chabrol, R. Charonnat, M. Maximin et A. Busson ont éprouvé comparativement aux composées une quinzaine de plantes de la famille des labiées. La lavande, les menthes, le thym, le serpolet, la mélisse, la sauge, le romarin, la ballote et la germandrée peuvent doubler ou tripler la sécrétion biliaire. L'action cholérétique du romarin et de la menthe est connue depuis très longtemps ; celle des autres labiées énumérées ne paraît pas avoir été jusqu'à ce jour mentionnée. Aucun résultat favorable n'a été obtenu avec l'origan, l'hysope, le lierre terrestre, le marrube, le laurier blanc et le bugle. Le pouvoir cholérétique des labiées est aussi brillant que celui des composées lorsqu'on se borne à envisager les variations du débit de la sécrétion biliaire, mais il est moins durable, car la courbe retombe presque aussitôt à ses chiffres témoins. Les auteurs ont repris pour le romarin les tentatives d'extraction du principe actif qu'ils avaient poursuivies pour l'artichaut ; ce principe peut être isolé lui aussi à l'état de sel de plomb, laissant ainsi entrevoir sa parenté avec les acides de la série aromatique.

Nouvelles recherches sur les agents cryptotoxiques. — M. L. Velluz, poursuivant l'étude de la neutralisation des toxines microbiennes par les sels sodiques de certains acides aromatiques (cryptotoxines de Vincent), observe que ce sont, le plus souvent, les sels des acides les moins solubles dans l'eau qui ont la plus forte activité cryptotoxique. Cette relation est particulièrement nette dans la série de l'acide phénylacétique.

Note sur l'oxydation expérimentale de l'indol dans l'organisme. — MM. Guy Laroche et J. Desbordes. Le foie arrête l'indol qu'on lui injecte par la veine porte, le fixe et le transforme en indoxyle qu'ils retrouvent dans la veine sus-hépatique.

Il est probable que l'oxydation de l'indol n'est pas particulière au foie puisque le sang est capable de l'effectuer. Mais l'étude comparée du foie et des reins montre qu'il y a une énorme différence entre ces deux viscères. Si l'oxydation par le rein existe, elle est minime ; ce parenchyme ne retient pas l'indol.

Au contraire, la fixation et l'oxydation de l'indol par le foie constituent un phénomène massif qui est bien d'accord avec ce que l'on sait du pouvoir d'arrêt du foie à l'égard de tous les poisons d'origine intestinale, et de ses fonctions antitoxiques et pexiques mises en évidence il y a longtemps déjà par les classiques.

Influence de l'électrolyse prolongée sur les solutions d'oxydases. — MM. F. Maignon et D. Croizé. — Les solutions d'oxydases se comportent comme les diastases hydrolysantes sous l'influence de l'électrolyse prolongée à l'aide d'un courant de 110 volts, mais avec cette différence que l'entraînement a lieu vers la cathode au lieu de se faire vers l'anode. Le coagulum se produit dans la branche négative au lieu d'apparaître dans la branche positive.

Etudes chimiothérapiques à l'aide des cultures cellulaires. — MM. C. Levaditi et N. Constantinesco ont étudié l'action du tryphanotoxyl sur les cultures cellulaires. On sait que l'atoxyl mis en présence d'extraits d'organes, en particulier de foie, se transforme en un principe trypanocide, le trypanotoxyl. Les auteurs ont étudié l'action du trypanotoxyl sur les cultures cellulaires *in vitro*. Cette toxalbumine arséniée empêche le développement des cultures de cellules d'embryon de poulet, presque aussi activement qu'il détruit les trypanosomes et les spermatozoïdes du lapin. Par ailleurs, les éléments cellulaires cultivés *in vitro* transforment l'atoxyl en trypanotoxyl.

Sur un parasite sporulé du singe. — MM. C. Levaditi et R. Schoen ont constaté dans le foie d'un *cynocephalus babouin* revenant de Pastoria (Kindia) et inoculé avec le virus de la maladie de Nicolas et Favre, un parasite qui, à un petit grossissement, se présente sous la forme de kystes plurilobés, lacunaires, ovoïdes ou arrondis. Ces kystes, limités par une membrane hyaline, contiennent d'innombrables formations de 2 à 3 μ, ressemblant à des spores. Les affinités tinctoriales de ces spores sont les mêmes que celles de l'*Encephalitozoon cuniculi*, microsporidie de l'encéphalite spontanée du lapin. La forme irrégulière des spores, leur interdépendance et l'absence d'une structure interne précise, permettent de différencier le parasite du singe de l'*Encephalitozoon cuniculi*. Les auteurs le rapprochent des microsporidies et proposent, pour le désigner, le nom d'*Hepatocystes simias* (*nov. sp.*). Le parasite paraît absent du cerveau et des autres organes.

Les modifications de l'excitabilité du nerf grand splanchnique sous l'influence de l'adrénaline. — M. et Mme A. Chauchard et D.-T. Barry ont étudié, chez le chien, comment varient les paramètres de l'excitabilité de ce nerf et

des éléments qu'il inverse, d'une part quand on augmente le taux de l'adrénaline dans le sang par injection intraveineuse de cette substance, d'autre part quand on le diminue en entravant le déversement de la sécrétion surrénale dans la circulation, soit par ligature des veines afférentes, soit par pincement temporaire de ces veines. L'augmentation de la teneur en adrénaline abaisse la chronaxie et le temps de sommation, sa réduction détermine une élévation de la valeur de ces deux constantes. L'effet examiné a été l'action vasoconstrictrice.

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1932)

Dosage de petites quantités de bismuth par l'ortho-oxyquinoléine. — MM. R. SAZERAC et J. POUZERGUES décrivent une méthode fondée sur l'emploi de l'ortho-oxyquinoléine et de l'iodure de potassium pour déceler de très petites doses de bismuth. Cette méthode est particulièrement applicable à la recherche du bismuth dans les liquides organiques et présente l'avantage de donner des cristaux caractéristiques de la présence du bismuth à l'examen microscopique. En outre, grâce à l'emploi de l'ortho-oxyquinoléine, la présence du fer à faibles doses n'est pas capable de troubler la réaction comme lorsqu'on utilise la quinine ou la cinchonine. La méthode est applicable à la détermination quantitative du bismuth par voie colorimétrique.

Activation par le phénol-alcool de l'antigène méthylique de Boquet et Nègre pour la recherche des anticorps tuberculeux. — M. C. NINNI. — L'antigène méthylique de Boquet et Nègre, dilué dans une solution de phénol-alcool à 10 %, devient à peu près trois fois plus sensible s'il est employé aussitôt après le mélange, six fois plus sensible s'il est employé une heure après et conserve sa spécificité.

Cette activation des lipoïdes du bacille de Koch, bien évidente avec des doses réduites d'antigène, l'est encore plus quand on les emploie avec des quantités réduites de sérum, ce qui facilite et étend l'application de l'antigène méthylique au diagnostic de la tuberculose.

Surinfection tuberculeuse du cobaye par voie sous-cutanée. — M. A. BOQUET. — Chez le cobaye tuberculeux, la résistance aux surinfections par voie sous-cutanée croît depuis le début de la primo-infection jusqu'à son terme. Elle réussit à circonscrire graduellement le champ d'action des bacilles d'épreuve, mais des réactions qui la traduisent sont impuissantes à détruire ces germes ou à les éliminer des ganglions où ils ont trouvé refuge. De là l'importance des lésions inflammatoires et des processus de sclérose ou de caséification dont ces organes sont le siège.

Le sérum antidiphtérique et son action thérapeutique envers l'infection diphtérique expérimentale. — MM. G. RAMON et R. DEBRÉ. — Les expériences rapportées montrent, en premier lieu, que le sérum antidiphtérique est bien capable de juguler l'infection diphtérique expérimentale, pour un germe tel que le bacille diphtérique qui n'agit que par sa toxine (Roux et Yersin), le sérum antidiphtérique, tel qu'il est préparé actuellement, se révèle indirectement antimicrobien. Dans certains cas, tout se passe même, chez nos cobayes, comme si le sérum était microbicide ; en effet, injecté à temps, il empêche non seulement l'intoxication de l'organisme, mais il permet à cet organisme de se débarrasser des germes diphtériques et de réparer leurs méfaits, de telle façon qu'il ne reste bientôt plus trace de leur séjour et de leur végétation au lieu d'inoculation.

Elles confirment encore cette notion ancienne, à savoir que le sérum antidiphtérique n'est pleinement efficace que s'il est injecté dans un délai relativement court après le début de l'infection. Si le délai entre l'infection provoquée chez nos animaux et l'application du traitement spécifique augmente, il se montre relativement efficace : les animaux ne succombent pas, mais ils manifestent des symptômes passagers d'intoxication. Passé un certain délai, le sérum se montre totalement inefficace quelle que soit la dose injectée, quel que soit le nombre des injections successives.

Le facteur duodénal dans le vidage de la vésicule biliaire. — MM. Félix RAMOND et J. DIMITRESCO-POPOVICI. 1°) Dans le mécanisme du vidage de la vésicule biliaire, le duodénum joue un rôle important. L'action du duodénum seule suffit pour vider la vésicule biliaire ou une vésicule en baudruche, qui, avant l'excitation magnésienne, restait pleine. 2°) Que l'action aspiratrice du duodénum est nettement saisie sur un graphique avec un manomètre à l'eau, muni d'un flotteur inscripteur. Avec la même excitation, les auteurs n'ont pas obtenu de modification graphique de la vésicule dont le canal ne communique plus avec le duodénum. 3°) Les contractions vésiculaires, ayant un rôle adjuvant pour la chasse biliaire, ont leur importante action dans le remplissage de la vésicule dans les périodes interprandiales, dans le brassage de la bile et la concentration de celle-ci.

Hypoglycémie alimentaire (1re note). — MM. Marcel LABBE, R. BOULIN, M. PETRESCO reprennent sur 96 sujets l'étude de l'hypoglycémie alimentaire posthperglycémique, c'est-à-dire de la réaction hypoglycémique qui succède à la réaction hyperglycémique.

Cette réaction est constante. La dénivellation produite oscille, quel que soit le malade, dans des limites étroites. La glycémie est rarement abaissée au-dessous des limites inférieures normales, le rapport hypoglycémie/hyperglycémie est inférieur à l'unité.

Hypoglycémie alimentaire. (2e note). — MM. Marcel LABBE, R. BOULIN, M. PETRESCO. L'élévation de la glycémie provoquée par l'ingestion de glycose est précédée, dans la moitié des cas, d'un abaissement transitoire du sucre sanguin. Cette hypoglycémie alimentaire préhyperglycémique s'installe précocement, atteignant son maximum cinq minutes après l'ingestion de glycose, disparaissant avant la dixième minute. Le plus souvent modique, elle n'abaisse guère la glycémie au-dessous des limites normales les plus basses.

L'évolution de la polypeptidémie chez les chiens porteurs de fistule d'Eck. — MM. N. FIESSINGER, M. HERBAIN et R. LANÇON étudient les modifications de traversée des polypeptides chez les chiens porteurs de fistules d'Eck. De leurs expériences, ils concluent que les chiens porteurs de fistules d'Eck ne présentent dans la traversée des polypeptides aucun trouble important du métabolisme prouvant l'exclusion relative du foie.

MM. H. SIMONNET, André BUSSON et Mlle ASSELIN montrent que **la teneur du foie en vitamine A** est très variable suivant l'espèce animale. Le foie de bœuf étant très riche, le foie de cobaye pauvre en cette vitamine, le foie de lapin occupe une position intermédiaire ; dans certaines conditions alimentaires compatibles avec la croissance et la reproduction, le foie du rat est pauvre en vitamine ; quant au chien, il donne des résultats divergents.

La réaction de Dick chez les sujets atteints d'otite moyenne suppurée. — MM. G. WORMS et J. FRICKER ont utilisé la réaction de Dick chez des sujets porteurs d'affection suppurée récente de l'oreille moyenne. Ils ont pratiqué une réaction de Dick triple à l'aide de trois toxines produites par trois streptocoques hémolytiques différents. Ils ont constaté qu'il y avait augmentation globale des réactions positives chez ces malades par rapport aux sujets sains. Dans

un certain nombre de cas, les réactions de ces trois toxines sont dissociées chez un même sujet, ce qui semble indiquer que tous les streptocoques hémolytiques ne produisent pas une toxine identique.

Sur le rétablissement de l'activité nutritive et fonctionnelle par l'administration d'extraits d'organes. — MM. F. Maignon et C. Nouvel. Les extraits tissulaires d'organes que l'un de nous a obtenus par la méthode de Lebedeff, injectés à la dose de deux milligrammes à des chiens atteints d'insuffisance fonctionnelle amènent un rétablissement de l'activité fonctionnelle par rétablissement de l'activité nutritive. L'urée sanguine est passée en 24 heures de 1,80 à 0,40 (extrait de rein) et les rapports azotémique et azoturique, de 0,35 à 0,55 pour le sang. 0,61 à 0,80 pour l'urine (extrait de foie).

L'injection n'étant pas renouvelée, ces chiffres se maintiennent pendant deux semaines, puis mettent cinq à six semaines à revenir à leur valeur première.

Une nouvelle injection reproduit exactement les mêmes effets, que l'on peut obtenir ainsi à volonté.

Ces expériences montrent, en outre, que ces extraits possèdent une spécificité d'organe des plus nettes.

Ces extraits agissent à doses extrêmement faibles et sont sans action sur les sujets sains, ce qui plaide en faveur de l'hypothèse de catalyseurs biochimiques, hypothèse qui est renforcée du fait qu'ils sont obtenus par une méthode d'extraction de diastases.

Sensibilisation rapide du cobaye à l'ovalbumine diluée introduite par injection sous-cutanée. — MM. Martiny et H. Pratet ayant injecté à 6 cobayes de l'ovalbumine desséchée diluée au taux 10^{-12} et les ayant éprouvés dans un délai ne dépassant pas 48 heures, constatent des phénomènes d'hypersensibilisation spécifique. Ces expériences constituent pour les auteurs un appui à la thèse que la fonction générale des anticorps spécifiques tient à la présence dans leurs complexes constitutionnels de l'antigène à dose nécessairement infinitésimal.

Election. — M. Combes est nommé membre titulaire.

Du résidu non fermentescible du sang dans le métabolisme du galactose. — MM. N. Fiessinger et A. Schrumpf ont étudié *in vitro* et *in vivo* la fermentation du glucose, du galactose et des mélanges de ces deux sucres par une levure sélectionnée du commerce, 15 minutes à 37°. Les microdosages ont été faits suivant la technique de Hagedorn et Jensen.

La fermentation *in vitro* du glucose s'arrête toujours à un chiffre de résidu non fermentescible de 0,20-0,25 p. 1000. C'est le même taux que l'on observe pour le sang. Le galactose exempt de glucose est peu fermentescible, le résidu est à peu près proportionnel au taux de galactose au départ. Si on ajoute aux solutions de galactose des doses suffisantes de glucose, on réduit considérablement le résidu non fermentescible qui s'arrête aux taux bas du résidu des fermentations de glucose seul. *In vivo*, dans l'étude de la traversée du galactose, le résidu non fermentescible s'élève avec les taux de galactosémie et diminue rapidement quand on donne du glucose en même temps que du galactose. Le fait s'observe chez le chien normal, chez le porteur de fistule d'Eck, chez l'homme normal et chez l'homme atteint de lésion hépatique (cirrhose, ictère).

Le glucose semble jouer le rôle d'un activateur de la fermentation du galactose par la levure, et ceci aussi bien *in vitro* qu'*in vivo* dans le sang circulant.

Le résidu non fermentescible du sang ne serait pas dû à l'existence de substances réductrices non sucrées du sang, mais il dériverait de la fermentation même des monoses réducteurs.

LIVRES NOUVEAUX

Les Colibacilloses en pratique médicale (1), par R. Goiffon, Chef de laboratoire à la clinique de Thérapeutique Chirurgicale de Vaugirard.

L'auteur, dont les travaux coprologiques sont bien connus, étudie et met au point, dans ce petit volume, cette question tout à fait à l'ordre du jour.

L'auteur a intitulé son premier chapitre « Les agents microbiens », car fréquemment, d'autres microbes, le plus souvent hôtes habituels de l'intestin interviennent. Il étudie successivement dans ce chapitre le Colibacille, le pneumobacille de Friedlander, l'entérocoque, le staphylocoque et le streptocoque. Le second chapitre est consacré à l'étude des causes générales prédisposantes, des facteurs mécaniques ou chimiques, qui mettent l'arbre urinaire en état de moindre résistance à une infection éventuelle, les voies d'accès des germes, de leur origine et des foyers primitifs. Le chapitre III traite de la symptomatologie, et des formes cliniques ; le chapitre IV du diagnostic, et le dernier chapitre, du traitement.

L. G.

Précis de physico-chimie biologique et médicale (2), par André Dognon. Préface du professeur A. Strohl. Collection de précis médicaux.

Pour la première fois en France, un livre consacré à la physico-chimie prend rang dans une collection de précis médicaux.

L'ouvrage permet au médecin de s'initier à la physico-chimie ; André Dognon, dont les aptitudes pédagogiques sont appréciées des étudiants, a réussi à éviter le double écueil des enseigneurs : son exposé est clair sans que les difficultés et les obscurités soient escamotées.

Je lis ce Précis avec intérêt et profit ; mais je plains les jeunes étudiants s'ils sont astreints à posséder les notions renfermées dans l'ouvrage.

Auguste Pettit.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA COXALGIE

La coxo-tuberculose est une affection fréquente de l'enfant et de l'adolescent. Il importe de la reconnaître tôt pour obtenir par une immobilisation précoce une ankylose solide en bonne position.

Type étudié : forme de la seconde enfance.

ÉTUDE CLINIQUE

Trois périodes schématiques :

Début ;

Etat : attitudes vicieuses ;

Complications

Suivies d'une période de réparation posant d'importants problèmes pronostiques.

(1) Un volume de 128 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Deuxième édition refondue. In-12 de 350 pages. — Paris, Masson et Cie.

I. **Début.** — Enfant qui, soit spontanément, soit après une maladie anergisante (rougeole) vient parce que :

Il souffre. Le soir surtout. Douleur *de fatigue :* elle siège au niveau de la fesse, du pli inguino-crural, du grand trochanter, parfois à la face interne du genou.

Il boite. — Claudication de fatigue, également atténuée par le repos.

Examen. — L'enfant sera nu.

a) *Debout.* — Il prend rapidement l'attitude hanchée ;
— Impossibilité de tenir à cloche-pied du côté malade;
— Le pli fessier est abaissé.

b) *On le fait marcher.* — Il part du pied malade, escamote l'appui de ce côté, signe plus net quand l'enfant est chaussé.

c) *Couché sur un plan dur.* — On va rechercher la limitation des mouvements après avoir fait fixer le bassin par un aide. C'est capital.

1. — L'enfant étant sur le ventre :
Diminution de l'hyperextension de la cuisse. Signe majeur par son importance et sa précocité ;
2. — L'enfant sur le dos, on étudie :
— La flexion est très peu limitée ;
— L'abduction est limitée. On voit se tendre la corde des adducteurs.
— La rotation du membre en empaumant la rotule ou le pied, pour faire rouler les condyles fémoraux sur le plan du lit. Elle est limitée et douloureuse, parfois impossible.

Au total : limitation de tous les mouvements, mais surtout précocement de l'hyperextension et de la rotation interne (signe de la clef). Il s'agit donc bien d'une arthrite coxo-fémorale, dont on va s'efforcer de déceler la nature par la recherche :

1. — De l'adénopathie. Signe assez tardif 4e ou 5e mois. Inguinale et surtout rétrocrurale ; on la cherchera avec soin en comparant les deux côtés.
2. — L'augmentation de la chaleur locale est moins nette qu'au genou.
3. — L'amyotrophie
est précoce, parfois seulement décelée au palper.
4. — L'empâtement du col fémoral, signe classique mais difficile à percevoir.
5. — Le genou est intact.
La douleur accusée au début parfois dans le genou doit être rapportée à l'arthrite coxo-fémorale.
6. — La recherche des points douloureux se fera en dernier :
— externes sur le grand trochanter ;
— postérieur à la fesse, la cuisse étant fléchie ;
— antérieurs sur le col, ou plus internes sur la tête ;
— au cotyle enfin
par le toucher rectal s'il y a nécessité de le faire.

Tels sont les temps principaux de l'examen d'un coxalgique au début. Il importe de toujours compléter :
— Par un examen général
— pour déceler un autre foyer tuberculeux.
— pour savoir si l'enfant peut supporter une cure hélio-marine.
— par une enquête étiologique.
— par un examen radiologique enfin prenant sur la même plaque, les deux hanches en position symétrique.
— En général, *on ne voit rien* à cette période de début, contrairement à ce qui se passe dans le mal de Pott.
— Parfois apparaissent les premiers signes :

a) Pincement du cartilage articulaire à sa partie supérieure et début de rupture du cintre cervico-obturateur avec écartement ischiatique, ces deux signes traduisant l'ascension de la tête ;

b) Ossification précoce du noyau épiphysaire chez les sujets jeunes ;

c) Décalcification légère, flou de l'interligne qui semble augmenté.

Au total :

— Le diagnostic sera parfois évident : antécédents bacillaires indiscutables, signes cliniques et radiologiques nets. Il faut plâtrer aussitôt. A cette période, le pronostic sera bon.

— Ailleurs et plus souvent le diagnostic reste en suspens : il faut faire l'épreuve *du repos au lit ;* la régression nette des symptômes est en faveur d'une ostéite de croissance. On prolongera le décubitus et la mise en observation jusqu'à ce qu'on ait obtenu la certitude du diagnostic et la mise en appareil sauf indication formelle (intensité de la douleur-position vicieuse) sera reculée jusqu'à ce moment.

Période des attitudes vicieuses. — Huit à douze mois après le début clinique. A ce moment, *les signes fonctionnels* sont devenus très nets.

A l'examen. — L'attitude vicieuse est apparue. Mais il faut se souvenir que les déformations ne sont visibles que si l'enfant est debout. On ne voit que les attitudes compensatrices. Il faut les réduire pour faire apparaître l'attitude vicieuse.

1. *Enfant debout.* — On constate :
— de l'ensellure lombaire ;
— un allongement apparent du membre malade ;
— le bassin est basculé du côté malade, il s'ensuit une légère scoliose convexe du côté atteint.

2. *Enfant couché.* — La ligne bisiliaque bien perpendiculaire à la ligne ombilico-pubienne en réduisant l'ensellure lombaire, en mettant le tronc dans la rectitude, on fait apparaître la triple déformation classique.
— flexion légère,
— abduction,
— rotation externe.
— La mensuration montre un raccourcissement. Mais il n'est qu'apparent. En effet, cette attitude correspondant au maximum de capacité articulaire est *réductible manuellement*, ou spontanément sous anesthésie.

— Les autres signes sont évidents :
— amyotrophie de la cuisse ;
— gros empâtement de la hanche ;
— adénopathie ;
— On recherchera toujours une complication précoce :
— Abcès surtout, parfois absolument latents.

3. *A l'écran.* — Ascension de la tête avec nette rupture du cintre.
— Décalcification avec deux signes spéciaux à la seconde année ;
— atrophie diaphysaire,
— geodes sans séquestres.
— Ulcération compressive traduite par :
— disparition de l'interligne articulaire ;
— érosion de la tête,
— usure du sourcil cotyloïdien,
dont on sait le rôle capital dans la statique de la hanche.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Prix André Léri.* — Le prix André Léri d'une valeur de 1.500 fr., destiné à récompenser chaque année un travail sur « Les maladies des os ou des articulations », sera attribué pour la première fois en 1932.

Les candidats sont priés de s'inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 25 avril 1932 (demande établie sur papier timbré à 3 fr. 60 accompagnée d'un exemplaire des travaux).

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Sir Humphry Rolleston, Régius Professor of Physic Cambridge, médecin du roi George V, fera le 8 avril prochain, à l'Académie de médecine, une conférence en anglais avec projections sur le sujet suivant : « The Pioneers and progress of preventive medicine. »

La séance sera présidée par M. Meillère, président de l'Académie de médecine. Un résumé en français sera distribué dans la salle.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. les médecins lieutenants-colonels Guyard, Lorentz, Ferron, Armeilha, Grenier, Julien-Laferrière, Martin, Goursolas, Schneider.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. les médecins commandants Duchêne-Marullaz, Mulot, Minel, Laurens, Baur, Salinier, Gabrielle, Jeandin, Moy, Delacroix, Bergeret.

Au grade de médecin commandant. — M. le médecin capitaine Lassave.

Au grade de médecin capitaine. — MM. les médecins lieutenants Ruppli, Viala, Coissieux, Falconnet, Aymes, Sathonay, Laouënan, Adam, Stora, Emond, Cornu, Girod, Berho, Bonnet, Morand, Didiée, Millet, Desobry, Jonquères, Desplats, Surreau, Poey, Delteil, Veber, Pasquié, Marty.

— Mutations :

Médecin colonel. — M. Couturier, à Paris, est nommé sous-directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Médecins commandants. — MM. Montet est affecté à la place de Bordeaux ; Giraud, à la section technique de Paris.

Médecins capitaines. — MM. Jeannoel est affecté au 19e corps d'armée; Le Mer, à l'hôpital militaire à Tunis ; Goas, au 372e d'art. ; Salaün, au 27e chass. alpins; Bernier, à la 1re légion de garde républicaine mobile région de Paris ; Rouanet, au 115e d'art., Castres.

(Troupes coloniales.) Sont promus :

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — M. le médecin commandant Muraz.

Au grade de médecin commandant. — MM. les médecins capitaines Jabin-Dudognon, Jeansotte, Dartigolles, Boulle.

Au grade de médecin capitaine. — MM. les médecins lieutenants Baille, Ourradour, La Balme, Pouderoux, Baque, Taillard, Bastouil, Pelletcur, Ristorcelli, Tereau.

LE CINQUANTENAIRE DE L'ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES EN MÉDECINE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Le banquet de l'internat aura lieu le samedi 30 avril dans les salons du Palais de la Mutualité. Il aura cette année un éclat tout particulier, car il coïncide avec le cinquantième anniversaire de la fondation de l'Association.

Il sera précédé par l'assemblée générale qui aura lieu le même jour, à 16 h. 30, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau).

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE. — Dans son assemblée générale tenue à Madrid, au cours du récent Congrès, le professeur Eiselsberg (de Vienne) a été élu pré-

sident du prochain Congrès qui se tiendra au Caire en 1935. Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1. *Chirurgie des glandes parathyroïdes*;
2. *Chirurgie du sympathique lombaire*;
3. *Chirurgie du côlon* (*cancer excepté*).

Une quatrième question, de préférence de chirurgie tropicale, sera désignée ultérieurement par le Comité international.

Le secrétaire général est le docteur L. Mayer, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

XIIe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE. — La Société de neurologie reprend la tradition de ses réunions internationales annuelles qui avait été interrompue en 1931 à l'occasion du Congrès international de Berne.

La XIIe Réunion neurologique internationale se tiendra à Paris les mardi 31 mai et mercredi 1er juin 1932, à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital (amphithéâtre de l'Ecole des infirmières).

Les séances auront lieu le matin de 9 à 12 h., et l'après-midi de 15 à 18 h.

La question suivante est mise à l'étude :

Les épilepsies (*acquisitions récentes concernant la clinique, l'anatomie pathologique, la pathogénie et le traitement*). — Rapporteurs : pour le traitement chirurgical, M. Foerster (de Breslau) ; pour la pathogénie, M. Pagniez (de Paris); pour la clinique, l'anatomie pathologique et le traitement médical, MM. Abadie (de Bordeaux) et Crouzon (de Paris).

La Société, à l'occasion de la réunion neurologique internationale, entendra l'exposé des travaux du Fonds Déjerine et du prix Charcot.

Fonds Déjerine. — M. Baudouin : « Sur l'hyperpnée expérimentale »; M. et Mme Sorrel-Déjerine : « Les paraplégies pottiques »; M. Cornil (de Marseille) : « Classification anatomique des tumeurs de la moelle et de ses enveloppes. »

Prix Charcot. — M. Alajouanine : « La poliomyélite antérieure subaiguë. »

Le Professeur Jacques SILHOL (de Marseille)

(*1873-1932*)

Le professeur Jacques Silhol est mort le 12 mars, à l'âge de 58 ans, après une maladie de quelques mois. C'est un très grand deuil qui frappe la Faculté de médecine de Marseille où Silhol était professeur titulaire de la seconde chaire de clinique chirurgicale.

A la jeune Faculté dont il avait si ardemment souhaité la naissance, sa disparition prématurée laisse un vide profond. Silhol était en effet non seulement un des professeurs les plus éminents, mais surtout un véritable chef d'école à qui le prestige de sa brillante intelligence, de l'indépendance de son esprit et de la droiture de son caractère, avait attiré l'affection de nombreux collaborateurs et élèves, amis prêts à tous les dévouements.

Marseillais de naissance, d'esprit et de cœur, Silhol, orphelin à vingt ans, partit pour Paris et, en 1899, y concourut avec succès à l'Internat des Hôpitaux. Elève et collaborateur de Walther, il passa en 1903 une thèse de doctorat restée classique, sur « l'examen de sang en chirurgie, « en particulier au point de vue du diagnostic et du traitement de l'appendicite ».

En 1904, un concours de professeur suppléant de chirurgie subi à Montpellier, le ramena à Marseille, sa ville natale, comme professeur de pathologie externe. Titularisé en 1909, il occupa cette chaire jusqu'en 1914.

Pendant la guerre, à l'hôpital d'évacuation de Doullens, au Val-de-Grâce, à l'hôpital Michelet, au Jardin colonial de Nogent, il ne cessa de rendre les plus précieux services aux blessés dont il avait la charge. De nombreux travaux sur la chirurgie osseuse, sur les pleurésies purulentes, sur l'infection des plaies datent de cette époque qui l'imposèrent à l'attention du monde scientifique. En 1919, il revint, chevalier de la Légion d'honneur, occuper la chaire de clinique chirurgicale laissée vacante par la mort glorieuse de Delanglade. Il devait y rester jusqu'à sa mort.

Membre correspondant de la Société Nationale de Chirurgie depuis 1910, président à deux reprises de la Société de Chirurgie de Marseille, Jacques Silhol fut désigné deux fois par l'Association Française de Chirurgie comme rapporteur au Congrès : en 1911, son rapport sur l'appendicite chronique, encore présent à toutes les mémoires, reste le document primordial pour l'étude de cette maladie ; en 1927, son mémoire sur les épiploïtes, fourmillant d'idées originales peu à peu vérifiées depuis, mesure sa très grande expérience de la chirurgie.

Dans son grand service de l'Hôtel-Dieu de Marseille, largement ouvert à toutes les collaborations, à tous les travailleurs, Jacques Silhol, ennemi de toute hypocrite et vaine parade, châtiant le geste ou le mot inutiles, admirable éducateur de l'esprit critique et la franchise scientifique, prodigua pendant près de 12 années un des enseignements cliniques les plus féconds et les plus recherchés par les jeunes chirurgiens de Marseille et du Sud-Est.

La mort du professeur Silhol est une grande perte pour Marseille et pour la chirurgie française.

MARCEL ARNAUD.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. le docteur Collignon, membre correspondant national de l'Académie de médecine; le médecin colonel Louis Ligouzat, décédé victime du devoir professionnel; les docteurs Antoine Verdier (de Millau), Georges Bernis et Louis Linas (de Montpellier), Adolphe Jalabert (de Narbonne), Lavirotte (de Lyon), Magnien, pharmacien en chef honoraire de la pharmacie centrale des hôpitaux de Lyon; le professeur Ernest Friedberger, directeur de l'Institut de Dahlem pour les études sur l'immunité, décédé à Berlin à l'âge de 57 ans; le docteur Georges Guinon, ancien chef de clinique à la Faculté; le professeur Rushton Parker, chirurgien à Liverpool.

REVUE GENERALE

LES FORMES GASTRO-INTESTINALES DE LA LYMPHOGRANULOMATOSE MALIGNE

PAR MM.

P. CHÈNE, Médecin assistant de l'hopital Saint-Antoine

et

J. VANIER, Interne des hôpitaux de Paris.

A l'heure où, de tous côtés, se multiplient les observations de lymphogranulomatose maligne ; à l'heure où cette affection se révèle sans cesse sous de nouveaux aspects, tandis que l'on discute passionnément sur son étiologie, son cadre nosologique, il nous a paru intéressant d'attirer l'attention sur une de ses formes rarement rencontrée et, partant, mal connue : la lymphogranulomatose à localisation gastro-intestinale.

On sait que, pendant longtemps, la maladie de Hodgkin ne fut identifiée que dans ses manifestations les plus typiques, réunissant dans leur tableau tous les signes essentiels : adénopathies, splénomégalie, prurit, fièvre, leucocytose avec polynucléose et légère éosinophilie. Secondairement, des formes frustes, incomplètes prirent droit de cité. Parmi celles-ci, les lymphogranulomatoses localisées, soit à leur début, soit au cours de leur évolution entière, méritèrent bientôt de prendre une place importante.

C'est ainsi que Parkes Weber, le premier, puis Pruvost et Didier Hesse, Caussade et Surmont, Boidin et Hamburger signalèrent la lymphogranulomatose à début médiastinal ; Ziegler, Parkes Weber étudièrent ses manifestations ostéo-périostiques, magistralement exposées dans la thèse de J. Kimpel. Les localisations rénales, thymiques, méningées, spléniques furent à leur tour individualisées.

Au contraire, les formes gastro-intestinales paraissent négligées par le plus grand nombre des auteurs. C'est en vain que dans les traités, même modernes, nous avons cherché une allusion à leur existence. Si nous nous rapportons à l'article très documenté qu'ont signé MM. Aubertin et Robert Lévy dans un récent fascicule du *Journal Médical Français*, nous y lisons : « Hirschfeld et Isaac ont parfois noté l'existence de foyers granulomateux au niveau de l'œsophage, par contre Symmers insiste sur l'intégrité des follicules lymphoïdes des muqueuses gastro-intestinales et respiratoires. Quoi qu'il en soit, les troubles digestifs qu'il est donné d'observer dans certains cas sont banaux et consistent surtout en troubles diarrhéiques. On a parfois noté l'apparition d'un syndrome d'ulcus duodénal ou d'ulcus gastrique cédant à la radiothérapie profonde. » Tout récemment Chevallier, dans un traité, fait une petite place à la question. Et même, parlant de la fréquence de la diarrhée, il insiste sur les constatations d'auteurs américains qui signalent la fréquence de l'amibiase, ce qui diminue la valeur de ces observations.

Sans vouloir attacher à une variété exceptionnelle de la lymphogranulomatose plus d'importance qu'elle n'en mérite, nous croyons utile d'apporter quelques détails et précisions complémentaires à son sujet.

L'un de nous a eu la bonne fortune de publier avec MM. Félix Ramond et F. Soulès la première observation française de lymphogranulome malin de l'estomac. Nous la rapporterons ici brièvement.

OBSERVATION. — Mer..., ciseleur, âgé de 38 ans, entre le 25 novembre 1929 salle Lorain. C'est son troisième séjour dans le service. Il accuse des douleurs épigastriques, des vomissements, et présente une atteinte de l'état général en rapport avec un long passé digestif. En 1925, pour la première fois, le malade a des troubles dyspeptiques : sensation de gonflement et de pesanteur immédiatement après les repas. De temps en temps, renvois de gaz et vomissements sans efforts. En 1926, les douleurs deviennent plus violentes, et surviennent deux heures après les repas. Ce sont des brûlures vives au creux épigastrique avec irradiation vers la colonne dorsale. La prise d'aliments, de bicarbonate, les vomissements alimentaires calment ces douleurs. L'année suivante, les troubles s'aggravent encore, l'amaigrissement est marqué (6 kilogs), le malade fait son premier séjour dans le service. On porte le diagnostic d'ulcus juxtapylorique. Le tubage à cette époque donne une formule d'hyperchlorhydrie modérée.

Le traitement médical n'ayant donné aucune amélioration, on pratique, le 11 juin 1927, une gastro-entérostomie. Le protocole opératoire signale une région pylorique cicatricielle, avec adhérences qui suppriment en partie l'arrière-cavité.

Amélioration temporaire. En février 1928, les douleurs ayant repris et l'anachlorhydrie, on pratique une pylorectomie. Au sixième jour, une légère fistule duodénale se produit et dure deux mois. Les suites opératoires sont médiocres : la digestion est très lente, la constipation opiniâtre, et le malade se plaint d'une inappétence très accusée. Le 12 novembre 1928, un examen radioscopique montre, en dehors de l'amputation du pylore, une bouche qui fonctionne très bien, mais deux très grosses poches à air, gastrique et splénocolique.

Pendant un an, le malade continue à souffrir. Il entre à nouveau à l'hôpital le 25 novembre 1929. Les douleurs ont les mêmes caractères que précédemment. Les vomissements sont constants, d'horaire variable, souvent tardifs. Ils sont alimentaires et bilieux. L'anorexie est absolue, l'amaigrissement très accusé.

A l'examen, à part la cicatrice opératoire, on constate un point douloureux médian à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le foie est normal. Les divers appareils ne présentent aucune anomalie. La rate est normale, on ne constate pas d'adénopathie. Rien dans les antécédents en dehors d'un éthylisme ancien. Le Wassermann est négatif. L'examen radioscopique montre un résidu linéaire, un retard du transit. Par la bouche de gastro-entérostomie, la baryte injecte d'abord la branche afférente située à gauche et animée de mouvements péristaltiques. La branche efférente est placée à droite. Le tubage révèle une anachlorhydrie complète. L'examen des selles montre l'absence d'hématine.

Très rapidement, l'état général s'altère, confirmant l'impression de néoplasie gastrique. La cachexie s'accuse, l'anémie s'accentue de plus en plus. Le 28 décembre 1929, le malade entre dans le coma et succombe le 3 janvier 1930.

L'autopsie montra l'existence d'un ulcère profond, de la surface d'une pièce de un franc, non végétant, sur la petite courbure, à trois ou quatre centimètres de l'amputation pylorique. La muqueuse voisine était épaissie et enflammée. Tout autour du pylore et le long de la petite courbure, dans le mésentère se trouvaient des ganglions

durs et blancs, mobiles, de la grosseur d'un œuf de pigeon en moyenne, se prolongeant à travers le diaphragme par une chaîne analogue d'adénopathie médiastinale.

C'est à l'examen histologique seulement que la nature réelle de la lésion fut reconnue. En plus d'une gastrite intense autour de l'ulcération existait une inflammation interstitielle prononcée, formée de lymphocytes, de moyens plasmocytes et de rares polynucléaires neutrophiles. Un grand nombre de tubes glandulaires étaient détruits. Ceux qui subsistaient voyaient leurs cellules constituantes se modifier, prendre un caractère acidophile et rejoindre progressivement la morphologie des cellules de Sternberg. Certaines d'entre elles se répandant isolément dans le tissu inflammatoire interstitiel s'identifiaient avec celles-ci, quelques-unes même ayant déjà toute l'apparence de la cellule de Sternberg dans l'intérieur du tube glandulaire.

Cette observation avait des précédents à l'étranger: Schlagenhaufer, le premier, en 1913, en publiant deux cas de lymphogranulomatose à localisation gastro-intestinale, attira l'attention sur cette forme clinique rare. Après lui, divers auteurs, par des relations parues de loin en loin confirmèrent son existence. Hayden Apfelbach, dans une statistique datant de 1927, parvint à rassembler 29 cas dont trois personnels. Dans un seul d'entre eux, l'estomac était affecté isolément. Dans 12 autres, estomac et intestin étaient atteints l'un et l'autre. Pour les 16 cas restants, l'intestin était seul touché.

Depuis 1927, douze nouvelles observations ont paru: un cas de Froboèse (estomac seul), un de Drope, cinq de Coronini (estomac et intestin), trois de Titu Vasiliu (l'un estomac, le second estomac et duodénum, le troisième duodénum seul), un de Ogloblina (intestin grêle), et le cas cité plus haut de MM. F. Ramond, P. Chêne et F. Soulès (estomac seul). Nous ne ferons que rappeler l'observation récente de MM. Delanne et Lepage, où la tumeur qui simulait un cancer gastrique était constituée par des ganglions de la racine du mésentère.

Si l'on compare le caractère exceptionnel de pareils faits à la fréquence progressivement croissante des lymphogranulomatoses malignes, on conçoit les difficultés insurmontables que comporte l'établissement du diagnostic. Cependant, le problème offre toute une gamme dans sa complexité. Impossible à résoudre sans le secours de l'anatomie pathologique dans les localisations digestives pures, il devient plus abordable lorsqu'un des signes habituels de la maladie (adénopathie périphérique surtout) complète le tableau clinique. Ces derniers cas fournissent la transition avec les lymphogranulomatoses typiques qui admettent parmi leurs manifestations un symptôme de deuxième plan tel que la *diarrhée*. Il est assez curieux qu'aucune corrélation n'ait été soulignée jusqu'ici entre ce symptôme et la localisation intestinale de l'affection. Les observations que nous avons étudiées ne signalent pas l'existence de diarrhée. D'autre part ce symptôme considéré comme fréquent dans le tableau classique de lymphogranulomatose maligne ne comporte pas de substratum anatomique vérifié.

Voici le résumé de quelques observations où l'atteinte gastro-intestinale resta isolée. Dans une première catégorie de faits où l'estomac seul était touché, l'histoire clinique est analogue à celle du malade étudié à Saint-Antoine.

Premier cas de Titu Vasiliu. — Jeune femme de 22 ans présentant depuis trois ans des douleurs épigastriques survenant une demi-heure après l'ingestion des aliments, n'irradiant pas, accompagnée de régurgitations et de vomissements. A l'examen radiologique, image d'amputation pylorique avec niche atypique. On pose le diagnostic d'ulcéro-cancer de l'estomac.

Intervention : résection du pylore et ablation de ganglions de la petite courbure.

Examen de la pièce ; aspect cérébriforme de la muqueuse; près du pylore sur la petite courbure, ulcération de 6 centimètres de diamètre, à fond régulier et dense.

Au microscope : cellules ovoïdes, épithélioïdes, inégales, à noyau très grand, irrégulier, à facettes, d'aspect cristalloïde. L'auteur les range dans le cadre des cellules de Sternberg. Les coupes faites dans les ganglions de la petite courbure montrent un aspect indubitable de lymphogranulomatose avec cellules géantes du type pur de Sternberg.

Cas de Scott et Formann. — Symptômes gastriques faisant penser à un cancer. A l'opération : sténose pylorique. Parois épaissies. Ganglions péristomacaux hypertrophiés. Décès.

Cas de Steindl. — Jeune femme accusant des douleurs épigastriques puis des vomissements, de l'anorexie, des éructations ; pas d'hématémèses. Aux rayons X, troubles de remplissage et évacuation accélérée. Diagnostic : carcinome. Opération : estomac petit, à parois très épaissies, régions isthmique et pylorique transformées en tumeur infiltrante et diffuse. Pas d'adhérence. Dans le petit épiploon et le ligament gastro-colique, ganglions gros comme une noisette, rose grisâtres. On pense à lympho-sarcome ou à une tuberculose. Autres viscères intacts.

Examen histologique : lymphogranulome.

Guérison opératoire, malade non suivi.

Premier cas de Hayden-Apfelbach. — Homme de 44 ans souffrant de douleurs épigastriques post prandiales depuis 13 mois à siège ombilical sans irradiation et sans vomissement. A l'examen, pas d'adénopathie périphérique, hypoacidité du suc gastrique. Examen radiologique : dilatation gastrique. Le diagnostic posé est celui de carcinome de l'estomac. Décès.

Examen anatomique : estomac à parois épaissies dont la face antérieure adhère à la paroi. La muqueuse est irrégulière avec bourrelets. Ulcération perforante de 3 à 5 centimètres de diamètre près de la grande courbure. Rate normale. Ganglions gris jaunes dans le ligament gastro-hépatique.

Histologie : lymphogranulome. Cellules de Sternberg, nombreuses mitoses dans les cellules endothéliales. Ganglions péristomacaux lymphogranulomateux.

Cas de Froboèse. — Femme de 63 ans. Depuis deux ans vomissements, puis douleurs épigastriques sans horaire fixe. Gros amaigrissement. Petits ganglions inguinaux, acidité gastrique diminuée. A l'examen radiologique, état lacunaire de l'estomac. Diagnostic posé : carcinome gastrique.

A l'intervention, sur la surface extérieure de l'estomac, tumeur bosselée à cheval sur la petite courbure, près du pylore. Guérison. Examen de la pièce. Ulcération en « assiette » sur la petite courbure. Histologiquement : granulome.

Cas de Helmann. — Les ulcérations siègent près du cardia.

Observations où l'intestin seul était intéressé. — *Cas de Ogloblina.* — Femme de 43 ans ayant présenté des symptômes de lésions de l'intestin grêle. Résection de plus d'un

mètre d'intestin. Le long de ce segment : quatre tumeurs circulaires accompagnées de grosse adénopathie du mésentère. Après une amélioration sensible pendant 8 mois, douleurs abdominales, faiblesses, transpirations nocturnes suivies de décès au milieu d'un syndrome de péritonite.

A l'autopsie, ulcère du duodénum perforé avec ulcérations multiples du grêle reconnues d'origine lymphogranulomateuse.

Troisième cas de Titu Vasiliu. — Homme de 38 ans chez qui on pose le diagnostic de pancréatite aiguë avec péritonite. Laparotomie : on trouve une tumeur que l'on croit pancréatique. Décès.

A l'autopsie, péritonite purulente, duodénite ulcéro-nécrotique avec péri-duodénite. Muqueuse gastrique hyperhémiée. Sur le duodénum à quinze centimètres du pylore, présence d'une ulcération couverte de membranes grisâtres. La paroi alentour est épaissie.

Examen microscopique. Il ne reste que quelques ilots de muqueuse ; à la surface, couche fibrinoïde, avec infiltration leucocytaire abondante. Polymorphisme cellulaire ; cellules du type Sternberg.

Dans les cas restants, les lésions touchant simultanément l'estomac et l'intestin grêle (duodénum surtout) s'étendent même parfois jusqu'au côlon et au rectum.

Deuxième cas de Titu Vasiliu. — Homme de 43 ans qui vient consulter pour douleurs épigastriques et vomissements après ingestion d'aliments durant depuis 4 ans. A l'examen radiologique : tumeur pylorique.

Intervention. Tumeur à cheval sur la petite courbure. Duodénum attiré à gauche, très adhérent au pancréas. Ganglions sur les deux courbures. Résection type Péan. Décès huit heures après.

Examen anatomique. Paroi épaissie dans la région pylorique. Présence sur la muqueuse de plusieurs ulcérations superficielles à bords hyperhémiés. Au microscope, cellules à type de Sternberg typiques.

Cas de Grost. — Les troubles gastriques ne sont pas précisés. A l'autopsie : ulcérations et nodules lymphogranulomateux dans l'estomac, le duodénum et le jéjunum. Ganglions mésentériques hypertrophiés.

Premier cas de Schlagenhaufer. — Homme de 47 ans présentant des vomissements. Pas de ganglions à l'examen clinique.

Autopsie : aspect cérébriforme de la muqueuse stomacale avec ulcères multiples, les uns pénétrants les autres superficiels. Mêmes lésions au niveau de l'iléon. Caractère lymphogranulomateux reconnu à l'histologie.

Deuxième cas de Schlagenhaufer. — Homme de 44 ans chez qui des signes gastro-intestinaux font poser le diagnostic d'ulcère de l'estomac avec anémie. A l'autopsie, ganglions cervicaux augmentés de volume. Nodules pulmonaires. Ganglions mésentériques hypertrophiés. Au niveau de l'estomac, quelques ulcérations à bords indurés à fond granuleux. Ulcère de dimension plus grande sur la paroi antérieure du duodénum. Nodules sur l'iléon.

Des cas analogues où des ulcères gastriques et intestinaux ont été constatés sont signalés par Terplan et Valasch, par Terplan, par Kasnelson, par Nevotny et par Sunnig. Dans un des cas de ce dernier, les lésions s'étendaient jusqu'au rectum.

On conçoit qu'en face de manifestations aussi atypiques, isolées de la lymphogranulomatose, le diagnostic exact soit impossible à poser. Tout naturellement on se trouve aiguillé vers une autre affection digestive. Dans tous les cas où la maladie de Hodgkin se localisa sur l'estomac, on crut cliniquement à un cancer gastrique et les constatations opératoires portèrent la mention : ulcéro ou ulcéro-cancer. La nature lymphogranulomateuse ne fut reconnue qu'à l'examen histologique.

De même, les formes intestinales pures furent étiquetées tumeurs de l'intestin grêle ou du pancréas.

Peut-être en l'absence de tout autre signe habituel de la lymphogranulomatose l'examen hématologique pourrait-il parfois éveiller l'attention. Mais les diagnostics posés sont si loin de la réalité que cette recherche n'est guère pratiquée. Au surplus, il est loisible de penser que les modifications sanguines, l'éosinophilie en particulier, déjà inconstantes dans les formes habituelles de la maladie de Hodgkin doivent se montrer plus infidèles encore dans ses manifestations atypiques et l'on peut se demander si, en présence d'un syndrome d'ulcère ou de cancer gastrique, la constatation de leucocytose et de polynucléose avec éosinophilie autoriserait à poser un diagnostic aussi exceptionnel. Par contre, ainsi qu'en témoignent les observations rapportées plus haut, la constatation d'ulcérations multiples peut parfois orienter le chirurgien ou l'anatomiste vers la possibilité de lymphogranulomatose gastrique.

Le problème est certes moins difficile dans un ordre de faits cliniques un peu différents, intermédiaires entre ceux que nous venons d'étudier et les aspects classiques de la maladie. Il s'agit de ces cas où les manifestations digestives sont accompagnées d'autres symptômes plus évocateurs.

Nous citerons trois observations de ce genre :

Cas de Hayden Apfelbach. — 1° Femme de 38 ans présentant depuis deux ans douleurs épigastriques, vomissements sanguinolents, frissons, température. La rate est augmentée de volume, palpable.

A la radio, arrêt marqué au niveau du cardia. L'estomac est en J et la partie supérieure est attirée vers la rate. La mort survient rapidement malgré la gastrostomie. A l'autopsie, on trouve trois ulcérations prises pour des lésions tuberculeuses mais qu'une inoculation négative et l'histologie rattachent à leur véritable cause.

2° Femme de 44 ans ayant eu depuis deux ans une tuméfaction sous-maxillaire d'accroissement rapide. Puis apparaît dans la région ombilicale une tumeur indolore et mobile distendant l'abdomen.

A l'autopsie, tumeurs de volumes variés disséminées un peu partout. Sur l'estomac (petite courbure et face postérieure), nombreuses ulcérations irrégulières. Au niveau du duodénum existe une masse annulaire ; sur le rectum, une tuméfaction ovoïde à centre ulcéré. L'histologie est concluante.

Cas de Drope. — Femme de 70 ans, porteuse d'une tuméfaction sous-maxillaire depuis un an. Ayant présenté trois mois avant sa mort de la diarrhée et de l'œdème des membres inférieurs.

A l'autopsie, deux tumeurs au niveau de l'estomac, une sur le grêle. L'examen histologique montre des cellules de Sternberg.

Certainement, dans des cas semblables, le rapprochement entre les troubles digestifs et les masses ganglion-

naires ou la splénomégalie ne s'imposent pas. Cependant, de telles coïncidences peuvent donner une orientation au diagnostic. Nous soulignerons au passage que dans ces trois cas, l'examen macroscopique des pièces est assez voisin des formes précédentes. Il s'agissait encore soit de masse tumorale multiple ulcérées parfois, soit d'ulcérations d'un nombre parfois assez élevé. Cet aspect particulier a pu faire soulever le diagnostic de tuberculose (cas de Steindl). Ne serait-ce cette multiplicité, l'aspect de la lésion est assez voisin de celui d'ulcéro-cancer. Dans la lymphogranulomatose maligne, la plupart des auteurs reconnaissent une coloration gris rougeâtre aux ulcérations. A la coupe, il existe des noyaux sous-muqueux, la paroi externe est infiltrée, les bords sont durs et la muqueuse prend à son niveau un aspect cérébroïde. Aucune prédilection pour le siège. La perforation est fréquente, la sténose par contre n'est guère habituelle (un cas de Steindl, un de Titu Vasiliu).

Mais, ainsi que nous l'avons dit déjà plus haut, c'est l'histologie seule qui affirme le diagnostic. Sa description sort du cadre de cette étude. Les notes anatomiques relevées par les divers auteurs sont toutefois très voisines.

Nous n'insisterons pas non plus sur l'interprétation des aspects histologiques. Certains auteurs font de la maladie de Hodgkin une lésion inflammatoire, d'autres une production tumorale. Depuis l'hypothèse initiale de Sternberg, qui faisait de cette affection une tuberculose atypique, l'étiologie de la maladie a subi des orientations très variables, toutes incomplètement vérifiées par les résultats expérimentaux ou les épreuves. L'hypothèse la plus vraisemblable, telle qu'elle ressort des discussions récentes à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (communications de MM. Bezançon, Duruy, Delarue et Fouquet, Bezançon, Weismann-Netter, Oumansky et Delarue ; Godvelle, Sacquépée, Liégeois ; Caussade, Faure-Beaulieu et Mlle Brun, juin-juillet 1930), est la suivante. Les tissus atteints de lymphogranulomatose constituent un terrain sur lequel se développe facilement le bacille de Koch, analogue en cela, mais à un degré plus accusé encore, aux tissus leucémiques ou cancéreux. On considère actuellement la maladie de Hodgkin comme une véritable « maladie-frontière ».

L'étude de la lymphogranulomatose digestive n'apporte aucun éclaircissement à ce sujet. Tout au plus peut-on souligner l'égale rareté de cette affection et de la tuberculose gastrique. Titu Vasiliu a cependant trouvé (2e cas) une cellule géante plaidant en faveur de la nature tuberculeuse. Mais d'autre part, notre maître Félix Ramond, ayant pu saisir le passage entre les lésions de proliférations épithéliales de la muqueuse gastrique, et l'essaimage à distance de cellules de Sternberg semblable à celui des cellules cancéreuses, reste partisan de la théorie néoplasique admise par ailleurs des auteurs américains (Mac Callum, Moorhead).

Nous n'insisterons pas davantage sur les divers essais pathogéniques sur la lymphogranulomatose maligne.

Un mot pour terminer du pronostic de cette lymphogranulomatose digestive qui ne présente aucune particularité sur celui de la maladie même. Les malades qui ont été suivis ont succombé. Les cas de Steindl, Froboèse, le premier de Titu Vasiliu ont comporté une guérison opératoire, mais les suites éloignées ne sont pas précisées en raison peut-être d'une de ces longues rémissions toujours possibles dans la maladie de Hodgkin.

Bien que l'étude de la lymphogranulomatose maligne à prédominance digestive ne comporte pas de sanctions diagnostiques ni thérapeutiques spéciales, bien qu'il s'agisse de cas exceptionnels sans données étiologiques particulières, il nous a paru cependant intéressant d'apporter ce petit groupe de faits pour le rapprocher des documents actuellement réunis pour l'étude de ce syndrome d'un intérêt pathogénique si considérable.

BIBLIOGRAPHIE

Aubertin et R. Lévy. *Journ. Méd. Franç.*, janvier 1928.
Catsaras Georgeantes. *Virch. Arch.*, 1924, 216-107.
Chevalier. *La lymphogranulomatose maligne.* Masson 1931.
Coronini. *Path. Anat.* vol. 80-405.
Delanne et Lepage. *Le Scalpel*, 3 oct. 1931.
Drope. *Virch. Arch.*, 259-11-7.
Eving. *Neoplastic Disease*, 111.
Froboèse. *B. Z. Pathol. Anat.*, Bd 77.
Grost. *Frankf. Zeit.* 1921, 283.
Heimann-Hatvy, *Med. Klin.* 1926-918.
Hofman. *Arch. fur Klin Med.* 82-794.
Huguenin. *Bull. Ass. Et. cancer.* Janvier 1929.
Jeanselme et Marchal. *Ann. de méd.*, juillet 1926.
Joung. *Frankf Zeit.* 1925, 31-54.
Kan. *Journ. of Orient Méd.*, 1926.
Kasnelson. *Vien Arch. für Med.*, 1924.
Kofoid. *J. Am. of Med. Ass.*, 78-1004.
Laubry, Marchal et Liège. *Revue de Méd.*, 1927, p. 695.
Lupu Craciunu. *Soc. Med. des Hôp. de Bucarest*, 1924, 6-77.
Marchal, Moussoir et Tchou. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 10 février 1928.
Nevotny. *Cas. Leè. Cek.*, Bd 62.923.
Novaro. *Rev. Med. Argent.* 1924.
Ogloblina. *Acta Chir. Scandin.*, 23 avril 1929.
Pampler et Terplan. *Med. Klin.*, 1925-21.
F. Ramond, P. Chêne et F. Soulès. *Archives des Maladies de l'appareil digestif*, juin 1930.
Schlagenhaufer. *Zeit. für Path. Anat.*, 1913, 916-24. *Wirch Arch.*, 1920, 74-227.
Scott et Formann. *Med. Journ.*, 1926, 12-323.
Steindl. *Arch. Klin. Chir.*, 1924.
Sunnig. *Med. Klin.*, 1924, 20-415.
Terplan. *Wirch. Arch.*, 1922, 237.
Warfield et Kustjanson. *Bull. John Hopkings Hosp.*, 1916-27.
Vasiliu Titu et Goia. *Annales d'Anat. Pathol.*, 1927.
Vasiliu Titu et Irimonoiu. *C. R. Soc. Biol.* Tome XCIV, p. 1311.
Vasiliu Titu. *Le Sang*, 1929, N° 3.
Ziegler. *Berl. Klin. Woch.*, 23 oct. 1911, 43-1917.

Technique pratique des examens labyrinthiques (Examen acoumétrique, examen vestibulaire), par A. Aubin, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris, R. Maduro, chef de clinique O. R. L. de la Faculté de Paris. In-8° raisin, 64 pages, avec 26 figures. — Prix : 12 fr. — Paris, Vigot frères.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1932)

Grippe et système nerveux. — MM. H. Dufour et A. Hurez. En 1929, l'un des auteurs a essayé de démontrer que la grippe influenza était essentiellement une maladie du système nerveux, central et périphérique et devait être rangée dans les septinévrites. Postérieurement, M. Etienne Bernard a publié un cas de mort presque subite, dû à la grippe.

Cette année, les auteurs ont observé des cas de grippe impressionnants par la gravité de leurs manifestations nerveuses, ce qui les autorise à déclarer qu'il s'agit bien d'une septinévrite. En premier lieu, ils relatent trois cas de mort presque subite, survenant chez les malades plus ou moins grippés et tarés par une affection antérieure.

En résumé, en l'espace de moins de 2 mois, MM. H. Dufour et A. Hurez ont relevé facilement dix observations d'atteintes graves du système nerveux, dont trois morts subites et ils insistent de nouveau sur l'existence d'une septinévrite, notion introduite par l'un d'eux il y a 3 ans dans la pathogénie de la grippe.

Lèpre et acromégalie. — MM. G. Delamare et R. Jimenez Gaona étudient les particularités d'une acromégalie observée chez un lépreux, syphilitique et atteint d'insuffisance génitale, de gynécomastie sans lipodystrophie et de xanthélamie.

Recherches étiologiques sur le rhumatisme articulaire aigu. — MM. P. Nobécourt et Jean Paraf ont repris l'étude de l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu, à la lumière de la statistique de la clinique médicale des enfants, portant sur près de 200 cas.

L'âge est un facteur étiologique important, la grande majorité des enfants ayant de 7 à 14 ans.

De même, le rôle des saisons est avec 2 maxima en juillet et en janvier (froid et chaud excessif).

Le rhumatisme est par excellence une maladie de la classe hospitalière, d'autant plus fréquente et plus grave que la misère physiologique et la fatigue sont plus marquées.

L'hérédité ne paraît jouer aucun rôle.

Un cas de brucellose contractée en Lorraine. Traitement par le jaune d'acridine. Guérison. Psychose post-infectieuse. — MM. A. Lemierre et D. Mahoudeau-Campoyer. Le point curieux de cette observation c'est que cette fièvre ondulante a été contractée en Lorraine, près de Sarrebourg, dans une ferme où il n'y avait pas de chèvre. Il s'agit donc d'une fièvre ondulante d'origine ovine. Ce cas vient s'ajouter à ceux observés dans l'Est de la France.

Un cas de rhumatisme cardiaque évolutif avec cardite nodulaire type Aschoff. — MM. Pichon, Layani, Pautrat et Mlle de Cursay. Un cas de rhumatisme cardiaque évolutif avec cardite nodulaire type Aschoff. A l'autopsie, outre les lésions endocarditiques de l'efflorescence perlée, on constate la présence des nodules d'Aschoff dans toutes les parties du cœur.

Valeur des déformations du bulbe ulcéreux. — M. R.-A. Gutmann.

Nouveaux membres de la Société médicale des hôpitaux. — Sont élus à l'unanimité :

MM. Collignon (Val-de-Grâce) ; P. Ravault (Lyon) ; Pellé (Rennes) et Longchampt (Toulon), à titre de correspondants nationaux ; Ascoli (Palerme) ; Bensis (Athènes) et Portocalis, à titre de correspondants étrangers.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1932)

Trismus et contracture faciale unilatérale durant depuis trois mois, en voie de guérison à la suite de la sérothérapie antitétanique. — MM. J.-A. Chavany, E. Bourdillon et F. Thiébaut rapportent un cas de contracture de l'hémiface droite avec trismus, qui dure depuis plus de cent jours. L'hypertonie faciale permanente se renforce sous l'influence des causes les plus minimes. Il existe, en outre, un très léger déficit dans les membres du côté droit, avec des signes d'hypotonie. En présence de ce trismus, que ne peut expliquer aucune cause locale, et aussi de quelques manifestations hypertoniques passagères dans les membres du côté droit, les auteurs pensent qu'il s'agit d'une forme atténuée de tétanos à prédominance céphalique, bien qu'il soit absolument impossible de dépister la porte d'entrée du bacille de Nicolaier chez le cultivateur qui fait l'objet de leur observation. La grosse amélioration consécutive à une sérothérapie antitétanique modérée (une injection quotidienne intramusculaire de 40 centimètres cubes de sérum antitétanique non purifié pendant neuf jours) paraît confirmer cette hypothèse.

M. J. Lhermitte discute le diagnostic de tétanos chronique, à cause de l'hémihypotonie droite et de l'augmentation de la chronaxie qui a été constatée sur certains muscles.

Sclérose en plaques ayant commencé par un syndrome d'hypertension intracranienne. — MM. H. Schaeffer et Debroise. — Une jeune femme de trente-neuf ans entre à l'hôpital, en mars 1931, pour un syndrome d'hypertension intracranienne typique qui s'est installé peu à peu, constitué par des céphalées, des vomissements, de la stase papillaire bilatérale avec hémorragie rétinienne, une hypertension céphalo-rachidienne de 60 au manomètre. Cette malade présentait en outre un amaigrissement marqué, une asthénie psychique et physique profonde et un syndrome neurologique assez diffus, à la fois vestibulaire, cérébelleux et pyramidal. Progressivement, mais lentement, tous ces troubles s'améliorèrent, et la malade, qui ne présente plus aucun trouble fonctionnel, a encore des signes pyramidaux gauches, des réflexes abdominaux partiellement abolis, du Romberg et du nystagmus.

Le diagnostic de sclérose multiple, qui paraît vraisemblable actuellement, était impossible au début.

Les auteurs insistent sur la rareté de ce mode de début de la sclérose multiple, sur son mécanisme probable, ainsi que sur les signes distinctifs entre la stase papillaire de cette maladie et les papillites œdémateuses qui peuvent s'observer dans cette affection.

MM. Barré, J. Lhermitte doutent qu'il s'agisse d'une sclérose en plaques, et admettraient plus volontiers l'hypothèse d'une encéphalite infectieuse à virus inconnu. Cette conception, qui écarterait le diagnostic de sclérose en plaques, permettrait d'espérer un meilleur pronostic pour l'avenir de la malade.

Le signe du roulement de la hanche. — M. Jacques Forestier montre l'intérêt de l'examen de la hanche en décubitus ventral pour le diagnostic entre les arthrites de la hanche et les algies sciatiques chez l'adulte. Il décrit la technique de recherche d'un signe d'altération de la rotation de la hanche sous le nom de *signe du roulement à billes*.

Toute atteinte pathologique de l'articulation entraîne précocement une raideur (roulement à billes rouillé) et une limitation des mouvements. Le résultat de la manœuvre est

le même du côté sain et du côté malade dans le cas des algies sciatiques.

Ce signe différentiel paraît plus précoce que ceux qui ont été décrits autrefois, et la recherche en est aisée.

MM. Barré, Charpentier rappellent que M. Babinski insistait déjà beaucoup, autrefois, dans son enseignement, sur la limitation précoce des mouvements de rotation de la cuisse pour le diagnostic des arthrites de la hanche.

M. André Thomas signale que les arthrites de la hanche sont parfois simulées par la névralgie du crural, mieux que par les névralgies du sciatique. Arthrite de la hanche et névralgie crurale peuvent d'ailleurs s'associer.

M. Tournay attire, dans le même ordre d'idées, l'attention sur les névralgies obturatrices.

Le syndrome infundibulaire dans la syphilis acquise et héréditaire. Trois observations nouvelles. — MM. J. Lhermitte, N. Kyriaco et J. Trelles. — La syphilis frappe souvent la région ventrale du diencéphale, et provoque, comme Lhermitte l'a montré, soit un syndrome infundibulaire global, soit des syndromes dissociés. Trois observations nouvelles sont rapportées ici.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme qui avait contracté un chancre syphilitique, et qui, deux ans après, présente les premiers symptômes infundibulaires : d'une part, crises de narcolepsie tout à fait typiques, fréquentes et profondes, associées ou remplacées par des attaques cataleptiques : d'autre part, diminution considérable de la capacité sexuelle. Il faut signaler que certaines attaques hypnoleptiques s'accompagnent d'un automatisme verbal ; le malade prononce alors des paroles incohérentes analogues à celles du rêve.

Dans le second cas, qui a trait à un spécifique de longue date, le syndrome consiste également dans des crises d'hypersomnie paroxystique, dont l'origine est attestée par la positivité de toutes les réactions sérologiques. Le malade évolue vers la paralysie générale.

Enfin le dernier cas se rapporte à un homme de cinquante ans, malade depuis une dizaine d'années ; ici le syndrome est plus complet, avec diabète insipide, polydipsie, atrophie des glandes génitales, impuissance sexuelle, adiposité excessive, asthénie psychique. Dans ce dernier fait, il est très vraisemblable qu'il s'agit d'une syphilis héréditaire.

Syndrome infundibulaire syphilitique au cours d'un tabès. — M. J. Dereux (de Lille) a observé, chez un tabétique avéré, l'ensemble des troubles suivants : obésité, perte de l'appétit génital et modification des caractères sexuels secondaires, narcolepsie. Ces troubles peuvent être rapportés à une atteinte de l'infundibulum par la syphilis. Les travaux expérimentaux, les études cliniques viennent à l'appui de cette manière de voir. Ces troubles ont complètement disparu sous l'influence du traitement antisyphilitique. Les symptômes tabétiques sont restés stationnaires.

Tumeur de la queue de cheval. Opération, Guérison. Absence de troubles sensitifs objectifs. — M. J. Dereux (de Lille) rapporte l'observation d'un cas de tumeur de la queue de cheval, opérée par MM. de Martel et Clovis Vincent, tumeur bénigne dont l'ablation a été suivie d'une guérison complète et durable. Le point particulier, sur lequel l'auteur insiste, est le suivant : à aucun moment il n'exista de troubles objectifs de la sensibilité. Ce fait est exceptionnel ; dans les cas, en effet, où les troubles sensitifs objectifs sont peu marqués, un examen minutieux permet presque toujours de les localiser, au moins dans l'aire d'une ou deux racines.

Un cas de tumeur de la région hypophysaire avec troubles importants de la vision améliorés par la radiothérapie. — MM. Georges Guillain, Pierre Mathieu et Parfoury présentent le cas d'une tumeur de la région hypophysaire, qui s'est manifestée, chez une femme de quarante-six ans, par des céphalées et par des troubles visuels survenus progressivement au cours de l'année 1929.

Les examens ophtalmologiques, pratiqués au mois de janvier 1930, ont montré, au niveau de l'œil droit, l'existence d'une simple perception lumineuse. A gauche, le champ visuel était extrêmement réduit, l'acuité visuelle de 1/10, la papille décolorée. La malade, pratiquement aveugle, était incapable de se conduire seule. Une radiographie de la selle turcique a montré un effacement des apophyses clinoïdes postérieures. Le liquide céphalo-rachidien, légèrement xanthochromique, présentait une hyperalbuminose modérée.

Le mauvais état général de la malade rendait toute intervention chirurgicale impossible. Une série de radiothérapie profonde a permis à la malade, en l'espace de trois mois, de récupérer à droite une vision de 3/10 au niveau du segment nasal du champ visuel. A gauche, sauf un scotome central et une encoche de son bord inférieur, le champ visuel a été presque entièrement récupéré ; l'acuité visuelle est restée de 1/10. Deux nouvelles séries de radiothérapie ont été pratiquées en 1930 et en 1931. Actuellement, trois ans après le début du traitement, la malade a retrouvé la plus grande partie des deux champs visuels. L'acuité visuelle, restée à gauche de 1/10, est passée à 4/10 à droite, et la malade a pu reprendre intégralement sa profession de secrétaire.

Les auteurs insistent sur l'utilité de la radiothérapie dans le traitement de certaines tumeurs de la région hypophysaire. Les faits de cet ordre, signalés depuis longtemps par Antoine Béclère, montrent le rôle que peut jouer la radiothérapie, en particulier dans les cas où, pour une raison quelconque, une intervention chirurgicale est impossible.

Sur une question de M. Baudouin, M. Béclère rapporte que le premier malade qu'il a soumis, il y a vingt-deux ans, à la radiothérapie pour tumeur de l'hypophyse, est resté guéri sans nouveau traitement ; un autre est resté guéri, lui aussi, depuis un temps presque aussi long. Sur une question de M. Haguenau, il précise qu'une fois obtenu un bon résultat, il lui paraît inutile de reprendre la radiothérapie, tant qu'une rechute ne se manifeste pas. M. Sainton a fait l'autopsie d'un malade soumis à la radiothérapie par M. Béclère, douze ans auparavant, et mort d'une grippe intercurrente. Chez ce malade qui n'avait fait aucune récidive de ses accidents hypophysaires, l'adénome hypophysaire persistait.

M. Lhermitte note que M. Roussy a vu des améliorations analogues dans des tumeurs suprasellaires soumises à la radiothérapie.

M. Guillain tient à préciser que radiothérapie et chirurgie de l'hypophyse ne s'excluent pas l'une l'autre. En contre-partie du cas qu'il vient de rapporter, il relate l'observation d'une acromégalique, chez laquelle la radiothérapie avait échoué, et qui fut, à tous égards, considérablement améliorée, après ablation de l'adénome hypophysaire par M. Cl. Vincent.

Syndrome parkinsonien avec troubles de la mémoire et de l'affectivité, consécutif à une intoxication aiguë par le gaz d'éclairage. — M. Souques communique l'observation d'un malade atteint de syndrome parkinsonien à la suite d'une intoxication aiguë par le gaz d'éclairage. La rigidité musculaire, généralisée et typique, ne s'accompagnait pas de tremblement, mais se compliquait de troubles de la mémoire et de l'affectivité.

En se fondant sur les cas semblables ou analogues suivis d'autopsies, l'auteur admet l'existence de lésions nécrotiques bilatérales et symétriques occupant le globus pallidus de chaque hémisphère cérébral. Les troubles de la mémoire

et de l'affectivité, très fréquents dans l'intoxication oxycarbonée, sont probablement en rapport avec des modifications des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale, et avec des foyers disséminés de démyélinisation situés dans la substance blanche sous-corticale.

Troubles végétatifs abdominaux consécutifs à la section médullaire combinée à la gastro-entérostomie et à l'injection intraveineuse de carmin lithiné (ulcérations peptiques, troubles vasomoteurs et entéromoteurs). — MM. Roussy et Mosinger ont tenté de réaliser expérimentalement le syndrome d'atonie intestinale et de congestion viscérale qui s'observe fréquemment au cours des traumatismes médullaires et des myélites aiguës.

De leurs expériences faites chez le rat, chez le cobaye, et surtout chez le chien, il semble résulter que l'état physiologique antérieur joue un rôle important dans le déterminisme du syndrome abdominal consécutif aux sections médullaires, et que l'atonie est secondaire à des phénomènes spasmodiques préalables.

Troubles vasomoteurs dans les lésions traumatiques de la région diencéphalo-hypophysaire (étude de l'oscillogramme, de la tension artérielle, de la réaction à l'histamine, de la réaction à l'extrait de posthypophyse). — MM. Roussy et Mosinger ont étudié la fonction vasomotrice chez trois sujets qui avaient présenté un traumatisme de la région diencéphalo-hypophysaire : fracture de la base avec hyperthermie, — balle de revolver logée dans la région latérale hypophysaire avec narcolepsie, hyperthermie et polyurie, — chute avec diabète insipide post-traumatique.

Ils ont observé, dans deux cas, de l'hypertension artérielle avec élévation de l'indice oscillométrique, et, dans les trois cas, une hyperréactivité vasculaire à l'épreuve des bains avec hypersphygmie au niveau des membres non baignés, ainsi qu'une faiblesse des réactions cutanées à l'excitation mécanique ou chimique.

L'injection intraveineuse d'adrénaline, d'extrait posthypophysaire et l'irradiation de la base par les rayons X ont été suivies, dans le troisième cas, d'une ascension de la tension artérielle et de l'index oscillométrique.

Après l'irradiation, l'œdème histaminique était moins intense, les tests à l'histamine ont donné un érythème moins foncé.

Le test cutané local à l'adrénaline a donné des réactions faibles dans deux cas.

Après injection intraveineuse d'extrait posthypophysaire, les test à l'histamine ont donné un érythème moins foncé, une boule d'œdème plus volumineuse, mais aussi vite résorbée qu'auparavant. Malgré l'analogie entre les effets de l'injection d'extrait posthypophysaire et ceux de l'irradiation, celle-ci n'agit pas, d'après les auteurs, sur l'hypophyse ou sur les centres tubériens d'innervation hypophysaire. Car, expérimentalement, l'hypophysectomie ne donne pas lieu aux troubles vasomoteurs considérables qu'entraîne l'hypothalamectomie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 8 janvier 1932)

La syphilis de l'infundibulum. — Pour M. J. Lhermitte, la syphilis peut réaliser par ses localisations sur l'infundibulum une série de symptômes attribués autrefois à l'hypophyse. A côté du syndrome global caractérisé par la polyurie, l'adiposité, les perturbations sexuelles, la narcolepsie, il faut placer les syndromes dissociés dans lesquels une manifestation domine les autres. Chez l'enfant et l'adolescent, le syndrome adipogénital peut être l'expression de la syphilis infundibulaire.

Traitement des calculs de la vessie. — M. Georges Luys précise les divers modes de traitement en rapport avec leur volume, leur densité et leur forme.

Les *gros calculs* sont justiciables de la taille hypogastrique.

Les *calculs moyens* doivent être opérés par lithotritie.

Pour les *petits calculs*, l'opération de choix est leur extraction par les voies naturelles, pratiquée sous la vue, avec le cystoscope à vision directe.

(séance du 23 janvier 1932)

Le rhumatisme d'origine microtraumatique. — M. Mathieu-Pierre Weil signale l'intérêt de la notion de « microtraumatisme » en matière de pathologie articulaire. Un grand nombre de rhumatismes d'apparence banale sont dus à des troubles de l'équilibre statique, à des attitudes vicieuses, ou à des efforts pour lesquels certaines articulations ne sont pas adaptées. Ce diagnostic étiologique est utile pour le choix du traitement.

Traitement des gangrènes diabétiques. — M. Pascalis insiste sur ce fait que si le traitement médical peut permettre la guérison des gangrènes diabétiques essentielles, le traitement chirurgical est indiqué dans les cas de diabète avec lésions athéromateuses ou de troubles circulatoires importants. L'étendue de l'exérèse est définie par l'oscillométrie et l'épreuve de Mowcovitz.

A propos d'une communication de M. Lhermitte sur les **syndromes infundibulo-tubériens syphilitiques**, M. Schulmann s'étonne qu'il ne soit point question de l'hypophyse. Les nouvelles recherches physiologiques, en particulier celles de Collin, viennent confirmer les données cliniques tombées dans un injuste discrédit à la suite des travaux de Camus et Roussy.

Fausse maigreur. — M. Léopold Lévi étudie le syndrome de la fausse maigreur qui se caractérise par un contraste marqué entre l'apparence amaigrie du sujet dans ses parties découvertes et l'obésité tout au moins relative de certaines parties du corps. Ce syndrome se rencontre au cours de divers états endocriniens, par insuffisance hypophysaire, hyperthyroïdie, insuffisance ovarienne. Parmi les glandes qui interviennent dans la constitution de ce syndrome, l'hypophyse est à mettre au premier rang, puis la thyroïde et les glandes sexuelles. Le traitement de la fausse maigreur, difficile dans les formes accentuées, comporte en dehors du régime approprié, des exercices spéciaux et une opothérapie adéquate à chaque cas.

La physio-prophylaxie. — M. J. Pescher.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(séance du 12 janvier 1932)

Nouveau cas d'ostéosynthèse chez l'enfant (présentation de malade). — M. Billet. — Fillette de douze ans, atteinte de fracture du col chirurgical de l'humérus gauche. La fracture date de seize jours, et les fragments, mal coaptés, forment une crosse, à sommet externe. Sous l'écran, il est impossible de redresser les fragments et de les maintenir en bonne place. L'intervention s'impose. Après nettoyage d'un foyer de fracture déjà en voie d'organisation, les fragments peuvent être juxtaposés ; on les maintient facilement en place avec une agrafe de Dujarrier.

L'auteur insiste une foise de plus sur l'obligation dans laquelle on se trouve parfois de pratiquer la réduction sanglante des fractures, même chez l'enfant. Ce n'est, bien entendu, qu'une méthode exceptionnelle, une méthode de nécessité.

Il montre de nouveau tout le parti qu'on peut tirer de cet excellent et simple matériel de prothèse qu'est l'agrafe de Dujarrier.

Perforation gastrique, premier symptôme d'ulcus. — M. Camelot.

Néoplasme du col et grossesse. — M. Belle.

Quelques cas d'hystéro-salpingographie (présentation de radiographies). — MM. Courty et Cordonnier présentent dix observations de malades atteintes d'affections gynécologiques diverses où ils ont employé l'hystéro-salpingographie pour compléter le diagnostic clinique ; toutes ces malades ont été opérées ensuite, il a donc été possible de vérifier les renseignements fournis par cette nouvelle méthode d'investigation.

D'une façon générale, l'hystérographie a paru très utile, en particulier dans certaines métrites dites hémorragiques, où le diagnostic se discutait avec cancer du corps ; dans le diagnostic différentiel entre salpingo-ovarite droite et appendicite, la salpingographie montrant l'état de la trompe permit de poser le diagnostic.

(Séance du 26 janvier 1932)

Présentation de pièce :

M. Favreau présente une tumeur pesant 21 kilogr. : **Kystes de l'ovaire droit et fibromes énormes de l'utérus,** enlevés chez une vieille fille de 51 ans. Suites normales.

Communications :

Un cas de polydactylie. — M. Favreau et Mlle Sénellart. — Césarienne : bon résultat.

Déformation de la jambe chez un nouveau-né (avec présentation de radiographie). — MM. Favreau et Klein.

Tumeur sacro-coccygienne. — M. Favreau et Mlle Sénellart. — Cet enfant, parfaitement bien conformé, présente une volumineuse tumeur sacro-coccygienne, qui contenait un kyste énorme. Elle fut enlevée par M. le professeur Billet. Le résultat de l'examen de M. Delattre sera rapporté ultérieurement.

Sa mère avait mené à terme une précédente grossesse, dont l'enfant était mort au début du travail.

A propos du dosage de l'urée dans le sang – M. Paget. L'iso-répartition de l'urée dans le caillot et dans le sérum qui en exsude n'est pas immédiate ; elle est même très lente. L'auteur montre les causes d'erreur imputables à ce fait et il en précise l'importance.

Une communication ultérieure relatera les essais effectués dans son laboratoire, avec son élève Mlle Dubromelle, et en dégagera les conclusions essentielles.

L'auteur indique en outre le principe d'un nouveau procédé du dosage de l'urée, qu'il étudie actuellement avec son confrère Leclère : évaluation par diaphanométrie, du carbonate de chaux formé par le CO^2 dégagé par la réaction hypobromite-urée sur le chlorure de calcium ajouté au réactif décomposant.

Corps étranger du larynx, extraction par trachéotomie (présentation de radiographies et de pièce). — M. Reverchon.

Péritonite à pneumocoques et pleurésie purulente. — MM. Vincent et Ledieu.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1932)

MM. LUIRONDEL et GORENSKY présentent une malade chez laquelle ils ont pratiqué l'extirpation complète d'une *grenouillette* sublinguale.

MM. POUROY et DECHAUME présentent un appareil à propos d'un cas de *réimplantation*.

La discussion sur la définition de la **parulie** est reprise.

MM. BERCLIER et FLEURY apportent un travail dans lequel, après avoir rappelé les rapports anatomiques entre le sinus maxillaire et les dents, ils traitent de douleurs dentaires uniquement sous la dépendance de lésions sinusales.

M. MINIÈRE (de Rouen) rapporte un cas d'*hémostase* par le muscle de poulet, et rappelle les principes de la méthode qui lui ont permis d'arrêter instantanément une hémorragie alvéolaire à la suite d'une extraction dentaire.

MM. CARVALLO et REY. *Kyste paradentaire* du maxillaire inférieur, à évolution liante sur la face externe de la branche montante et compliquée de fractures mandibulaires post-opératoires. Il s'agit d'un cas relativement rare, où un kyste du maxillaire inférieur détermine des lésions telles qu'elles entraînent une fracture mandibulaire.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel de Clinique chirurgicale journalière. Examens cliniques. Indications thérapeutiques (1), par Henri LORIN.

Ce manuel, essentiellement *pratique*, présente la clinique chirurgicale sous une forme absolument *moderne*, qui rompt avec la tradition.

Il a pour but d'épargner la peine et le temps des lecteurs qui veulent, soit s'initier, soit approfondir ou tenir au courant leurs connaissances.

C'est un guide *sûr* et *complet ;* en même temps, il est *clair* et *concis*.

Il met en pleine lumière les *idées générales* qui dirigent l'examen clinique. L'auteur les rend « vivantes », en décrivant en même temps les cas particuliers qui les illustrent.

Un *triage indispensable des symptômes* est réalisé. Sont mis en vedette ceux qui ont une valeur pathognomonique. Ainsi, ce manuel est amené à établir la signification biologique et, ce qui est non moins important, la *valeur pronostique* des symptômes.

Le lecteur trouvera décrits les *signes de début*, ceux qui, d'*acquisition récente*, sont très importants, enfin les *symptômes rares* mais significatifs.

On ne peut plus dissocier clinique et traitement. La pose des *indications thérapeutiques* guide la clinique chirurgicale. Aussi, ce livre étudie minutieusement tous les renseignements que l'examen clinique doit fournir dans ce but.

Dans une large mesure, ce manuel *enseigne la pathologie externe*. Les chapitres sont précédés d'un rappel d'anatomie pathologique et de pathogénie.

Une *illustration, complètement rénovée*, personnelle à l'auteur, est démonstrative et vivante. « Les schémas, écrit le docteur Lorin, montrent sur un seul dessin le maximum de symptômes. Ils rendent artificiellement sensibles aux yeux les signes que l'exploration décèle dans l'organisme. Ils conservent en même temps l'impression du relief, des plans et de la profondeur. Ils réunissent sur une même planche tous les aboutissants d'une affection. Ils permettent de *confronter, d'un seul coup d'œil, clinique, anatomie pathologique, radiologie*. Chacune des 221 figures, accompagnée d'un texte explicatif, est le plus souvent constituée de 3 ou 4 dessins juxtaposés qui montrent l'histoire d'une maladie. »

Rendre visibles les symptômes, c'est une tentative indispensable. L'exercice de la chirurgie amène à transformer en sensations visuelles toutes les données fournies par l'examen du malade.

Un coup d'œil permet de comprendre les signes en apparence les plus arides.

Ce manuel, qui vient à son heure, est qualifié pour conquérir la sympathie du lecteur. Il fera date dans l'histoire de l'enseignement de la chirurgie.

L. G.

(1) In-8 de 670 pages avec 221 figures dans le texte. — Prix : 115 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Les Extraits Pancréatiques Désinsulinés en Thérapeutique, (1), par R. GIROUX, ancien Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, et KISTRINIOS, ancien Chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, Assistants à la clinique thérapeutique de la Pitié. Préface du professeur H. VAQUEZ.

L'insulinothérapie, en dehors du diabète, est depuis quelques années à l'ordre du jour.

Les nombreux travaux publiés sur cette question sont unanimes à reconnaître à l'insuline une heureuse influence dans une série d'affections qui n'ont souvent que des rapports très éloignés avec le diabète. Des recherches expérimentales récentes ont permis de constater que certaines propriétés tenaient non à la substance hypoglycémiante extraite du pancréas, mais à d'autres substances de même origine. On est même parvenu à isoler certaines de ces substances et à préparer des extraits pancréatiques désinsulinés possédant des propriétés distinctes de l'insuline proprement dite.

Les auteurs se proposent d'exposer ici, à la lumière des recherches physiologiques, les propriétés thérapeutiques de cette nouvelle médication, dont les indications se précisent et s'étendent chaque jour. Les faits qu'ils ont observés ont été confirmés par de nombreux auteurs et sont d'un réel intérêt pratique, notamment ceux qui ont trait à la thérapeutique cardio-vasculaire.

L. G.

La fièvre ondulante (1), Médecine et Chirurgie pratiques. *Maladies infectieuses*, par H. VIOLLE. Préface du professeur CALMETTE.

A une époque où la fièvre ondulante, la maladie de l'avenir a déclaré Charles Nicolle, s'impose de plus en plus à l'attention des médecins, on saura gré au professeur Violle d'avoir mis à notre disposition un exposé synthétique, clair et concis de la question. Praticiens et microbiologistes consulteront avec profit ce petit livre.

Auguste PETTIT.

(1) Collection Médecine et Chirurgie pratiques. In-8 de 128 p. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-16 de 115 pages. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



N° 28. — MERCREDI 6 AVRIL 1932. 105e ANNÉE. MERCREDI 6 AVRIL 1932. — N° 28.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ASILE MICHELET. — Est nommé médecin de l'Asile Michelet, M. Guéniot, accoucheur des hôpitaux.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Carcassonne. — Le concours pour la place de médecin chef d'ophtalmologie des hôpitaux de Carcassonne s'est terminé par la nomination de M. le docteur Gally.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — *Concours de l'adjuvat.* — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Colson, interne des hôpitaux, et de M. Jean Regar, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

— Montpellier. — La chaire d'hygiène de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est déclarée vacante.

M. le professeur Bertin-Sans, professeur d'hygiène, est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le professeur Giraud, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie, est autorisé à occuper la chaire de pathologie médicale et clinique propédeutique.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Intérieur. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur G. Cauvy, maire de Lamalou.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Saffar (de Bougie).

Guerre. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Florentin (de Thenon, Dordogne).

MÉDAILLE DE BRONZE DE SAUVETAGE. — M. Sacquépée (Raymond-Ernest), 21 ans, étudiant en médecine, externe des hôpitaux : le 14 septembre 1931, par une mer houleuse, s'est porté à bord d'un canoë au secours d'un de ses camarades dont l'embarcation venait de chavirer à 500 mètres au large de la plage de la Tranche-sur-Mer; avec un courage remarquable et après de longs efforts, a réussi, avec l'aide du frère de la victime, à recueillir le naufragé qu'il ramena à terre.

LES VOIX LATINES : Les forces spirituelles scientifiques de la latinité. — *Conférences internationales de l'UMFIA.* — Le professeur Sergent, membre de l'Académie de médecine, fera le 11 mai prochain, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, à 21 h. précises, sous la présidence de l'honorable Philip Roy, ministre plénipotentiaire du Canada, une conférence sur « Le Canada. Impressions d'un médecin français en mission au Canada ».

Pour les cartes d'invitation, prière de les demander directement au docteur Dartigues, président de l'UMFIA, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe); à la librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris; à la librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris; à l'*Informateur médical*, docteur Crinon, 111, boulevard Magenta, Paris, et à la Cité universitaire, pavillon Canadien, 5, boulevard Jourdan, Paris (XIVe).

XIXe CONGRÈS ANNUEL D'HYGIÈNE. (Paris, Institut Pasteur. 24-25-26-27 octobre 1932.) — La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise, cette année comme les années précédentes, un Congrès d'hygiène.

Ce Congrès s'ouvrira sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique; il tiendra séance les lundi 24, mardi 25, mercredi 26 et jeudi 27 octobre 1932, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. A.-A. Rey, président de la Société pour 1932.

Les personnes qui désirent assister au Congrès sont priées de s'inscrire dès que possible en écrivant à M. Dufaure, agent de la Société, Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris.

L'inscription est gratuite; mais seuls MM. les membres de la Société de médecine publique recevront le numéro que le *Mouvement sanitaire* consacrera spécialement aux comptes rendus du Congrès.

Ce Congrès sera consacré à un examen général de la situation actuelle de l'hygiène en France :

I. Formation technique des hygiénistes (médecins hygiénistes, ingénieurs sanitaires, urbanistes, etc.).

II. Œuvre réalisée en France par les hygiénistes professionnels (inspecteurs départementaux d'hygiène, directeurs de bureaux d'hygiène, ingénieurs, architectes et techniciens municipaux, etc.) depuis la mise en application de la loi de 1902.

III. Réalisations en hygiène dues à l'initiative et à l'action des œuvres publiques et privées.

IV. Groupements, sociétés (associations, syndicats) d'hygiénistes. Projet de fédération de ces groupements.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE. (Professeur : M. Fernand BEZANÇON.) — *Cours complémentaire sur la tuberculose pulmonaire*, du 8 avril au 29 juin 1932, par MM. F. Bezançon et P. Braun, avec la collaboration de MM. M.-P. Weil, L. de Gennes, Et. Bernard, A. Jacquelin, R. Azoulay, V. Tribout, Duchon, J. Destouches, R. Wahl, Duruy, J. Delarue, V. Oumansky, Mme J. Frey-Ragu, Mlle J. Scherrer, M. A. Meyer.

Des démonstrations pratiques (consultations. pneumothorax) seront faites au centre de triage les mardis, jeudis, samedis, par M. P. Braun, Mme Frey-Ragu, M. Destouches, Mlle Scherrer.

— CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca. Professeur : M. J.-L. FAURE.) — GYNÉCOLOGIE. — *Cours de perfectionnement.* — M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques; MM. Peytavin et Saint-Pierre, chefs de clinique, feront ce cours à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 18 avril au 30 avril 1932.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. Faure.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin de 10 à 12 h., visites, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, technique du pansement à la Mikulicz, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol; l'après-midi, de 5 à 7 h., cours et examens de malades à l'amphithéâtre.

Une démonstration cinématographique aura lieu le 30 avril.

Le droit à verser est de 250 fr.

Cours d'anatomie pathologique appliquée à la gynécologie. — M. Bulliard, chef du laboratoire de gynécologie, fera ce cours au laboratoire de la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 18 au 30 avril 1932.

Ce cours, fait comme complément du précédent, permettra aux élèves exercés individuellement à la technique anatomo-pathologique et à la lecture des préparations, de se familiariser avec les divers procédés de laboratoire et de prendre une notion exacte des renseignements qu'il peut fournir. Chaque élève pourra se constituer une collection de coupes anatomo-pathologiques, à l'aide du matériel du service.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin à 9 h., et l'après-midi, de 2 h. 1/2 à 5 h.

Le droit à verser est de 250 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

ÉCOLE DE CHASSE ET DE TIR POUR LES MÉDECINS. — *Le Saint-Hubert médical* vient d'organiser pour le dimanche 1er mai, à Issy-les-Moulineaux, un concours avec nombreux prix.

Tous les médecins chasseurs et tireurs y sont conviés. Les dames auront un concours spécial.

Le Saint-Hubert médical offre gratuitement l'entrée du stand. Chacun pourra apporter ses armes ou trouvera à l'école les armes nécessaires. — S'inscrire auprès du président, le docteur Maurice, à Sèvres (Seine-et-Oise). Téléphone : Sèvres 03-33.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur George Teissier, professeur de clinique des maladies infectieuses de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Nous adressons à son neveu, M. Georges Masson, éditeur, l'expression de notre très profonde sympathie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU LATIN-GREC

Les médecins ne sont pas les seuls à sentir toute l'importance de la culture gréco-latine vigoureusement défendue ici même par nos amis Herpin et Mordacq. L'Association Guillaume Budé, qui vient de se réunir à Nîmes sous la présidence de M. Gaston Doumergue, a voté le vœu suivant :

1° Qu'une complète unité avec épreuves grecque et latine pour tous soit rétablie dans le concours d'admission à l'Ecole normale supérieure et aux bourses de licence (section des lettres) ;

2° Que la licence d'enseignement soit exigée de tout candidat soit à une agrégation, soit à un poste de professeur de collège ;

3° Que pour l'obtention de toute licence d'enseignement de l'ordre littéraire soit institué un ensemble d'épreuves écrites et orales communes à tous les candidats et garantissant une initiation complète aux études classiques, par conséquent une suffisante connaissance des deux langues anciennes.

Le vœu suivant a été également voté :

Que la licence d'enseignement porte seule le nom de licence.

En rapportant ce vœu, *le Temps* le fait suivre d'une interview de M. Gaston Doumergue, par M. Hippolyte Parigot, au sujet des humanités. En voici un passage :

« — Ne pensez-vous pas qu'au moment où l'enseignement scientifique se développe, elles soient plus utiles que jamais ?

— Elles sont, croyez-le, indispensables. On ne saurait, à ce propos, parler de réaction. Les sciences ne sont pas tout. Vous dirai-je que ma conviction est si forte que, depuis que j'ai déposé les charges du pouvoir, je relis à Tournefeuille les classiques ?

« Une considération à laquelle on ne s'arrête pas, d'ordinaire, et qui a une grande importance à mon sentiment, c'est qu'elles sont encore plus indispensables dans un monde en évolution. Elles peuvent nous servir grandement, par exemple, dans notre contact avec le monde oriental qui se transforme... »

Travail du service de neuro-chirurgie du docteur Cl. Vincent à l'hôpital de la Pitié.

LES PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC DES COMPRESSIONS MÉDULLAIRES PAR TUMEURS ÉNUCLÉABLES

PAR MM.

J.-A. CHAVANY, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de médecine.

et

F. THIÉBAUT, Médecin assistant de l'hôpital de la Pitié.

Des travaux devenus classiques ont montré qu'un examen neurologique minutieux permettait le plus souvent de poser le diagnostic de compression médullaire par tumeur et d'en localiser le siège avec précision. Avant la guerre, les premières tumeurs extirpées chirurgicalement en France par Lecène d'abord, par de Martel ensuite avaient été repérées exactement par Babinski d'après les seules données de l'analyse clinique. En vérité un tel but ne peut être atteint que par un spécialiste ; encore nécessite-t-il des investigations répétées et approfondies et, même à ce prix, le diagnostic ne peut être affirmé dans tous les cas.

Il existe actuellement des procédés d'exploration relativement simples qui permettent à tout médecin de reconnaître l'existence d'une compressison médullaire : il appartient ensuite au neurologiste d'en préciser le siège et la nature et de décider de l'intervention chirurgicale.

Ce travail a pour but d'analyser aussi rigoureusement que possible les principales données cliniques et instrumentales qui permettent, à l'heure présente, d'identifier les compressions médullaires par tumeurs. La connaissance de ces éléments de diagnostic est indispensable pour ne pas méconnaître une compression susceptible d'être levée chirurgicalement et pour la signaler sans retard au neuro-chirurgien.

Dans la première partie de notre exposé, nous envisagerons les multiples aspects cliniques sous lesquels peuvent se présenter les compressions médullaires par tumeurs énucléables. Dans la seconde partie nous étudierons les diverses affections qui peuvent en imposer pour un syndrome tumoral.

LES COMPRESSIONS MÉDULLAIRES PAR TUMEURS ÉNUCLEABLES

Pour la clarté de l'exposition, c'est une *forme typique* que nous décrirons d'abord schématiquement, telle que peut la réaliser une tumeur comprimant la moelle dorsale. Nous verrons ensuite les principales formes cliniques.

***

Aspect typique et schématique d'une compression de la moelle dorsale dans sa partie moyenne par une tumeur juxta-médullaire à la période de paraplégie manifeste. — Le malade devant lequel on se trouve est atteint de paraplégie et il importe dès l'abord :

1° *De reconstituer par l'interrogatoire l'histoire de sa maladie.*

2° *De pratiquer un examen neurologique approfondi*, complété par l'examen du rachis et par l'examen général.

3° *De rechercher les signes directs et indirects de blocage sous-arachnoïdien.*

I. Histoire de la maladie. — Il faut s'efforcer avec une grande patience de faire préciser par le malade et par son entourage la date à laquelle les troubles ont débuté, la nature de ces troubles et leur évolution ultérieure.

La maladie peut déjà être installée depuis des mois, plus rarement des années, lorsque le patient vient consulter.

a) Elle a pu commencer *par des phénomènes douloureux*. On fera alors préciser leurs caractères et leur topographie afin de distinguer les douleurs radiculaires et les douleurs cordonnales.

Les douleurs radiculaires sont des algies thoraciques ou abdominales disposées en ceinture, souvent de type constrictif, ordinairement unilatérales, survenant par crises et classiquement exagérées par la toux, les éternuements et les efforts. Elles constituent un signe précieux de localisation, indiquant le siège même de la compresssion. Cependant elles sont relativement rares dans les compressions dorsales, plus rares semble-t-il que *les douleurs cordonnales*. Ces dernières consistent principalement en des paresthésies, sensations de chaud ou de froid ; un de nos malades avait l'impression d'avoir une chaussure trop grande pour son pied. Ces troubles subjectifs cordonnaux sont projetés dans l'un ou plus rarement dans les deux membres inférieurs. S'ils n'ont aucune valeur localisatrice, ils n'en sont pas moins importants à connaître en raison de leur fréquence au cours des compressions par tumeurs.

b) *Les troubles moteurs* sont parfois les seuls observés. Leur installation est dans la règle très progressive : c'est là le point capital qui à lui seul doit faire soupçonner la compression médullaire par tumeur. Au début le malade se plaint de fatigue, de faiblesse, de lourdeur, de maladressse, puis de raideur dans un puis dans les deux membres inférieurs. Il est fréquent de voir les troubles frapper inégalement les membres inférieurs, de sorte qu'au début un seul membre paraît touché : le malade marche en fauchant. Plus tard, les deux membres sont atteints mais d'une façon souvent inégale. Les progrès de la paraplégie finissent par confiner le malade au lit. C'est trop souvent à cette période grabataire qu'il est amené à l'hôpital. On apprend alors qu'il a subi un nombre imposant de séries de piqûres de cyanure ou de bismuth, qu'il a été traité pour sclérose à plaques, à moins qu'il n'ait été envoyé dans de nombreuses stations thermales ou plâtré pour mal de Pott.

II. Examens neurologique et général. — **I.** *Troubles de la motilité et de la réflectivité.* — La paraplégie est évidente et constitue le signe dominant du tableau clinique.

L'étude de la force musculaire segmentaire et du tonus permet d'apprécier la topographie et l'intensité de la paralysie ainsi que le type de la paraplégie.

La paralysie peut être complète, aucun mouvement n'étant possible au niveau des membres inférieurs. Parfois elle est incomplète, le sujet peut remuer les orteils, le pied, détacher le talon du plan du lit.

Habituellement cette paraplégie s'accompagne de contracture ; mais quelquefois la raideur fait défaut. Ces diverses modalités toniques permettent d'individualiser différents types de paraplégie que nous décrirons aux formes cliniques.

Plus intéressants que l'intensité de la paraplégie ou les modalités de la contracture, trois ordres de faits méritent de retenir l'attention.

C'est d'abord l'existence de troubles réflexes témoignant de l'atteinte des faisceaux pyramidaux : les réflexes achilléens et rotuliens sont vifs, parfois polycinétiques et s'accompagnent de clonus du pied et de la rotule ; le signe de Babinski existe des deux côtés ; les réflexes de défense (triple retrait du membre inférieur) sont habituellement faciles à provoquer par des excitations cutanées portant sur le membre inférieur et parfois même sur la paroi abdominale ; les réflexes cutanés sont abolis dans le territoire dont l'innervation est sous-jacente à la compresssion (réflexes cutanés plantaires, crémastériens, abdominaux inférieurs et supérieurs).

C'est ensuite l'asymétrie fréquente des troubles moteurs ; il n'est pas rare de voir la paralysie dominer d'un côté ; cette asymétrie même légère est à retenir.

Il est enfin intéressant de noter l'absence d'atrophie musculaire notable et systématisée.

2° *Troubles de la sensibilité.* — a) *Les troubles subjectifs* peuvent faire constamment défaut. Ils peuvent être passagers : souvent on les observe seulement à la période initiale de la maladie. Plus rarement ils persistent indéfiniment sans changer de caractères.

Sans reparler des douleurs radiculaires ou cordonnales que nous avons signalées plus haut, nous citerons seulement une troisième modalité : *les douleurs sympathiques*, décrites dans quelques cas de compression des segments dorsaux moyens (D. 5 à D 11). Elles sont très rares. Sus-jacentes à la compression, elles se manifestent par un engourdissement ou des fourmillements dans les derniers doigts de la main, avec parfois hyperthermie locale ou cryesthésie.

b) *L'étude des troubles objectifs* est capitale non seulement pour porter le diagnostic de compressison médullaire, mais encore pour préciser le siège ou plus exactement la limite supérieure de la compression.

La recherche des perturbations de la sensibilité superficielle (thermique, douloureuse, tactile) nécessite des examens minutieux et répétés. Dans les cas typiques on trouvera une anesthésie dans tout le territoire sous-jacent à la compression ; sa limite inférieure se confond avec l'extrémité distale des membres inférieurs, tandis que sa limite supérieure remonte plus ou moins haut sur le tronc suivant le siège de la compression.

Il importe de faire ici quelques remarques:

Les différents modes de la sensibilité superficielle ne sont pas toujours également altérés : *l'atteinte de la sensibilité thermique est habituellement la plus précoce, la plus étendue et la plus accentuée.* De ce chef, l'étude de la sensibilité thermique est celle qui donne les plus utiles renseignements : en pratique c'est ce mode de sensibilité qu'on explore dès l'abord à l'aide de deux tubes, l'un rempli d'eau chaude, l'autre d'eau glacée.

Une hyperesthésie marquée a la même valeur localisatrice que l'anesthésie.

Le trouble anesthésique peut décroître de haut en bas ; dans ce cas, il atteint son maximum au niveau correspondant à la limite supérieure de la compression et il peut faire défaut dans le territoire cutané innervé par les racines sacrées (Babinski, Barré et Jarkowski).

Les troubles de la sensibilité sont souvent asymétriques, de telle sorte qu'il peut y avoir anesthésie d'un côté du corps et hypoesthésie de l'autre. Dans ce cas, il est bon de comparer la topographie des troubles moteurs et celle des troubles de la sensibilité superficielle : on s'apercevra souvent que les troubles moteurs prédominent d'un côté et que les troubles sensitifs sont plus manifestes du côté opposé ; cette ébauche de *syndrome de Brown-Séquard* est un élément précieux du diagnostic des compressions, qui s'observe très fréquemment, du moins à un degré atténué.

La zone d'anesthésie est souvent surmontée d'une zone d'hypoesthésie marquée, puis d'une zone d'hypoesthésie légère ou même d'hyperesthésie. Classiquement, la limite supérieure de la zone d'hypoesthésie marquée doit être retenue pour localiser la limite supérieure de la compression ; dans quelques cas cependant un tel mode de repérage nous a paru localiser un peu trop bas la limite supérieure de la compression.

Il sera bon d'enregistrer sur des schémas de sensibilité (voir figures 1 et 2) les troubles observés. Pouvant ainsi comparer les résultats des examens successifs, on se rendra plus aisément compte des modifications susceptibles d'être apportées par l'évolution de la maladie.

Beaucoup moins importants pour le diagnostic sont les troubles de la sensibilité profonde qui, dans la forme prise comme type de description, consistent généralement dans la perte de la notion de position des orteils.

3° *Troubles sphinctériens.* — A peu près constants à cette période, ils consistent habituellement en rétention d'urine, avec parfois mictions involontaires et constipation. Ces troubles urinaires constituent une menace d'infection vésicale que l'on devra traiter énergiquement avant toute intervention.

4° *Troubles génitaux.* — Ils sont d'observation courante ; ils aboutissent à l'impuissance chez l'homme, à la frigidité chez la femme. La menstruation ne paraît pas troublée.

5° *Troubles trophiques.* — Ils sont toujours à craindre, surtout l'escarre sacrée qu'il faut prévenir autant que possible par de sévères mesures d'hygiène.

6° *Troubles sympathiques.* — Nous nous contenterons de signaler les troubles vaso-moteurs et sudoraux, parce qu'ils sont inconstants et n'ont guère de valeur localisatrice.

En ce qui concerne le réflexe pilo-moteur, sa modalité encéphalique normale s'arrête dans les cas typi-

ques au-dessus de la compression. Au-dessous de la compression, on provoque le réflexe spinal. Mais à part quelques cas particulièrement favorables, les ren-

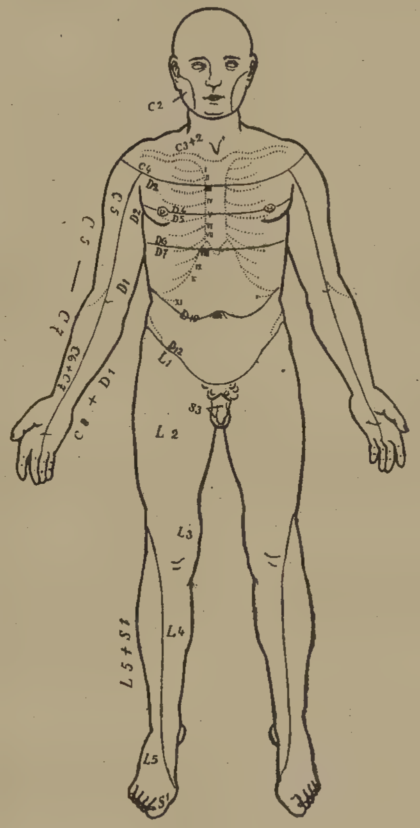


FIG. 1.

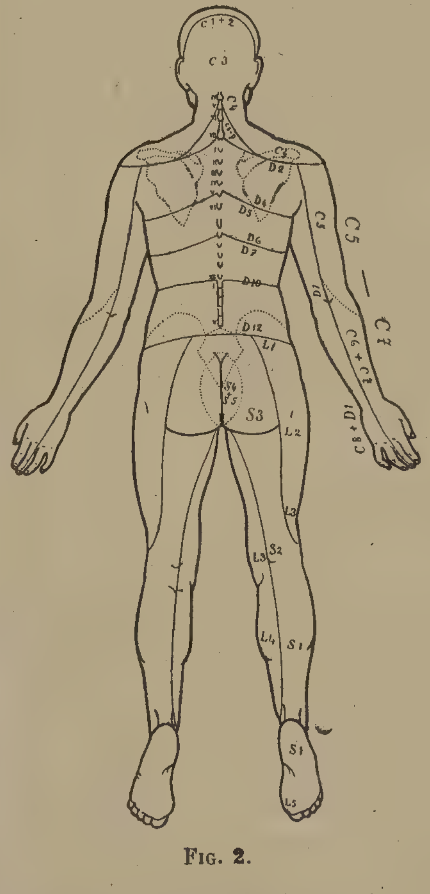


FIG. 2.

seignements fournis manquent de précision et ne permettent pas une localisation exacte.

7° *Examen de la colonne vertébrale.* — Déjà l'*examen clinique* permettra de constater l'intégrité de la forme et de la mobilité de la colonne vertébrale, que l'*examen radiographique* viendra confirmer. Ces recherches sont indispensables pour ne pas méconnaître un mal de Pott ou un cancer vertébral. Dans des cas exceptionnels, la radiographie montrera une plage vertébrale claire, résultat d'une décalcification locale, située exactement au niveau d'une tumeur juxta-médullaire énucléable : l'un de nous en a récemment rapporté un exemple typique (1).

8° *Examen général.* — Il permettra quelquefois d'orienter le diagnostic étiologique et de ne pas méconnaître une tumeur compliquée de métastases. Par ailleurs, il sera toujours utile en vue d'une intervention opératoire.

III. **Blocage sous-arachnoïdien.** — L'étude du blocage sous-arachnoïdien est de tout premier intérêt : elle permet d'affirmer l'existence d'une compression médullaire.

Cette étude s'est d'abord réduite à la *recherche de la dissociation albumino-cytologique* du liquide céphalo-rachidien, entrevue par Nonne puis décrite en 1910 et 1912 par Sicard et Charles Foix. Puis elle s'est enrichie de l'*examen du transit lipiodolé de Sicard et Forestier.* Elle s'est enfin complétée par l'*épreuve manométrique lombaire de Queckenstedt-Stookey.*

Voici comment on peut opérer pratiquement :

On fait une première ponction lombaire qui permet dans une même séance de pratiquer l'épreuve de Stookey et de prélever du liquide céphalo-rachidien en vue de son examen biologique. Puis, une dizaine de jours plus tard, on injecte du lipiodol dans la cavité sous-arachnoïdienne et on examine le malade aux rayons X.

1° *Epreuve manométrique lombaire.* — Sans insister sur la technique décrite en détail par Cl. Vincent et M. David (2), nous rappellerons seulement les points importants.

Le malade étant placé sur le décubitus latéral sur un plan résistant, on pratique une ponction lombaire : on pique donc au-dessous du siège présumé de la compression. On réunit par un tube de caoutchouc muni d'un embout métallique l'aiguille à P. L. au tube manométrique de Strauss, formé de deux longs tubes de verre s'ajustant bout à bout. Tous ces instruments auront été au préalable stérilisés. Un premier aide maintient le tube manométrique vertical ; un deuxième fera la compression des veines jugulaires et la compressison abdominale ; un troisième opérateur inscrira les niveaux successifs atteints par le liquide céphalo-rachidien dans le manomètre au cours de ses déplacements. Avant de commencer l'épreuve, il est bon d'étendre légèrement les membres inférieurs du malade, pour éviter toute compression abdominale, et de s'assurer de la régularité de la respiration. Le liquide céphalo-rachidien s'élève spontanément dans le manomètre jusqu'à un certain niveau, puis se met à

(1) A. ZIMMERN et J.-A. CHAVANY. — *Diagnostic et thérapeutique électro-radiologiques des maladies du système nerveux,* Masson, éditeur, Paris 1930, p. 370 et 371.

(2) Cl. VINCENT et M. DAVID. — Sur le diagnostic des néoformations comprimant la moelle. L'épreuve manométrique lombaire. *Presse méd.*, 4 mai 1929, n° 36.

décrire de légères oscillations rythmées par les mouvements respiratoires. Il convient alors de pratiquer les manœuvres suivantes :

Noter le niveau initial ;

Comprimer les veines jugulaires pendant dix secondes et noter le niveau atteint par le liquide toutes les cinq secondes pendant trente secondes ;

Comprimer fortement le ventre pendant dix secondes (en ayant soin de ne pas mobiliser la colonne vertébrale pour éviter de casser l'aiguille). Noter le niveau atteint par le liquide toutes les cinq secondes pendant trente secondes ;

Evacuer et recueillir 7 à 10 cm³ de liquide céphalo-rachidien ;

Noter le niveau atteint spontanément après soustraction du liquide.

Si les épreuves précédentes n'ont pas été concluantes, il convient de recommander les compressions jugulaire et abdominale de la même façon et d'en enregistrer les résultats comme la première fois.

Les résultats fournis par cette épreuve manométrique sont variables suivant les cas :

a) *Si la perméabilité est normale*, la compression jugulaire et la compression abdominale donnent les mêmes résultats : ascension rapide du liquide tant que dure la compression, descente du liquide et retour au niveau initial en un temps sensiblement égal à celui de l'ascension, soit 10 secondes environ. Après soustraction de liquide (7 à 10 cm³), le niveau spontanément atteint dépasse la moitié de la hauteur primitive (voir figure n° 3, schéma I).

b) *Si le blocage est parfait*, la compression jugulaire ne fait aucunement varier le niveau primitif. La compressison abdominale donne une ascension et une descente normales. Après soustraction de liquide (7 à 10 cm³), le niveau baisse de 50 0/0 ; il peut même tomber à zéro (voir figure n° 4, schéma II).

c) *Si le blocage est certain mais imparfait*, la compression jugulaire provoque une ascension qui n'est pas suivie de descente ou bien cette dernière n'est qu'ébauchée. La compression abdominale donne une ascension et une descente normales. La soustraction de liquide (7 à 10 cm³) sensibilise l'épreuve et transforme le blocage imparfait en blocage parfait. La compression des jugulaires reste sans effet (voir figure n° 5, schéma III.)

d) *Si le blocage certain n'est révélé que par sensibilisation*, la compression jugulaire provoque une ascension et une descente normales. La soustraction de liquide (7 à 10 cm³) sensibilise l'épreuve et fait apparaître un blocage imparfait : la compression jugulaire provoque une ascension qui n'est pas suivie de descente. Cette sensibilisation de l'épreuve a été décrite par l'un de nous en collaboration avec Cl. Vincent (1) (voir figure n° 6, schéma IV).

En résumé, qu'il y ait ou non blocage, la compression abdominale est suivie dans tous les cas d'une ascension et d'une descente rapides ; s'il en était autrement, il faudrait soupçonner une erreur de technique : aiguille déplacée ou bouchée, coudure du tube de caoutchouc. (Cette remarque, valable pour les compressions cervicales ou dorsales, ne s'applique pas toujours aux tumeurs lombaires, comme nous le verrons aux formes cliniques.) La compression jugulaire reste, en cas de blocage, sans effet, ou bien l'ascension qu'elle provoque n'est pas suivie de descente ; ce « plateau jugulaire » n'est parfois obtenu qu'après soustraction de 10 cm³ de liquide céphalo-rachidien, ce qui sensibilise l'épreuve.

Il est toujours utile de représenter par un graphique les résultats fournis par cette épreuve manométrique, en inscrivant en abscisses le temps en secondes, et en ordonnées la graduation du manomètre (voir figures nos 3, 4, 5, 6).

2° *Dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien.* — Dans les cas typiques, le liquide prélevé au-dessous de la compression renferme une quantité d'albumine supérieure à la normale, tandis que la quantité d'éléments cellulaires reste normale ou voisine de la normale. Le dosage de l'albumine s'effectue aisément à l'aide du tube de Sicard et Canteloube, la numération des leucocytes se fait à la cellule de Nageotte.

Sans avoir une valeur absolue, ce syndrome biologique constitue un excellent signe en faveur de la compression lorsque la dissociation est manifeste : par exemple, 1 gramme d'albumine pour 1 à 5 lymphocytes par mm³. Cependant, on peut trouver des cas de compression où la dissociation n'est pas évidente ; inversement, on peut l'observer, bien que le fait soit rare, en dehors de toute compression médullaire au décours de certaines névraxites ou dans l'évolution de certaines variétés de myélites. Nous ne citerons ici que pour mémoire, car elles ne prêtent à aucune confusion, les dissociations observées dans le ramollisssement cérébral et dans les cas de fortes hypertensions de la fosse cérébelleuse.

Le syndrome de Froin (xanthochromie avec coagulation massive) est beaucoup plus fréquent dans les compressions lombaires que dans les dorsales.

Il n'est pas inutile de rappeler que, dans le cas de dissociation albumino-cytologique, *la réaction de Bordet-Wassermann perd toute signification spécifique* (Cl. Vincent).

3° *Epreuve de Sicard.* — Il est préférable de ne pratiquer cette épreuve qu'une dizaine de jours après la première ponction lombaire, la soustraction trop récente de liquide C. R. pouvant gêner le cheminement lipiodolé. Le jour de l'exploration, on fait un nouvel examen de la sensibilité du dos et on repère par un tatouage cutané à l'encre, un peu en dehors de l'épine dorsale, le point correspondant *à l'extrémité supérieure de la compression ;* en ce point, on fixe à l'aide d'un diachylon un repère métallique qui se verra nettement sur la radiographie.

On injecte ensuite dans la cavité sous-arachnoïdienne, par voie lombaire, 2 cm³ de lipiodol (huile iodée à 40 0/0), avec les précautions habituelles (instruments stériles, lipiodol tiédi au bain-marie). Il importe d'examiner de suite le transit radioscopiquement en basculant le malade la tête en bas ; la descente du

(1) Cl. Vincent et F. Thiébaut. — L'épreuve manométrique lombaire. Sa sensibilisation après écoulement de liquide C. R. Son inversion dans certaines tumeurs de la queue de cheval, *Rev. Neurol.*, mai 1930, T. I, n° 5.

lipiodol pourrait moins bien s'effectuer si l'on attendait quelques jours. A cet effet le malade est fixé sur la table basculante ; on renverse lentement la table en suivant constamment sur l'écran, le trajet suivi par la bille lipiodolée.

Dans les cas typiques de blocage par tumeurs on

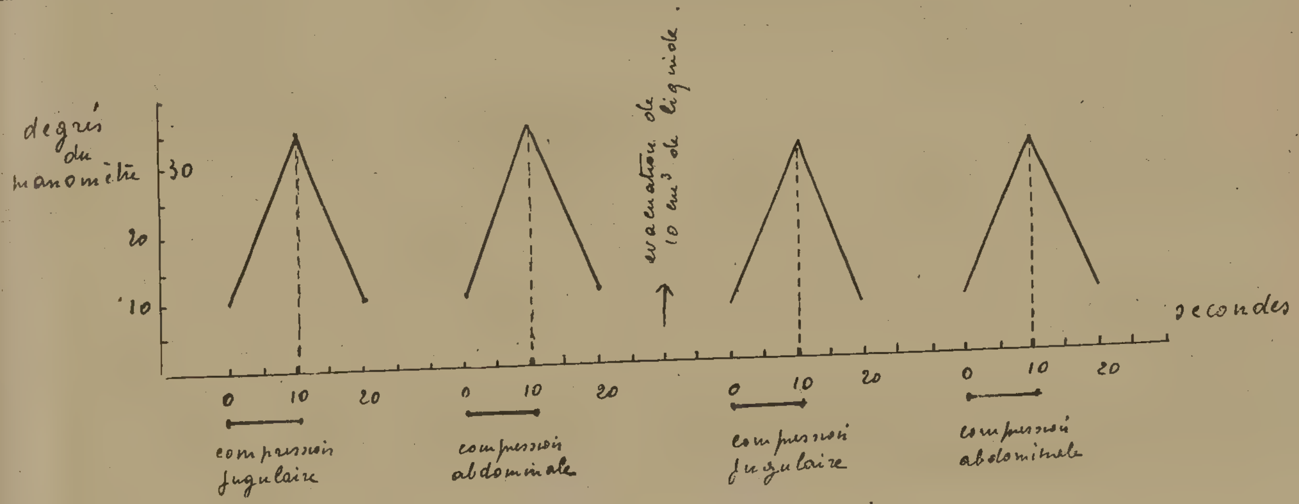


FIG. n° 3, schéma I. — *Perméabilité normale.*

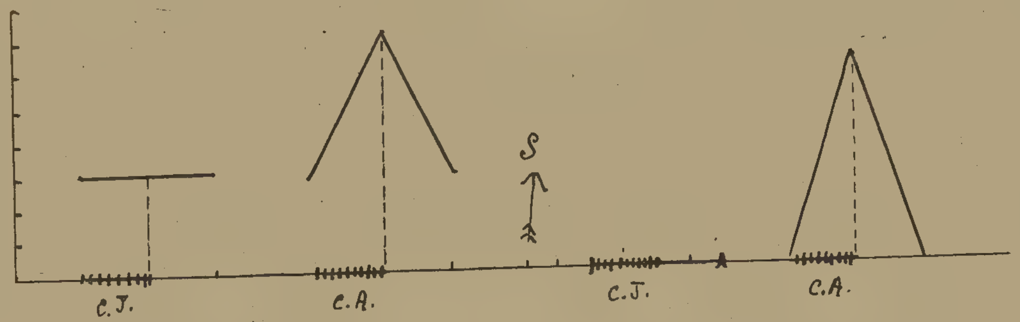


FIG. n° 4, schéma II. — *Blocage parfait.*

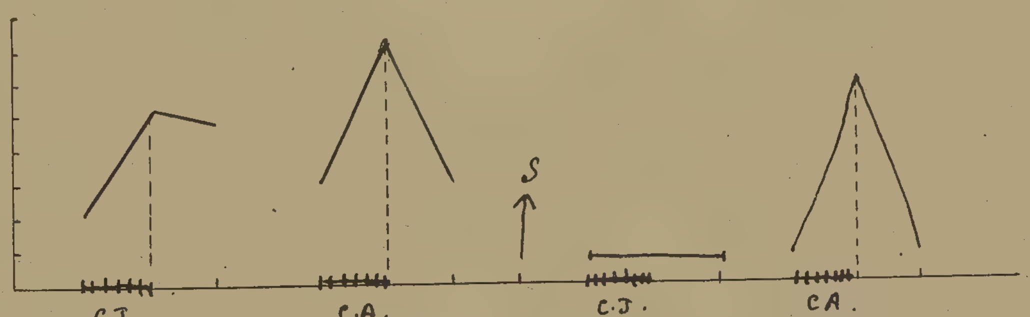


FIG. n° 5, schéma III. — *Blocage certain.* — *Imparfait* avant soustraction de liquide. *Parfait* après soustraction.

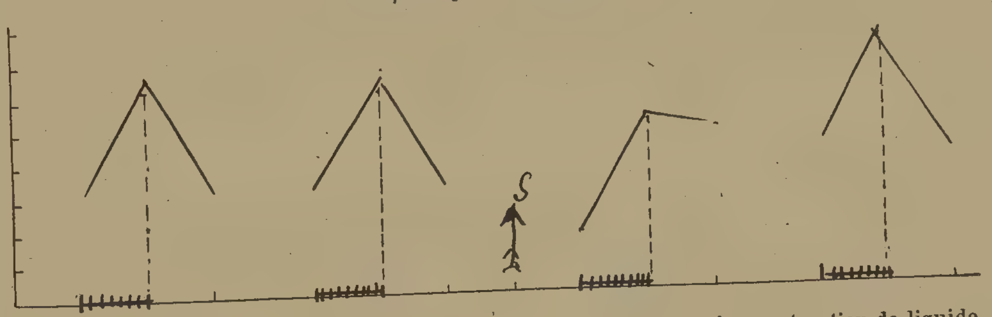


FIG. n° 6, schéma IV. — *Blocage sensibilisé.* — Blocage certain après soustraction de liquide.

voit le lipiodol s'arrêter définitivement en un point qui correspond *au pôle inférieur de la tumeur* ; souvent il s'étire un peu sur les côtés dessinant une partie du contour tumoral. On prend à ce moment des clichés radiographiques simples et stéréographiques. Sur les films le repère métallique indiquera la limite supérieure de la néo-formation, et l'opacité du lipiodol en décèlera la limite inférieure ; de cette façon le chirurgien connaîtra approximativement la longueur de la tumeur et l'étendue de l'incision qu'elle nécessite.

L'exploration n'est pas toujours aussi simple. Le lipiodol peut s'arrêter avant d'atteindre le pôle inférieur de la tumeur, en s'égrenant. Cet arrêt anticipé recon-

naît des causes variables : défaut de technique parfois ; arachnoïdite, dans quelques cas ; possiblement encore courbure visible à l'intervention imprimée à la moelle par la tumeur. Quoi qu'il en soit, fréquemment le lipiodol localise un peu trop bas l'extrémité inférieure de la tumeur. Plus rarement le lipiodol passe malgré la compression et fuse dans le crâne ; en remettant le malade debout on peut voir le lipiodol descendre dans le rachis et s'arrêter au moins passagèrement au pôle supérieur de la compression. Avant de conclure à une perméabilité sous-arachnoïdienne normale, il est donc prudent d'observer le cheminement de l'huile iodée de bas en haut, puis de haut en bas. Dans certains cas l'arrêt du lipiodol en un point n'est pas définitif ; l'interprétation en est délicate ; en général un arrêt prolongé est l'indice d'un blocage tandis qu'un arrêt très court ne permet pas de tirer une conclusion ferme.

Tel est l'aspect typique et schématique d'une compression de la moelle dorsale dans sa partie moyenne par une tumeur juxta-médullaire. A la période de paraplégie manifeste, l'interrogatoire soigneux du sujet, l'examen neurologique et la recherche des signes directs et indirects de blocage permettent :

1° d'affirmer la compression médullaire ; la paraplégie progressive, avec signes pyramidaux, les troubles sensitifs à limite supérieure nette, l'ébauche du syndrome de Brown-Séquard, le blocage sous-arachnoidien constituent une certitude ;

2° d'en préciser le siège ; schématiquement la limite supérieure sera donnée sur la limite supérieure de la zone d'hypoesthésie ; la limite inférieure par l'arrêt du lipiodol injecté par voie basse ;

3° d'en soupçonner la nature ; l'évolution lente, progressive et continue, l'intégrité de la colonne vertébrale, la dissociation albumino-cytologique, le blocage parfait, l'arrêt précis et définitif du lipiodol sont autant d'arguments en faveur d'une compression par tumeur juxta-médullaire.

***

LES FORMES CLINIQUES DES COMPRESSIONS PAR TUMEUR

I. Formes suivant le mode de début. — La date d'apparition des premiers troubles est souvent mal précisée par les malades, tant leur installation se fait progressivement. Souvent l'incertitude porte sur plusieurs semaines ou mois. D'autres fois, au contraire, le malade spécifie nettement la date de début, rendant alors un traumatisme responsable de l'apparition des symptômes : la méfiance est de rigueur dans ces cas et on doit chercher à savoir si en réalité la chute ou le traumatisme invoqués n'auraient pas été favorisés par des troubles moteurs encore ignorés du sujet, ou plus simplement n'auraient pas fixé son attention sur des troubles préexistants.

Quand le début se fait par des troubles moteurs, l'évolution progresse assez rapidement, et la démarche spasmodique devient une cause fréquente d'erreurs de diagnostic, faisant croire à une paraplégie d'Erb ou à une sclérose en plaques.

Quand ce sont les douleurs qui ouvrent la scène, l'évolution est souvent plus lente et les erreurs sont encore plus à craindre. Les douleurs radiculaires sont assez caractéristiques, bien qu'elles puissent être prises pour révélatrices ou d'un mal de Pott ou d'une pleurite. Mais les douleurs cordonnales qui réalisent dans les membres inférieurs des paresthésies d'aspect et de topographie variables, risquent d'être mal interprétées, et on a vu des malades se soigner pendant des mois pour rhumatismes, varices ou sciatique.

A cette période deux ordres de faits peuvent aider au diagnostic. C'est d'abord l'évolution elle-même ; ici pas de début brusque à grand fracas suivi de régression importante comme on peut en observer dans les myélites, les ramollissements ou la sclérose en plaques. C'est ensuite l'examen même du malade ; on peut trouver dès cette période un syndrome de Brown-Séquard plus ou moins complet. Même fruste, sa valeur est capitale. Lorsqu'il est très net on peut penser à une compression latérale de la moelle ; s'il est très discret on songera plutôt à une compression antérieure ou postérieure suivant que dominent les troubles moteurs ou les troubles sensitifs. Rappelons que ce syndrome comporte essentiellement : prédominance de la paralysie motrice d'un côté (côté de la lésion), prédominance des troubles de la sensibilité cutanée de l'autre côté (côté opposé à la lésion). La constatation d'un tel syndrome doit toujours éveiller l'idée d'une compression et provoquer des recherches complémentaires, épreuve manométrique lombaire, analyse du liquide C. R... Il arrive parfois que la ponction lombaire soit suivie d'une aggravation rapide des signes cliniques de compression, rendant manifeste un diagnostic jusque-là hésitant : nous avons à plusieurs reprises fait cette constatation avec notre maître Cl. Vincent.

Les débuts par troubles moteurs ou par douleurs sont les plus fréquents. Une autre modalité quoique très rare mérite d'être signalée, c'est le début par des *troubles ataxiques* avec perturbations de la sensibilité profonde et signe de Romberg. Nous en avons observé deux cas dans le service neuro-chirurgical de la Pitié ; ils concernaient tous deux des compressions médullaires par lipomes.

II. Formes suivant l'aspect de la paraplégie. — La paraplégie peut réaliser des aspects très différents, les uns fréquents comme les types spasmodiques et hyperspasmodiques, les autres rares comme le type de paraplégie sans contracture et le type de paraplégie en flexion.

1° *Paraplégie spasmodique.* — La paralysie peut être incomplète et la marche encore possible. Le malade marche en sautillant ou en se dandinant ; les membres inférieurs sont raides et les pieds en varus équin frottent le sol par la pointe. L'étude de la force musculaire segmentaire montre la topographie pyramidale de la paralysie qui domine sur les raccourcisseurs. Souvent la paralysie est plus accusée et la marche devient impossible ; le malade peut remuer seulement les orteils ou le pied.

La contracture peu intense au repos est renforcée par les efforts. C'est une contracture en extension ; elle respecte les adducteurs à la cuisse et les muscles de l'abdomen.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont vifs et s'accompagnent de trépidation épileptoïde. Le signe de Babinski existe des deux côtés. Les réflexes de défense sont assez faciles à provoquer, mais la zone réflexogène ne dépasse ou même n'atteint pas le pli de l'aine.

2° *Paraplégie hyperspasmodique.* — La paralysie est ordinairement complète, aucun mouvement volontaire n'est possible : il n'est plus question de topographie pyramidale.

La contracture est intense : elle immobilise les membres inférieurs en extension et adduction, car les adducteurs sont intéressés. Elle s'étend même aux muscles de la paroi abdominale dans la région sous-ombilicale. De temps à autre la contracture se renforce brusquement pendant quelques secondes, réalisant alors des spasmes très douloureux.

Les réflexes tendineux sont très vifs, polycinétiques; le clonus s'obtient facilement. Le signe de Babinski est particulièrement net. Les réflexes de défense sont extrêmement vifs, la moindre excitation, même à distance, les fait naître : il en résulte un triple retrait des membres inférieurs qui se répète d'une manière incessante, à tel point qu'on est tenté de considérer cette paraplégie comme une forme de passage entre la paraplégie spasmodique et la paraplégie en flexion.

Ces deux types de contracture, spasmodique et hyperspasmodique, peuvent se succéder chez le même malade. Ils peuvent aussi s'associer, entraînant une contracture spasmodique d'un membre, hyperspasmodique de l'autre.

3° *Paraplégie sans contracture.* — Ce type, bien différent des précédents, mérite d'être souligné en raison des erreurs de diagnostic qu'il peut entraîner.

La paralysie est très marquée à tel point que le malade peut à peine remuer les orteils et parfois d'un côté seulement. Mais la contracture fait défaut : on peut fléchir passivement les membres inférieurs sans rencontrer de résistance, à tel point qu'on pourrait être tenté de parler de paralysie flasque. Cependant les réflexes tendineux existent ; le clonus peut être observé, le signe de Babinski est constant. Les réflexes de défense sont plus difficiles à mettre en évidence.

Cette forme de paraplégie sans contracture, mais avec des signes pyramidaux, peut s'installer progressivement ; plus souvent elle est précédée par une phase de paraplégie spasmodique banale. Elle n'implique pas à priori un pronostic plus grave que les autres formes déjà signalées : après ablation de la tumeur la récupération fonctionnelle peut être excellente ; nous en avons vu des exemples dans le service de la Pitié. Ce fait donne à penser que l'absence de contracture ne résulte pas d'une lésion plus profonde des faisceaux pyramidaux : la compression des voies sensitives suffit peut-être à l'expliquer.

4° *Paraplégie en flexion.* — Ce type de paraplégie succède en général à l'une des formes précédentes, plus spécialement à la forme hyperspasmodique.

Ici la paraplégie est complète ; aucun mouvement volontaire n'est possible. La contracture imprime aux membres inférieurs une attitude en flexion permanente. Cette attitude ne peut être corrigée passivement, au moins en totalité : à la longue des rétractions fibro-tendineuses achèvent d'immobiliser les jointures.

L'état des réflexes est caractéristique. Tandis que les réflexes tendineux achilléens et rotuliens paraissent abolis, les réflexes de défense sont extrêmement vifs et ont pour effet d'augmenter encore la flexion des membres inférieurs. Le signe de Babinski est particulièrement net.

Cette forme de paraplégie en flexion au cours des compressions par tumeur tend à se faire plus rare parce que les malades sont opérés plus tôt. Elle reste cependant inévitable dans certains cas de tumeurs bénignes inextirpables.

III. Formes suivant le siège en hauteur de la compression. — Trois formes principales retiendront notre attention. Les autres formes pourront être aisément rapprochées de l'un de ces trois types ; elles en différeront seulement par quelques signes importants sans doute pour un diagnostic de localisation, mais insuffisants pour isoler des types cliniques.

1° *Compression de la moelle cervicale inférieure.* — Nous insistons sur cette forme en raison de sa fréquence et de son aspect particulier tenant à la compression du renflement cervical.

Le syndrome sous-lésionnel, tenant à l'interruption physiologique des fibres longues motrices ou sensitives, est proche de celui qu'on observe dans les compressions de la moelle dorsale : paralysie et anesthésie dans le territoire sous-jacent à la compression. Il en diffère seulement par l'étendue plus grande des troubles, tenant au siège plus élevé de la compression.

Le syndrome lésionnel, tenant à la compression des racines et des cornes grises motrices et sensitives, prend ici une importance considérable et caractérise la compression de la moelle cervicale inférieure.

Le début se fait souvent par des douleurs radiculaires dans une épaule. Ces douleurs s'accompagnent bientôt d'atrophie musculaire avec diminution progressive de la force segmentaire dans le membre supérieur correspondant. Les mêmes symptômes gagnent l'autre membre supérieur tandis que s'installe progressivement une paraplégie spasmodique, plus accentuée du côté du membre supérieur primitivement atteint, de telle sorte que les troubles moteurs dominent d'un côté du corps.

A la période d'état le malade est quadraplégique. *Aux membres inférieurs* il s'agit d'une paraplégie spasmodique banale. *Aux membres supérieurs, l'atrophie musculaire* intense attire l'attention. Cette atrophie intéresse à des degrés divers le territoire radiculaire inférieur (C8 DI) réalisant le type d'Aran-Duchenne avec main de singe ; — le territoire radiculaire moyen, type Remak (C7) avec atrophie des muscles extenseurs et le territoire radiculaire supérieur du type Duchenne-Erb (C5 C6). L'inégale répartition de cette paralysie amyotrophique, ou même un certain degré de contracture peut donner une attitude en griffe, avec extension des premières phalanges, flexion des deux dernières ; quelquefois même l'extension du poignet réalise l'attitude de la main de prédicateur. Cette association de contracture et d'atrophie est un curieux phénomène que l'on peut retrouver dans certains cas

d'arachnoïdite cervicale et de syringomyélie : l'irritation des cornes antérieures n'est peut-être pas étrangère à son apparition. La coexistence du syndrome de Claude Bernard-Horner a été étudiée par Mme Déjerine-Klumpke. La force musculaire diminue progressivement pour faire place à une *paralysie* presque complète. Le mélange de paralysie et d'amyotrophie prédomine nettement d'un côté.

Les réflexes tendineux sont abolis ou inversés (Babinski). En cas d'inversion du réflexe du radius la percussion ne provoque pas la flexion du coude, mais la flexion des doigts ; ce signe indique une lésion en C5 qui respecte C8. L'abolition du réflexe cubital indique une lésion en C6, celle du réflexe tricipital une lésion en C7.

Il n'est pas possible habituellement de provoquer *des réflexes de défense* dans les membres supérieurs ; le fait a cependant été observé chez deux malades par Cl. Vincent : l'excitation du thorax en pleine zone d'hypoesthésie déclenchait du côté excité une abduction de l'épaule avec flexion du coude.

Nous n'insisterons pas sur les *troubles sensitifs* sous-lésionnels qui ne présentent rien de particulier si ce n'est leur étendue puisque l'anesthésie envahit plus ou moins les membres supérieurs. Plus intéressants sont les troubles sensitifs lésionnels, douleur ou anesthésie à topographie radiculaire, apparaissant quelquefois des deux côtés, plus souvent du seul côté de la tumeur.

De ce qui précède, il résulte que l'apparition de paralysie flasque amyotrophique avec abolition des réflexes dans les membres supérieurs, suivie d'une paraplégie spasmodique longtemps moins accentuée, caractérise la compression cervicale inférieure. Un diagnostic précis de localisation est fourni par la topographie de l'anesthésie cutanée, de l'amyotrophie et par l'état des réflexes tendineux. Cependant le syndrome lésionnel peut être d'apparition tardive : dans ce cas on a tendance à localiser trop bas le siège de la compression, si le malade est opéré précocement. On en trouve un exemple dans une observation du service ; les troubles sensitifs indiquaient C8 ou C7 pour limite supérieure ; or à l'intervention on enleva une tumeur très localisée en regard des sixièmes racines cervicales.

2° *Compression de la moelle dorsale.* — C'est elle que nous avons pris comme type de description. Ici le syndrome lésionnel est le plus souvent peu important ou passe inaperçu. Le syndrome sous-lésionnel domine avec la paraplégie spasmodique et les troubles objectifs de la sensibilité. Avec ces derniers la recherche des réflexes cutanés peut aider la localisation ; réflexe abdominal supérieur D8 D9, — inférieur D11 D12, — médio-pubien D10 L2, — crémastérien L1.

3° *Compression de la queue de cheval.* — Ici le syndrome lésionnel constitue tout le tableau clinique : suivant le siège de la compression l'extrémité inférieure de la moelle est ou n'est pas comprimée, ce qui ne change pas beaucoup l'aspect réalisé, l'atteinte des racines fournissant la note caractéristique.

Le début se fait habituellement par des douleurs à type de sciatique surtout unilatérales pendant des semaines avant de devenir bilatérales. Rapidement ces douleurs s'accompagnent d'atrophie musculaire et d'impotence progressive des membres inférieurs avec



troubles génitaux et sphinctériens précoces et marqués.

A la période d'état on constate une paraplégie flasque amyotrophique. La paralysie est souvent plus importante que ne l'exigerait l'atrophie musculaire. Cette atrophie porte sur le territoire des racines sacrées : c'est-à-dire tout le membre inférieur, sauf le plan antérieur de la cuisse (le quadriceps est innervé par le plexus lombaire). Les réflexes achilléens sont abolis (SI). Les douleurs fréquentes se manifestent dans les lombes, le périnée, les membres inférieurs, l'anesthésie cutanée s'étend dans le domaine des racines sacrées. L'anesthésie en selle est habituellement très nette et s'accompagne d'une abolition du réflexe anal (S. 3). Les troubles de la sensibilité profonde peuvent faire défaut pendant longtemps. Les troubles génitaux sont au maximum, de même que les troubles recto-vésicaux ; incontinence d'urine et des matières. L'escarre sacrée est toujours menaçante.

Si la compression intéresse les racines lombaires et la moelle lombo-sacrée, on voit l'atrophie s'étendre aux quadriceps, les réflexes rotuliens disparaître (L3) et souvent le signe de Babinski apparaître.

Les compressions basses peuvent s'accompagner d'une rachialgie diffuse avec raideur de la colonne vertébrale. Cette raideur étendue, mais non irréductible est bien différente de la raideur segmentaire, mais absolue, déterminée par un mal de Pott (Cl. Vincent et J.-A. Chavany).

Le blocage sous-arachnoïdien présente dans ces compressions basses quelques particularités intéressantes :

a) la dissociation albumino-cytologique est souvent très marquée et réalise parfois le syndrome de Froin ;

b) l'épreuve manométrique lombaire faite après piqûre au-dessus de la compression peut donner l'image inversée décrite par l'un de nous avec Cl. Vincent ;

c) le lipiodol devra être injecté au-dessus de la compression ; il indiquera de cette façon la limite supérieure de la tumeur.

En résumé l'atrophie musculaire et les troubles sensitifs des membres inférieurs associés aux troubles sphinctériens et génitaux réalisent un ensemble caractéristique des compressions de la queue de cheval.

***

On pourrait multiplier à plaisir les formes cliniques sous lesquelles peuvent se présenter les compressions médullaires par tumeurs énucléables. Aucun de ces malades en effet ne ressemble exactement au précédent. Nous avons surtout étudié ici les cas schématiques dont la connaissance doit permettre de dépister aisément toutes les autres modalités de cette affection éminemment justiciable du traitement neuro-chirurgical. De cette étude nous voulons faire ressortir que le diagnostic doit s'étayer sur les signes capitaux que nous ne craignons pas de répéter en matière de conclusion :

Interrogatoire minutieux du malade ;
Examen neurologique complet ;
Signes directs et indirects de blocage sous-arachnoïdien.

(*A suivre.*)

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA COXALGIE[1]

A cette période, l'immobilisation s'impose d'urgence pour prévenir les

COMPLICATIONS

imminentes.

L'inversion. — Complication très grave ne se voit plus actuellement, car on traite les coxalgies plus précocement.

Véritable luxation, attitude cette fois organique fixée *irréductible* sous anesthésie. Elle se fait en :
flexion ; adduction ; rotation interne.

Elle s'accompagne de raccourcissement réel du membre. Son traitement est difficile. Elle va souvent de pair avec

Les abcès. — Gros facteur de gravité au cours de la coxalgie.

— Début variable.

Ils se voient à toutes les périodes, parfois extrêmement précoces (6e au 12e mois) aggravant beaucoup le pronostic. En pratique, ils surviennent au cours de la deuxième année même au cours de traitements bien conduits.

— Manifestations cliniques variables :

a) Insidieuses : il n'y a pour ainsi dire pas de symptômes propres à l'abcès *qui doit donc être toujours systématiquement recherché à chaque examen.*

b) bruyantes : réapparition de douleurs qu'avait calmées l'immobilisation : « cri nocturne ».

c) ou simples troubles généraux : petit clocher thermique, amaigrissement inexpliqué qui les font rechercher, la main à plat massant le membre.

Siège habituel : région antéro-externe de la cuisse,
Plus rarement et rechercher :

— Les abcès antéro-internes dans les adducteurs : et sous les vaisseaux.

Ils sont dangereux à ponctionner.

— les abcès pelviens :

— Ils indiquent souvent une forme grave acétabulaire ;

— Ils sont découverts par le toucher rectal, ils peuvent secondairement fuser par l'échancrure sciatique à la partie profonde de la fesse.

La fistulisation. — Peut se produire dans deux circonstances différentes :

a. Ou bien à la suite d'une ponction ; c'est la fistulette, qui, si elle reste aseptique, — peut se fermer rapidement sans aggraver le pronostic ;

b. ou par propagation du tuberculome à la peau, large ulcération, parfois avec vastes décollements et clapier. L'évolution est de longue durée. L'infection secondaire constitue ici un grave danger, qui peut obliger à des indications opératoires (résection, désarticulation).

— *La luxation iliaque* précoce de la tête fémorale ; rare, elle doit être réduite comme une luxation traumatique, puis on immobilise.

— *Les complications générales* enfin :

— généralisation tuberculeuse ;

surtout méningite qui peut succéder à une intervention sur le foyer.

— cachexie terminale :

par infection secondaire, suppuration interminable et dégénérescence amyloïde viscérale. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 26, p. 490.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE
Adopté par :
L'Assistance-Publique —
Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
LABORATOIRES AUBRY
54, RUE DE LA BIENFAISANCE
PARIS _ 8e
TÉL. LABORDE : 15-26

N° 29. — SAMEDI 9 AVRIL 1932. 105e ANNEE. SAMEDI 9 AVRIL 1932. — N° 29.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50.** — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danto 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER,** 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de médecin des hôpitaux. — Jury :

MM. Guillemot, Paisseau, Ravaut, de Massary, Gandy, Crouzon, René Marie, May, Léchelle, Milian, Baumgartner.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Jury :

MM. Okinczyc, Mondor, Marion, Chevrier, Riche, Robert Monod, Achard.

— Un concours pour l'admission d'environ 140 élèves à l'Ecole des Infirmières de l'Assistance publique de Paris aura lieu à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, le 12 octobre 1932, à 13 h.

Les inscriptions seront reçues, jusqu'au 1er octobre 1932, à l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, sous-direction du personnel, 2e bureau).

Facultés de médecine. — Marseille. — Des concours s'ouvriront à la Faculté de Marseille :

1° Pour l'emploi de chef de clinique oto-rhino-laryngologique, le mercredi 27 avril 1932 ;

2° Pour l'emploi de chef de clinique de dermatologie, le mercredi 15 juin 1932 ;

3° Pour l'emploi de chef de clinique médicale (chaire du professeur Gaujoux), le jeudi 23 juin 1932 ;

4 Pour l'emploi de chef de clinique médicale (chaire du professeur Olmer), le jeudi 30 juin 1932 ;

5° Pour l'emploi de chef de clinique exotique, le lundi 11 juillet 1932 ;

6° Pour l'emploi de chef de clinique médicale infantile et d'hygiène de la première enfance, le lundi 17 octobre 1932 ;

7° Pour l'emploi de chef de clinique de chirurgie infantile, le mardi 22 novembre 1932.

Écoles de médecine. — Angers. — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques à l'Ecole de médecine d'Angers s'ouvrira le jeudi 23 juin 1932, au siège de ladite Ecole.

— Caen. — Le concours pour l'emploi de professeur suppléant des deux chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, qui devait s'ouvrir le 1er avril 1932 devant la Faculté de médecine de Paris, est reporté au lundi 11 avril.

— Dijon. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon s'ouvrira le mercredi 12 octobre 1932 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

— Rouen. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen s'ouvrira le mardi 11 octobre 1932 devant la Faculté de médecine de Paris.

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Santé publique. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Gilormini (de la Ciotat), Lambron (de Paris).

Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Mignen, maire des Essarts, conseiller général de la Vendée.

Santé publique. — Un poste de médecin chef de service est créé à l'asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le jury du concours pour l'emploi de médecin du cadre des Asiles publics d'aliénés, qui s'est ouvert à Paris, le 4 avril 1932, est constitué ainsi qu'il suit :

Président : M. le professeur Daniel Santenoise, inspecteur général adjoint des services administratifs.

Membres titulaires : MM. les docteurs Hamel, chargé de cours à la Faculté de Nancy, médecin chef de l'asile de Maréville; Vernet, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Beauregard; Pignède, médecin chef de l'asile d'aliénés de Clermont; Paul Abely, médecin chef de l'asile public d'aliénés de Villejuif; Renaux, médecin chef de l'asile public d'aliénés de Saint-Gemmes-sur-Loire; Genil-Perrin, médecin chef de l'asile public d'aliénés de Perray-Vaucluse; M. Haye, chef du 1er bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance.

Membres suppléants : MM. les docteurs Merland, médecin chef de l'asile public d'aliénés de Marseille; Marchand, médecin chef de l'asile clinique Sainte-Anne.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LITHIASE BILIAIRE. (Vichy, 19-22 septembre 1932.) — Le Congrès international de la lithiase biliaire comprend quatre sections : 1. une section de médecine; 2. une section de chirurgie; 3. une section de thérapeutique et d'hydrologie; 4. une section d'électroradiologie et de physiothérapie.

Bureau du Congrès. — Président: professeur Paul Carnot; section de médecine : président, professeur Maurice Loeper; section de chirurgie : président, professeur Pierre Duval; section de thérapeutique et d'hydrologie : président, professeur Maurice Villaret; section d'électroradiologie et physiothérapie : président, docteur J. Belot; secrétaire général, docteur J. Aimard; secrétaire adjoint, docteur Roger Glénard.

Programme du Congrès. — Lundi 19 septembre 1932. — Arrivée des congressistes; — 16 h. 30 : séance inaugurale du Congrès sous la haute présidence de M. le ministre de la Santé publique; allocution de M. le professeur Carnot, membre de l'Académie de médecine, président du Congrès; allocution du président de la Société des sciences médicales de Vichy; — 20 h. : banquet présidé par le ministre et soirée de bienvenue offerts aux membres du Congrès.

Mardi 20 septembre. — 9 h. 30 : communications dans les sections; — 14 h. : rapports sur la première question en séance générale et discussion des rapports; — 17 h. : thé au Sporting-Club de Vichy; — 20 h. : soirée de gala.

Mercredi 21 septembre. — 9 h. 30 : communications dans les sections; — 12 h. : déjeuner offert aux membres officiels du Congrès par le président; — 14 h. 30 : rapports sur la deuxième question en séance générale et discussion des rapports; — 20 h. 30 : représentation de gala au théâtre du Grand Casino.

Jeudi 22 septembre. — 9 h. 30 : communications dans les sections; — 14 h. : rapports sur la troisième question en séance générale et discussion des rapports; — 20 h. : banquet de clôture offert par le Congrès.

Ordre du jour. — Trois questions sont à l'ordre du jour du Congrès et feront l'objet des rapports suivants :

1° *Les séquelles de la cholécystectomie.* — *A.* Etude pathogénique des séquelles de la cholécystectomie. Docteur Victor Donnet (New-York). — *B.* Etude clinique des séquelles de la cholécystectomie. Professeur Mariano Castex (Buenos-Aires). — *C.* Les phénomènes douloureux consécutifs à la cholécystectomie. Professeur Castaigne (Clermont-Ferrand). — *D.* Indications chirurgicales. Professeur Gosset et docteur Petit-Dutaillis (Paris). — *E.* Thérapeutique médicale et hydrologique. Professeur Giraud (Montpellier). — *F.* Diagnostic radiologique. Docteur H. Béclère (Paris).

2° *Le traitement médical et hydrominéral du cholécyste dans la lithiase biliaire.* — *A.* Les indications principales du drainage vésiculaire médical dans la lithiase biliaire. Professeur agrégé Chiray (Paris) et docteur Pavel (Bucarest). — *B.* Indications et contre-indications des cholérétiques dans la lithiase vésiculaire. Professeur agrégé Chabrol (Paris). — *C.* La thérapeutique des infections du cholécyste. Professeur agrégé Abrami (Paris). — *D.* Thérapeutique protectrice du foie dans la lithiase biliaire. Professeur Umber (Berlin). — *E.* Action des eaux minérales sur le milieu vésiculaire. Professeur Piéry (Lyon). — *F.* La physiothérapie sédative dans les affections vésiculaires. Docteurs Delherm et Dausset (Paris).

3° *Le foie lithiasique.* — *A.* Le rôle du foie dans la pathogénie de la lithiase biliaire. Professeur Noël Fiessinger (Paris). — *B.* L'ictère dans la lithiase de la voie biliaire principale. Professeur agrégé Brulé (Paris). — *C.* Les lésions du foie dans les ictères lithiasiques. Professeur agrégé Harvier (Paris). — *D.* Méthodes d'exploration du foie dans l'ictère lithiasique : *a.* Méthodes chimiques. Docteur Dieryck (Louvain); *b.* Méthodes radiologiques. Docteur Gilbert (Genève). — *E.* Déductions chirurgicales dans l'ictère lithiasique. Professeur agrégé Gatellier (Paris).

Communications. — Le titre des communications devra être annoncé par écrit, au secrétariat général, avant le 1er juillet 1932.

Chaque congressiste n'aura droit qu'à une seule communication.

Sont admis comme membres titulaires du Congrès les médecins français et étrangers. Cotisation : 50 fr.

Les membres titulaires, accompagnés de personnes de leur famille désireuses de prendre part aux fêtes et réceptions organisées à l'occasion du Congrès, sont priés de les annoncer en s'inscrivant.

Ces personnes qui recevront le titre de membres associés, et pour chacune desquelles il sera versé une somme de 25 fr. français, ne pourront pas participer aux discussions.

L'inscription de membres associés (femme et enfants non mariés) est limitée à deux par membre titulaire.

Les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine français et étrangers seront admis comme membres du Congrès, ils paieront une cotisation de 25 fr.

Toutes les demandes de renseignements, adhésions, cotisations, doivent être adressées au docteur J. Aimard, secrétaire général du Congrès international de la lithiase biliaire, 24, boulevard des Capucines, Paris (IXe).

ÉTUDIANT FIN D'ÉTUDES, externe de Paris, ayant déjà fait remplacements, désirerait trouver un poste à la campagne pour juillet. — Ecrire à M. Gérard, 147, r. Saint-Dominique.

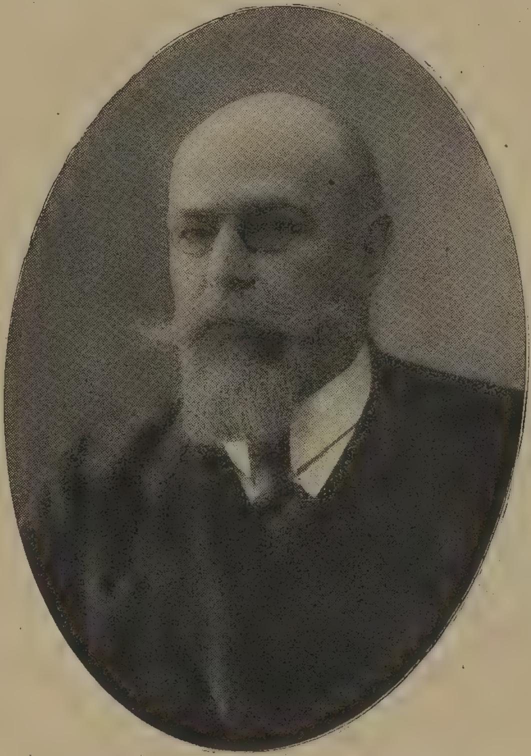
Alfred-Louis RICARD

(1858-1932)

Avec une poignante émotion je viens d'apprendre la mort presque subite de notre rédacteur en chef honoraire, mon maître bien aimé Alfred Ricard.

Depuis sa retraite prise si prématurément, Ricard s'était retiré à Nice où son ancien interne Prat n'a cessé de l'entourer d'affection et l'a assisté dans ses derniers moments. Les anciens élèves de Ricard avaient pris fidèlement l'habitude d'aller le retrouver, accueillis toujours par le sourire bienveillant de leur ancien patron, et par la grande bonté de Mme Ricard. Je l'avais vu encore il y a quelques semaines, il était toujours le même. Malgré des troubles qui le préoccupaient mais qu'il supportait avec stoïcisme, il avait gardé une apparence de santé et cette bonne humeur qui faisait son charme. Il s'intéressait à tous, demandait des nouvelles de chacun. Je me préparais à aller le revoir dans quelques jours quand son fils m'a téléphoné la douloureuse nouvelle...

Ricard a été pour notre journal un très grand rédacteur en chef et un ami bien cher. A une époque où le journalisme médical commençait à évoluer, en 1887, il sut, avec son ami Albert Mathieu, imprimer à la *Gazette des hôpitaux* la plus habile des directions. C'est eux, on doit le rappeler, qui eurent l'idée d'adapter au journalisme français les Revues générales, dont nos confrères italiens avaient déjà donné d'excellents exemples. Après avoir été le collaborateur précieux et l'ami dévoué de mon père, Ricard voulut bien reporter sur moi son affection. Pendant quinze ans de confiance mutuelle, j'ai eu la joie de travailler à ses côtés. Mieux que tout autre j'ai pu connaître sa puissance de travail, et toutes ses exquises qualités de cœur et d'esprit, qualités faites de clairvoyance et d'équilibre.



Cliché Manuel

L'équilibre, c'est le mot qui convient bien pour caractériser toute la vie de Ricard. Il avait le sens du juste milieu, il ne se laissait pas entraîner par des enthousiasmes hâtifs, ni arrêter par l'esprit de parti pris ou de routine.

Ce sens de l'équilibre il l'a apporté dans toute sa carrière chirurgicale, si bien remplie. Elève de Tillaux, de Dumontpallier, de Gosselin, et surtout de Verneuil, puis de Le Dentu, il a été un clinicien remarquable et l'un des meilleurs opérateurs de son époque. Il avait aussi un talent d'exposition qui lui permit de briller dans les concours. Rappelons qu'il avait enlevé la même année, en 1889, le titre de chirurgien des hôpitaux, en même temps que Paul Poirier, et le titre d'agrégé dans une promotion qui comptait Charles Nélaton et Tuffier.

Sans entreprendre de retracer aujourd'hui son œuvre chirurgicale, il nous est permis de dire que le nom de Ricard restera dans l'histoire de la chirurgie contemporaine, parce qu'il fut un *novateur* et un *chef d'école.* Avec son ami Albert Mathieu il donna un des premiers exemples de collaboration médico-chirurgicale et il fut un des créateurs de la chirurgie gastro-intestinale.

Chef d'école, Ricard eut la grande joie de former des élèves.... et quels élèves !

Launay et Albert Mouchet (son compatriote de Sens) furent ses collègues plus que ses élèves.

Mais voici Georges Labey, son disciple fidèle et son continuateur ; Veau, Guillot et Dehelly, Malartic, René Tesson, Guibal, Lance, Prat, René Lemaître, Andrieu, Faxton E. Gardner, Chevrier, Gernez, Chifoliau, R. Français, Lutaud, Latouche, René Toupet, Vielle, Miginiac, Seguinot.... qui, en France, dans nos colonies, à l'étranger ont porté le grand renom de leur Maître.

Ricard, à la suite d'une grave opération, se décida il y a quinze ans environ à prendre une retraite combien prématurée ; il laissait à Georges Labey le soin de poursuivre son œuvre chirurgicale, cependant qu'il confiait à Lance et à Babonneix la tâche de m'assister à la rédaction de la *Gazette.*

Un autre, plus qualifié que moi, reviendra, ici-même, dans quelques jours, sur l'œuvre chirurgicale et les travaux de Ricard. Aujourd'hui, sous le coup de l'émotion qui m'étreint, je voulais simplement adresser un dernier et reconnaissant adieu à celui qui fut pour moi le meilleur des maîtres et le plus affectueux des amis, à celui qui soulagea tant de souffrances. Mais ma pensée se porte aussi respectueusement vers celle qui pleure, entourée de ses enfants. Je voudrais que ma sympathie bien profonde, que celle de toute notre rédaction, soient un allègement à son immense douleur.

F. L. S.

REVUE DES THÈSES

Traitement des états prétuberculeux et tuberculeux pulmonaires par un composé séro-médicamenteux (1), par le docteur J.-M. Calvet, ancien externe des hôpitaux de Paris.

Le travail du docteur Calvet est une importante contribution à l'étude du séro-médicament « Lita » du docteur Dufour.

Après avoir rappelé sa composition, deux parties d'iodaseptine pour une de sérum de lapin immunisé à la tuberculine, il étudie son *mode d'administration et son action aux différents stades évolutifs de la tuberculose pulmonaire* et aux *différents âges de la vie.*

Le Lita peut être injecté par voie intramusculaire ou intraveineuse. La voie intramusculaire profonde est la plus employée.

Chez le *nourrrisson*, les doses sont de 1 cm³ à la première injection, 2 cm³ à la deuxième, 3 cm³ à partir de la troisième.

Chez l'*enfant*, 1 cc. 1/2 à la première injection ; 2 cc. 1/4 à la deuxième, 3 cc. à la troisième.

Chez l'*adulte*, 3 cc. intramusculaires dès la première injection que l'on peut, suivant la méthode du docteur Dufour, mélanger, au préalable, à une quantité égale de sang pris dans la veine du malade. On associe ainsi la chimiothérapie à l'autohémothérapie.

Les injections sont pratiquées à la dose de deux par semaine d'une façon continue ou par séries de vingt.

Plus de 20.000 injections ont été faites jusqu'à ce jour et ont été admirablement supportées par les nourrissons et les enfants. Chez les adultes, très exceptionnellement, on voit apparaître un peu de rougeur au lieu de l'injection.

« Le Lita est indiqué, dit Calvet, dans tous les états de « prétuberculose et de tuberculose pulmonaire de l'enfant « et de l'adulte. » Son efficacité est fonction du potentiel cellulaire de l'organisme.

Chez les prétuberculeux, sous l'influence du composé « Lita » très rapidement l'appétit renaît, le poids augmente d'une façon souvent étonnante, les forces reviennent, la fièvre disparaît en même temps que les troubles pulmonaires, quand ils existent, s'amendent.

Les états prétuberculeux réalisent une des grandes indications du séro-médicament, ainsi qu'en témoignent 21 observations de malades traités à l'hôpital Broussais dans le service du docteur Dufour.

Chez les enfants du premier âge, en particulier dans les formes ganglio-pulmonaires, on assiste à de véritables résurrections, qu'il s'agisse de tuberculose aiguë ou chronique, les symptômes s'améliorent rapidement sous l'action du médicament et la radiographie confirme les signes cliniques : Calvet en rapporte 16 observations avec nombreuses et très démonstratives radiographies.

Dans la *tuberculose pulmonaire de l'adulte*, les formes les plus favorables à l'action du composé Lita sont les formes récentes, c'est-à-dire, les tuberculoses pulmonaires aiguës massives à forme pneumonique, les tuberculoses fibro-caséeuses et fibreuses au début avec ou sans pleurésie séro-fibrineuse ; dans ce cas, la plupart du temps, on obtient des guérisons cliniques. Aux stades plus avancés, on obtiendra souvent des améliorations notables. Calvet cite une soixantaine d'observations avec très belles et très probantes radiographies. Trois de ces cas ont trait à des formes très graves, non curables, qui eurent une extraordinaire période d'amélioration.

(1) *Th. de Paris*, 1931.

La médication par le Lita peut être associée avec fruit au pneumothorax et à la phrénectomie.

Cet important travail vient confirmer les conclusions des communications du docteur Dufour à la Société Médicale des Hôpitaux et les importants travaux des docteurs Hurez et Taboureux.

Le Lita est une arme particulièrement efficace et sans danger, contre la tuberculose pulmonaire à toutes les périodes et à tous les âges de la vie.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ENTÉRO-NÉVROSE (1)

Par le docteur Pierre Coulouma.

Grasset faisait de la colopathie muco-membraneuse une névrose vago-sympathique. Ses caractères locaux et généraux, avec l'état psychique spécial qui l'accompagne, justifient, bien souvent, le terme de « névropathie cérébro-viscérale », que Grasset avait créé pour elle, et celui de cercle vicieux psycho-splanchnique de renforcement, par lequel Guillaume caractérise son caractère obsessionnel.

La symptomatologie de l'entéro-névrose n'est donc, au fond, qu'un tableau de la pathologie du vago-sympathique, avec une scène de premier plan qui se déroule dans un organe méiopragique : l'intestin. Son origine se trouve dans l'hérédité familiale avec, parfois, une syphilis plus ou moins éteinte d'un des générateurs.

Pour la combattre, deux sortes de médicaments s'offrent au thérapeute. Les mimétiques : ésérine, belladone, adrénaline, nitrites ; les non-mimétiques : bromures, malonylurée, phosphates végétaux. Les premiers, très actifs, sont surtout indiqués pour traiter la crise ; les seconds sont applicables au traitement général de la névropathie. Se rappeler que l'affection est terriblement démoralisante, et qu'elle s'accompagne de la perte, par les urines et les fèces, d'une grande quantité de phosphore et de chaux : l'organisme gaspille ses réserves minérales et le système nerveux en subit le contre-coup.

La médication phospho-calcique, sous forme de phytine, agit remarquablement par ses éléments calciques et phosphorés ; elle calme le système nerveux central et le système organo-végétatif, répare les pertes en phosphore, en calcium, et met ainsi le malade dans les meilleures conditions pour guérir, avec l'aide d'une bonne hygiène générale et alimentaire, qui d'ailleurs ne doit pas comporter un régime trop sévère.

(1) *Paris méd.*, 29 nov. 1930.

Données actuelles sur l'hormone testiculaire. Modes d'obtention et de caractérisation, par L. Cuny, chef de travaux, et D. Quivy, assistante au Laboratoire de Physiologie pathologique de l'Ecole des Hautes-Etudes (Collège de France). Un volume de 76 pages. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'Evolution psychiatrique Seconde série. N° 2 (mars 1931). Un volume in-4° de 105 pages, 1931. — Prix : 16 fr. — Paris, N. Maloine.

« Du bon sens à l'hygiène, l'individu, la famille, la société », par Noël Loyot. In-8° carré, 154 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, Vigot Frères.

Travail du service de neuro-chirurgie du docteur Cl. Vincent à l'hôpital de la Pitié.

LES PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC DES COMPRESSIONS MÉDULLAIRES PAR TUMEURS ÉNUCLÉABLES[1]

PAR MM.

J.-A. CHAVANY, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de médecine.

et

F. THIÉBAUT, Médecin assistant de l'hôpital de la Pitié.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES COMPRESSIONS MÉDULLAIRES PAR TUMEURS ÉNUCLÉABLES

L'aspect réalisé par de telles compressions est si polymorphe que les problèmes soulevés par le diagnostic varient d'un cas à l'autre. Il faudrait pour être complet envisager le diagnostic suivant les différents stades de la maladie, suivant l'aspect des troubles moteurs et sensitifs, suivant les modalités du blocage sous-arachnoïdien. Pour ne pas trop étendre cette étude déjà longue, nous nous contenterons de discuter les principaux diagnostics que posent les tumeurs suivant le siège de la compression médullaire qu'elles entraînent ; cette façon d'envisager le problème nous est dictée par des notions cliniques bien plus que par des considérations théoriques.

Nous étudierons donc successivement le diagnostic des compressions de la moelle dorso-lombaire, de la moelle cervicale et de la queue de cheval.

I. Diagnostic des compressions par tumeurs de la moelle dorsale et lombaire. — Le problème est double : il importe d'abord d'éliminer les paraplégies qui ne s'accompagnent pas de blocage sous-arachnoïdien, ce qui est relativement facile. Il importe ensuite d'éliminer certaines causes de paraplégie où le blocage est constant ou seulement possible : nous verrons que là réside la véritable difficulté.

A. Les paraplégies sans blocage sous-arachnoïdien. — a) *La sclérose en plaques* sera facilement reconnue lorsqu'elle se présente avec ses caractères classiques : troubles pyramidaux et cérébelleux, nystagmus, voix scandée, absence de troubles de la sensibilité, tous ces symptômes étant apparus à un âge relativement jeune et *ayant évolué par poussées*. Par contre, l'erreur est possible lorsqu'une *paraplégie spasmodique* isolée constitue tout le tableau morbide. Dans ce cas l'épreuve manométrique lombaire et l'absence de dissociation albumino-cytologique révèlent le défaut de blocage. L'aspect assez spécial dans certains cas de la réaction du benjoin colloïdal peut achever de rectifier le diagnostic.

b) *La syphilis médullaire* ne prête guère à confusion lorsqu'elle se manifeste sous les aspects typiques d'une *myélite transverse aiguë* ou d'une *paraplégie d'Erb* avec hyper-albuminose et leucocytose céphalo-rachidiennes et positivité des réactions de Bordet-Wassermann et du benjoin colloïdal. Alajouanine et Girot (1) ont insisté sur la *forme pseudo-tumorale des myélites*, quelle que soit leur origine: syphilis, sclérose en plaques ou infections indéterminées (2). Dans tous ces cas deux notions importantes permettent généralement d'écarter le diagnostic de tumeur. La première est fournie par l'évolution : l'aspect tumoral de la myélite apparaît seulement à une phase avancée de la maladie, et toute l'histoire antérieure rappelle l'infection et non la compression ; la deuxième est fournie par l'exploration de la perméabilité rachidienne qui reste normale dans ces myélites. — La syphilis peut encore réaliser un *syndrome de Brown-Séquard* (3) : mais la régression ultérieure et l'absence de blocage éviteront toute erreur.

c) Après ce que nous venons de dire nous serons brefs sur *les myélites infectieuses* d'origine indéterminée. Le début rapide avec troubles d'emblée très accusés, la régression plus ou moins importante, la possibilité de reprises et d'une évolution tardive vers la paraplégie avec troubles sensitifs et réflexes de défense, l'absence de blocage enfin sont autant de caractères qui font reconnaître ces myélites infectieuses. Nombre de ces myélites vraisemblablement conditionnées par des virus neurotropes prennent aussi le masque subaigu et même chronique de la paraplégie d'Erb la plus typique. Nous verrons par la suite à propos des arachnoïdites que certaines de ces myélites infectieuses peuvent s'accompagner de blocage, rendant alors le diagnostic avec les tumeurs difficile, voire même impossible.

d) *La paraplégie du ramollissement médullaire* sera facilement rapportée à sa cause : le début est souvent brutal et d'emblée les troubles sont très marqués ; si les escarres ou l'infection urinaire n'en précipitent pas l'évolution on peut assister à une amélioration plus ou moins importante. Lorsque le ramollissement est lié à une artérite, il peut apparaître à tout âge ; mais lorsqu'il est la conséquence de l'athérome il survient à un âge avancé. Dans tous les cas le blocage fait défaut.

e) La paraplégie spasmodique de la *syringomyélie* se reconnaît au premier coup d'œil lorsque les autres symptômes de la maladie sont déjà manifestes : mélange de paralysie, d'atrophie et de contracture dans les membres supérieurs, thermo-analgésie suspendue du tronc et des membres supérieurs, troubles trophiques, cypho-scoliose, arthropathies. Mais il existe une forme à début paraplégique qui pourrait être une source de confusion : l'absence de blocage d'abord, l'évolution des symptômes ensuite feront dissiper toute équivoque.

f) La même remarque peut se faire à propos de la paraplégie de la *sclérose latérale amyotrophique*. L'atrophie et les fibrillations musculaires, jointes à l'absence de troubles de la sensibilité objective, suffisent à caractériser la maladie de Charcot, sans atten-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 28, p. 513.

(1) Alajouanine et Girot. — *Rev. Neurol.*, 1925, T. I, page 66.

(2) Girot. — Etude critique des paraplégies syphilitiques. *Th. de Paris*, 1925.

(3) G. Thoyer. — Le syndrome de Brown-Sequard et les voies de sensibilité dans la moelle, *Th. de Paris*, 1931, Am. Legrand, éditeur.

dre l'apparition des signes bulbaires. Mais là encore, il existe une forme à début paraplégique d'un diagnostic plus délicat ; un examen minutieux permettra parfois, en décelant une atrophie musculaire commençante des petits muscles de la main, ou des fibrillations de la langue, d'affirmer le diagnostic. En tout cas, l'absence de blocage et l'intégrité du liquide céphalo-rachidien écarteront la possibilité de compression médullaire (1).

g) Certaines formes de compression médullaire (*compression par lipome*), qui associent aux troubles pyramidaux des troubles de la sensibilité profonde au point d'entraîner de l'ataxie, peuvent ressembler à certaines *scléroses combinées* telles que les réalisent les *syndromes neuro-anémiques* ou *les myélites infectieuses spécifiques ou non*. Dans les cas où l'examen général ne permettra pas de rapporter la sclérose combinée à sa cause véritable, l'absence de blocage sous-arachnoïdien éliminera le diagnostic de tumeur.

h) Nous n'insisterons guère, à cause de sa rareté, sur la *myélite subaiguë nécrolique type Ch. Foix et Alajouanine* (2), que l'un de nous pense être une forme localisée médullaire de la maladie de Kussmaül. Cependant la dissociation albumino-cytologique qu'on y rencontre peut induire en erreur. Cette myélite débute par une paraplégie spasmodique sans troubles sensitifs avec des amyotrophies situées au-dessous des troubles pyramidaux et des signes contradictoires tels qu'absence d'extension de l'orteil, diminution d'un réflexe achilléen ; affection rapidement évolutive, la paraplégie ne tarde pas à devenir flasque avec présence de dissociation syringomyélique (3).

B. Les paraplégies qui peuvent s'accompagner de blocage sous-arachnoïdien. — Nous abordons dans ce chapitre les diagnostics réellement difficiles parce que les affections envisagées peuvent réaliser point par point le tableau d'une compression médullaire. Il ne suffit plus dès lors de reconnaître la compression, il faut de plus distinguer parmi ces compressions, celles qui sont imputables à des tumeurs juxta-médullaires et celles qui ne le sont pas.

Nous envisagerons successivement les paraplégies apparaissant au cours des affections vertébrales et celles qui compliquent les affections méningées.

Affections vertébrales (ou vertébro-méningées). — Ce groupe comprend une maladie fréquente : le mal de Pott ; une maladie plus rare : le cancer vertébral ; des affections exceptionnelles : certaines tumeurs rachidiennes.

a) *Mal de Pott (dorsal ou dorso-lombaire).* — C'est dans le mal de Pott dorsal que la paraplégie s'observe le plus souvent.

Le diagnostic est plus ou moins facile suivant les conditions d'apparition des troubles nerveux : ils peuvent survenir au cours d'un mal de Pott déjà connu et soigné, ce qui est fréquent chez l'enfant ; ils peuvent survenir avant toute manifestation vertébrale, ce qui n'est pas rare chez l'adulte.

Dans une étude récente, Mme Sorrel-Déjerine (1) distingue deux formes de paraplégie :

Une *forme précoce* à début rapide ; elle apparaît au cours de la première année du mal de Pott ; elle en constitue parfois le signe révélateur. Liée à la compression d'un abcès, cette forme serait d'un pronostic relativement favorable.

Une *forme tardive*, à début lent, progressif ; elle survient au cours de la 3e ou 4e année d'un mal de Pott insuffisamment traité. Liée au développement d'une pachyméningite, cette forme serait le plus souvent difficilement curable.

Quoi qu'il en soit, *le début* est marqué par une période plus ou moins longue de douleurs radiculaires, en ceinture dont le siège dépend de la hauteur de la compression. *A la période d'état* le tableau réalisé est celui d'une compression de la moelle dorsale ou dorso-lombaire. La paraplégie peut affecter tous les types possibles : p. spasmodique, p. hyperspasmodique, p. sans contracture, p. en flexion ; mais il est tout à fait exceptionnel d'observer le syndrome de Brown-Séquard. Les troubles objectifs de la sensibilité consistent avant tout en hypoesthésie douloureuse, puis tactile. La sensibilité thermique est plus tardivement et moins profondément troublée. La limite supérieure peut être aussi nette que dans la compression par tumeur. *L'évolution* est suivant les cas régressive, stationnaire ou progressive. *Le syndrome nerveux du mal de Pott* risquerait d'être confondu avec celui que donnent les tumeurs s'il n'était associé à un syndrome osseux clinique et radiologique.

Le *syndrome osseux clinique* est de toute première importance. Il peut exister à une période où le syndrome radiologique n'est pas encore démonstratif. Pratiquement toute paraplégie pottique s'accompagne *d'une rigidité segmentaire et absolue du rachis* : aucun mouvement n'est appréciable au cours de l'examen dans le segment vertébral intéressé. Les autres éléments du syndrome : douleur des apophyses épineuses, saillie d'une apophyse épineuse, sont des signes moins caractéristiques (douleur épineuse) ou moins fréquents (saillie épineuse) que la contracture rachidienne. Nous avons vu que certaines tumeurs médullaires, en particulier les tumeurs bas situées, pouvaient s'accompagner de raideur vertébrale : mais la rigidité y est diffuse sans être absolue; ce double caractère s'oppose point par point à la contracture du mal de Pott qui est localisée et absolue (Cl. Vincent et J.-A. Chavany). On a bien signalé des formes pseudo-tumorales de mal de Pott où la contracture faisait défaut: ce sont là des faits exceptionnels. Plus souvent, il arrive que la rigidité soit difficile à apprécier : il en est ainsi lorsque la lésion osseuse est dorsale, lorsque la paralysie gêne l'examen, lorsque enfin le malade est déjà traité par l'immobilisation.

Le *syndrome radiologique* doit être recherché sur les clichés de face et de double profil pris, autant que

(1) Cl. Launay. — Contribution à l'étude clinique et biologique de la maladie de Charcot et de ses formes anormales, *Th. de Paris*, 1931, Am. Legrand, éditeur.

(2) Ch. Foix et Alajouanine. — La myélite nécrotique subaiguë, *Rev. Neurol.*, juillet 1926.

(3) Consulter la Revue Générale de Desoille. — Diagnostic des paraplégies, *Gaz. des Hôpit.*, 11 et 18 février 1928.

(1) Mme Sorrel-Déjerine. — *Contribution à l'étude des paraplégies pottiques*, Paris 1925, Masson, éditeur.

possible, en stéréoscopie. Au début le pincement d'un disque intervertébral constitue le signe essentiel ; il doit être constaté sur un cliché de profil exactement centré. Plus tard, le disque intéressé devient flou et se réduit de volume au point de disparaître. Les vertèbres adjacentes sont décalcifiées, érodées ; elles peuvent fusionner, se tasser et entraîner tous les degrés de la gibbosité. On peut enregistrer enfin, surtout à la région dorsale supérieure, un fuseau paravertébral symptomatique d'un abcès.

Assurément le diagnostic s'impose lorsque ces signes radiologiques existent ; mais ils peuvent faire défaut pendant un certain temps, surtout chez l'adulte, et c'est le syndrome osseux clinique qui doit en définitive assurer le diagnostic.

En ce qui concerne le blocage sous-arachnoïdien l'épreuve manométrique lombaire et l'analyse du liquide céphalo-rachidien donnent les mêmes résultats que dans les compressions par tumeur. Quant au lipiodol, il vaut mieux s'abstenir de l'injecter si on soupçonne un mal de Pott.

b) *Cancer vertébral* (*dorsal ou dorso-lombaire*). — Le *cancer secondaire* du rachis, beaucoup plus fréquent que le néoplasme primitif, est facile à reconnaître lorsqu'il réalise chez un cancéreux avéré, opéré ou non, le tableau morbide actuellement classique décrit par Charcot.

Les *symptômes de début* de la métastase vertébrale consistent en douleurs, d'abord osseuses, dans le dos ou les reins, puis nerveuses, à type de douleurs radiculaires en ceinture de siège variable suivant la hauteur de la compression. Ces douleurs peuvent, comme l'a montré Sicard, régresser temporairement, après une poussée initiale aiguë. Mais tôt ou tard elles font un retour offensif et prennent alors une allure caractéristique : douleurs permanentes, atroces, que rien ne saurait calmer, pas même l'immobilisation et la morphine. L'examen pendant longtemps peut rester négatif : l'hypoesthésie est discrète, l'atrophie musculaire demande à être recherchée.

Ces symptômes s'accusent progressivement et *à la période d'état* la douleur jointe à l'atrophie musculaire finit par confiner le malade au lit. L'examen du rachis montre d'abord la raideur qui n'est pas absolue comme dans le mal de Pott, puis à une période tardive la gibbosité, représentée par une cyphose à grande courbure. A ce moment seulement, c'est-à-dire à la phase terminale, l'aspect clinique peut ressembler à une compression médullaire avec blocage sous-arachnoïdien. Tous les types de paraplégie peuvent s'observer mais le syndrome de Brown-Séquard reste exceptionnel. L'histoire antérieure de la maladie, la connaissance du néoplasme primitif : cancer du sein, de la prostate, du corps thyroïde ou hypernéphrome, l'existence d'autres métastases (osseuses ou pulmonaires) permettent de reconnaître le cancer vertébral que l'examen radiologique viendra affirmer d'une manière certaine.

Comme on le voit, ce n'est pas à la phase terminale de paraplégie confirmée que le diagnostic reste hésitant, mais au début, à la phase de douleurs radiculaires ; les difficultés sont au maximum lorsque la localisation du néoplasme primitif passe inaperçue, ce qui est fréquent pour le cancer thyroïdien et pour le cancer prostatique. Les troubles nerveux sont encore d'une interprétation difficile lorsqu'ils se manifestent plusieurs années après l'ablation d'une tumeur du sein.

Dans tous les cas aux renseignements fournis par la palpation du cou et des seins et par le toucher rectal, il faut ajouter *les renseignements fournis par l'exploration radiographique de la colonne vertébrale.* En France les travaux de Sicard, Lermoyez, Forestier, Haguenau, Laplane et Coste (1) ont bien précisé les caractères de ces métastases rachidiennes. On peut d'après ces auteurs schématiquement distinguer trois types radiologiques principaux, susceptibles d'ailleurs de s'inbriquer l'un dans l'autre.

α) Le *type ostéoporotique* s'observe souvent dans les métastases venues du sein ou du corps thyroïde. Les lésions destructives se localisent au début au spondyle et *respectent les disques voisins.* Sur les clichés de profil la vertèbre détruite est cunéiforme à sommet antérieur. Elle apparaît en noir sur le négatif parce qu'elle est décalcifiée.

β) Le *type ostéoplastique* est la forme habituelle du cancer de la prostate, mais peut être réalisé par les métastases du cancer du sein. Les vertèbres atteintes ont un aspect pommelé provoqué par la juxtaposition de zones d'ostéite condensante et de zones d'ostéite raréfiante. Les lésions sont diffuses et peuvent s'étendre à un nombre considérable de vertèbres. En certains endroits l'envahissement de deux ou plusieurs vertèbres aboutit à leur fusion et détermine en cette région un élargissement de l'ombre vertébrale.

γ) La forme *condensante simple* se reconnaît sur les négatifs à l'aspect clair d'une vertèbre : *vertèbre d'ivoire* (Souques), due à son opacité aux rayons X. Cependant cet aspect n'est pas pathognomonique d'un processus cancéreux : il peut être réalisé, bien que rarement, par des ostéopathies non tumorales.

Il importe de savoir enfin que les signes radiologiques ne sont pas aussi précoces que les signes nerveux.

En résumé, pendant une longue période le cancer vertébral entraîne un syndrome de compression radiculaire. La compression médullaire et le blocage sous-arachnoïdien n'apparaissent que tardivement. La recherche de la tumeur initiale d'une part, les examens radiographiques d'autre part doivent être pratiqués systématiquement lorsque l'examen clinique ne permet pas de trouver la cause des douleurs persistantes annonciatrices de la métastase rachidienne.

c) *Autres tumeurs vertébrales.*

Nous ne ferons que signaler les autres tumeurs de la colonne dorsale qui, à cause de leur rareté, offrent un moindre intérêt.

Le *sarcome vertébral* est une tumeur primitive qui s'observe chez des sujets encore jeunes. Il évolue rapidement, envahit plusieurs vertèbres, entraîne d'importants troubles nerveux et détermine souvent une tumeur accessible à la palpation. La radiographie, en

(1) F. Coste. — Le cancer vertébral, *Th. de Paris*, 1925, Arnette, éditeur.

montrant des délabrements osseux importants, sera d'un appoint précieux au diagnostic.

La localisation vertébro-méningée de la *lymphogranulomatose maligne* sera soupçonnée par la découverte de tumeurs ganglionnaires du cou, des aisselles ou du médiastin et par les autres symptômes habituels de la maladie : fièvre, prurit, modifications sanguines.

L'*hémangiome vertébral* est une affection exceptionnelle. L'examen des clichés radiographiques a permis dans un cas à Cl. Vincent d'en faire le diagnostic confirmé ultérieurement à l'intervention.

Affections méningées (ou méningo-médullaires). — Arachnoïdites. — Sous ce terme assez général, il faut comprendre les cas caractérisés cliniquement par un syndrome de compression médullaire et anatomiquement par un épaississement de l'arachnoïde non accompagné de tumeur véritable ni de lésions vertébrales.

Ainsi restreint, ce groupe comprend encore des cas différents par le pronostic et par les lésions anatomiques. On peut schématiquement distinguer deux types extrêmes reliés par des formes intermédiaires. Tantôt on trouve à l'intervention un kyste arachnoïdien, tantôt on trouve seulement une arachnoïde épaissie sur une plus ou moins grande étendue, parfois adhésive ; son aspect est dépoli et elle est parcourue de bandes blanchâtres.

Quoi qu'il en soit, cliniquement, l'*arachnoïdite peut réaliser un tableau de compression médullaire.* Parfois ce tableau rappelle tout à fait celui de compression par tumeur, mais souvent il s'en distingue par quelques caractères qui, pris isolément n'ont aucune valeur, mais qui, lorsqu'ils sont groupés, permettent de soupçonner l'arachnoïdite.

L'*évolution* est *très lente* et se fait *par poussées* suivies ou non d'amélioration passagère. Parfois la poussée initiale coïncide avec un épisode infectieux qualifié de grippal. Les douleurs sont parfois les premiers symptômes ; ce sont des douleurs en éclair qui souvent partent du sacrum pour irradier dans le membre inférieur jusqu'au pied. La raideur vertébrale est souvent notée au début, le malade évite de se baisser. C'est une raideur étendue mais non absolue comme dans le mal de Pott. Les troubles objectifs de la sensibilité peuvent apparaître longtemps après les troubles moteurs des membres inférieurs, ce qui explique les cas qui ont été pris pour des scléroses en plaques. Ces troubles moteurs ont parfois ceci de particulier que l'*élément dominant est fourni par la contracture;* pendant longtemps la paralysie peut rester légère. Les troubles sensitifs objectifs mettent dans la règle longtemps à atteindre leur limite supérieure ; on peut les voir s'élever en hauteur rapidement après une ponction lombaire. Les troubles sphinctériens sont précoces. Enfin, le siège est le plus souvent cervico-dorsal.

L'étude du liquide céphalo-rachidien donne des résultats variables ; dans les cas typiques les éléments figurés sont notablement augmentés (10-20-30) et le taux de l'albumine légèrement élevé (0 gr. 60) : la dissociation n'est alors pas nette. Mais on peut voir des cas où cette dissociation est des plus nettes. *L'épreuve manométrique* apporte des résultats variables aussi ; le plus souvent elle met en évidence un blocage, soit imparfait, soit après sensibilisation. Quelquefois le blocage est parfait et beaucoup plus rarement la perméabilité reste normale. *L'épreuve du lipiodol* fournit des notions d'interprétation difficile. Le transit lipiodolé peut s'avérer normal alors que le Stookey montre un blocage : cette dissociation est assez caractéristique des arachnoïdites.

Telles sont les particularités classiques des arachnoïdites qui, répétons-le, n'ont rien d'absolu ; il s'agit là de nuances.

Ce qu'il faut savoir, c'est que l'arachnoïdite simulera *tantôt une tumeur, tantôt une sclérose en plaques.* Une comparaison permettra de mieux comprendre les faits : dans certaines affections pleuro-pulmonaires, la réaction pleurale peut être au premier plan et la lésion pulmonaire au second ; l'atteinte pleurale domine alors le tableau clinique. Inversement la réaction pleurale peut rester modérée et les manifestations pulmonaires captivent alors toute l'attention. Il paraît en être de même pour les arachnoïdites. Ici l'inflammation frappe simultanément la moelle et les méninges. Si la réaction méningée domine, on aura le tableau d'une compression médullaire ; si c'est l'atteinte parenchymateuse, on aura l'aspect d'une sclérose en plaques ou d'une névraxite indéterminée.

Le point important est *de poser un diagnostic d'intervention* et, tous les neurologistes sont ici d'accord, de le poser précocement.

Les faits exposés plus haut expliquent le pronostic. Si la libération après laminectomie précoce peut entraîner une guérison durable (et cela surtout en cas de kyste), elle n'entraînera trop souvent qu'une amélioration transitoire ; les réinterventions ont montré que les adhérences pouvaient se reformer, ce qui ne saurait surprendre étant donnée l'évolution par poussées de cette maladie. L'intervention est néanmoins recommandable : les troubles paralytiques, en effet, peuvent avoir une double origine ; ils peuvent être la conséquence de l'inflammation qui touche simultanément méninges et moelle ; ils peuvent encore relever de la sclérose consécutive à la compression exercée par l'arachnoïdite. Si l'intervention reste impuissante devant la première de ces causes, elle peut lutter efficacement contre la seconde. Si la guérison ne se maintient pas à la suite d'une intervention la partie est compromise au moins chirurgicalement et l'utilité d'une réintervention paraît illusoire.

Nous ne faisons que signaler ici les compressions par échinococcose méningée dont nous n'avons jamais vu d'exemples au niveau du rachis

II. — Diagnostics des compressions par tumeurs de la moelle cervicale inférieure. — S'il est relativement aisé de reconnaître l'atteinte de la moelle cervicale inférieure en raison des symptômes qu'elle entraîne : douleurs et atrophie musculaire dans les membres supérieurs, signes de spasmodicité dans les membres inférieurs, il est par contre souvent malaisé de préciser la cause de cette atteinte. Nous suivrons dans cette recherche le même plan que précédemment.

A. — Syndrome nerveux sans blocage. — *a)* Nous ne reviendrons pas sur les *myélites infectieuses ;* les

éléments de diagnostic signalés à propos des compressions dorsales gardent ici toute leur valeur : différences de début, de symptomatologie, d'évolution et absence de blocage.

b) La *syringomyélite* mérite une mention spéciale parce que les compressions de la moelle cervicale inférieure peuvent lui ressembler de très près. Un caractère fondamental permet de faire la distinction : l'absence de blocage qui est la règle dans la syringomyélie. Certaines formes de syringomyélie peuvent cependant s'accompagner d'un blocage partiel ; Schaeffer le rappelait tout dernièrement dans un « Mouvement Médical » (1). Dans ces cas les cavités syringomyéliques distendues par du liquide deviendraient par elles-mêmes un facteur de compression. La confusion avec une compression par tumeur est alors tout à fait possible ; l'erreur ne serait d'ailleurs pas si grave qu'on pourrait le croire puisque ces formes de syringomyélie peuvent être améliorées par la ponction et le drainage des cavités intra-médullaires.

B. — Syndrome nerveux avec blocage. — Affections vertébrales (*ou vertébro-méningées*). — a) *Mal de Pott cervical.* — Autant la paraplégie est fréquente dans le mal de Pott dorsal ou dorso-lombaire, autant elle est rare dans le mal de Pott cervical. Ménard ne l'aurait même jamais observée. A la région cervicale en effet la moelle est au large dans son canal et les abcès peuvent facilement se faire jour au dehors en suivant les gaines musculaires de la région (gaine du long du cou). Le plus souvent on observe un syndrome radiculaire unilatéral ou à prédominance unilatérale par compression des racines ou des branches du plexus brachial. La recherche du syndrome osseux clinique et radiologique fixera le diagnostic.

b) *Tumeurs de la colonne cervicale.* — Le cancer secondaire est beaucoup plus fréquent à la colonne lombaire qu'à la colonne cervicale.

Le sarcome primitif et la lymphogranulomatose maligne ne sont pas exceptionnels à la région cervicale. Nous ne reviendrons pas sur les éléments de diagnostic déjà formulés à propos des compressions dorsales.

Affections méningées (ou méningo-médullaires). — La région cervicale ou cervico-dorsale représente le lieu d'élection des arachnoïdites. Ici le tableau réalisé simule la syringomyélie ou une compresion par tumeur avec blocage parfait, à tel point que le diagnostic peut être une découverte d'intervention. Nous avons vu dernièrement une femme atteinte de paraplégie spasmodique, de paralysie flasque et atrophique des membres supérieurs et d'anesthésie dans le territoire correspondant aux racines cervicales et dorsales supérieures ; l'épreuve manométrique lombaire indiquait un blocage parfait ; l'épreuve lipiodolée montrait un arrêt transitoire vers la quatrième vertèbre cervicale. A l'intervention Cl. Vincent trouva une symphyse triméningée s'étendant du trou occipital jusqu'à la région dorsale. Cet exemple montre que certains cas de la *pachyméningite cervicale hypertrophique des classiques* peuvent rentrer dans le cadre des arachnoïdites. Le désaccord constaté entre l'épreuve manométrique et l'épreuve du lipiodol aurait pu faire soupçonner ce diagnostic. Il est curieux de noter qu'un tel syndrome s'était installé progressivement sans entraîner la moindre douleur.

(1) Schaeffer. — Le traitement opératoire de la syringomyélie, *Presse Méd.*, n° 20, 9 mars 1932.

III. — Diagnostic des compressions par tumeurs de la queue de cheval (1). — Si les signes neurologiques permettent généralement de reconnaître l'existence d'une compression de la queue de cheval, ils suffisent rarement à préciser la nature de la compression. L'examen radiographique, l'exploration lipiodolée sont ici particulièrement indispensables.

A. — Syndrome nerveux sans blocage. — Certaines myélites lombo-sacrées, par la paralysie flasque atrophique des membres inférieurs, les troubles sensitifs, sphinctériens et génitaux qu'elles déterminent, pourraient au premier abord en imposer pour un syndrome de la queue de cheval. Mais comme nous l'avons déjà vu, l'évolution des myélites est bien différente de celle des compressions : leur début, leur évolution souvent régressive, l'apparition des phénomènes de spasticité suffisent à les caractériser. On s'aidera en outre de l'exploration sous-arachnoïdienne et de l'examen radiographique.

B. — Syndrome nerveux avec blocage. — Nous ne reviendrons pas sur les particularités du blocage dans le cas de compression basse, les ayant déjà signalées dans la première partie de cette étude.

Affections vertébrales. — Le mal de Pott réalise exceptionnellement le syndrome typique de la queue de cheval. Ici comme à la région cervicale, les racines sont au large dans leur étui osseux et les abcès tendent à fuser au dehors le long de la gaine du psoas. Habituellement le mal de Pott lombo-sacré détermine seulement des syndromes frustes : abolition d'un réflexe achilléen ; douleurs sciatiques unilatérales ; troubles urinaires discrets. Les clichés radiographiques peuvent être d'une interprétation difficile quand les lésions portent sur la cinquième vertèbre lombaire. Le syndrome osseux est par contre plus facilement décelable qu'à la région dorsale.

La colonne lombaire représente le lieu d'élection pour les *métastases néoplasiques*, surtout celles de la prostate. L'atteinte vertébrale se manifeste par des douleurs lombaires et surtout par une sciatique bilatérale et rebelle avec atrophie musculaire. Les autres éléments de diagnostic ont été signalés à propos du cancer dorsal.

Deux tumeurs primitives sont assez fréquentes dans cette région lombo-sacrée : *le sarcome* et *le chordome*.

Affections méningo-médullaires. — La méningite gommeuse de la queue de cheval (Babinski) peut entraîner un syndrome typique de compression. Seule la recherche des stigmates de la syphilis permettra de la distinguer des tumeurs de la région.

* * *

On peut s'étonner que nous n'ayons pas parlé au cours de ce travail *des tumeurs intramédullaires* en

(1) J.-N. Péron. — Syndrome des nerfs de la queue de cheval, *Th. de Paris*, 1926, Am. Legrand, éditeur.

dehors de la syringomyélie. C'est qu'elles constituent des cas rarissimes par rapport à la fréquence des tumeurs juxta-médullaires énucléables et nous ne les mentionnons qu'en terminant, simplement dans un but didactique et pour être complets. Il s'agit le plus souvent de malformations congénitales de l'axe spinal. L'un de nous a eu l'occasion d'en observer pendant plusieurs années avec Charles Foix d'abord, avec Cl. Vincent et M. David ensuite, un cas très intéressant qui fait l'objet de l'observation n° 15 de la thèse de Jonesco-Sisesti (1). Leur symptomatologie est très voisine de celle des tumeurs juxta-médullaires. L'un de nous a tenté d'ébaucher ce diagnostic différentiel dans un précédent travail sur le même sujet paru il y a cinq ans dans la *Gazette des Hôpitaux* (2).

Le lecteur qui se reportera à notre précédent article pourra se rendre compte comment en cinq années cette importante question de neuro-chirurgie clinique a pu évoluer dans le domaine pratique. En effet si l'examen neurologique pur n'a rien perdu de ses droits et permet le plus souvent de dépister une compression médullaire par tumeur, il n'en est pas moins vrai que la mise en œuvre journalière des procédés mécaniques qui attestent directement ou indirectement le blocage sous-arachnoïdien simplifie en même temps qu'elle les précise les investigations indispensables et permet souvent de gagner un temps précieux pour les malades. Car un *diagnostic précoce, exact* et *précis* est la condition nécessaire pour obtenir les belles guérisons que procure actuellement chaque jour cette branche particulière de la Neuro-Chirurgie.

SOCIETES SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 MARS 1932)

Utilisation des forces électromotrices d'induction pour l'enregistrement des variations de vitesse des liquides conducteurs : un nouvel hémodromographe sans palette dans le sang. — M. Philippe FABRE.

Identité, à Dakar, de Spirichaeta Duttoni var. *Crocidurae* **et du spirochète infectant dans la nature** *Ornithodorus erraticus*. — MM. C. MATHIS et C. DURIEUX.

(SÉANCE DU 29 MARS 1932)

La méthode gastrophotographique. — MM. V. PAUCHET et A. BÉCART. L'appareil qui sert à la photographie intragastrique est conçu de telle façon qu'il permet : *avant la prise de vues*, de donner au bloc photographique la position désirée, d'augmenter ou de diminuer à volonté l'étendue de chaque champ photographique ; *après la prise de vues*, d'évaluer les dimensions exactes des lésions et des parties photographiées, de reconstituer la forme et les contours de l'estomac photographié, de contrôler la place qu'occupaient les caméras.

Il en résulte que la gastrophotographie, qui complète si heureusement les autres méthodes d'investigation en usage et qui facilite l'obtention de diagnostics précis et précoces dont les auteurs ont pu maintes fois vérifier l'exactitude à l'opération, prévoit dans ses dispositifs plusieurs moyens d'auto-contrôle qui en assurent à la fois l'exactitude, l'utilité et l'efficacité.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 5 AVRIL 1932)

Le sérum antipoliomyélite concentré. — M. A. PETTIT. L'an passé, l'Académie de médecine a émis le vœu suivant : en prévision d'une réapparition possible de poliomyélite, « il est désirable de pouvoir mettre à la disposition du corps médical, une provision suffisante de sérum d'anciens malades et de sérum d'origine animale ».

Dans la limite des moyens matériels à sa disposition, le professeur Pettit s'est appliqué à réaliser cette indication.

En outre, avec l'aide de B. Erber, il a préparé du sérum concentré et purifié de cheval, dont le pouvoir immunisant est le quadruple de celui des sérums les plus forts.

Voici les résultats thérapeutiques obtenus tout récemment par le professeur Foa, de Turin :

Nombre de cas : 10 non traités ; guérisons complètes : 10 % ; guérisons avec séquelles : 70 % ; morts : 20 %.

Nombre de cas : 29 traités par sérum de Pettit (non concentré) ; guérisons complètes : 57 % ; guérisons avec séquelles : 30 % ; morts : 13 %.

Constante d'Ambard et azotémie. — M. FODERÉ conclut de ses expériences que la recherche seule du taux de l'urée est insuffisante, car ce renseignement unique peut donner lieu à une interprétation dangereuse. La constante d'Ambard seule peut donner toute sécurité.

Un cas de maladie de Basedow traité par l'ablation des parathyroïdes inférieurs. — M. GAUDIER.

Le virus herpétique et la sclérose latérale amyotroph'que. — M. PAULIAN.

Pouvoir phylactique des eaux minérales d'Auvergne vis-à-vis de l'aconitine chez le cobaye et le rat, sa disparition après traitement des eaux efficaces par les acides gras. — MM. MOUGEOT et AUBERTOT.

L'évolution des idées dans le domaine de la pathogénie, de l'étiologie et du traitement de l'asthme à « épine respiratoire » d'origine microbienne. — M. HAIBE.

Métabolisme des lipoïdes dans la fièvre jaune expérimentale. — M. GÉRARD, Mlles MOISSONNIER et WELTI. Au cours des maladies, on assiste à la modification fréquente du métabolisme des éléments dont l'homme se nourrit, et qui constituent son organisme. Le métabolisme des graisses semble subir particulièrement des modifications importantes.

M. Gérard, Mlles Moissonnier et Welti ont étudié ces dernières au cours de la fièvre jaune expérimentale chez les singes.

Les conclusions des auteurs, lorsqu'elles seront confirmées par d'autres expériences, permettront de connaître mieux la pathogénie des maladies qui touchent principalement le foie. De ces travaux, ressort déjà une première donnée intéressante venant confirmer les travaux de Ter-

(1) N. JONESCO-SISESTI. — Tumeurs médullaires associées à un processus syringomyélique, *Th. de Paris*, 1929, Masson, éditeur.

(2) J.-A. CHAVANY. — Les tumeurs de la moelle, *Gaz. des Hôpit.*, 1927, nos 43, 45 et 47.

roine : l'invariabilité de l'élément constant. Celui-ci est constitué par certains acides gras dont la composition semble ne devoir être altérée ni par le jeûne, ni par la composition des aliments, ni par la maladie. (Séance du 15 mars).

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1932)

Action de la vagotonine sur le réflexe dépresseur de Cyon. — MM. L. MERKLEN, D. SANTENOISE et M. VIDACOVITCH montrent par l'étude de la composante vagale du réflexe de Cyon qu'il existe un parallélisme net entre le ralentissement du R.O.C. et le ralentissement du réflexe dépresseur.

Le ralentissement du réflexe de Cyon est considérablement accru par l'administration de vagotonine.

De plus la vagotonine augmente en intensité et en durée la réaction dépressive du réflexe de Cyon.

Les auteurs concluent que non seulement la vagotonine accroît bien l'excitabilité réflexe des centres pneumogastriques, mais agit encore sur les éléments commandant la réaction dépressive du réflexe de Cyon. Ils estiment à la suite de ces constatations que le rôle de la vagotonine sur la régulation de la pression artérielle n'est pas négligeable.

Sur l'infection tuberculeuse spontanée du lapin et du cobaye. — M. A. SAENZ rapporte deux nouveaux cas de tuberculose spontanée des animaux de laboratoire : l'un sur un lapin, dû à un bacille du type humain, l'autre sur un cobaye.

Etant donné que cette infection spontanée chez le cobaye ne se révèle qu'après une longue incubation, il est probable que si sa recherche était méthodiquement effectuée et plus prolongée, elle se révélerait plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici. C'est vraisemblablement à des cas de cette espèce qu'il faut rapporter les exemples exceptionnellement rares de soi-disant infection du cobaye par le B.C.G., signalée par quelques auteurs.

Modifications des albumines du sang dans l'obésité. — MM. Marcel LABBÉ et R. BOULIN signalent que dans 65 % des cas, il existe chez les obèses de l'hyperprotidémie, pouvant atteindre 115 gr., et de l'hypersérinémie pouvant atteindre 84 gr.; le taux des globulines est plus variable ; le rapport sérine/globuline est majoré dans 78 % des cas, pouvant atteindre 4,06. Ces constatations sont à rapprocher de celles faites par les auteurs dans le diabète sucré.

Contribution à l'étude du métabolisme du phosphore au cours des angines diphtériques. — MM. LESNÉ, ZIZINE et BRISKAS. — Dans les angines diphtériques hypertoxiques, le chiffre de phosphore inorganique du sang est toujours abaissé presque de 50 %, dès le début et pendant le cours de la maladie ; lorsque l'affection évolue vers la guérison, le chiffre de phosphore s'élève. Il n'y a pas de modification dans les angines diphtériques bénignes ; dans les angines malignes locales la phosphatémie s'abaisse ou s'élève suivant que la maladie s'aggrave ou s'améliore. Il existe donc dans les diphtéries hypertoxiques un syndrome humoral qui se caractérise par l'azotémie et l'hypocholestérinémie et auquel il faut ajouter la diminution du phosphore inorganique du sang.

Influence de l'électrolyse prolongée sur les extraits tissulaires obtenus par précipitation alcoolique du maceratum aqueux de poudres d'organes. — MM. MAIGNON, D. CROIZÉ et C. NOUVEL. — Les extraits tissulaires obtenus par précipitation alcoolique du macératum aqueux de poudres d'organes, extraits qui permettent d'obtenir le rétablissement de l'activité nutritive et fonctionnelle chez les vieux chiens atteints d'insuffisance fonctionnelle (foie, rein, etc.), se comportent exactement comme des diastases sous l'influence de l'électrolyse prolongée à l'aide d'un courant de 110 volts. L'hypothèse de catalyseurs biochimiques s'accorde d'ailleurs parfaitement avec leurs caractères essentiels qui sont d'agir à doses extrêmement faibles et de n'exercer aucune action chez les sujets sains, même à fortes doses.

Ces extraits, d'ailleurs, sont obtenus par un procédé d'extraction des diastases.

Sur le mécanisme hormonique des réactions cutanées à l'excitation mécanique. — MM. ROUSSY et MOSINGER rappellent que l'histamine est la seule substance donnant à des doses aussi infimes une triade réactionnelle aussi marquée. Cette constatation devait naturellement conduire à penser que toutes les réactions cutanées du même type se font par l'intermédiaire d'une substance identique à l'histamine ou du moins chimiquement voisine.

De nombreux arguments semblent plaider en faveur de l'intervention d'une cyto-hormone dans les réactions cutanées à l'excitation mécanique (dermographisme).

Ainsi, les auteurs ont obtenu une réaction du type histaminoïde avec le sérum d'un sujet urticarien, dont le bras avait été ligaturé et sur lequel ils avaient pratiqué de multiples excitations mécaniques.

Cependant, en clinique, il n'y a pas concordance absolue entre la réaction obtenue par l'action mécanique et celle qui est déterminée par l'histamine.

Par conséquent, si certains faits plaident en faveur du mécanisme cyto-hormonique des réactions cutanées à l'excitation mécanique, il n'est pas démontré que la substance soit une histamine tissulaire.

Expérience sur l'exécution et la coordination des mouvements dans les réflexes cutanés de la grenouille. — M. Miguel OZORIO DE ALMEIDA. — Les réflexes cutanés de la grenouille, provoqués par des acides et qui se produisent d'une manière coordonnée et précise, sont indépendants d'excitations proprioceptives et des excitations cutanées localisées. Ils se produisent tout aussi bien après l'enlèvement de la peau des membres, et quelle que soit la position de ces membres. La coordination des mouvements persiste dans tous les cas. Il semble que ce sont les excitations cutanées produites par l'acide lui-même qui produisent l'état tonique des centres nerveux nécessaire à l'accomplissement des réflexes.

Bactériolyse du Bacille de Koch par les tissus tuberculeux. — M. E. BUC constate que les tissus tuberculeux, au contraire des exsudats pleuraux, perdent leur virulence en quelques jours à l'étuve à 37°. Cette bactériolyse tissulaire est plus active dans le foie que dans la rate et les ganglions. Elle demande à peu près les mêmes délais pour les tissus conservés seuls et pour les tissus conservés dans l'eau physiologique ou l'eau distillée. Une acidité légère n'a que peu d'influence sur cette bactériolyse par les tissus, tandis que l'alcanisation la retarde considérablement. Les tissus manifestent *in vitro* pour le bacille de Koch virulent un pouvoir bactériolytique qu'on ne retrouve pas dans les transsudats et les exsudats.

— Société de biologie de Lyon (séance du 15 février) :

Pouvoir bactéricide des urines pour le Bacille de Koch en cultures homogènes. — MM. Paul COURMONT, H. GARDÈRE et PICHAT ont recherché le P. bactéricide des urines des tuberculeux vis-à-vis du bacille de Koch par la technique qui leur a permis antérieurement de découvrir le P. bactéricide des pleurésies et du sérum sanguin des tuberculeux.

Les recherches ont porté sur 47 tuberculeux, 10 sujets sains et 7 malades non tuberculeux ; dans 23 cas dosage

parallèle du pouvoir bactéricide dans l'urine et dans le sérum.

Les urines mélangées au bouillon de culture ne montrent aucun P. bactéricide lorsque le sujet n'est pas tuberculeux.

Au contraire, chez les tuberculeux les urines peuvent être bactéricides à des taux d'ailleurs variables, mais qui sont toujours inférieurs à celui du sérum sanguin correspondant. Les P. bactéricides les plus élevés dans les urines correspondent à un P. également très élevé dans le sérum. Il semble que le P. bactéricide des urines provient donc de celui du sérum sanguin.

L'absence de cette propriété des urines chez un non tuberculeux semble donner à cette méthode un intérêt diagnostique évident (uro-diagnostic par le P. bactéricide).

Le P. bactéricide des urines, comme celui du sang, paraît plus élevé dans les cas les plus curables et pourrait avoir une valeur pronostique.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1932)

Relations numériques entre les pressions maxima, moyenne et minima. Proposition de formules d'eusystolie et d'insuffisance cardiaque. — MM. P. BOULLET, A. BALMES, J. GINESTIE et M. QUET, comparant le carré de la pression moyenne au produit de la maxima par la minima, remarquent : dans les cas de fonctionnement cardiaque normal, on a $My^2 < Mx \times Mn$; c'est la formule d'eusystolie ; quand $My^2 = Mx \times Mn$, on peut dire que la pression moyenne est moyenne proportionnelle entre les pressions maxima et minima. En cas d'insuffisance cardiaque, on a habituellement $My^2 > Mx \times Mn$.

Etudiant ensuite, sous le nom de coefficient fonctionnel circulatoire, la valeur du rapport $\frac{My - Mn}{Mx - My}$ qui présente l'avantage de tenir compte des trois pressions, ils constatent que ce rapport reste inférieur à 0,65 s'il n'y a pas insuffisance cardiaque, et croît en cas d'insuffisance cardiaque ; il peut alors atteindre 1 (et le dépasserait si la moyenne était plus rapprochée de la maxima que de la minima).

Schéma d'équivalence sphygmomanométrique. Sa déformation dans l'insuffisance cardiaque. — MM. P. BOULET, A. BALMES, GINESTIE et M. QUET proposent de construire, connaissant les pressions Mx, My, Mn, un schéma très simple, formé par une ligne brisée, qui reproduit, avec une grande approximation, les variations de la pression au cours de la révolution cardiaque. Ce *schéma d'équivalence sphygmomanométrique* respecte les rapports de surface de l'artériogramme au-dessus et au-dessous de My. Il présente une ligne descendante brisée dont l'angle de cassure, voisin normalement de 150°, dépasse 160° et se rapproche de 180° en cas d'insuffisance cardiaque. La forme du schéma s'apparente fidèlement à celle de l'artériogramme.

Contusion de l'abdomen. Ruptures intestinales multiples. — MM. MOURGUE-MOLINES, DUFOIX et CABANAC.

Volumineux mélano-sarcome secondaire du foie (présentation de pièces). — MM. RIMBAUD-JANBON, Anselme MARTIN et GUIBERT.

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1932)

Sinusites maxillaires et lipiodol (radio-diagnostic). — MM. TERRACOL, PARES et BONNAHON. — Relation d'un cas où « le signe de la soupape » fut confirmé par le lipiodol, la radiographie et l'acte opératoire.

Application du schéma d'équivalence sphygmomanométrique aux anisotensions (pouls alternant, arythmies de tension et d'indice). — M. P. BOULET, appliquant à l'étude des anisotensions le schéma d'équivalence dont il a récemment proposé la construction, confirme la valeur des anisotensions comme signe d'insuffisance cardiaque. Même dans les arythmies de tension ou d'indice, dont le professeur Rimbaud a montré l'importance, comme signes précoces de défaillance cardiaque, le schéma révèle l'existence de systoles d'insuffisance, irrégulièrement distribuées parmi des contractions cardiaques normales.

Syndrome neuro-anémique. — MM. RIMBAUD, JANBON et Mme LONJON.

Invagination aiguë coecocolique chez un enfant de trois ans. — M. ETIENNE.

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1932)

Coxa vara de l'enfance traitée par résection du grand trochanter. — MM. MASSABUAU et GUIBAL.

Hémo-prophylaxie de la rougeole. — M. BOULET présente les observations de trois familles, où cinq enfants ont efficacement été protégés de la rougeole par injection de 10 cc. de sang familial immunisant ; cette dose lui semble suffisante ; il a, à volonté, obtenu l'abortion ou l'atténuation selon que l'injection était pratiquée avant ou après le 5e jour de l'éruption de la rougeole infectante.

Quelques réflexions à propos de la radiographie de la selle turcique. — MM. LAMARQUE et REYNES.

Dégénérescence cancéreuse d'une plaie volontairement provoquée par un cautère. Traitement par la diathermo-coagulation et le radium. Guérison. — M. PARES.

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1932)

Syndrome tumoral de la fosse cérébrale moyenne et syndrome de l'espace rétro-parotidien postérieur dans une néoplasie maligne du naso-pharynx. – MM. TERRACOL, BONNHAHON et SAGOLS.

Calcul de l'uretère intramural. Expulsion dans la vessie après méatotomie urétérale diathermique par les voies naturelles. — M. E. TRUC rapporte l'observation d'un malade qui présentait un syndrome de colique néphrétique gauche par calcul de l'uretère intramural. Après échec du cathétérisme urétéral et tentative infructueuse de section du méat à l'urétérotome de Papin, il pratiqua une méatotomie urétérale par électro-coagulation. Expulsion 6 jours après d'un calcul olivaire de 20 mm. sur 10 mm., qui fut arrêté dans son expulsion au méat urétral. Débridement. Extraction. Guérison. L'auteur insiste sur l'utilité d'employer ces divers moyens avant de se résoudre à l'urétéro lithotomie sous-péritonéale.

La faradisation dans l'incontinence d'urine du type anatomique de Guyon. — M. LAMARQUE.

Abcès du poumon. Guérison spontanée et rapide après vomique. — A. PUECH, J. VIDAL et M. DUFOIX.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1932)

Hémostase par petites transfusions dans les hémorragies secondaires d'origine capillaire. — MM. SUC et VIRENQUE. — Le traitement électif des hémorragies capillaires semble être la transfusion sanguine. Les auteurs rapportent deux cas d'hémorragies capillaires graves jugulées par une petite transfusion de 50 cc.

Le sang transfusé doit être considéré comme une véritable greffe homoplastique. Il joue aussi un rôle mécanique important.

Sur deux cas d'appendicite rétro-cœcale. — MM. C. et L. DAMBRIN rapportent deux intéressantes observations d'appendicite rétro-cœcale.

Ils insistent sur la difficulté du diagnostic. L'absence de toute réaction péritonéale, la parcimonie des vomissements font souvent errer le clinicien.

Un examen attentif de la région de la crête iliaque et du bord externe du carré des lombes est indispensable pour porter un diagnostic exact. Ces formes cliniques d'appendicite aiguë sont très graves, le tissu cellulaire rétro-péritonéal s'infectant de proche en proche.

Les auteurs conseillent, dans les cas compliqués, le procédé de l'appendicectomie sous-séreuse suivi d'un drainage à la mèche et au tube de caoutchouc.

Contracture physiopathique traitée par sympathectomie. MM. L. et R. DIEULAFÉ rapportent un cas de contracture post-traumatique des muscles fléchisseurs des doigts et des muscles promoteurs, apparue chez un jeune homme robuste à la suite d'une chute survenue au cours de son travail.

Cas comparable à ceux étudiés par Babinski, Froment, Mme Benisty, Leriche, etc...

Une sympathectomie péri-humérale est pratiquée dans la région antérieure du coude. Cinq jours après l'intervention, les muscles sont souples, l'opéré exécute spontanément tous les mouvements.

(SÉANCE DU 29 FÉVRIER 1932)

Périsigmoïdite. — MM. L. et R. DIEULAFÉ rapportent un cas d'un homme de 52 ans présentant des symptômes pouvant en imposer pour une tumeur du côlon-pelvien (Amaigrissement, dyspepsie, selles glaireuses striées de sang, crises de sub-occlusions intestinales).

L'investigation clinique la plus minutieuse ne découvrait rien, par contre l'étude radiographique fut démonstrative. A la suite d'un lavement baryté, on aperçut sur le côlon pelvien une coupure sectionnant l'image intestinale. Il y avait là, très certainement, un obstacle sur la lumière intestinale avec conservation d'une petite filière, permettant à la gélobarine d'imprégner le segment sus-jacent.

Intervention chirurgicale en deux temps :

1. Appendicostomie permettant la création d'une voie de dérivation des gaz et des matières ;

2. Laparotomie (un mois après). Découverte d'une bride de mésentérite rétractile. Section de l'obstacle et reconstitution de la surface du méso par des points séro-sineux.

Le résultat fonctionnel fut parfait.

L'Année thérapeutique. Médicaments et procédés nouveaux, par le docteur A. RAVINA. Sixième année, 1931. Un volume de 182 pages. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

LIVRES NOUVEAUX

Les ondes hertziennes courtes en thérapeutique (1), par Jean SAIDMAN et Roger CAHEN.

Cette monographie, préfacée par le professeur d'Arsonval, est la première qui paraisse sur une acquisition importante et très peu connue de la physiothérapie.

MM. Saidman et Cahen exposent, successivement, après quelques généralités sur l'extension du domaine des ondes hertziennes, les modes de production des ondes entretenues, le fonctionnement des relais électroniques et les réglages généraux qui en découlent.

La partie physique est complétée par un rappel des propriétés des ondes hertziennes, la description des appareillages créés par les chercheurs de tous pays qui se sont intéressés à la question, enfin par les méthodes employées pour la mesure des longueurs d'onde et les élévations de température *in vivo*.

La seconde partie de la monographie comporte l'étude des actions biologiques et notamment des efforts caloriques des oscillations très haute fréquence. Les auteurs établissent d'ailleurs une discrimination nécessaire entre la diathermie et ce qu'on pourra appeler l'infra-diathermie.

Suivent les observations très intéressantes sur les effets expérimentés des ondes courtes sur les petits animaux et sur l'influence du champ électrique d'irradiation.

La troisième partie traite des applications thérapeutiques générales ou localisées, signalant les résultats obtenus avec la fièvre artificielle en Amérique et dans de nombreuses affections à l'Institut d'Actinologie ou au Solarium Tournant d'Aix-les-Bains : névralgies, névrites, rhumatismes, troubles trophiques et circulatoires, affections inflammatoires. Les possibilités de traitement du cancer sont examinées d'autre part.

Ce dernier chapitre se termine par quelques observations relatives aux incidents.

Comme le fait remarquer le professeur d'Arsonval, MM. Saidman et Cahen ont établi un parallèle intéressant entre la diathermie et l'infra-diathermie, en faisant le point de nos connaissances à ce jour.

Cette œuvre, d'une excellente tenue scientifique, montre réellement ce qu'on peut attendre de l'infra-diathermie, sœur aînée de la diathermie, en l'état actuel de la technique.

L. G.

Les sels d'or en dermatologie et en syphiligraphie (2), par F. LEBEUF, chef de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Lyon, et H. MOLLARD, médecin résidant au sanatorium Belligueux d'Hauteville, préface du professeur NICOLAS.

Depuis trente ans, nous assistons à l'avènement d'une science neuve : la chimiothérapie. Après l'arsenic, après le bismuth, l'or est devenu l'objet de nombreuses tentations expérimentales ou cliniques, on a recherché des sels d'or d'une tolérance facile, d'un maniement commode et d'une efficacité souvent réelle : en fait la chrysothérapie est à l'ordre du jour.

Familiarisés depuis longtemps déjà avec la pratique de la chrysothérapie, les auteurs exposent en une synthèse facile à lire, l'expérience qu'ils ont acquise. C'est un clair exposé de l'état actuel de la question de l'emploi des sels d'or en thérapeutique dermato-syphiligraphique.

Après des généralités concernant les sels en thérapeutique, historique, étude chimique, étude expérimentale, passage dans le liquide céphalo-rachidien (ce qui peut être fort intéressant pour le traitement des syphilis nerveuses), les auteurs envisagent l'emploi des sels d'or dans le traitement de certaines maladies de la peau, tuberculose cutanée (lupus nodulaire, lupus érythémateux, tuberculides), lèpre, psoriasis, etc. Un important chapitre traite des sels d'or en syphilithérapie. Les chapitres suivants comprennent l'étude des accidents, surtout rénaux, cutanés et muqueux, qui peuvent relever de la chrysothérapie, l'étude de la pharmacologie et de la posologie en thérapeutique, et enfin celle de leur action pharmacodynamique.

Une bibliographie importante complète ce travail.

L. G.

Diagnostic neurologique (1), par M. LÉVY-VALENSI.

M. Lévy-Valensi est très justement réputé pour la précision, la clarté et l'élégance de son enseignement. Toutes ces qualités se retrouvent de la manière la plus heureuse dans son ouvrage récent sur la Sémiologie clinique, l'Anatomie pathologique et la Pathogénie des affections du système nerveux. En effet, dans cet ouvrage exposé dans un style concis, clair et conçu dans un esprit parfaitement méthodique, M. Lévy-Valensi ne se borne pas à exposer les symptômes des maladies de la moelle et du cerveau, mais encore il en donne l'explication anatomique et physiologique.

Les affections nerveuses ne peuvent être comprises si l'on ne possède pas, tout d'abord, la connaissance suffisamment exacte de la structure de l'axe encéphalo-médullaire ; aussi, dans un premier chapitre, l'auteur aborde de manière très explicite la topographie des centres et des faisceaux de la moelle et de l'encéphale, de manière à ce que le débutant comprenne sans effort le mécanisme du mouvement, des réflexes et des sensibilités.

L'étude des réflexes est particulièrement poussée et les figures qui illustrent le texte, très heureusement choisies, ne permettent pas la moindre erreur d'interprétation. Après avoir étudié la réflectivité tendino-osseuse et cutanée, l'auteur aborde l'étude des syndromes paralytiques, des hémiplégies, des paraplégies, des syndromes parkinsoniens. Ces chapitres sont des plus remarquables, en raison de la difficulté de leur exposé général. Malgré le nombre de pages limité, on peut dire qu'il ne manque aucun détail essentiel.

Il n'est pas besoin d'insister sur la qualité particulière avec laquelle M. Lévy-Valensi a traité les syndromes cérébelleux et vestibulaires. L'auteur est un maître dans ces domaines. On sait combien a été remaniée la conception de l'aphasie et combien aussi les frontières des apraxies sont contestées, c'est pourquoi il faut rendre hommage à l'auteur, qui a donné de l'aphasie et de l'apraxie une notion, tout ensemble exacte, personnelle et actuelle.

Après avoir étudié successivement les épilepsies, les tremblements, les syndromes d'hypertension intracranienne et les paralysies des nerfs rachidiens, l'auteur envisage les syndromes sympathiques et endocriniens. M. Valensi adopte la terminologie de systèmes ortho-sympathique et parasympathique. Après avoir précisé quels sont les centres médullaires sympathiques et comment est constituée la chaîne ganglionnaire, il aborde le problème des syndromes d'origine sympathique : la maladie de Reynaud, l'érythroménalgie, l'œdème angio-neurotique et le trophédème chronique. Ce chapitre est très heureusement placé comme introduction, si l'on peut dire, au diagnostic des troubles des glandes à sécrétion interne. Il nous a semblé que l'exposé de distrophies, le gigantisme avec ou sans acromégalie, le nanisme et l'infantilisme étaient particulièrement à retenir.

(1) In-8 de 140 pages avec figures et 2 planches hors texte. — Paris, Doin et Cie.

(2) In-8 de 148 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) Deuxième édition. Un volume de 646 pages. — Paris, Baillière.

M. Lévy-Valensi est, comme l'on sait, non seulement un neurologiste mais un psychiâtre, et il était naturel qu'il rangeât parmi les chapitres de son ouvrage, certains syndromes psychopathiques que tout médecin a l'occasion de voir fréquemment : d'une part, la paralysie générale progressive, la maladie de Bayle, et d'autre part les syndromes dits hystériques. Pour ce qui est de l'hystérie, M. Valensi adopte la thèse générale soutenue par Babinski, mais il divise les phénomènes hystériques en accidents de type émotif, la crise hystérique, le tremblement, les troubles vasomateurs, et en accidents pithiatiques, qui peuvent être reproduits exactement par la volonté. Selon l'auteur, les contractures, les anesthésies profondes ne doivent pas en imposer au médecin, il s'agit pratiquement de simulation inconsciente. Cette thèse appellerait certaines critiques, mais à la fin du chapitre consacré à l'hystérie, M. Valensi rappelle les idées défendues récemment par Henri Claude et ses collaborateurs et Marinesco entre autres, pour lesquels l'hystérique n'est pas, dans tous les cas, un simulateur même inconscient ; certaines épreuves que l'on réalise chez le cataleptique, par exemple, ne pouvant s'expliquer sans un trouble spécial, envisagé comme une perturbation du dynamisme du système nerveux.

L'ouvrage de M. Valensi est à conseiller non seulement à tous les débutants en neurologie, mais encore à ceux qui, plus expérimentés, veulent être tenus au courant des derniers procédés techniques comme aussi des idées générales en cours sur la Neuro-pathologie.

J. LHERMITTE.

Artériographie des membres et de l'aorte abdominale (1), par REYNALDO DOS SANTOS, professeur à la Faculté de Médecine de Lisbonne, chirurgien des Hôpitaux ; A. C. LAMAS, chirurgien des Hôpitaux de Lisbonne, et J. P. CALDAS, radiologue des Hôpitaux de Lisbonne. Préface du professeur LERICHE.

Les travaux du professeur Egas Moniz, de Lisbonne, ainsi que ceux des auteurs de ce livre, ont contribué largement au développement de cette séméiologie nouvelle basée sur les modalités circulatoires des différentes lésions pathologiques.

Les chapitres de cet ouvrage et les documents radiographiques, choisis parmi plus de 250 artériographies, laissent entrevoir tout l'intérêt des renseignements anatomo et physio-pathologiques ainsi que séméiologiques et cliniques.

On trouvera étudiées d'abord dans la partie consacrée à la Pathologie des membres, les lésions artérielles elles-mêmes, dans les asphyxies, gangrènes, anévrismes, ligatures, paralysies de Volkman, puis la structure vasculaire des ostéomyélites et ostéo-arthrites, tuberculose et syphilis osseuses, enfin les tumeurs des os et des parties molles, etc.

La deuxième partie est consacrée à l'aortographie ; c'est un chapitre absolument nouveau de la pathologie et de la séméiologie abdominales, où sont étudiés non seulement les lésions de l'aorte et des iliaques, mais surtout les aspects circulatoires de la pathologie viscérale du foie, de la rate, des reins, de l'intestin, de l'appareil génital de la femme, ainsi que des tumeurs abdominales en général.

L. G.

Hypertension artérielle (2), par le docteur Vital LASSANCE (de Bains-les-Bains).

De par sa situation de médecin de villes d'eaux où défilent un grand nombre d'hypertendus, l'auteur est mieux placé que quiconque pour se rendre compte qu'en un certain sens il n'y pas d'hypertension, et qu'il n'y a que des hypertendus, malades graves ou exposés à voir leur état s'aggraver.

C'est donc à la clinique qu'il faut donner le pas ; considérées isolément, les indications mathématiques fournies par les appareils de mesure risqueraient fort d'induire le médecin en erreur.

Après une brève étude physiologique du mécanisme producteur et du mécanisme régulateur de la tension artérielle, l'auteur se place sur le terrain clinique et étudie pour quel trouble les hypertendus viennent consulter et quelle réponse fournissent les appareils de mesure. Ils sont nombreux, mais aucun n'est parfait, aussi l'auteur a-t-il cherché, par un appareil nouveau et pratique, à obvier à leurs inconvénients.

L'étude de la courbe tensionnelle étant faite et les hypertensions silencieuses étant dépistées, l'auteur nous présente le tableau des accidents vasculaires et précise l'état des divers appareils influencés par l'état anormal de la circulation et l'état de l'appareil régulateur. C'est là, ainsi que dans l'aspect clinique et dans les résultats de l'enquête étiologique, que le pronostic trouvera son orientation et la thérapeutique son guide.

C'est ainsi avec une conclusion pratique que s'achève cette substantielle et lumineuse étude qui simplifie bien des points où la physiologie *in abstracto* pourrait causer des mécomptes et égarer le praticien aux prises avec les finesses de la mise en œuvre de notions trop théoriques.

L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 192 pages avec 54 planches originales. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) Editions médicales, Paris, N. Maloine.

Les Enfants tuberculeux (1), par le Dr TAILLENS, professeur de clinique infantile de l'Université de Lausanne.

Sur ce sujet tant étudié déjà en tous pays, l'éminent pédiâtre suisse nous apporte une nouvelle étude, condensant tout ce qui mérite d'être retenu des travaux de ces dernières années sur l'étiologie de la tuberculose infantile et ses aspects cliniques (localisée ou généralisée chez le nourrisson et le grand enfant, formes aiguës, bacillose pulmonaire chronique, tuberculose des diverses séreuses et du rein) son pronostic général et sa thérapeutique.

Les bactériologistes et les biologistes ont beaucoup ajouté en ces derniers temps aux notions classiques et beaucoup revisé de ce qui était admis. Entre toutes les acquisitions nouvelles, la connaissance des formes filtrantes du bacille tuberculeux ébranle et confirme à la fois les idées jusqu'ici reçues. L'auteur expose et critique chemin faisant les notions récentes si importantes et si riches de transformations en puissance et établit pour l'étudiant et pour le praticien le bilan qu'il convient pour le moment d'établir ainsi que les conséquences pratiques qu'il convient d'en tirer.

On sait par ailleurs combien les problèmes de l'immunisation et la question du B. C. G. ont soulevé ces dernières années de polémiques passionnées. L'auteur y a pris la place que l'on sait ; aussi n'est-ce pas un des points les moins captivants de ce substantiel travail, que ce résumé de la querelle et des arguments échangés. Il s'y joint une note particulière d'actualité par un court exposé des vues de l'auteur touchant les procès de Lübeck.

L. B.

(1) Paris, l'Expansion scientifique française.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


Pas d'accoutumance·Agit vite·Pas d'accumulation
DIURÈNE
"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS
CARDIOPATHIES-ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES
LIQUIDE
PILULES
Posologie : 2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Les obsèques du docteur Alfred-Louis Ricard, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, agrégé, rédacteur en chef honoraire de la *Gazette des hôpitaux*, officier de la Légion d'honneur, ont eu lieu samedi à l'Isle-sur-Serein (Yonne), où se trouve son tombeau de famille.

Parmi les amis et les élèves du cher disparu qui ont tenu à le conduire à sa dernière demeure et à accompagner Mme Ricard, ses enfants et petits-enfants, on remarquait le docteur Léon Tissier, accoucheur honoraire des hôpitaux de Paris, les docteurs Veau, Labey, Gernez, chirurgiens des hôpitaux, Latouche (d'Autun) et François Le Sourd.

Selon la volonté exprimée par le défunt, aucun discours n'a été prononcé. M. le docteur Léon Tissier s'est borné, en quelques paroles très émouvantes, à adresser un dernier adieu à son ami de toujours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Alex (de Roanne), Aucaigne (d'Alger), Baruk (de Saint-Gemmes-sur-Loire), Bessière (de Mende), Cathala (de Cessenon), Dreyfus (de Guebwiller), Fayon (de Pau), Kern (de Thann), Landron (de Saint-Georges-sur-Loire), Le Coniac (de Toulon), Léculier (de Champrougier), Moreau (de la Marolle-en Sologne), Ozoux (de Saint-Denis, Réunion), Philippe (de Saint-Dié), Schoepfer (de Marmoutier).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Barbarroux (de Marseille), Berton (de Saint Paul), Bonifay (de la Seyne), Bourgeois (de Paris), Championet (de Vesoul), David-Chausse (de Bordeaux), Dejault (du Lude), Flamme (d'Istres), Fragnaud (de Rambouillet), Freysz (de Strasbourg), Girard (de Montbenoit), Giss (de Thionville), Guignot (d'Avignon), Guyomar'ch (de Marseille), Hannes (de Mulhouse), Jeanjean (de Genolhac), Laurens (de Paris), Le Jeune (de Morlaix), Le Page (d'Orléans), Ludwig (d'Arengosse), Mailley (de Marnay), Nouvel (de Vélines), Perdu (d'Amiens), Pierret (de Paris), Ranaivo (de Tananarive), Richard (de Carpentras), Schalk (de Wissembourg), Tourteau (de Pauillac).

HOPITAL TENON. — Le cours de perfectionnement sur les maladies des artères, des veines et des capillaires, qui sera fait à l'hôpital Tenon par le docteur C. Lian et ses assistants, aura lieu du 17 au 28 mai 1932 (chaque matin une conférence suivie d'exercices cliniques, chaque après-midi deux conférences séparées par une démonstration pratique).

Ce cours se terminera par un voyage d'études à la station hydrominérale de Bagnoles-de-l'Orne (maladies des veines). Départ l'après-midi du 28 mai. Retour à Paris le dimanche soir 29 mai.

Droits d'inscription : pour le cours, 250 fr. ; pour le voyage à Bagnoles-de-l'Orne, 100 fr. (tous frais compris, billet et séjour à l'hôtel).

S'inscrire à la Faculté de médecine, salle Béclard, tous les jours, de 9 à 11 h., ou de 2 à 5 h., sauf le samedi après-midi.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. le docteur Henri Rothamel, médecin principal de l'Assistance publique d'Indochine ; le professeur Joseph Denys, l'éminent professeur de bactériologie de l'Université de Louvain ; le docteur Fernand Daubresse (de Louvain), dermatologiste et ancien président de la Société médico-chirurgicale du Brabant ; le docteur Laurencin (de Mâcon), le docteur Waldmann (de Lyon), le docteur Arcadius Pulawski, ancien rédacteur de la *Gazeta Lekarska*, décédé à Varsovie.

LIVRES NOUVEAUX

L'Ostéo-Synthèse métallique dans les fractures diaphysaires. Etude expérimentale et anatomo-pathologique. Applications pratiques à la chirurgie humaine (1), par Robert Frantz, ancien interne des Hôpitaux de Paris. Préface du professeur B. Cunéo.

La réaction de l'os vis-à-vis du matériel d'ostéo-synthèse métallique est une question qui a été souvent et ardemment controversée.

Cet ouvrage contient un compte rendu détaillé des expériences personnelles de l'auteur, ainsi que des méthodes d'ostéo-synthèses successivement employées par lui, et une interprétation simple des résultats obtenus.

Les expériences entreprises sur le chien, dont les os présentent la même architecture et la même texture histologique que l'os humain ont été faites par le docteur Frantz suivant les principales méthodes utilisées couramment dans la chirurgie humaine : elles ont permis à l'auteur d'envisager l'ostéo-synthèse à un double point de vue expérimental:

Réaction de l'os normal vis-à-vis du matériel.

Influence du matériel de prothèse métallique sur le foyer de fracture et sur la formation du cal.

Dans chacun des cas, l'auteur envisage successivement le point de vue fonctionnel, radiologique, macroscopique, microscopique.

Des faits mis ainsi en évidence, il tire des conclusions pratiques susceptibles d'être appliquées à l'ostéo-synthèse humaine. A plusieurs reprises, il indique dans quel sens il semble utile et profitable pour les chercheurs qui entreprendraient des expériences analogues de diriger leurs efforts.

L. G.

De l'espace périvasculaire du cerveau et de la moelle du cerveau et de la moelle (histopathologie et applications thérapeutiques) (2), par le Dr Jacques Gadrat.

La première partie est consacrée à l'exposé anatomique général des méninges et des espaces périvasculaires. Dans les deux parties suivantes, l'auteur a essayé de savoir s'il existait dans ces espaces des courants liquides centrifuges ou centripètes. Il a envisagé, pour finir, les conséquences de ces recherches dans la thérapeutique intra-arachnoïdienne du tabès.

L. G.

Pleuroscopie et libération endopleurale des adhérences au cours du pneumothorax thérapeutique (3), par le Docteur E. Peyret, interne des sanatoriums d'Hauteville. Préface du Docteur Dumarest.

Le pneumothorax thérapeutique dont nous devons la découverte au génie de Forlanini, est aujourd'hui unanimement accepté dans la pratique phtisiologique. C'est un traitement local, mais le seul vraiment et rapidement efficace. Les phtisiologues qui l'ont appliqué à l'étranger et en France, à la suite du Docteur Dumarest, ont souvent déploré son efficacité relative dans les cas de collopsus imparfait dû à l'existence d'adhérences. Ces constatations conduisirent de bonne heure Jacobaeus et Hervé à l'idée de supprimer ces brides gênantes. La thérapeutique phtisiologique s'enrichit ainsi d'une méthode nouvelle qui améliore les résultats de la collapsothérapie par le pneumothorax.

Le Docteur E. Peyret, dans une revue précise et documentée, met définitivement au point l'ensemble des travaux effectués sur la question en France, par Hervé, Coulaud, Brissaud, Triboulet, à l'étranger par Jacobaeus, Unverricht, Cova, Matson, etc...

On trouve dans cet important travail, un exposé complet des différentes techniques avec leur instrumentation respective, et des résultats statistiques jusqu'à ce jour publiés. Ce travail se termine par une relation détaillée des observations personnelles de l'auteur.

La connaissance de cet ouvrage est nécessaire à tous les phtisiologues qui pratiquent le pneumothorax.

L. G.

(1) In-8 de 150 pages avec 54 figures. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Grand in-8 de 185 pages avec 43 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(3) Paris, J.-B. Baillière et fils.

NOTES DE PRATIQUE

COLITES ET PARASITISMES

Les troubles gastro-intestinaux les plus divers, douleurs épigastriques, diarrhées dysentériformes, entérocolites, relèvent souvent du parasitisme. Nombre de praticiens s'accordent, à l'heure actuelle, pour considérer ces affections comme des manifestations de la réaction de défense de la muqueuse aux toxines vermineuses. On a souvent constaté en effet que ces troubles cédaient rapidement presque sans autre médication après l'expulsion des vers. R. Butteaux rapporte à ce sujet l'observation d'une colite muco-membraneuse qui n'a pu être guérie par autovaccin qu'après l'expulsion d'ascaris (*Presse méd.*, 16 juillet 1930).

Avant de donner un autovaccin à un colitique il faut donc le débarrasser de ses parasites, mais il est nécessaire pour cela de s'adresser à un anthelminthique non toxique pour l'homme, et surtout non irritant, ne risquant pas par son action d'aggraver l'état de la muqueuse intestinale. Les récents travaux du docteur J. Chevalier (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 1927 ; *C. R. de l'Acad. de méd.*, 1928) en dotant la thérapeutique d'un nouveau vermicide : les pyréthrines, ont mis à la disposition du médecin un produit anthelminthique d'une efficacité remarquable, en même temps que d'une parfaite inocuité pour le malade.

Ne pas craindre donc de prescrire, avant tout autre chose — dans les cas d'entéro-colite une ou plusieurs cures de chrysémine, pyréthrine hémisynthétique, rigoureusement dosée (méthode physiologique) et d'action toujours fidèle.


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 3 cuillerées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
A sirop
ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
r.c. 18.009
Roger Dacosta. Edit.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

L'ENDOCARDITE AORTIQUE AU COURS DES AFFECTIONS MITRALES CHEZ LES ENFANTS[1]

Par P. NOBÉCOURT,

Professeur de Clinique médicale des enfants à la Faculté de médecine de Paris.

Je vous présente la jeune Antoinette, que vous avez déjà vue dans la salle Parrot.

Elle est née le 21 août 1917.

Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

A 4 ans, elle a la scarlatine, à 5 ans, la rougeole, à 13 ans, la coqueluche. Jamais elle n'a eu ni rhumatisme, ni chorée.

Vers 12 ans, elle commence à éprouver de forts battements de cœur et à s'essouffler quand elle court. Elle n'a pas de douleurs précordiales, pas de dyspnée dans les circonstances habituelles de la vie.

Le 31 août dernier, on la fait examiner par le Dr Durand, chef de clinique du Prof. Vaquez, pour savoir si on peut l'envoyer à Hendaye.

Le Dr Durand constate « une lésion complexe et très sérieuse du cœur contre-indiquant un séjour à Hendaye ».

Antoinette entre à la salle Parrot le 14 septembre. Elle est âgée de 14 ans.

Le Dr Jean Hutinel, qui me remplace pendant les vacances, constate un très gros cœur. A l'auscultation, il entend : au niveau de la pointe, un souffle systolique assez fort se propageant jusque dans l'aisselle ; un peu au-dessus de la pointe, un roulement diastolique, et, dans la région méso-cardiaque, au niveau du troisième espace intercostal gauche, un souffle systolique ; le second bruit est dédoublé.

La pression artérielle est de 9,5 pour la maxima, de 7,5 pour la minima, la différentielle de 2.

Les poumons ne présentent rien de particulier. Le foie dépasse de trois ou quatre travers de doigt le rebord costal. Les autres viscères semblent normaux.

Les urines atteignent un litre par vingt-quatre heures ; elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

La cutiréaction à la tuberculine est négative, ainsi que le seront toutes les épreuves faites depuis l'entrée. Le Bordet-Wassermann (H-8) est négatif, le Hecht légèrement positif.

Il n'y a pas de fièvre ; la température est de 37°3-37°6.

Le 16 septembre, on fait un examen radiologique du thorax.

Sur la radiographie, le cœur est très gros dans sa totalité ; son bord gauche est convexe ; la pointe ne se détache pas du diaphragme.

Sur l'orthodiagramme en position frontale, le cœur apparaît volumineux, avec un bord gauche très convexe, le point G surélevé. La ligne D'G' mesure 10 cm. 7, la ligne GG', 12 cm. 5 ; le rapport $\frac{DG'}{GG'}$ est de 0,82, c'est-à-dire très faible ; la flèche ventriculaire gauche est de 3 cm. ; il y a donc une augmentation très appréciable du ventricule gauche.

En oblique postérieure droite, l'oreillette est très grosse ; elle déborde partiellement les disques vertébraux.

On porte le diagnostic de maladie mitrale, avec poussée d'endocardite probable et grand syndrome myocarditique net. L'enfant est en état d'asystolie.

Le 17 et le 18 septembre, on fait, chaque jour, une injection intra-veineuse d'1/8 de milligr. d'ouabaïne, et les 19, 21, 22 et 23 septembre, chaque jour, une injection d'1/4 de milligr. ; en tout l'enfant reçoit 1 milligr. 25.

On ne note pas de modifications appréciables. Le 23 septembre, la pression artérielle est, pour la maxima, de 9,5, pour la minima, de 7, la différentielle de 2,5. La quantité d'urine est de 1 litre à 1.250 cc.

Le cœur gauche diminue cependant un peu. Sur l'orthodiagramme dessiné le 30 septembre, la ligne D'G' mesure 11 cm. 5 ; la ligne GG' 10 cm. 7 ; le rapport $\frac{DG'}{GG'}$ est de 1,07 ; la flèche du ventricule gauche est de 1 cm. 9.

Durant ce temps, la température est subfébrile : 36°8-37°9, 37°-37°8, 36°-36°6, etc.

Du 3 au 12 octobre, chaque jour, pendant dix jours, on donne 1/4 de milligr. d'extrait de strophantus, au total, 2 milligr. 5 ; du 13 au 17 octobre, chaque jour, pendant 5 jours, IV gouttes de solution de digitaline cristallisée au 1/1.000.

L'état s'améliore, la température se régularise au voisinage de 37°.

Je vois Antoinette le 19 octobre.

Elle est âgée de 14 ans et 2 mois. Sa taille, de 153 cm. 5, est de 3 cm. au-dessus de la moyenne, son poids, de 24 kg. 650, inférieur de 6 kg. 300 à la moyenne. On note seulement quelques signes discrets de puberté : poils pubiens et axillaires peu abondants; glande mammaire du diamètre d'une pièce d'un franc. Le thorax est grêle.

La matité précordiale est très agrandie, l'angle gauche est déplacé en dehors et en bas, à hauteur de la sixième côte ; le bord droit dépasse le sternum de 2 cm. ; le bord inférieur est abaissé. A la hauteur du troisième espace intercostal gauche on remarque un mouvement de roulis. Le choc précordial est fort et étendu. La pointe du cœur est mobile ; dans le décubitus latéral droit elle se déplace de 3 cm., dans le décubitus gauche on ne note pas de déplacement appréciable.

On entend, à la pointe, un souffle systolique assez faible, un peu sourd, non en jet de vapeur, se propageant vers l'aisselle droite et le long du bord droit jusqu'à l'appendice xiphoïde ; il n'y a pas de nouveau foyer au niveau de ce dernier. Au-dessus de la pointe, on perçoit un roulement diastolique faible, mais net.

A la base, le second bruit aortique est très sourd. A la hauteur du troisième espace intercostal droit, le long du sternum, on entend un souffle diastolique très léger se propageant vers l'appendice xiphoïde et un souffle systolique léger se propageant vers la clavicule droite.

(1) Leçon du 19 décembre 1931.

En arrière, la matité de l'oreillette gauche est facile à délimiter entre la troisième ou quatrième vertèbre dorsale, d'une part, et la septième, d'autre part. Le diamètre transversal mesure 5 cm., le vertical 7 cm. 5. A ce niveau on entend le souffle systolique.

Au cou, il n'y a pas de surélévation de la crosse de l'aorte et de la sous-clavière droite.

On ne trouve ni pouls jambien, ni pouls capillaire.

Le foie dépasse seulement de 2 cm. le rebord costal.

Sur l'orthodiagramme dessiné le 21 octobre, D'G' mesure 12 cm. 5, GG' 12 cm. 2 ; le rapport $\frac{D'G'}{GG'}$ est de 1,02 ; la flèche du ventricule gauche mesure 1 cm. 3, elle est donc diminuée puisqu'elle avait atteint antérieurement 3 cm.

Depuis la fin d'octobre, l'état s'améliore petit à petit. La température est normale, mais un peu irrégulière. Le pouls est un peu rapide : 116, le 4 novembre, 100, le 8 décembre ; il est régulier, bien frappé, peut-être un peu dépressible.

La pression artérielle ne se modifie pas : elle est au Vaquez, le 8 décembre, pour la maxima, de 9, pour la minima, de 7,5, avec une différentielle de 1,5.

Le cœur reste gros. La matité précardiale est sensiblement la même le 4 novembre et le 8 décembre. Les orthodiagrammes du 25 novembre et du 9 décembre donnent les renseignements suivants :

	25 novembre.	9 décembre.
D'G'.........	11 cm.	11 cm.
GG'.........	10 cm. 4	10 cm. 1
$\frac{D'G'}{GG'}$.........	0,91	1,09
Flèche du ventricule gauche.	2 cm.	1 cm. 9

Il y a donc une augmentation des cavités droites et gauches, avec une certaine prédominance pour le ventricule gauche.

Le choc précordial est fort et étendu.

A la pointe, on entend un souffle systolique tantôt assez fort, en jet de vapeur, tantôt assez doux, mais un peu piaulant, qui se propage vers l'aisselle et le dos. Au-dessus de la pointe et le long du bord gauche du cœur on perçoit un roulement diastolique. On peut donc conclure à une maladie mitrale avec endocardite mitrale en évolution.

Au foyer aortique, à la base, à droite du sternum, on entend un souffle systolique, qui naît à la hauteur du troisième espace intercostal, a son maximum dans le deuxième espace et se propage jusqu'à la clavicule droite. Au niveau du deuxième espace, on entend un souffle diastolique d'abord faible, assez doux, légèrement aspiratif, puis plus fort et se propageant jusqu'à l'appendice xiphoïde. Il existe donc une endocardite aortique avec légère insuffisance.

Le gros volume du cœur, la tachycardie, témoignent d'un syndrome myocarditique.

Par ailleurs, sur les électrodiagrammes, recueillis par le Dr Petit, faits en octobre et le 11 décembre, on remarque un complexe ventriculaire atypique ; sur le premier, en dérivations I et II, il est élargi, et l'accident QR est bifide. Sur le second, l'aspect bifide se retrouve en dérivations II et III. Ses caractères témoignent de troubles de contraction du myocarde.

Le foie dépasse seulement de peu le rebord costal. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Actuellement, Antoinette mesure 155 cm. ; elle a grandi de 1 cm. 5 depuis le 14 septembre ; les signes pubertaires sont toujours peu marqués.

Nous n'avons plus prescrit de médicaments cardiaques. Nous avons seulement fait faire par le D. Danhier de la gymnastique respiratoire, prudemment graduée, qui est très bien tolérée.

En résumé, Antoinette présente, depuis l'âge de 12 ans, quelques troubles cardiaques. A 14 ans, elle entre à l'hôpital avec un grand syndrome d'insuffisance cardiaque, un très gros cœur droit et gauche ; elle a une maladie mitrale avec une poussée d'endocardite.

Peu après, on constate l'apparition des signes d'une endocardite aortique aiguë, simple, discrète.

Puis l'état s'améliore lentement. Actuellement, c'est-à-dire trois mois après l'entrée dans le service, l'évolution paraît se poursuivre vers l'état chronique ; il existe une endocardite aortique survenue au cours de la maladie mitrale.

C'est de ce type d'affection mitrale et aortique que je désire vous entretenir aujourd'hui.

***

Les lésions intriquées de la valvule mitrale et de la valvule aortique sont communes chez les enfants.

Dans les traités de pédiatrie, elles sont mentionnées, mais on ne leur consacre que quelques lignes. Elles méritent de retenir l'attention.

J'en ai souvent parlé, notamment dans ma leçon du 12 février 1921 sur *L'insuffisance aortique d'origine rhumatismale chez les enfants*, et dans ma leçon du 19 janvier 1924 sur *Maladies mitrale et aortique associées chez les enfants*, leçons reproduites dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Affections de l'appareil circulatoire*. J'en parle encore dans un mémoire sur *Les localisations aortiques de l'endocardite rhumatismale chez les enfants*, publié avec mon assistant étranger, le Dr Giovanni de Toni, dans *La Presse Médicale* du 14 septembre 1921.

Toutes les *causes d'endocardite* peuvent réaliser ces lésions, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la chorée, etc. Mais c'est surtout le rhumatisme articulaire aigu, la maladie de Bouillaud, qui en est responsable.

La maladie de Bouillaud est une véritable maladie chronique, avec des poussées aiguës.

Au cours de ces poussées, peuvent se constituer les lésions des deux orifices, soit simultanément, soit successivement.

Parfois il s'agit d'une endocardite dite primitive. Dans ces cas, il s'agit vraisemblablement de maladie de Bouillaud, dont les manifestations articulaires ont été discrètes ou même nulles.

Je ne parle pas des endocardites malignes ; je me borne aujourd'hui à l'étude des endocardites simples, du type de la maladie de Bouillaud.

L'*intrication* se présente en clinique dans des conditions diverses.

Dans le *premier cas*, on constate, lorsqu'on examine l'enfant pour la première fois, une intrication déjà réalisée, une affection chronique mitrale et aortique.

On peut décrire trois types de cette intrication, individualisés par les symptômes subjectifs, les symptômes fonctionnels et les signes physiques :

Le type aortique, quand les symptômes d'insuffisance aortique prédominent.

Le type mitral, quand il y a prédominance des symptômes d'insuffisance mitrale ou de maladie mitrale.

Enfin le type intermédiaire, quand le malade se présente comme un mitral, avec quelques symptômes relevant de l'insuffisance aortique.

Dans le *second cas*, on assiste à la constitution de l'intrication. Elle peut se réaliser suivant deux modalités principales.

Première modalité. — Le cœur est antérieurement sain. Pendant une attaque de la maladie de Bouillaud, l'endocardite atteint, simultanément ou à quelques jours d'intervalle, les deux valvules, la mitrale et l'aortique.

Seconde modalité. — Un des orifices est déjà lésé depuis plus ou moins longtemps et on assiste à une endocardite aiguë siégeant à l'autre orifice.

Rarement la lésion aortique est la première, l'endocardite mitrale la seconde.

En général, l'endocardite mitrale est la première, l'endocardite aortique la seconde.

C'est cette dernière modalité qui s'est trouvée probablement réalisée chez Antoinette. C'est elle que je vais étudier aujourd'hui.

*
* *

L'*endocardite aortique chez l'enfant atteint d'une affection mitrale antérieure* se rencontre principalement dans la maladie de Bouillaud.

L'enfant, au cours d'une première atteinte de la maladie de Bouillaud, a une endocardite mitrale. A la suite s'installe une insuffisance mitrale ou une maladie mitrale, avec prédominance soit de l'insuffisance, soit du rétrécissement.

Puis, au cours d'une des poussées successives du rhumatisme, survient une endocardite aortique.

C'est un cas particulier des cardiopathies rhumatismales. L'intrication peut se constituer au cours de leurs diverses modalités.

Tantôt, l'endocarde est lésé seul ou de façon prédominante ; si le myocarde et le péricarde sont atteints, leurs altérations donnent peu de symptômes ; il s'agit d'un syndrome myocarditique atténué ou fruste, d'une péricardite discrète, d'une pancardite discrète. On a le tableau clinique de l'*endocardite simple*, discrète.

Tantôt l'endocardite est accompagnée d'un syndrome myocarditique, d'une péricardite, d'une pancardite caractérisés. Il s'agit d'une *pancardite avérée.*

Envisageons ces deux éventualités.

La première éventualité est l'*endocardite simple, discrète.*

Elle n'est pas rare. Je pourrais vous en relater plusieurs observations.

Voici celle d'un garçon que j'ai relatée dans ma leçon du 21 février 1925, publiée dans *La Presse Médicale et Climatique* du 15 septembre 1925 sur *L'endocardite rhumatismale aiguë, simple, discrète, chez les enfants.*

André est né le 21 décembre 1913.

En mai 1921, à l'âge de 7 ans et demi, il a une première attaque de rhumatisme articulaire aigu, généralisé. On ne sait pas si à ce moment le cœur est lésé.

En 1922, il a une deuxième attaque, pendant laquelle survient une cardiopathie. Depuis cette attaque il s'essouffle facilement.

Il a encore d'autres attaques de rhumatisme dans la suite.

On nous l'amène le 16 février 1925. Il a 11 ans et 2 mois. Il vient d'avoir une attaque de rhumatisme avec polyarthrites. Sa température est normale. Son cœur est gros, la pointe reportée vers l'aisselle et abaissée. Sur l'orthodiagramme, le cœur apparaît augmenté de volume ; D'G' mesure 6 cm. 9, GG' 7 cm. 5 ; le rapport $\frac{D'G'}{GG'}$ est de 0,92; la flèche ventriculaire gauche mesure 2 cm. L'augmentation porte surtout sur le ventricule gauche. La matité de l'oreillette gauche dans le dos est augmentée.

A l'auscultation on perçoit un souffle mitral en jet de vapeur et un léger roulement diastolique ; il existe donc une maladie mitrale ancienne. D'autre part, le second bruit aortique est très sourd.

Quelques jours plus tard, le second bruit aortique est sourd et un peu clangoreux ; au foyer aortique, on entend un léger souffle systolique se propageant vers la clavicule droite. L'endocardite aortique est donc manifeste.

L'enfant sort de l'hôpital le 22 février.

Dans la seconde éventualité, l'*endocardite* est accompagnée d'un *syndrome myocardique* avéré avec ou sans *péricardite.*

Les observations de ce type ne sont malheureusement pas rares. Je ne vous en citerai pas, car celle d'Antoinette est très caractéristique.

Etudions les *symptômes de l'endocardite aortique* qui survient *au cours d'une affection mitrale.*

Les *symptômes généraux* n'offrent rien de particulier ; ils dépendent de l'intensité du rhumatisme cardiaque.

La température est différente suivant les cas : on note soit de l'apyrexie, soit un état subfébrile, avec une courbe thermique irrégulière, soit une fièvre plus ou moins élevée et persistante.

Les *symptômes subjectifs* sont nuls ou banaux. Dans certains cas, l'enfant a de la dyspnée d'effort, des palpitations, un peu de gêne précordiale. Ces troubles sont en général légers ; on ne les découvre que par un interrogatoire serré. Les troubles graves sont rares.

Ces symptômes ne dépendent pas de la localisation aortique, mais de l'atteinte du myocarde.

L'*examen du malade* doit être conduit méthodiquement.

Dans certains cas, quelques signes attirent l'attention sur l'orifice aortique.

Le pouls radial est plus ou moins rapide, un peu bondissant et dépressible ; il présente une ébauche du pouls de Corrigan.

Lorsqu'on palpe la crosse de l'aorte derrière la fourchette sternale, les carotides, les artères crurales, on perçoit des battements un peu forts.

La pression artérielle différentielle est un peu exagérée.

A l'inspection et à la palpation de la région précordiale on note quelquefois une impulsion systolique forte et étendue.

La matité précordiale est plus ou moins agrandie suivant l'état du myocarde. Elle a les caractères de l'agrandissement des cavités droites, c'est-à-dire l'allongement de l'axe transversal avec la pointe reportée vers l'aisselle, le bord inférieur abaissé, le bord droit dépassant notablement le sternum ; mais en outre la pointe est abaissée, le bord gauche un peu saillant.

S'il existe une maladie mitrale, la matité de l'oreillette gauche dans le dos est agrandie.

L'orthodiagramme apporte certaines précisions. L'aire du cœur est plus ou moins agrandie, avec les caractères du cœur mitral. D'autre part, il y a une augmentation du ventricule gauche : le point G est surélevé, la courbe du ventricule gauche est allongée et convexe, la flèche du ventricule gauche mesure 1 cm. et plus, la pointe du cœur est abaissée. Le rapport $\frac{D'G'}{GG'}$ est faible, inférieur à 1,25 ou 1,30, valeur moyenne. Dans l'insuffisance et la maladie mitrales isolées ce rapport est généralement supérieur à la normale.

Chez André, le 17 février 1925, le rapport $\frac{D'G'}{GG'}$ est de 0,92 et la flèche ventriculaire gauche mesure 2 cm.

Chez Antoinette nous relevons les valeurs suivantes :

	16 septembre.	30 septembre.	21 octobre.
Rapport $\frac{D'G'}{GG'}$	0,82	1,07	1,02
Flèche ventriculaire gauche	3 cm.	1 cm. 9	1 cm. 9

Quand on ausculte, l'attention est d'abord attirée par des signes d'affection mitrale. A la pointe, on entend un souffle systolique, et, s'il y a une maladie mitrale, au-dessus de la pointe, un roulement diastolique avec ou sans renforcement présystolique ou souffle présystolique. A la base, on note l'accentuation du second bruit pulmonaire, à gauche du sternum.

L'auscultation au foyer aortique permet de constater des symptômes d'endocardite qui diffèrent suivant le moment de son évolution. Au début, le second bruit est sourd, éteint, voilé ; plus tard, il est sourd et dur. Dans d'autres cas, apparaît, plus ou moins tôt, un souffle diastolique au niveau du deuxième ou du troisième espace, quelquefois plus bas, le long du bord droit du sternum ou derrière le sternum ; le souffle est doux, léger, un peu aspiratif. Assez souvent on entend un souffle systolique léger se propageant vers la clavicule droite ; ce souffle peut précéder le souffle systolique.

Ces symptômes sont discrets ; bien souvent ils passent inaperçus si on ne les recherche pas avec attention.

Il ne faut pas confondre l'assourdissement du second bruit aortique avec une faiblesse relative, par comparaison avec le second bruit pulmonaire accentué. Le bruit n'est pas seulement faible ; il est sourd.

Il ne faut pas confondre un souffle systolique aortique et un souffle extra-cardiaque ; celui-ci est plus bref, plus variable. Il peut y avoir quelque difficulté à différencier un souffle aortique d'avec un frottement péricardique léger, mésosystolique ou mésodiastolique ; il peut d'ailleurs y avoir coexistence.

Dans certains cas, la poussée aiguë d'endocardite n'est pas limitée à la valvule aortique ; elle peut intéresser simultanément la valvule mitrale. On note alors des modifications des signes physiques de la lésion mitrale : le souffle est plus doux, plus faible ; il peut même disparaître passagèrement. Dans ces conditions, on peut méconnaître l'ancienneté de l'affection mitrale.

La constatation de l'endocardite aortique est relativement facile quand il s'agit d'une endocardite simple discrète ; elle est plus difficile quand il s'agit d'une cardiopathie sévère, d'une pancardite avérée.

Il nous faut maintenant étudier l'*évolution de l'endocardite aortique et de la cardiopathie mitrale intriquée.*

Envisageons d'abord l'*évolution de la lésion aortique considérée en elle-même.* C'est celle de toute endocardite simple.

Dans certains cas, le souffle diastolique persiste et prend le caractère de plus en plus net du souffle de l'insuffisance aortique ; il est doux, voilé, aspiratif. En même temps on entend, en général, un souffle systolique caractéristique.

Dans d'autres cas, on n'entend pas de souffle à la phase aiguë ; il y a seulement un assourdissement de second bruit ; celui-ci s'atténue, et, dans une deuxième phase, le bruit est dur ; le souffle apparaît ultérieurement.

Dans d'autres cas enfin, on entend, à la phase aiguë, un souffle ; celui-ci est transitoire, il disparaît pour réapparaître dans la suite.

On constate, somme toute, l'évolution des symptômes d'auscultation, qui est la même que celle des symptômes de l'endocardite mitrale.

Considérons maintenant l'*évolution de la cardiopathie mitrale et aortique.*

Elle dépend, pour une grande part, de l'état du myocarde.

Quand il existe une *endocardite simple, discrète*, la cardiopathie est compensée.

Tantôt l'affection mitrale reste au premier plan ; l'enfant se présente comme un mitral, l'affection aortique reste occulte, on la reconnaît seulement à l'auscultation ; c'est le type mitral.

Tantôt les symptômes aortiques dominent ; cette éventualité ne se réalise guère qu'au bout d'un temps assez long ; ce type se rencontre surtout quand l'affection aortique est la première en date.

Quand il s'agit d'une *pancardite sévère*, il est impossible, au milieu des symptômes de la pancardite, de faire la part de chaque lésion d'orifice. Le tableau est celui de l'asystolie. Assez souvent alors, l'affection se termine par la mort.

Dans ma leçon sur *L'insuffisance aortique d'origine rhumatismale chez les enfants*, j'ai relaté l'observation d'une fille de 10 ans et demi, Adrienne, qui, trois mois après son entrée à l'hôpital, est morte subitement, d'une syncope.

Dans ma leçon du 8 juin 1929, publiée par *Le Concours Médical* du 6 octobre 1929, sur la *Pancardite rhumatismale subaiguë avec manifestations cardiaques graves*, j'ai raconté l'histoire de Maurice, entré dans le service à 14 ans 10 mois, qui est mort d'une façon imprévue, cinq mois après son entrée à l'hôpital.

Ces deux malades avaient des pancardites graves, avec des symptômes complexes, parmi lesquels des signes d'endocardite aortique.

On rencontre assez souvent des malades semblables, chez qui l'endocardite aortique reste ignorée pendant la vie et est constatée à l'autopsie.

Le rôle de l'endocardite aortique dans de tels syndromes cliniques ne peut être dissocié de celui de l'affection mitrale, de la myocardite et de la péricardite. Notons que généralement le cœur est très gros.

L'endocardite aortique est certainement un élément de gravité par les troubles qu'elle apporte aux fonctions du ventricule gauche, mais, comme dans toutes les cardiopathies, c'est au myocarde qu'appartient le premier rôle.

Dans les cas, en effet, où l'endocardite aortique évolue sans syndrome myocarditique ou avec un syndrome myocarditique fruste, elle ne provoque guère de troubles cardiaques.

Si l'enfant échappe aux accidents que je viens de décrire, souvent une amélioration se produit ; le processus infectieux s'éteint, les troubles myocardiques s'atténuent et la cardiopathie prend une allure chronique.

C'est alors qu'on voit s'installer tel ou tel des types que j'ai mentionnés tout à l'heure. Le type mitral et le type intermédiaire sont les plus habituels ; le type aortique est le plus rare. Ces types ne s'installent que très lentement. Pendant des années, ils peuvent se modifier, et on ne peut prévoir celui qui finira par se fixer.

Quand on n'a pas suivi l'évolution, quand on voit l'enfant seulement à la phase chronique, il est impossible de reconstituer l'ordre de succession des lésions orificielles.

En général, quand il s'agit du type mitral ou du type intermédiaire, c'est la valvule mitrale la plus anciennement lésée ; quand il s'agit du type aortique, c'est la valvule aortique qui a été la première atteinte. Mais cette interprétation, quelque vraisemblable qu'elle soit, n'est jamais qu'une hypothèse.

Les lésions mitrales et aortiques intriquées sont plus graves que chacune de ces lésions isolée. Le type aortique semble cependant être mieux supporté que les autres. Mais le pronostic dépend surtout de l'état du myocarde.

***

Antoinette, que je vous ai présentée au début de cette leçon, est un exemple de pancardite sévère avec lésions complexes des orifices du cœur.

Elle entre à l'hôpital avec des troubles cardiaques graves : un grand syndrome myocardique, une maladie mitrale avec poussée d'endocardite mitrale, une endocardite aortique. Puis son état s'améliore, mais aujourd'hui encore, trois mois après l'entrée à l'hôpital, l'état du cœur reste toujours sérieux. Son cœur est gros. Il existe des troubles du myocarde, dont l'électrocardiogramme nous fournit la preuve. Elle a une maladie mitrale ancienne, sur laquelle s'est greffée une endocardite encore en évolution, une endocardite aortique récente, également en évolution, avec insuffisance aortique.

L'intrication réalise le type mitral avec quelques symptômes liés à l'endocardite aortique.

Nous pouvons espérer que l'amélioration va se poursuivre, mais le pronostic doit être très réservé.

Pendant les premiers temps du séjour, en présence des troubles cardiaques graves, on a prescrit des médicaments cardiaques. Depuis l'amélioration nous traitons la malade par une hygiène appropriée et par la gymnastique respiratoire prudemment conduite.

Il m'a semblé intéressant, à propos de notre malade, de vous donner quelques renseignements sur les intrications des affections mitrales et aortiques, qui sont assez communes chez les enfants.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE TECHNIQUE SANITAIRE ET D'HYGIÈNE URBAINE[1]

C'est à Lyon, les 6, 7, 8 et 9 mars, que le troisième Congrès international de technique sanitaire et d'hygiène urbaine a eu lieu cette année.

Cette importante manifestation, qui s'était tenue précédemment à Prague et à Milan, groupait plus de 600 congressistes, de toutes les nationalités. On y remarquait les délégués de 36 gouvernements, de 86 villes françaises et étrangères, de nombreux départements. C'est assez dire la portée de cette réunion où se firent entendre les urbanistes et les hygiénistes les plus connus de notre époque.

Le Congrès s'ouvrit le 6 mars, à la nouvelle Faculté de médecine de Lyon, sous la présidence de M. Herriot, de M. Léon, représentant du gouvernement français, qu'assistaient le professeur Tanon, président du Congrès, et le Dr Garin, commissaire général.

Après les paroles de bienvenue de M. Léon, le professeur Tanon exprima sa satisfaction de voir groupés autour de lui les représentants de nombreuses nations d'Europe et du monde entier.

M. le président Herriot prit ensuite la parole et, dans une brillante allocution, montra l'importance de ces réunions internationales, où la collaboration de tous pour le bien-être des peuples constitue la plus sûre des forces de paix.

Après les discours des délégués officiels des gouvernements étrangers, M. le doyen Lépine proposa aux congressistes de visiter la nouvelle Faculté de médecine. En quelques mots, il exposa les conceptions des fondateurs de ce vaste et moderne établissement, dont la situation, près de l'hôpital de Grange-Blanche, permet d'associer étroitement l'enseignement théorique et l'enseignement pratique.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

La soirée se termina par une remarquable conférence de M. Greber, l'urbaniste bien connu par ses travaux en Amérique et en France, sur « l'Importance des espaces libres dans les plans de ville ».

Dès le lundi, les congressistes se mirent au travail dans les locaux laissés à leur disposition dans le vaste palais de la Foire de Lyon.

L'abondance des rapports et communications avait obligé les organisateurs à répartir les travaux en six sections, où les discussions eurent lieu simultanément.

Ire SECTION : **Hygiène des transports.** — Dans un rapport sur « la réfrigération des voitures de chemins de fer », M. Guarini (de Bruxelles), montra l'importance de cette question aux colonies.

Ceux qui sont chargés des questions de transport, ou même ceux qui doivent voyager, aussi bien en Afrique du Nord que dans certaines régions tropicales, seront intéressés par les solutions diverses proposées par le rapporteur.

Des communications suivirent sur les installations de nettoyage des wagons en Italie, par M. Trenchi (de Rome); sur les nouvelles mesures de prévoyance sanitaire pour le personnel des grandes compagnies de transport, par le Dr Massarotti (de Milan).

M. Chirol (de Rouen) exposa les conditions nécessaires pour assurer l'hygiène d'un garage moderne, et sa protection contre les incendies.

L'aviation, qui prend une place de plus en plus importante dans la question des transports, eut pour interprète M. le médecin commandant Mouchard, qui exposa le rôle de l'aviation dans le transport des malades et des blessés.

Enfin, après une communication de M. Wibratte (de Lille) sur « l'utilisation des gaz comprimés pour les besoins des campagnes », M. le professeur James Chappuis parla de la ventilation des espaces souterrains.

Dans une conférence remarquable, l'éminent directeur du laboratoire de la Compagnie du gaz de Paris montra comment, après avoir démoli la théorie classique des ingénieurs, il a pu, grâce à des expériences savamment conduites, reconstruire le problème sur de nouvelles bases.

La théorie moderne, appliquée à Paris, et récemment étudiée à Berlin et à Londres, remplit toutes les conditions requises, et donne une sécurité vraie, que n'assuraient pas les anciennes méthodes.

Cet exposé magistral valut à M. Chappuis les remerciements du président et les félicitations de tous les auditeurs.

IIe SECTION : **Hygiène de l'habitation individuelle et collective.** — La question était vaste, ingénieurs et architectes, urbanistes et médecins, industriels et constructeurs, tous ont à envisager sous l'une ou l'autre de ses faces, cet important problème dont dépend, en grande partie, la vie de l'humanité.

Les rapports affluèrent, et le Comité d'organisation eut le regret de refuser les derniers venus, faute de temps pour permettre les discussions.

Citons le rapport de M. Chomel, sur l'importance du plan pour la solution des problèmes d'hygiène dans la cité et la maison.

Nous ne pouvons énumérer ici toutes les communications présentées ; disons seulement que furent étudiés successivement les problèmes d'assainissement des villes, de chauffage urbain, des bains et abattoirs, des réseaux d'égouts, de distribution de gaz, des matériaux, etc.

Toutes ces questions, traitées par des spécialistes éminents, donnèrent lieu souvent à des discussions fécondes, et l'intérêt manifesté par les auditeurs montre combien actuellement toutes les volontés sont tendues vers les solutions rationnelles d'une hygiène bien comprise.

IIIe SECTION : **Hôpitaux et œuvres sociales.** — Cette intéressante section mit en valeur les efforts réalisés tant par les administrations publiques que par les œuvres privées pour la propagande de l'hygiène et l'assistance sanitaire.

A signaler un rapport vivant et documenté du docteur Bonjean sur « l'Hygiène urbaine au Maroc », œuvre magnifique de la civilisation dans un pays où tout a dû être créé.

Puis sont examinées les questions relatives aux consultations de nourrissons, aux dispensaires de puériculture, aux visites médicales scolaires, aux sanatoria; aux hôpitaux, belle démonstration de ce que peuvent le dévouement uni à l'intelligence dans la lutte contre les fléaux qui touchent le capital humain.

IVe SECTION : **Questions relatives à l'atmosphère.** — Etude d'un intérêt capital aujourd'hui, ainsi que le fit ressortir M. Chadumeau, ingénieur en chef de la ville de Lyon, dans son rapport sur « l'Intervention des municipalités dans l'amélioration de l'air respirable dans les villes : lutte contre les fumées ; mesures préventives et palliatives ».

En effet, les causes de pollution de l'air augmentent tous les jours avec le développement industriel.

La nocivité des fumées étant reconnue, il faut y apporter un remède qui sera, si l'on peut dire, prophylactique d'une part et curatif d'autre part.

Empêcher la formation des fumées, c'est la question de la fumivorité étudiée par M. Winkler (de Bordeaux) ; la Compagnie du gaz de Lyon préconise, à son tour, l'emploi du coke.

Enfin, M. le professeur Policard, de Lyon, et M. le professeur Ofdo Casagrandi, de Padoue, étudient l'action nocive des poussières de l'air urbain.

Ve SECTION : **Désinfection.** — La question la plus largement traitée fut celle relative à l'enlèvement des ordures ménagères dans les villes. De nombreux spécialistes exposèrent des procédés modernes et hygiéniques, illustrés de projections et d'expériences, qui retinrent longuement l'attention des délégués des municipalités pour lesquels le problème se fait chaque jour plus difficile.

Ils auront trouvé là des solutions diverses aussi bien pour les grandes cités que pour les petites agglomérations.

La crémation fut largement traitée par M. Ferré, adjoint au maire de Lyon. Cette question mérite de retenir l'attention des pouvoirs publics, et l'assemblée émit, à l'unanimité, le vœu de la voir portée à l'ordre du jour du prochain Congrès.

Désinfection. Dératisation. — A signaler le rapport de M. le professeur Violle, sur le rôle de la désinsectisation dans la prophylaxie du typhus, et celui du Dr Loir, l'apôtre de la dératisation par le chat.

Les mêmes sujets furent repris dans leurs applications de détail dans les villes, les casernements et les bateaux.

Les travaux de cette section se clôturèrent par une remarquable conférence du professeur Van Loghem, d'Amsterdam, sur « la Peste historique étudiée du point de vue de l'épidémiologie moderne ».

VIe SECTION : **Hygiène industrielle et prévention des accidents.** — Prenant le problème à son origine, M. le professeur Mazel et le Dr Robin font ressortir la nécessité de l'orientation professionnelle suivant les aptitudes et l'état du sujet. Pour être efficace, la sélection doit se faire dès l'école.

Les auteurs firent ressortir les avantages de l'Institut de médecine du travail, tel qu'il a été créé à Lyon, par le professeur Etienne Martin.

L'utilisation des avions pour le transport des malades et blessés. — MM. NEMIROVSKY, MOUCHARD et Robert CHARLET résument rapidement l'historique de cette branche de l'aviation, décrivant les appareils utilisés au début et ceux actuellement employés.

Ils donnent un court aperçu de l'utilisation de l'Aviation sanitaire dans les différents pays, en envisageant la possibilité d'une internationalisation ultérieure de l'Aviation sanitaire.

Pour illustrer leur communication, une démonstration pratique a été faite à l'aérodrome de Bron, où ont été présentés aux nombreux congressistes le dernier type d'avion sanitaire militaire actuellement utilisé, en particulier au Maroc, et une limousine du type commercial, pouvant être rapidement transformable en sanitaire.

Séance de clôture. — Réunis une dernière fois en séance plénière, les congressistes clôturèrent leurs importants travaux en votant des vœux pleins d'intérêt.

Les organisateurs du Congrès avaient tenu à rendre le séjour à Lyon aussi agréable qu'utile.

C'est ainsi que les congressistes purent visiter, pendant les belles matinées des 8 et 9 mars, l'usine d'incinération des immondices, les abattoirs, le stade municipal, les œuvres d'hygiène de Villeurbanne, l'hôpital de Grange-Blanche et l'aéroport de Bron, où furent effectués des démonstrations dont nous parlons plus haut.

Enfin, pour détendre les esprits après les heures de travail, chaque jour un divertissement fut offert aux hôtes de la Ville de Lyon.

Les étrangers firent connaissance avec le Guignol lyonnais en assistant à une représentation du *Médecin malgré lui* de Mourguet.

Une soirée de gala avait également été organisée au Grand Théâtre où fut donné *Boris Godonow*, œuvre toujours si goûtée.

Un banquet plein de cordialité réunit une dernière fois les congressistes qui emportèrent ainsi, de l'avis unanime, avec un bagage scientifique accru des connaissances mises en commun, le meilleur souvenir de l'hospitalité lyonnaise.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1932)

Le silence des calculs du rein. — M. PASTEAU. — La radiographie doit être appliquée pour ainsi dire par principe : dans tous les cas d'hématurie dont la cause vésicale n'est pas nettement démontrée par l'exploration simple de la vessie ou par la cystoscopie ; dans tous les cas de douleurs persistantes ou répétées siégeant au niveau de la région rénale ou dans les points où se trouvent normalement les irradiations douloureuses dans les maladies du rein ; dans tous les cas enfin où il existe une purulence des urines qui ne cède pas à un traitement urétrovésical bien conduit. Elle fait ainsi bien souvent découvrir des calculs « silencieux » parfois anciens qu'aucun symptôme ne permettait de soupçonner.

M. PEUGNIEZ communique l'observation d'un malade qu'il a opéré de néphrectomie pour des calculs du rein droit qui avaient fini par occuper la totalité de l'organe. Ce malade n'avait jamais souffert du rein gauche, qui était considérablement hypertrophié.

M. LE GAC présente l'observation d'une malade et la radiographie de ses deux reins. Cette radio montre : à gauche, un très volumineux calcul coralliforme ; à droite, un calcul de l'uretère du volume d'une banane. Les petits signes dataient de longtemps ; mais pyurie et phénomènes urémiques, résultats de la destruction du rein, ont évolué en huit jours, rendant inutile toute intervention.

Etranglement du colon ascendant à travers l'hiatus de Winslow : gangrène de l'appendice et péritonite généralisée secondaires. — M. Henri BLANC communique cette observation, dans laquelle l'enchevêtrement des signes d'occlusion et de péritonite a égaré le diagnostic. La mort a suivi l'intervention.

Traitement des séquelles de la coxalgie : le grand raccourcissement. — M. Raphaël MASSART, en présentant un excellent résultat opératoire, étudie le traitement chirurgical du raccourcissement qui dépasse six centimètres. La résection d'une partie de la diaphyse du fémur du côté sain paraît le seul traitement rationnel ; c'est celui qu'il a exécuté chez la malade présentée. L'auteur étudie les objections qu'on peut faire à la méthode ; mais il montre tous les avantages pour le malade de ne plus avoir une boiterie grave et gênante.

A propos de quatre tumeurs rénales volumineuses. — MM. Victor PAUCHET, LE GAC, DUQUET et HIRCHBERG communiquent les observations de quatre malades opérés pour de volumineuses tumeurs rénales de variétés différentes :

1° Tumeur à symptômes rénaux, grosse comme une tête de nouveau-né ; histologiquement, hypernéphrome ;

2° Tumeur prise cliniquement pour une tumeur splénique, de la grosseur d'une tête de fœtus, développée aux dépens du pôle supérieur et de la convexité du rein ; histologiquement, tumeur atypique à cellules éosinophiles ;

3° Tumeur ressemblant à une tumeur mésentérique, développée aux dépens du pôle supérieur du rein ; histologiquement, épithélioma ;

4° Tumeur prise pour un néoplasme intestinal, adhérente au méso-colon et au colon ; histologiquement, sarcome de type spécial.

Les trois derniers malades ne présentaient pas de symptômes rénaux ; la tumeur était le signe principal. Dans les quatre cas, néphrectomie avec bonne guérison opératoire. La symptomatologie des volumineuses tumeurs rénales est donc pauvre et simulatrice ; la pyélographie semble le meilleur moyen de diagnostic.

Péritonite appendiculaire aiguë généralisée et grossesse. Opération au 12e jour. Guérison. — M. MULLER (de Belfort).

Perforateur courbe des os (présentation d'appareil). — M. JUDET.

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1932)

A propos de l'étranglement du caeco-ascendant dans l'hiatus de Winslow. — M. THEVENARD note la rareté de ces cas d'étranglement ; celui communiqué par M. Blanc à la dernière séance serait le troisième cas connu et si l'on ne fait pas de distinction entre gros intestin et grêle, les cas seraient au nombre de vingt-cinq. M. Thévenard est un peu surpris que, contrairement à tous les auteurs, M. Blanc ait pu lever assez facilement l'étranglement et surtout qu'il ait pu dilater l'orifice de l'hiatus de Winslow. Il se demande si l'intestin n'aurait pas, dans ce cas, été étranglé au niveau d'un ligament hépato-colique qui constitue une sorte d'entonnoir au devant de l'hiatus de Winslow.

Technique de la gastrectomie. — M. Victor-Pauchet fait un rapport sur un travail de M. Hans Finsterer (de Vienne). Cet auteur, qui a pratiqué actuellement plus de deux mille gastrectomies, considère l'opération relativement bénigne. l'amélioration des résultats tient à : 1° anesthésie locale faite systématiquement ; 2° drainage par tube de caoutchouc s'il y a un risque quelconque d'infection ; 3° anastomose par implantation termino-latérale de la première anse jéjunale avec l'estomac, mais de façon que l'anse proximale du jéjunum soit à un niveau plus élevé que l'anse distale. L'auteur n'est pas partisan de la gastrectomie en deux temps ; cependant, chez les sujets très affaiblis, on peut faire la jéjunostomie préalable.

M. Victor-Pauchet pense que la gastrectomie en un temps est l'opération idéale, mais qu'il vaut encore mieux pratiquer l'opération en deux temps, malgré les défauts qu'elle peut avoir, que de ne pas faire la gastrectomie nécessaire. L'anastomose bout à bout à la Péan après la résection est une bonne méthode chaque fois que le duodénum est large. Parfois, il vaut mieux recourir à l'opération de Polya modifiée, c'est-à-dire après suture du tiers environ de la tranche gastrique, avant l'anastomose par implantation.

Anus vaginal chez une fillette de douze ans et chez une adulte de trente-quatre ans. Restauration de l'anus normal. — M. Victor-Pauchet.

Le traitement chirurgical des paralysies définitives. — M. R. Massart apporte comme contribution à la question des indications et des résultats des anastomoses et transplantations de tendons deux travaux importants :

1° M. Fairbank (de Londres) réserve à peu près uniquement les opérations tendineuses aux paralysies du pied, et il les combine aux arthrodèses, en particulier pour le pied talus, où il fait l'opération de Dunn.

2° M. Fritz Lange (de Munich) défend les opérations tendineuses, qu'il pratique depuis trente-quatre ans et dont il a pu apprécier les avantages sur les arthrodèses. Il compare les méthodes utilisées en Amérique (opération de Whitmann) à celle qu'il utilise lui-même et qui lui permet de rétablir l'équilibre du pied si seulement trois muscles longs restent indemnes sur les neuf qui donnent au pied sa mobilité. Ce travail montre qu'il ne faut pas rejeter systématiquement les opérations tendineuses, mais plutôt « assimiler » les techniques qui donnent de bons résultats, comme celles de Lange.

Résultat éloigné d'une cranioplastie par le procédé de la charnière. — M. Mayet communique les résultats d'une prothèse cranienne faite par lui il y a quinze ans. Le blessé qui, depuis l'opération, n'a présenté aucun trouble cérébral, a une paroi cranienne solide. La radiographie montre la soudure complète du bord libre du volet à la paroi osseuse sur laquelle il a été rabattu ; il n'y a ni saillie, ni hyperostose. Il est intéressant de noter l'apparence lisse de la face profonde du greffon en rapport avec le cerveau. Ce cas montre que la prothèse par le procédé de la charnière est excellente.

Epithélioma cylindro-cubique de la cavité du corps utérin avec propagation au système lymphatique. Biopsie négative. — M. Mulier (de Belfort).

Appareil de marche pour luxation congénitale de la hanche. — M. R. Massart.

Exploration tubaire et Stérilité, par le docteur J. Vimeux. Un volume, 1931. — Prix : 12 fr. — Paris, N. Maloine.

Le problème des guérisseurs, par le docteur Maurice Igert. In-16 Jésus, 224 pages sur alfa, avec dessins de P. Igert. — Prix : 15 fr. — Paris, Vigot Frères.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA COXALGIE[1]

PRONOSTIC

Très important ; difficile à poser.

Bases

Surtout

— La résistance du sujet, son âge (plus grave chez l'adulte que chez l'enfant) ;

— La forme évolutive et anatomique de la coxalgie : les formes acétabulaires étant particulièrement sévères. L'association avec d'autres foyers : petits foyers multiples surajoutés aggravent peu le pronostic (Ménard).

— Gravité des associations avec un gros foyer — coxalgie double, mal de Pott, Genou (Ménard).

Le traitement surtout, le pronostic fonctionnel variant totalement selon la date du traitement orthopédique.

Le pronostic vital. — Relativement bon sauf :

— chez le nourrisson ;

— dans les formes très évolutives multi-fistuleuses, infectées.

Globalement mortalité de 17 à 20 %.

Le pronostic fonctionnel

Varie avec la date de l'immobilisation. Mais il faut bien savoir que le traitement, qu'il soit orthopédique ou sanglant n'agit que sur LA QUALITÉ de la guérison et *non sur sa précocité.*

Durée. — Il faut compter en moyenne quatre ans.

La guérison. — Difficile à affirmer.

Cliniquement. — Hanche sèche, froide, *indolente après la marche*, signe très important.

De même, la diminution de l'adénopathie iliaque ; l'amyotrophie persiste longtemps.

A la radio. — A la fin de la troisième année, constitution de la zone d'arrêt, recalcification progressive traduite par un liséré opaque bordant les lésions. Au cours de la quatrième année, recalcification progressive et augmentation de l'épaisseur de la corticale diaphysaire. Signe de guérison très important.

La guérison se fait soit par :

A. *Restitutio ad integrum.* — Rare 10 à 25 % selon les statistiques, mais erreurs de diagnostic fréquentes, n'est possible que dans les formes légères sans ulcérations osseuses et soignées rigoureusement dès le début.

B. — *L'ankylose.* Elle peut être *complète* ou *incomplète.*

Complète et en bonne position (abduction très légère et un peu de flexion). C'est après la restitutio ad integrum, le meilleur résultat à obtenir. *Elle est très rare ;*

Il se forme habituellement une ankylose fibreuse qui peut entraîner des séquelles graves ;

— Déviation par flexion, adductions progressives ;

— Crises douloureuses avec boiterie antalgique.

C. — *La pseudarthrose intra-cotyloïdienne* de Ménard. — Ankylose très lâche, correspond aux cas où il y a eu une grande destruction de la tête et du col du fémur (petit bec d'oiseau) et du cotyle très agrandi, mais sans production de luxation. Ce sont les cas graves bien traités. Terminaison fréquente en milieu hospitalier (15 à 20 %) où les enfants sont amenés tardivement avec des lésions déjà étendues.

Ces pseudarthroses laissent à la hanche une mobilité étendue, mais qui devient douloureuse et favorise les positions vicieuses secondaires.

D. — *La luxation.* — Terminaison heureusement très rare et qui ne se voit que dans les cas non soignés.

Des incidents peuvent survenir. — Reprise des douleurs ;

— Empâtement qui reparaît,

— Hyperthermie locale.

S'agit-il d'une entorse du cal ou d'une récidive d'autant plus grave qu'elle est plus tardive ? Dans ce cas, l'adénopathie qui reprend, l'atteinte de l'état général, la radiographie font le diagnostic.

Plus rarement apparition tardive d'un abcès en général dans les adducteurs (abcès résiduel) en général bénin.

FORMES CLINIQUES

L'adulte. — Abcès fréquents, guérison bien plus longue à obtenir, et plus instable que chez l'enfant. Seule l'arthrodèse extra-articulaire, en général pratiquée « après le cap du 18e mois Galland » semble capable de donner une bonne ankylose.

Le nourrisson. — Très rare, très grave. Diagnostic difficile (suspension, radio).

Formes évolutives. — A début aigu, avec hyperthermie, signes d'arthrite aiguë tournant court, les abcès sont précoces.

Exceptionnellement luxation précoce, sans destructions osseuses, justiciable de la réduction ;

— Forme grave à évolution rapide ;

— Forme de l'adulte le plus souvent.

D'emblée l'adénopathie est volumineuse, d'aspect inflammatoire, parfois l'évolution se fait en quatre ou cinq mois vers une inversion.

Pronostic fatal

— Formes prolongées

Evoluant des années « sur place » coupées de rémissions.

Citer encore :

— Les formes associées à une autre localisation tuberculeuse.

— Les formes bilatérales, très graves au point de vue fonctionnel.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 26, p. 490, et n° 28, p. 522.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

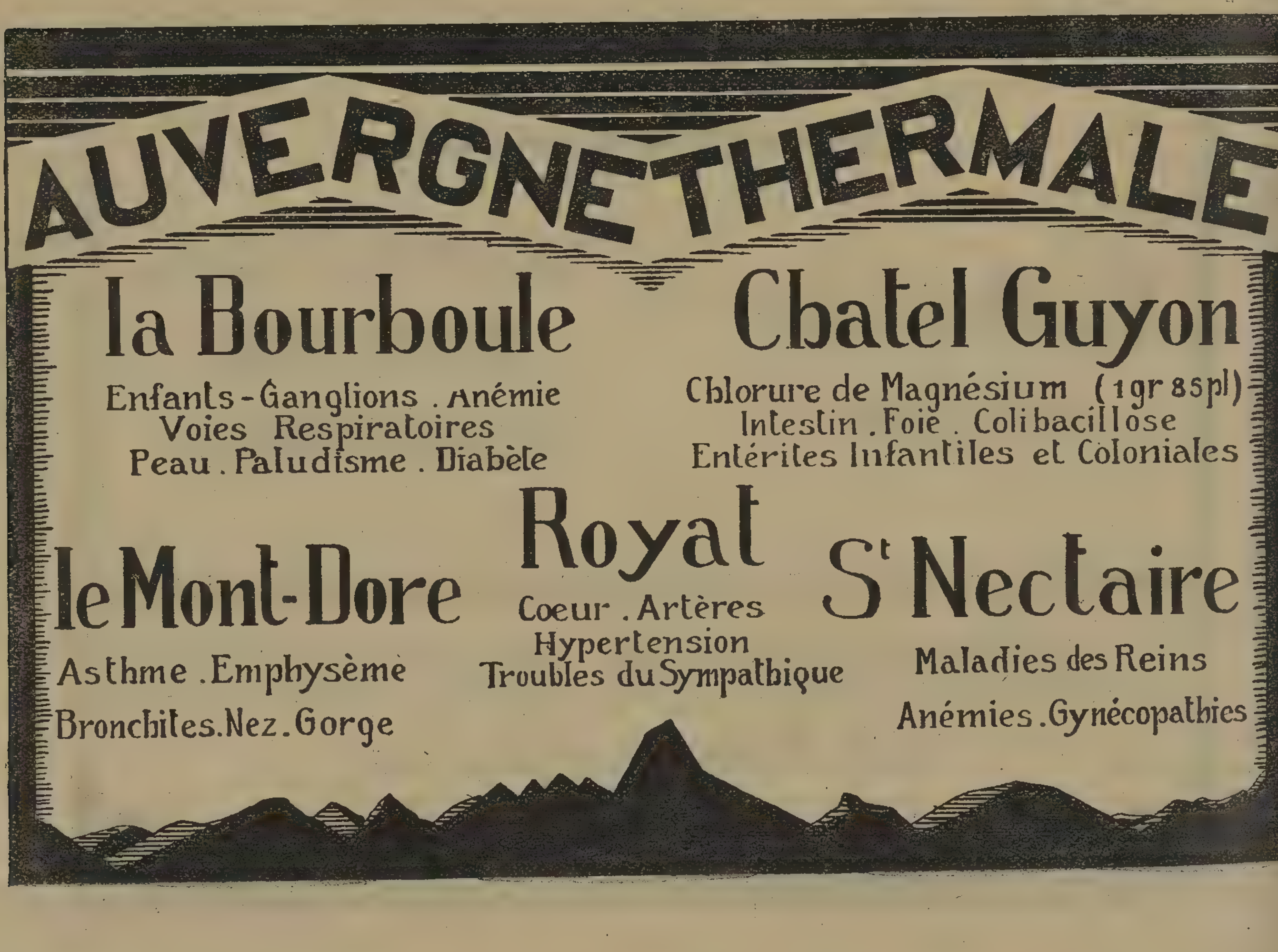
Lundi 11 *avril.* — Jury : MM. Binet, président ; Legueu, d'Allaines, Heitz-Boyer. M. JOECOTTON. Etude de l'administration des hormones pancréatiques par voie entérale.

Jeudi 14 avril. — Jury : MM. Achard, président ; Rathery, Tanon, Gastinel. — M. SIGWALD. L'hypoglycémie.

Jury : MM. Léon Bernard, président ; Gougerot, Lemaître, Philibert. — M. MONCEAU. Etude de la bacillémie tuberculeuse chez l'enfant à l'aide de la méthode de Lowenstein. — M. FOUGOUX. La verrue plantaire et son traitement par l'électrocoagulation. — M. KERBOUL. Hémorragies graves en pratique dentaire, traitement curatif et préventif.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


AUVERGNE THERMALE
la Bourboule
Enfants - Ganglions . Anémie
Voies Respiratoires
Peau . Paludisme . Diabète
Chatel Guyon
Chlorure de Magnésium (1gr 85pl)
Intestin . Foie . Colibacillose
Entérites Infantiles et Coloniales
le Mont-Dore
Asthme . Emphysème
Bronchites. Nez . Gorge
Royat
Coeur . Artères
Hypertension
Troubles du Sympathique
St Nectaire
Maladies des Reins
Anémies . Gynécopathies

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6°

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Jury (après acceptation) :

MM. Okinczyc, Mondor, Marion, Chevrier, Riche, Robert Monod, Achard.

— CONCOURS DE PHARMACIEN DES HÔPITAUX. — Jury (après acceptation) :

MM. Picon, Hérissey, Mascré, Hazard, Régnier, André, Sommelet.

Liste des candidats :

MM. Kayser, Courtois, Janot, Cordier, Poté.

HOPITAL FRANÇAIS DE TUNIS. — Une place d'interne est vacante à l'hôpital civil français de Tunis. Traitement de début : 9.000 fr., plus une indemnité de 2.000 fr. pour les internes docteurs en médecine. — Pour renseignements complémentaires, s'adresser au directeur de l'hôpital.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 12 avril 1932, la chaire de pathologie chirurgicale de la Faculté de médecine de l'Univsrsité de Paris est déclarée vacante.

Le dernier titulaire était M. Charles Lenormant, transféré dans la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté, à l'hôpital Cochin, en remplacement de M. Pierre Delbet, admis à la retraite.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à M. Edouard Pelissier, externe des hôpitaux de Marseille, qui a contracté dans son service une maladie très grave.

— La médaille d'or des épidémies est accordée à titre posthume à M. le médecin lieutenant des troupes coloniales Le Hir (Tugdual), en service hors cadres en Haute-Volta, que M. le général de division Freydenberg, commandant supérieur des troupes du groupe de l'Afrique occidentale française, a cité le 27 février 1932 à l'ordre de la division avec le motif suivant : « Jeune officier du corps de santé colonial plein d'allant. Chargé de la lutte contre la maladie du sommeil en Haute-Volta, s'est donné à sa tâche avec un zèle, une conscience, un dévouement admirables. Atteint par la maladie, est mort victime du devoir en faisant preuve d'une belle abnégation. »

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Lorieux (de Ploermel), Daniel (de Paris).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Fallen (d'Aubagne), Ollivier (de Lehon), Bouriot (de Lourdes), Cange, Goulfier, Pasteau et Rieu (de Paris).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Delvincourt (de Liesse), Lieutaud (d'Aubagne), Debrade (de Sancoins), Nandrot (de Montargis), Couffon (d'Angers), Jourdin (de Pouancé), Lelievre (d'Angers), Garçon (de Ploermel) et Réaubourg (de Paris).

LA RENAISSANCE SANITAIRE. — La pose de la première pierre du sanatorium suburbain de la Renaissance sanitaire a eu lieu jeudi à Fontenay-aux-Roses, sous la présidence de M. le professeur Léon Bernard, membre de l'Académie de médecine, président du Comité supérieur de l'hygiène.

A cette cérémonie assistaient : M. Gaston Roussel, conseiller d'Etat, directeur général des assurances sociales, de la prévoyance et de la mutualité, au ministère du Travail ; M. Léon Heller, président de la Fédération nationale de la mutualité et de la Fédération mutualiste de la Seine ; M. Lecoq, maire de Fontenay-aux-Roses, assisté de son Conseil municipal, et MM. les membres du Conseil d'administration et du Comité d'initiative et de surveillance médicales de la Renaissance sanitaire.

La cérémonie a été précédée d'un vin d'honneur offert par la municipalité de Fontenay-aux-Roses, en l'Hôtel de Ville de cette commune.

POUR LA MAISON DU MÉDECIN. — M. Boucard fait savoir à ses confrères qu'il organise une tombola au profit de « La Maison du médecin » (maison de retraite pour les docteurs âgés) qui sera tirée le samedi 7 mai, à 16 h., à la Faculté de médecine, dans le local où se fera la vente de charité.

Gros lot : une conduite intérieure « Rosengart », 5 HP 4 places, 16.900 fr.

Pour recevoir des billets, écrire : docteur Boucard, 30, rue Singer, Paris (XVIe) qui tient la liste des lots (tous de valeur) à votre disposition.

Le billet : 5 fr. ; le carnet de 10 billets : 50 fr.

BOURSES DE VACANCES DU DOCTEUR DEBAT. — Comme chaque année, les laboratoires du docteur Debat offrent 100 bourses de 1.000 fr. chacune à des étudiants fatigués et peu fortunés afin de leur permettre de prendre quelque repos.

Les demandes doivent être adressées aux laboratoires du docteur Debat, service des bourses de vacances, 60, rue de Prony, à Paris, avant le 15 mai.

Prière d'indiquer la situation de famille, le numéro de dossier, etc.

XXVe V. E. M. — Le XXVe V. E. M. aura lieu dans la première quinzaine de septembre, dans les stations hydrominérales et climatiques de l'Auvergne et du Bourbonnais, sous la direction scientifique de M. le professeur Maurice Villaret et de M. le professeur agrégé E. Chabrol. Il se terminera le 19 septembre à Vichy par le Congrès international de la lithiase biliaire.

Le programme détaillé sera donné ultérieurement.

Pour tous renseignements, s'adresser à Mlle Machuré, 21, rue de Londres, à Paris.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME. — La Ligue française contre le rhumatisme a tenu son assemblée générale le 14 mars dernier, à l'hôtel de l'Union des syndicats médicaux, sous la présidence du professeur F. Bezançon.

Au cours de cette assemblée, la Ligue a décidé d'apporter sa contribution à la Ligue internationale contre le rhumatisme d'Amsterdam, et a accepté la charge de l'organisation au Congrès de cette Ligue, en octobre 1932, à Paris.

Pour tous renseignements concernant la Ligue, s'adresser au secrétariat-trésorerie, 51, rue Bonaparte, à Paris.

CONGRÈS DE LA LIGUE INTERNATIONALE CONTRE LE RHUMATISME. — Ce Congrès aura lieu à la Faculté de médecine de Paris les 13, 14 et 15 octobre 1932, faisant suite, directement, au Congrès français de médecine.

Il sera présidé, comme ce dernier, par le professeur Fernand Bezançon.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur M.-P. Weil, secrétaire général du Congrès, 60, rue de Londres.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres est ouvert pour un poste de médecin adjoint au sanatorium de la Meynardie (Dordogne).

Le traitement de début est fixé à 22.000 fr. et peut atteindre 36.000 fr. par avancements successifs. En outre, le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle.

Les demandes devront être adressées, avant le 20 mai 1932, au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Herbecq (de Chimay), Maupouré (de Montégut), Prost (de Vincennes) ; — Mme Vve Louis Wallet-Josse, mère du docteur André Wallet (de Paris) à qui nous adressons l'expression de notre vive sympathie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 18 avril. — Jury : MM. Baudouin, président ; Clerc, Loeper, Sézary. — M. DAMON. Le syndrome adiposo-génital d'origine infundibulo-hypophysaire sans tumeur. — M. PANNET. Les névrites arsénobenzéniques. — M. CANALE. Etude de la tension moyenne à l'état normal et dans quelques cas pathologiques. — M. LARRALDE. Conceptions actuelles de l'insuffisance cardiaque et son traitement.

Mardi 19 avril. — Jury : MM. Balthazard, président ; Claude, Guillain, Richet. — Mlle DESCHAMPS. Essai d'exploration pharmaco-dynamique du psychisme des déments précoces.

Jury : MM. Carnot, président ; Lereboullet, Nobécourt, Lian. — M. PÉTROFF. Etude de staphylococcémies à formes douloureuses. — M. LAGUZET. Etude du mangalisme et de son étiologie. — M. GIARD. A propos de quelques malformations diaphragmatiques chez le jeune enfant.

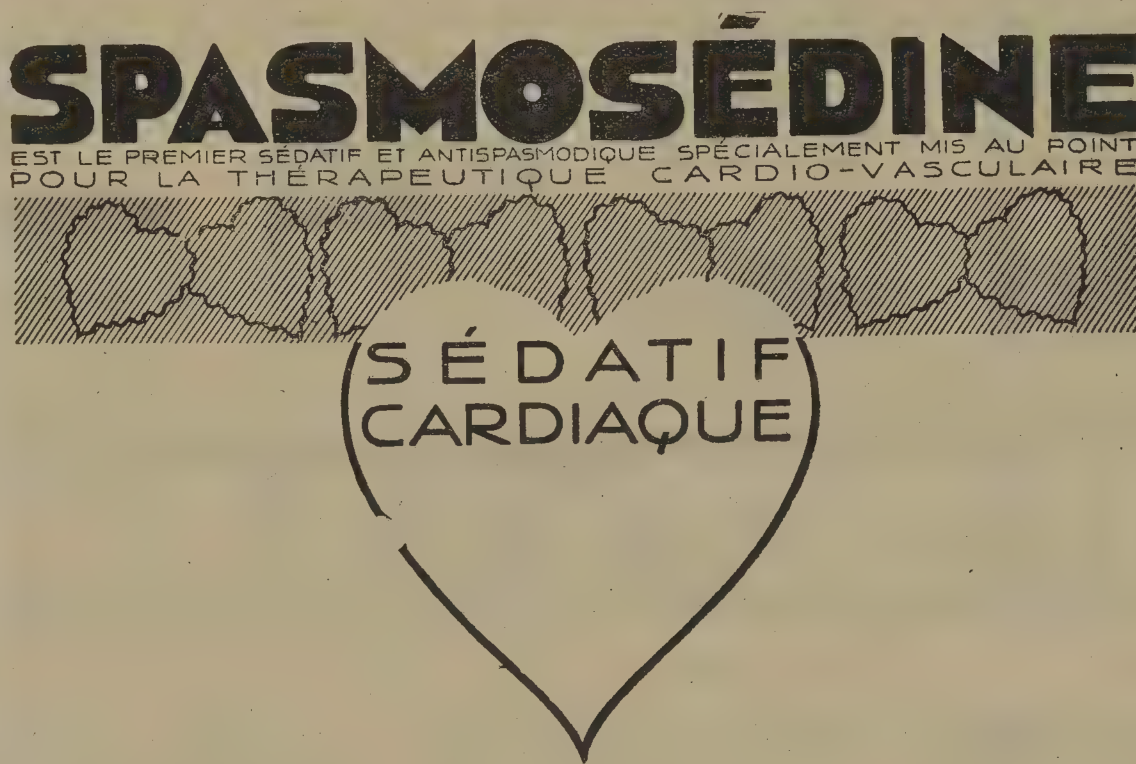
Jury : MM. Terrien, président ; Lenormant, Brocq, Moulonguet. — M. ROUSSEAU. Décollement de la rétine et traitement par la méthode de Gouin. — M. CRÉMET. Etude des artérites aiguës des membres inférieurs au cours de l'appendicite. — Mlle DUBA. L'iode. — M. DUPUIDENUS. Suppurations typhiques et paratyphiques des kystes de l'ovaire. — M. LARROUMETS. Etude sur les fractures isolées de l'os crochu.

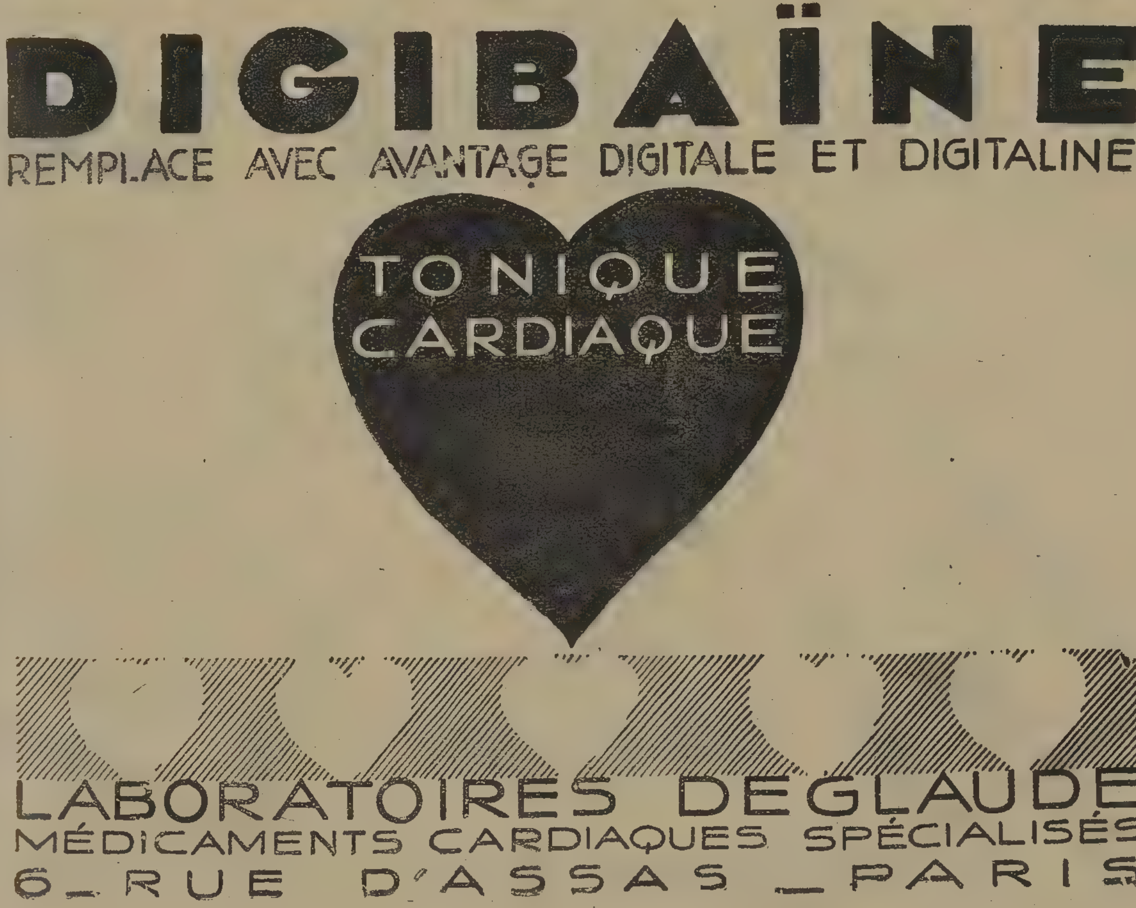
Mercredi 20 avril. — Jury : MM. Marcel Labbé, président ; Tanon, Hazard, Moreau. — M. POISBEAU. Etude du traitement de la lambliase par les composés arsenicaux. — M. BADARAN. Etude de l'hérédité en pathologie humaine. — M. CUVIER. Le vin, étude générale, rôle antitoxique. — M. FOUCAULT. Considération sur la vaccination antityphoïdique par le vaccin polyvalent chauffé. — M. GOROKHOFF. Influence de l'alimentation dans les pays tropicaux.

Jury : MM. Couvelaire, président ; Gosset, Grégoire, Quénu. — M. GOLDENBERG. Etude du décollement traumatique du placenta au cours de la gestation. — Mlle L'HOIR. Etude critique des différents procédés de césarienne dans la dystocie pelvienne. — M. DENIS. Etude des luxations divergentes du métatarse. — M. DUSSOUIL. Etude des stases duodénales chroniques associées aux ulcères gastro-duodénaux.

RENSEIGNEMENTS

FILLE, SŒUR ET VEUVE de médecin, excellente éducation, cherche situation dans clinique. Recevrait clientèle chez médecin. Prétentions modestes. — Ecrire à Mme Albert Noble, 44, avenue de Suffren, Paris (XVe).


SPASMOSÉDINE
EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT
POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE
SÉDATIF
CARDIAQUE


DIGIBAÏNE
REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE
TONIQUE
CARDIAQUE
LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 _ RUE D'ASSAS _ PARIS

REVUE GENERALE

LA SÉCRÉTION INTERNE DE L'HYPOPHYSE [1]

Par M. JEAN-E. PAILLAS,
Interne des hôpitaux de Marseille.

Sous ce titre (2) nous étudierons strictement les hormones hypophysaires, leur origine et leur comportement, à l'exclusion des actions nerveuses ou paranerveuses attribuées à l'infundibulo-tuber. Mais connaissant les liens serrés qui rattachent au système nerveux central ou végétatif toute fonction endocrinienne en général, et en particulier les rapports étroits que les études de ces dernières années ont révélés entre les noyaux gris du tuber cinereum et la glande pituitaire, il nous faudra nécessairement rappeler ces fonctions tubériennes, mais seulement pour éclairer ou compléter nos connaissances sur l'hypophyse, sans en entreprendre l'étude systématique.

Le nombre des fonctions dépendant actuellement de l'hypophyse est encore considérable bien que l'infundibulo-tuber en ait distrait quelques-unes et non des moindres (métabolismes de l'eau, des lipides, etc...) à son profit. Au fur et à mesure que notre connaissance des fonctions hypophysaires s'améliorait, nombre de syndromes cliniques et aussi de simples symptômes voyaient leur pathogénie rattachée à la glande pituitaire. Actuellement on peut décrire *une action morphogénétique générale et génitale, des actions métaboliques, et un certain nombre d'actions (hypertensive, ocytocique, diurétique...) qui sont surtout extractives et pharmacodynamiques.* Ajoutons à ces acquisitions primordiales les apports récents et efficaces que l'H. a fait à la thérapeutique, et nous comprendrons tout l'intérêt d'une étude de sa physiologie pour étayer certains points de biologie, de clinique ou de thérapeutique.

Nous ne saurions, dans cette revue, rappeler tous les travaux publiés sur cette question sans doute une des plus fouillées de l'endocrinologie. Aussi, après un bref *historique* donnerons-nous les *notions anatomiques, embryologiques* et *histologiques nécessaires*, avant d'exposer les *moyens d'étude*, les *fonctions* et *le rôle* de la glande hypophysaire.

***

Historique. — Située derrière les sinus postérieurs du nez, Galien, Vésale voient en elle un émonctoire nasal (glans pituitam excipiens) ; Descartes, grandeur nouvelle, en fait le siège de l'âme. Ce n'est qu'à une époque relativement récente que *Marinesco* (1891) le premier, par une expérience scientifiquement conduite (« De la destruction de la glande pituitaire chez le chat ») tend à donner un fondement solide à la théorie endocrinienne qu'avait déjà entrevue Brown-Séquard. Dès lors les expériences, les travaux et partant les fonctions dévolues à l'H. se multiplient à l'infini. Cette période d'expérimentation est couronnée par les travaux capitaux d'*Harvey Cushing et ses élèves* (1920). La *découverte des extraits* (Oliver et Schäffer 1895, Robertson 1916, Evans et Long) semble devoir éclairer la question, d'autant qu'un congrès consacre extraits étalons les préparations de Smith et Mac Closky (1923). C'est alors que Gley dans ses études sur les surrénales dénie à l'adrénaline toute origine hormonale ; la valeur physiologique des extraits glandulaires est mise en question, et l'on s'aperçoit que la toxicité élevée ou les effets pharmacodynamiques d'une préparation ne suffisent pas à la faire accepter comme hormone.

Par ailleurs, *Camus et Roussy* en 1912 dans une série d'expériences mémorables bouleversent les notions acquises, dépossédant la glande au profit du système nerveux. Collin devait contribuer à cette conception du point de vue histologique, Abel du point de vue pharmacodynamique.

Mais tout récemment, le rôle considérable joué par la glande dans la régulation du système génital vient lui redonner un intérêt puissant, ainsi qu'il résulte des travaux de *Zondek et Aschheim*, des *Smith*, de *Brouha et Simonnet*.

Notions anatomiques et embryologiques. — Nous nous bornerons à rappeler : 1° du *point de vue anatomique*, les rapports importants que contracte l'H. avec l'infundibulo-tuber (surtout ses quatre noyaux : n. para-ventriculaire, n. ventral du tuber, n. de la bandelette optique, n. diffus parvo-cellulaire) auquel elle est rattachée par la tige pituitaire ; 2° *du point de vue embryologique* la différence d'origine de la pars anterior et de la pars intermedia d'une part (poche de Rathke ectodermique), du lobe postérieur de l'autre (entoderme nerveux) ; et enfin la persistance fréquente de glandules accessoires, sur le trajet embryonnaire du prolongement pharyngien à travers la paroi cranienne.

Le complexe hypophysaire se retrouve chez tous les vertébrés. Existant peut-être déjà chez l'amphioxus, net chez les cyclostomes, il est dissocié chez les vertébrés inférieurs en ses deux parties, de telle sorte que l'extirpation isolée de l'un ou l'autre lobe est facilitée. Mais tandis que le lobe nerveux des êtres inférieurs est énorme et l'expansion pharyngienne linguiforme (téléostéens), chez les mammifères on voit cette dernière augmenter de volume à mesure que se précise la fonction glandulaire. Par ailleurs, les deux parties du complexe s'intriquent de plus en plus, si bien que la dissection du lobe postérieur devient impossible sans emporter avec la pars intermedia. Donc, *chez les mammifères le lobe postérieur expérimental ou opothérapique comprendra toujours : pars nervosa et pars intermedia.* Nous verrons plus loin que dans cette association seule cette dernière est active.

Notons enfin que cette glande à fonctions si importantes pèse en moyenne chez l'homme 56 centigrammes, dont les 72/100 sont pour la pars anterior (Rasmussen), et que son poids relatif maximum apparaissant au deuxième mois de la vie intra-utérine, le rôle morphogénétique est déjà possible. Fait peut-être intéressant en raison de l'action probable de l'H. dans le

(1) Nous tenons dès ici à offrir nos respectueux remerciements à M. le Professeur Roger, dont la bienveillance envers nous s'est encore montrée pendant la rédaction de cet article.

(2) Ce travail a été remis fin décembre 1931.

gigantisme, le poids est en rapport avec la taille du sujet.

L'hormone et son déterminisme. — Il convient de *préciser les notions histologiques* avant d'exposer la *formation hormonale* et les *voies d'excrétion.*

Nous grouperons les éléments histologiques sous deux chefs : lobe antérieur, lobe postérieur.

α. Dans le *lobe antérieur* (ou pars glandularis) un stroma conjonctif sépare des cordons de cellules différenciées suivant trois types : cellules principales (ce sont des plasmodes), chromophiles (basophiles et surtout oxyphiles) et chromophobes. Des capillaires sinusoïdaux baignent les trabécules sécrétantes. Deux formations dépendent du lobe antérieur : en avant la pars tuberalis, en arrière la pars intermedia :

1. La *pars tuberalis* est faite d'amas cellulaires basophiles ordonnés par la pénétration de vaisseaux méningés. Entre ces amas on note des nids cellulaires, les cellules de Gemelli, qui possèdent un apex terminé par un bouton autour duquel arboriseraient des fibres nerveuses. L'intrication est ici par conséquent double, vasculo et neuro-hypophysaire, disposition propre à entraîner les lésions du tuber dans l'hypophysectomie.

2. La *pars intermedia* constitue cette partie du lobe antérieur qui, accolée au lobe nerveux sans interposition de basale, s'est métamorphosée à son contact (Coutière). La fente hypophysaire (région cystiforme) la sépare du lobe antérieur. Les cellules sécrétantes, plus petites, basophiles à granulations fines, pénètrent le lobe nerveux par des bourgeons effilés, les festons palléaux de Soyer. Le stroma conjonctif est abondant. On trouve quelques cellules mélanophores (Poas, Lehmann). La vascularisation est minime.

Dans tout le lobe antérieur se dispose autour des vaisseaux une gaine réticulée faite de cellules fixes anastomosées, limitant les lacunes de Robin-Virchow.

β. Le *lobe postérieur* (pars nervosa) n'est fait que de tissu nerveux réduit à ses éléments névrogliques : fibres, cellules rares, avec pigment mélanique. Les cellules pigmentifères et sidérophiles se rattacheraient pour Grandi au tissu réticulo-endothélial. Les vaisseaux sont flanqués d'une gaine très épaisse. Des faisceaux amyéliniques passant par la tige pituitaire relient le lobe nerveux au tuber cinereum.

Il nous faut à présent expliquer la *sécrétion.* Outre les éléments cellulaires et vasculaires, on observe, mêlée à eux, distribuée en granules à l'intérieur du protoplasme, ou en flaques dans les espaces intercellulaires, une substance hyaline, la *colloïde hypophysaire.* Frappant par son abondance générale, la colloïde est cependant inégalement répartie : importante dans la pars intermedia et la pars tuberalis, en légère quantité dans le lobe nerveux où elle paraît surtout constituée par des cellules transformées et isolées aux dépens des festons palléaux, elle comble la fente hypophysaire et la zone cystiforme, mais disparaît dans la pars anterior.

On considère aujourd'hui avec Collin qu'elle dérive de l'évolution des cellules principales : par accumulation de grains de sécrétion, celles-ci deviennent d'abord éosinophiles, puis basophiles (cyanophiles ou sidérophiles) et enfin chromophobes par perte des granules. La fonte holocrine de ces dernières a donc produit la colloïde. Parfois, mais rarement, le stade basophile peut être sauté dans la filiation. Un apport lymphocytaire et conjonctif suivi d'une transformation épithéliale suivant la conception de Retterer, assure pour les uns (Soyer) la régénération cellulaire ; pour les autres celle-ci se fait par division amitotique du noyau (Collin) ou bien par endocytogénèse : naissance d'une cellule fille à l'intérieur de la cellule mère.

Quelles vont être les *voies de dégagement* de la colloïde ? Trois intermédiaires assurent la liaison entre l'H. et l'organisme : le sang, le liquide céphalo-rachidien et enfin la substance nerveuse de la tige pituitaire. Ces trois voies ont été successivement invoquées ; actuellement on tend à les admettre toutes les trois.

1° L'*hémocrinie,* la première soupçonnée, a été à nouveau étudiée par Collin. Les sinusoïdes présentent un endothélium discontinu. Au niveau des solutions de continuité le plasma par son contact fait éclater les cellules hypophysaires dont le contenu se déverse dans le sang ; 2° Mais nous avons vu le lacis ininterrompu que constituent les gaines périvasculaires dans le tissu glandulaire. La substance sécrétée est capable d'emprunter cete voie et gagner le fond du recessus infundibulaire en se déversant dans le liquide céphalo-rachidien. Mestrez et Van Caulert notent la présence d'hypophysine dans ce liquide, c'est l'*excrétion hydrencéphalique ;* 3° Edinger poussant une injection d'encre de Chine dans le lobe antérieur, en retrouve dans la substance cérébrale qu'elle avait gagnée non par voie capillaire, mais par ces mêmes gaines périvasculaires. Cette voie a été étudiée depuis par Da Costa et enfin par Collin qui montra qu'elle est habituelle, notamment dans la pars tuberalis et la pars intermedia. C'est la *neurocrinie* qui se fait par voie extraordinaire nerveuse au niveau de la tige pituitaire.

Quelle valeur accorder à la colloïde hypophysaire, représente-t-elle l'hormone ? La chimie nous renseigne peu : la présence d'histamine ou de choline n'est pas un critère ; d'autre part, comme le note Coutière, sa quantité considérable risque de la faire surestimer. Peut-être doit-on voir dans les lipoïdes hypophysaires bien étudiés par Launois, Lœper et Mulon ce produit de sécrétion tant cherché. Cependant il semble bien aujourd'hui encore que la colloïde joue un rôle considérable dans le déterminisme hormonal, et que si elle n'est pas elle-même le produit actif, elle peut fort bien lui servir de substratum.

Les moyens d'étude. — Nous les envisagerons ici seulement dans leur technique et leurs principes généraux ; afin d'éviter les redites, les faits spéciaux et les résultats seront exposés au fur et à mesure que nous avancerons dans l'étude des fonctions. L'exploration physiologique de toute glande endocrine relève toujours de l'histologie, de l'analyse chimique, de l'expérimentation, de la clinique. Nous avons déjà expliqué l'organisation tissulaire et cellulaire, voyons à présent les autres méthodes.

A. Expérimentation. — Deux principes la dirigent : constater dans l'organisme les effets dus à la suppression, ou au contraire les résultats soit d'un trop grand apport d'hormones hypophysaires chez un sujet normal, soit d'un apport normal chez un sujet carencé. La plupart de ces expériences ont porté sur de petits mammifères (chien, cobaye, chat, lapin) et sur des batraciens (grenouille, crapaud, têtard).

1. Un sujet peut ne pas réagir au stimulus hypophysaire par suite de l'antagonisme de substances inhibitrices. C'est ce que l'on obtient en général par l'injection d'hormones à effets opposés. L'étude en est à peine ébauchée.

Il est de pratique plus courante d'*intervenir chirurgicalement* sur la glande elle-même, en partie ou en totalité. L'opération consiste en ablation, destruction, section. Cinq voies permettent d'atteindre l'H. Elles sont palatine, latérale, frontale, transphénoïdale, transcérébrale. Nous renvoyons pour le « modus operandi » aux traités classiques où ces techniques sont bien décrites. Nous signalerons en outre deux opérations nouvelles : Ogata et Nishimura réalisent l'hypophysectomie par voie orbitaire chez le pigeon, et Fee et Parkes pratiquent la décérébration partielle chez le lapin avant d'effondrer la paroi antérieure de la selle turcique.

Pour apprécier la valeur technique relative de ces différentes opérations, il y a lieu de considérer et la sécurité de l'intervention et la possibilité de limiter les lésions au territoire strictement en cause ; de ce point de vue le forage à la vrille (voie transphénoïdale ou la destruction chimique de la glande avec des acides gras (voie transcérébrale de Gley) sont des procédés aveugles donnant peu de garanties. Au contraire, l'intervention sur la glande après trépanation (voies temporale de Cushing, palatine de Camus et Roussy, frontale de Dandy) est le procédé de choix.

2. Dans le but de *corriger les troubles dus à l'hypophysectomie* ou d'obtenir l'*hyperpituitarisme expérimental*, on use de deux techniques principales : les greffes et l'opothérapie.

α. *Les greffes* comportent deux variantes : le greffon unique dont la vitalité est la condition d'efficacité, et les implants quotidiens qui agissent en se résorbant. — La technique classique du *greffon* donne ici des résultats peu encourageants. Seule l'implantation de tissu hypophysaire dans le cortex cérébral a permis quelques effets inconstants entre les mains de Crowe, Cushing et Homans. — Efficace au contraire et plus constante est la méthode inaugurée par Smith des *transplantations quotidiennes*. Chaque jour on loge un peu de substance hypophysaire dans un tissu musculaire quelconque, celui de la cuisse par exemple. Les effets sont immédiats aussi bien chez le jeune que chez l'adulte, chez l'animal hypophysectomisé qui redevient normal, que chez l'animal neuf qui présente alors les troubles de l'hyperpituitarisme.

β. *L'opothérapie* : l'*ingestion* de glande fraîche ou d'extraits secs donne des effets discordants chez les mammifères, plus constants chez les reptiles (salamandre). — Un peu spéciale est la technique des *prises nasales* de poudre de post-hypophyse dans le traitement du diabète insipide. — La *voie parentérale* est la plus employée. Les injections sont hypodermiques, intramusculaires, péritonéales. Nous sommes ainsi amenés à considérer la chimie de l'hypophyse.

B. Etude chimique. — La *composition de l'hypophyse* elle-même est assez mal connue ; outre l'eau de constitution et d'imbibition, on noterait de l'azote, des lipoïdes, du phosphore, du calcium, de l'iode, du brome. — *Les extraits* obtenus l'ont été avec diverses méthodes. Suivant leur provenance et leur action physiologique, ils se divisent en deux groupes : les extraits de lobe antérieur, les extraits de lobe postérieur.

α. Les *extraits de lobe antérieur* sont actuellement au nombre de quatre, de préparation et d'action différentes.

1. La *suspension préhypophysaire d'Evans*, obtenue par hydrolyse alcaline mélangée, possède une action stimulante sur la croissance et inhibitrice sur l'ovulation.

2. La *téthéline* isolée par *Robertson* en 1916 est une extraction alcoolique qui doit son nom à son action somatotrope.

3. *Zondek et Aschheim* préparent depuis 1927 un *extrait hydrosoluble* d'action génitale, gonadotrope, qu'ils décomposent en deux principes : le *Prolan A* et le *Prolan B*.

4. De même *Brouha et Simonnet* extraient par l'alcool-éther un produit *acétono et liposoluble*, gonadotrope lui aussi.

β. Les *extraits de post-hypophyse* ont été les premiers préparés puisque dès 1895 Oliver et Schäffer obtiennent un produit hypertenseur en traitant des glandes fraîches par la macération dans l'eau physiologique, l'alcool et la glycérine. Depuis, avec l'emploi de plus en plus fréquent en thérapeutique de la post-hypophyse, les procédés de préparation se sont perfectionnés. Nous rappellerons ici que l'H. postérieure physiologique est différente du lobe postérieur de l'anatomie et que les extraits de lobe postérieur tiennent en fait leur efficacité de la pars intermedia. Les techniques d'obtention (1) étaient si différentes et leurs produits d'action si variable que les physiologistes ont décidé au IIe Congrès pour la standardisation biologique de certains médicaments, de définir un extrait étalon (1923). Ils ont adopté la *poudre dite de Vœtglin : un demi-milligramme de cette poudre contient à la fois une unité ocytocique et une unité hypertensive.* Cette poudre étalon est ainsi préparée par Smith et Mac Closky : des lobes postérieurs de bœuf sont fixés par l'acétone puis desséchés dans le vide en présence de chlorure de calcium. Après pulvérisation et épuration par l'acétone, ils sont conservés à l'état de poudre dans le vide et en présence de chlorure de calcium. La concentration est telle que cette poudre représente seulement 16 0/0 du poids des lobes frais. La poudre de Vœtglin est ensuite traitée par différents auteurs qui cherchent tous grosso modo à séparer au

(1) Nous empruntons ces données de chimie biologique à l'excellente monographie de Penau, Blanchard et Simonnet, qui est le livre de base quand on aborde l'étude des extraits hypophysaires.

maximum le principe ocytocyque du principe hypertenseur. Nous rappellerons seulement l'extraction aqueuse en présence d'acide acétique à chaud de Kamm, dont l'activité est quatre fois plus grande que l'extraction aqueuse simple ; — le tartrate purifié d'Abel dont la concentration est telle qu'il représente 1/3.000 à 1/10.000 de la glande mise en œuvre ; — l'extraction la plus pure et la séparation des deux principes la plus poussée paraît être celle de *Kamm et Aldrich*, et leurs collaborateurs : l'extrait ocytocique a un pouvoir 150 à 200 fois plus grand que la poudre initiale et ne renferme que 4 0/0 d'unité tensive : c'est l'*hypophamine* α ; l'extrait tensif de même concentration et possédant la même impureté vis-à-vis de l'unité ocytocique est appelé *hypophamine* β; ces deux produits sont aussi dénommés *ocytocine* et *vasopressine*. Pour Kamm le poids moléculaire de ses hypophamines serait de l'ordre de 600. Leur constitution chimique paraît se rapprocher des polypeptides (Abel) ou des amines complexes (Adam, Abel) avec un ou plusieurs groupements imidazols. L'équivalence presque complète d'action physiologique entre ces extraits et l'histamine (Abel et Kubata 1919) n'a pas été du reste pour éclaircir la question. Enfin, comme nous le verrons plus loin, la vasopressine ayant aussi une action antidiurétique, certains auteurs ont tenté d'isoler ce principe. Mais l'extraction de la nouvelle hormone n'a pas encore pu être réalisée, bien que Draper la croie chimiquement distincte des deux hormones classiques et que M. Labbé ait obtenu un produit hypertenseur dont la concentration en « *antidiurétine* » est telle que 2 milligrammes à peine suffisent à faire tomber la diurèse de 13 litres à un demi-litre (*extrait P. de M. Labbé* par opposition à l'*extrait H ocytocique*).

C. Faits cliniques. — Nous ne décrirons pas tout au long les syndromes dits hypophysaires, afin de ne pas sortir du cadre de notre sujet. Rappelons seulement l'existence des syndromes d'acromégalie, d'infantilisme, de gigantisme ou de nanisme, adiposo-génital, glycosurique, du diabète insipide. D'autre part la clinique est un terrain trop mouvant pour étayer solidement la rigueur scientifique de la physiologie. Par ailleurs différentes fonctions reconnues à l'H. s'intriquent pour donner naissance à telle maladie. Nous préférons donc donner quelques déductions cliniques en terme de ce travail, afin de mieux expliquer par la physiologie, la pathogénie des troubles hypophysaires.

Les fonctions de l'hypophyse. — Il pourrait paraître séduisant et didactique d'exposer la physiologie du lobe antérieur à part de celle du lobe postérieur. Mais si certaines fonctions, — la fonction de croissance par exemple, — dépendent sans conteste de l'anthypophyse, il n'en est pas de même de quelques autres, dont le métabolisme des glucides, qui ressortissent à la glande entière. Aussi par raison de nécessité et de clarté exposerons-nous successivement les différentes fonctions, sans préjuger, pour le classement, de leur siège. Auparavant, rappelons brièvement la question aujourd'hui historique de l'*H. glande nécessaire à la vie*.

Paulesco écrivait en 1908 qu'un chien ne survivait que 24 heures à l'hypophysectomie. Horsley et Handelsmann, puis Camus et Roussy, montrent que l'ablation de l'H., si elle ne lèse en rien le tuber, est compatible avec une survie indéfinie. Récemment Swend Felding a repris ces expériences : seule la nécessité de la pars intermedia paraît douteuse ; au contraire, la destruction de l'infundibulum amène toujours la mort après une phase d'apathie, de somnolence, de coma. La maladie de Simmonds, la cachexie « hypophyséoprive », ne devrait donc plus être rapportée à une lésion hypophysaire (1).

I. La fonction de croissance. — Pierre Marie le premier, en 1885, établit par la clinique les rapports de l'H. et de la croissance. Ce sentiment que l'acromégalie était l'expression d'un hyperpituarisme antérieur n'est plus aujourd'hui une simple hypothèse, mais une réalité reposant sur des bases expérimentales solides. Les expériences ont été poursuivies dans les deux sens de l'a- et de l'hyperpituitarisme.

A. Apituitarisme. — Pour être efficace, l'hypophysectomie doit porter sur la quasi-totalité du lobe antérieur ; l'ablation du lobe postérieur seul n'entraîne aucun trouble. Chez *l'animal jeune*, Allen obtient en 1928 par l'ablation du lobe antérieur de Rona aurora l'arrêt de la croissance (2). D'une manière générale, on note la persistance des caractères infantiles, du poids et de la taille qui ne se modifient plus. Guinsbourg trouve des lésions osseuses : soudure brusque au niveau des épiphyses des os longs. Chez *l'animal adulte*, on note une perte de poids sans diminution de la taille cependant. En outre, le jeune comme l'adulte voient leurs thyroïdes, parathyroïdes et cortico-surrénales s'atrophier. C'est ce qui explique que les troubles de la métamorphose, qui sont sous la dépendance de la thyroïde, aillent de pair avec les troubles de la croissance (axolots, urodèles, Uhlenhuth et Schwartzbach).

B. Hyperpituitarisme. — On peut le réaliser par des implants ou par des extraits.

a) La méthode des *implants* qu'on réalisera en suivant la technique de Smith ne donne des résultats sur la croissance qu'en employant des lobes antérieurs. Cet hyperpituitarisme expérimental *corrige* les troubles de l'apituitarisme chez le têtard hypophysectomisé. Par cette méthode, Leet Reichert voit la croissance d'un jeune chien hypophysectomisé reprendre, sans égaler cependant celle des animaux normaux ; — chez l'*animal normal* la croissance est seulement stimulée.

b) Le premier *extrait* stimulant la croissance bien isolé fut la téthéline de Robertson. Par la suite, les effets du principe de croissance furent bien étudiés par Allen et Smith chez le têtard et par Evans et Long

(1) Cependant Zondek et Köller (Deutsch. mediz. Wochanschr. 1928, 23 nov.) ont décrit un syndrome de Simmonds larvé, qui serait dû autant à une lésion mésocéphalique qu'à l'atteinte de l'anthypophyse.

(2) La thyroïdectomie ne modifiait pas la croissance. L'action hypophysaire paraît donc bien spécifique.

chez le rat. Alors que les implants permettaient seulement de corriger les effets de l'hypophysectomie et n'avaient pour ainsi dire pas d'action sur l'animal normal, ici au contraire nous allons voir se réaliser expérimentalement les deux grands syndromes de croissance de la clinique humaine : le gigantisme et l'acromégalie. Le *gigantisme* apparaît déjà chez des salamandres nourries avec des lobes antérieurs (Uhlenhuth). De même la croissance s'accélère chez les jeunes planaires (plathelminthes) qui ingèrent des lobes antérieurs (Wulzen). Evans et Long font à un rat, à partir du 15e jour de sa vie, une injection quotidienne intra-péritonéale d'extrait contenant le principe de croissance (0 cc. 2 au début en augmentant peu à peu jusqu'à 2 cc.). Dès le début la croissance est accélérée par rapport aux témoins ; la différence devient considérable du 90e au 115e jour. Le plateau caractéristique, que l'on observe à cette période dans la courbe de croissance d'un animal normal, n'est pas obtenu. Un traitement prolongé un an et plus donne des animaux de 600 grammes, alors que 250 grammes est le poids moyen. Enfin, point important, la croissance est harmonieuse, sans modifications somatiques relatives (sauf en ce qui concerne le tractus génital qui fera l'objet d'un paragraphe suivant). Ces effets ne dépendent pas de la présence des glandes sexuelles ; G. de Wagenen donne les résultats suivants : le poids moyen d'un rat mâle est 250 gr. ; castré au 21e jour et injecté quotidiennement de lobe antérieur, son poids atteindra 600 gr. au 400e jour d'âge. Putnam, Teel et Benedict obtiennent des résultats analogues chez le chien. En outre, injectant pendant 14 mois des extraits hypophysaires antérieurs à un bouledogue femelle, ils parviennent à obtenir une *acromégalie expérimentale:* poids double de celui des témoins, croissance exagérée du squelette avec hyperostoses, splanchnomégalie. macroglossie, hyperplasie du corps thyroïde et des cortico-surrénales, polyphagie, polydipsie, etc...

Des expériences précitées nous déduirons les points suivants : 1° la présence du lobe antérieur de l'H. est indispensable pour assurer la croissance normale de l'individu ; 2° l'hormone spécifique anthypophysaire paraît agir électivement sur les cartilages de conjugaison si l'animal est jeune, en réalisant expérimentalement le gigantisme ; et après la disparition de ceux-ci, quand l'animal est adulte, sur la totalité de l'os, surtout dans les extrémités, en réalisant l'acromégalie expérimentale.

Reste la question de l'*origine de l'hormone* ; l'étude de l'acromégalie et du gigantisme où l'adénome est toujours éosinophile résout le problème ; *il est infiniment probable que l'hormone de croissance est sécrétée par les cellules éosinophiles.*

II. **La fonction sexuelle.** — Cette fonction qui n'était que soupçonnée dans son mode d'action voici seulement quelques années a vu son déterminisme bien précisé depuis les travaux fondamentaux de Zondek et Aschheim en Allemagne, de Smith et Engle, en Amérique, de Brouha, Simonnet, Hinglais en Belgique et en France. Elle est ainsi devenue en l'état actuel de nos connaissances la plus importante peut-être des fonctions hypophysaires. Nous envisagerons d'abord les expériences ; ensuite, nous en tirerons les conclusions physiologiques.

A. Apituitarisme. — Pour être efficace du point de vue génital l'hypophysectomie doit porter sur au moins les deux tiers de l'organe ; une minime quantité laissée en place ne donne que des modifications très atténuées (Smith). D'une manière générale on observe l'atrophie de tout le tractus génital chez les animaux des deux sexes. Pratiquée chez l'*animal impubère*, mâle ou femelle, elle entraîne l'arrêt de développement et l'infantilisme de tout le tractus génital : absence de caractères sexuels secondaires et de l'ovulation ou de la spermotogénèse ; un *mâle adulte normal* devient impuissant et infécond, en même temps que régressent ses organes génitaux. Chez la *femelle adulte normale*, on observe la régression du système génital organique (dégénérescence des organes génitaux, arrêt de l'ovulation, atrésie folliculaire, disparition des corps jaunes) et fonctionnel (disparition du cycle œstrien, du rut, de la conception). A noter que la dégénérescence utérine est plus marquée que celle qui suit la simple castration ; donc l'action pituitaire est au moins en partie spécifique (Brouha et Simonnet). Enfin, une *femelle gravide* avorte dans les trois jours qui suivent l'intervention ; l'involution utérine est plus lente que normalement (Aschner).

B. Hyperpituitarisme. — 1° *Pour corriger les troubles dus à l'hypophysectomie* l'ingestion de glande fraîche ne donne rien ; au contraire les implants donnent des résultats chez le mâle comme chez la femelle, chez le jeune (éveil de l'activité génitale en 2 à 3 jours) comme chez l'adulte (restitutio ad integrum des organes génitaux). Les extraits anthypophysaires administrés par voie parentérale ont donné des résultats à Crowe, Cushing et Homans, expérimentant sur le chien.

2° *Hyperpituitarisme chez l'animal non hypophysectomisé.* — *a*) C'est la *méthode des transplants* qui donne les résultats les plus beaux (1). Il est à noter que les implants peuvent provenir indifféremment de l'H. d'un animal normal (impubère, adulte ou ménopausé) ou castré.

α. Par cette méthode la *puberté est accélérée* chez le jeune. Une souris femelle est rendue pubère deux fois plus tôt que les témoins. L'ovaire présente un accroissement de poids et de volume dû davantage à l'augmentation du nombre des follicules et des corps jaunes qu'à une modification volumétrique. Le processus est d'ailleurs physiologique puisqu'il se produit sur des follicules de dimension moyenne, qu'il amène à une maturation plus précoce, et ce sans atypie ni monstruosités. Le rat mâle impubère serait moins sensible que la femelle (Smith et Engle), ou mieux répondrait moins vite (Voss et Lœve).

β. *La femelle adulte normale.* Ses ovaires triplent de volume et de poids ; il y a superovulation ; l'œstrus est déclenché rapidement (Zondek et Aschheim) ; le cycle est bouleversé : pendant le diœstrus, les sécré-

(1) Par l'ingestion de lobe antérieur les effets sont discordants. Evans et Long, Smith et Smith, n'obtiennent rien. Gœtsch accélérerait la puberté du rat.

tions vaginales prennent des aspects d'œstrus. Plus intéressantes encore sont les expériences faites sur des *femelles gravides : les implants anthypophysaires entraînent la reprise de l'activité ovarienne*. Cependant la grossesse n'est pas interrompue si l'implant a lieu pendant la deuxième moitié de la gestation (Zondek et Aschheim). Engle et Mermod précisent cette action par des implantations quotidiennes à des rats ou à des souris gravides. Pratiquées immédiatement après le coït, elles empêchent la fécondation ; dans le deuxième tiers de la gestation, la résorption ou l'expulsion est la règle ; dans le dernier tiers l'avortement n'a plus lieu que dans 40 pour 100 des cas environ. Enfin, chez le rat, Evans et Simpson prolongent la gestation au delà du terme normal par des implants pratiqués pendant les 5 derniers jours de la grossesse. Les implants anthypophysaires, concluent Brouha et Simonnet, peuvent entraîner par conséquent chez la femelle gravide :

1. La nidation de l'œuf ;
2. La formation de follicules lutéinisés et de faux corps jaunes ;
3. La maturation des follicules avec ovulation normale et formation de corps jaunes sans interrompre la grossesse ;
4. L'avortement si la grossesse est jeune encore (et les doses suffisantes) ;
5. La prolongation de la gestation au delà du terme normal.

γ. Chez la *femelle ménauposique*, il y a réveil de l'activité sexuelle du point de vue organique et fonctionnel (Zondek et Aschheim) tandis que chez la *femelle castrée* le traitement même longtemps poursuivi n'entraîne aucune modification génitale. Pareillement l'activité fonctionnelle du *mâle adulte* est accrue, tandis que le mâle castré ne réagit au stimulus pas plus que la femelle castrée.

b) Alors que les implants anthypophysaires avaient toujours une action stimulante sur la vie génitale, avec *les extraits* nous voyons apparaître dans certaines conditions expérimentales un effet nouveau, une *action inhibitrice*. Aussi, considérant les travaux les plus importants publiés sur cette question, ceux de Evans et Long d'une part, de Zondek et Aschheim d'autre part, et enfin de Brouha et Simonnet, pourrons-nous relever quelques contradictions ; mais en fait celles-ci ne sont qu'apparentes, et c'est en partie d'elles que dans le paragraphe suivant nous tirerons les conclusions nécessaires sur la fonction « hypophyso-génitale » (Brouha et Simonnet).

1. La *suspension aqueuse anthypophysaire d'Evans* qui par ailleurs stimule la croissance est ici *inhibitrice de l'ovulation* par un mécanisme spécial. L'examen d'un ovaire d'animal traité par cet extrait montre que l'ovule « reste emprisonné dans un follicule atrétique dont les cellules thécales sont hypertrophiées et lutéinisées ». Cette lutéinisation massive est capable par ailleurs de sensibiliser la muqueuse utérine à la nidation de l'œuf : une irritation mécanique (fil de soie transfixiant) provoque la formation de cellules déciduales typiques (Teel). Par arrêt des injections l'ovaire reprend peu à peu son activité normale, et le cycle œstrien reparaît. Enfin, l'administration régulière de cet extrait dès le premier jour qui suit le coït entraîne l'allongement de la période de gestation avec mort du fœtus in utero (Teel).

2. L'*extrait hydrosoluble selon Zondek et Aschheim* reproduit entièrement l'action des transplants anthypophysaires : stimulation folliculaire, œstrus rapidement obtenu, bouleversement du cycle œstrien. Ces effets s'observent aussi bien chez l'impubère que chez l'adulte normal ou sénile. Chez le mâle, cet extrait produit aussi la stimulation sexuelle.

3. Les deux préparations précédentes n'agissaient que sur des animaux « entiers », non châtrés. Au contraire nous voyons apparaître avec l'*extrait lipo-soluble de Brouha et Simonnet* un fait nouveau : l'injection de cet extrait provoque « le développement génital et l'évolution des cycles œstraux chez les animaux impubères et adultes *castrés*, effets analogues à ceux que produit le follicule ».

C. Etude synthétique des hormones génitales de l'hypophyse. — 1° Nous ferons tout d'abord remarquer que l'hormone hypophysaire est « indifférente », en ce sens que son comportement est le même lorsqu'elle provient d'H. d'animal femelle ou mâle, lorsqu'elle agit sur des récepteurs mâles (testicules) ou femelles (ovaires) : action stimulante sexuelle. Cependant, s'il est facile de concevoir le rapport testicule-hypophyse, l'un étant le moteur sexuel de l'autre, plus complexe est le mode d'action de l'H. vis-à-vis de l'ovaire ; ici en effet le phénomène génital est double : à une phase folliculaire, période œstrale, succède une phase lutéinique, période diœstrale. Le cycle ovarien a fait naître différentes hypothèses pour son explication, qui peuvent se grouper sous deux chefs : théories de l'unité, et théories de la dualité hormonale.

α. Si l'*hormone est unique*, l'alternance des stades ovariens peut être due à une action hypophysaire ou à une action ovarienne. Dans le cas où l'*H. serait seule en cause*, il est difficile d'admettre qu'à une qualité toujours identique d'hormone hypophysaire ne répondent pas des effets identiques ovariens. On est alors forcé d'invoquer des *variations de quantité ou de concentration hormonale* dans le comportement physiologique, et dans l'expérimentation des modalités techniques différentes.

Au contraire, l'explication est plus facile à trouver si elle réside non pas dans des variations de sécrétion hypophysaire, mais dans des *variations de réceptivité ovarienne*. C'est alors poser la question de l'existence d'une phase réfractaire de l'ovaire : durant la période comprise entre un certain degré de développement folliculaire et la fin de la phase lutéinique, l'ovaire ne répond pas au stimulus hypophysaire par une nouvelle ovulation. Cet état réfractaire peut être dû, soit à l'absence de follicules suffisamment développés, ce qui ne semble pas être puisque pendant l'état réceptif il paraît y avoir proportionnalité entre l'intensité du stimulus hypophysaire et le nombre des follicules qui évoluent ; — soit à une hormone inhibitrice sécrétée par l'ovaire. Dans ce cas, quelle peut-elle être ? La lutéine ? Mais nous savons que le corps jaune n'est

pas indispensable dans le cycle œstrien puisque la femme peut présenter des cycles réguliers sans corps jaune (Schikelé) ; inversement on peut observer la coexistence de follicules mûrs et de corps jaunes : dans ce cas, la lutéine n'aurait pas fait sentir son action inhibitrice. Il est plus facile d'admettre l'hypothèse d'une action folliculaire. La folliculine s'accumulerait dans l'organisme jusqu'à un certain degré de concentration pour lequel elle acquerrait la propriété inhibitrice, et au delà duquel elle s'éliminerait, permettant ainsi la reprise du cycle. On pourrait ainsi expliquer les aménorrhées par hypersécrétion folliculaire, et les résultats paradoxaux de castration physiologique après un hyperpituitarisme expérimental trop poussé. Ce mécanisme inhibiteur se ferait, soit par neutralisation directe de l'hormone anthypophysaire par la folliculine, soit par action dépressive de la folliculine sur le fonctionnement du lobe antérieur. C'est la théorie que proposent Brouha et Simonnet.

β. La *théorie de la dualité hormonale* a eu pour promoteurs Zondek et Aschheim. Pour eux, il existerait une première hormone de maturation folliculaire et de sécrétion de folliculine, dite *Prolan A*, et une seconde hormone de formation du corps jaune et de sécrétion lutéinique dite *Prolan B*. Cette théorie trouverait confirmation dans les résultats contradictoires donnés par des préparations différentes (V. plus haut l'action des extraits). Jusqu'à présent ces deux hormones n'ont pu être isolées, ni analysées chimiquement ; cependant leur étude est facilitée par la présence de Prolan A seul dans les urines de femme ovariectomisée ou atteinte de cancer génital, et la constatation de Prolan B seul dans les urines de femme enceinte (nous en verrons l'application au diagnostic de la grossesse). Quant à l'alternance de sécrétion de ces deux hormones, elle peut s'expliquer par une action excitante de la folliculine à l'égard du Prolan B ; la sécrétion de lutéine qui en résulte inhiberait alors le Prolan A ; et le cycle recommence.

2° A côté de ces hormones à action indirecte sur le tractus génital, puisqu'elles s'exercent par l'intermédiaire de glandes sexuelles, nous avons vu que Brouha et Simonnet ont cru pouvoir mettre en évidence une hormone directe dite « *folliculoïde* » en raison de ses effets identiques à ceux de la folliculine, et ce sans l'intermédiaire des glandes sexuelles.

3° Ici encore se pose le problème de l'*origine de l'hormone*. Les adénomes chromophobes se traduisent en général par de l'impuissance ; mais l'analyse histologique de ces cas est trop peu détaillée pour conclure sûrement, et avec Smith et Engle, Evans et Simpson, nous ne pourrons mieux faire qu'émettre l'hypothèse de l'*origine basophile* (cellules basophiles du lobe antérieur).

(*A suivre.*)

Guide pratique d'analyses médicales par des méthodes simples et rapides, par Ed. MOREAU et J. BECK. Deuxième édition revue et corrigée. In-8° écu XVI-216 pages, avec 47 figures. Prix : 15 fr. — Paris, Vigot Frères.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 AVRIL 1932)

A propos du pouvoir bactéricide de l'argent métallique. — M. Georges LAKHOWSKY.

Le rachitisme hypatrophique expérimental. — MM. G. MOURIQUAUD, A. ELULIER et Mlle L. WEILL.

Une nouvelle maladie enzootique du lapin : l'otite moyenne suppurée. — MM. P. REMLINGER et J. BAILLY.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1932)

Résultats éloignés des opérations précoces dans le cancer du col utérin. — M. J.-L. FAURE qui fut, il y a 35 ans, un des premiers à s'attaquer au cancer de l'utérus, et qui, depuis lors, n'a jamais abandonné la lutte, vient communiquer le résultat de ses efforts, et montrer que ce cancer, qui passait autrefois pour incurable, et qui l'était en effet, est aujourd'hui devenu le plus curable de tous.

Dans les « bons cas », opérés à temps, c'est-à-dire dans les deux ou trois premiers mois, les guérisons radicales ont été, dans une première série qui remonte à quelques années, de 83 %, dans une série plus récente 96 %. L'ensemble de ces deux séries donne une moyenne de 91 %.

Dans les deux séries réunies, sur 46 opérées, il y a eu : 2 morts, soit 4,34 % ; 2 opérées perdues de vue, à éliminer ; sur les 42 opérées restant, 2 récidives, soit 4,54 % et 40 guérisons définitives, soit 90,90 %.

Tels sont les résultats qui, autrefois, eussent paru incroyables.

Mais ces résultats ne peuvent être obtenus que dans les « bons cas », et ceux-ci, malheureusement, ne se présentent encore que dans 1/5 des cas opérés, et 1/7 seulement des cas observés. Les autres cas, médiocres, mauvais, inopérables — qui correspondent encore aux 6/7 des malades, sont justiciables du radium.

Il y a donc encore beaucoup trop de femmes qui viennent trop tard. Il faut que ces beaux résultats soient connus de tous. Il faut que les malades soient opérées de façon précoce. Il y a encore beaucoup à faire dans ce sens. Mais on peut affirmer que, quand l'éducation générale des malades et des médecins permettra aux chirurgiens compétents d'opérer les malades à temps, — dans les deux ou trois premiers mois, — cette affection autrefois terrible guérira presque toujours.

Le salut est dans l'opération précoce.

Action de l'eau de Bains-les-Bains sur le système organo-végétatif. — M. DESGREZ présente un travail expérimental de MM. SANTENOISE, MERKLEN et VIDACOVITCH, établissant que l'ingestion d'eau minérale de Bains-les-Bains exerce une action sédative remarquable sur l'excitabilité réflexe sympathique.

Septicémie à streptocoques hémolytiques guérie par le sérum antistreptococcique du Professeur Vincent. — M. Marc TROUDE apporte l'observation d'un jeune homme de 22 ans atteint de septicémie à streptocoques d'origine incertaine (angine possible), et qui se compliqua de congestion pulmonaire unilatérale. Fièvre élevée, en plateau, prostration

très marquée. L'hémoculture était positive. On commença aussitôt les injections de sérum antistreptococcique de Vincent, d'abord intraveineuses (100 cc.), puis intramusculaires, ces dernières à doses décroissantes. Au cinquième jour, la fièvre était définitivement tombée, la pneumopathie en rétrocession régulière avait disparu et l'hémoculture devint progressive. Guérison sans aucune séquelle.

Existence, en Grèce, d'une forme endémique du typhus exanthématique. Rôle du rat et des puces comme réservoir et vecteurs de cette affection. — M. Pierre LÉPINE montre qu'il existe en Grèce un foyer permanent de typhus exanthématique endémique, du type de la maladie de Brill. Les cas humains ne sont ni rares, ni toujours bénins. Ils ont été, jusqu'ici, suivant leur gravité, ou méconnus, ou rattachés soit au typhus épidémique soit à la fièvre boutonneuse. Le virus est conservé par le rat, et transmis par les puces (principalement par *Xenopsylla cheopis*). Les recherches faites à l'occasion des cas observés sont particulièrement démonstratives : dans un cas, les rats capturés dans la chambre même d'un malade et leurs puces se sont montrés virulents pour le cobaye. Le virus isolé de cas humains, même très bénins, montre une indiscutable parenté, attestée par les réactions d'immunité croisée, avec le virus murin précédemment isolé et avec le virus du typhus exanthématique épidémique. De nouvelles recherches préciseront les rapports qui unissent entre eux ces différents virus.

Le Maroc infecteur. — M. REMLINGER.

L'impaludation cérébrale. — M. DUCOSTE.

L'artério-phlébographie comme moyen de déterminer la vitesse de la circulation du cerveau, des méninges et des parties molles du crâne. — M. Egas MONIZ.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1932)

L'épilepsie expérimentale du cobaye suivant la technique de Brown-Séquard. — MM. Ph. PAGNIEZ, A. PLICHET et Ph. DECOURT rappellent que Brown-Séquard a montré que, chez le cobaye, certaines lésions nerveuses, et en particulier, la section du sciatique, ont pour effet de faire apparaître, un certain temps après l'opération, une épilepsie réflexe dont les crises peuvent être provoquées par excitation d'une zone déterminée de la face et du cou, du côté correspondant à la lésion. Ces expériences ont été reprises et confirmées par certains expérimentateurs, critiquées par d'autres, mais

depuis une quarantaine d'années la question a été complètement abandonnée.

Les auteurs y ont consacré une série de recherches qui leur ont permis de contrôler la rigoureuse exactitude des faits décrits par Brown-Séquard. Une certaine proportion des cobayes, chez lesquels on fait une résection du sciatique, devient épileptique. Les crises qu'on provoque par pincement de la peau de la zone épileptogène se rapprochent beaucoup, par leurs caractères, des manifestations de l'épilepsie humaine, ainsi qu'on peut le constater chez les animaux qui sont présentés à la Société. La perte complète de conscience, les phases toniques et cloniques, une certaine stupeur consécutive se retrouvent en effet ici, alors que, dans la plupart des épilepsies expérimentales, les phénomènes sont fort différents.

La section du sciatique a pour effet de créer une paralysie de la patte et d'entraîner souvent des lésions trophiques. L'épilepsie n'est pas proportionnelle au degré de ces lésions ; elle peut s'observer même chez les animaux dont la patte ne présente que peu ou pas d'altération.

L'épilepsie n'apparaît qu'un certain temps et un temps variable, après la section du sciatique, en moyenne une quinzaine de jours. Elle peut persister, ou après quelques semaines ou quelques mois disparaître.

La fréquence des accidents épileptiques après section du sciatique serait très variable. Les auteurs étrangers qui ont reproduit les expériences de Brown-Séquard ont eu des résultats très inconstants : MM. Pagniez, Plichet et Decourt ont obtenu 17 fois sur 37 expériences. Ils ont commencé des recherches complémentaires pour préciser la raison des échecs et en même temps dégager, si faire se peut, les conditions très complexes qui sont en jeu dans la production de ces curieux accidents.

M. Baudouin. Combien de temps après la section du sciatique se produit l'épilepsie ?

M. Piéron. Les auteurs italiens ont rapporté des expériences où l'excitation d'une région sensorielle détermine des crises comitiales typiques.

M. Laugier. Peut-on 1° localiser la zone épileptogène ; 2° arriver au même résultat en électrisant le nerf ? A-t-on étudié les réactions humorales ?

M. Pagniez. L'épilepsie se produit environ au bout des quinze jours. La zone épileptogène est difficile à limiter ; on peut reproduire la crise par l'électrisation du nerf. Je n'ai pas encore étudié les réactions humorales sur les cobayes ainsi expérimentés.

Action de quelques dérivés calciques sur l'évolution du rachitisme expérimental du rat. — MM. R. Lecoq et F. Villuis. 1° Parmi les dérivés calciques essayés : le lactate, le gluconate, le carbonate et le chlorure ne montrent aucune action sur le rachitisme expérimental du rat blanc provoqué à l'aide d'une ration à la fois carencée en vitamine antirachitique et comportant un large excès de calcium par rapport au phosphore.

2° Le sulfate de calcium peut, par sa toxicité, entraîner chez les sujets rachitisés une chute de poids se traduisant par une calcification anormale comparable à celle qui est obtenue par inanition.

3° Les phosphates mono, bi et tricalcique possèdent une action curative qui n'est pas en rapport avec la proportion du phosphore introduite dans la ration, les fonctions acides libres de la molécule paraissant exercer une action de renfort sur la valeur propre de l'ion phosphore.

Le sérum antidiphtérique et son action thérapeutique expérimentale. — MM. G. Ramon et R. Debré. Si certains facteurs comme le délai d'intervention, la puissance pathogène de la dose infectante entrent en jeu pour limiter l'action thérapeutique expérimentale du sérum antidiphtérique, cette action dépend surtout de la présence et de la valeur, dans ces sérums, de l'antitoxine spécifique, et aussi par conséquent de la quantité d'unités antitoxiques administrées à l'animal d'expériences. L'antitoxine, quel que soit son mode d'obtention, est « une », elle vaut contre toute infection provoquée par n'importe quel germe diphtérique.

LIVRES NOUVEAUX

Electrocardiographie clinique (1), par Pierre-Noël Deschamps.

En dehors même de la pratique du spécialiste, l'électrocardiographie prend une place chaque jour plus importante. Se documenter à son endroit nécessitait récemment encore la lecture de nombreux articles de traités ou de revues dont la compréhension était souvent rendue peu aisée du fait que le lecteur manquait de certaines notions que l'auteur croyait connues.

Sous une forme claire et abrégée, suffisamment complète pourtant pour l'usage courant et prenant le problème ab ovo, l'auteur expose ici tout ce que doit posséder aujourd'hui le médecin pour faire en connaissance de cause appel à ce mode d'exploration et interpréter les courbes qui lui seront présentées.

Après avoir exposé le principe de la méthode, étudié l'appareillage et la technique, l'auteur expose les caractères des courbes fournies par le cœur normal et leurs relations avec ce que nous savons par ailleurs de la physiologie normale du cœur.

La seconde partie de l'ouvrage est réservée à l'étude des tracés pathologiques ; les plus schématiques d'abord, que fournissent les diverses arythmies, ceux ensuite que rendent moins typiques les anomalies du complexe ventriculaire. L'auteur en tire chemin faisant les plus importants corollaires cliniques et pronostiques. Un chapitre traite des cas moins importants : tracés influencés par les lésions péricardiques, tracés des grandes infections, des viciations thyroïdiennes. Les dernières pages rassemblent enfin ce qu'on pourait appeler la philosophie de cette méthode.

Une très abondante bibliographie montre quelle place tient dès à présent cette méthode en physiologie et en pathologie cardiaques.

Cet exposé est à chaque page illustré de figures, d'annotations, de schémas et de courbes.

Aussi peut-on voir se rapprocher le jour où le médecin n'aura pas plus de difficultés à déchiffrer un électrocardiogramme qu'à interpréter un examen de sang ou une analyse d'urines.

L. B.

Electricité et radiologie médicales, par le Dr L. Gally, radiologiste des hôpitaux de Paris et le Dr P. Rousseau, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef du laboratoire d'électrologie à la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-16. — Prix : Relié, 12 fr. ; broché : 10 fr. 50. — Paris (Collection Armand Colin).

(1) Collection Médecine et chirurgie pratiques. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

FICHES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

La Spartéine " Houdé "

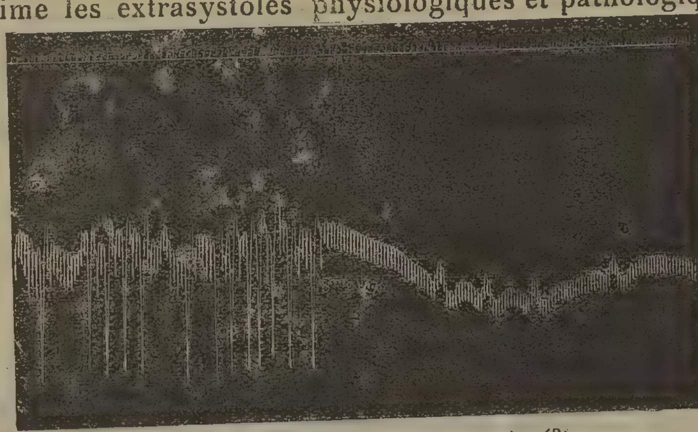
Sulfate de Spartéine : $C_{15}H_{26}N_2, SO_4H_2 + 5H_2O$. *sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : *a*) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;

b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;



c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur toni-cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules** de **Spartéine HOUDE**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER. *C. R. Soc. Biol.*, **93** (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, **25** (1925), 1.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. médecine*, Toulouse (1927).

N° 32. — MERCREDI 20 AVRIL 1932. 105e ANNEE. MERCREDI 20 AVRIL 1932. — N° 32.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de pharmacien des hôpitaux. — *Epreuve sur titres.* — Séance du 12 avril. — MM. Kayser, 9; Courtois, 10; Janot, 11; Cordier, 12; Poté, 3,5.

Epreuve pratique. — Séance du 13 avril. — MM. Kayser, 14; Courtois, 17; Poté, 9; Cordier, 11; Janot, 9,5.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours pour l'adjuvat* — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 23 mai 1932, à midi, à la Faculté de médecine de Paris

Tous les élèves de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours.

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 2 de l'arrêté ministériel du 13 décembre 19›7.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 h., tous les jours, jusqu au 14 mai inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1932.

— *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 30 mai 1932, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 16 de l'arrêté ministériel du 13 décembre 1927.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté. de 15 à 17 h., tous les jours, jusqu'au 21 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1932.

— Lyon. — Après concours, MM. Colson et Regad, internes des hôpitaux, ont été nommés aides d'anatomie à la Faculté.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Instruction publique. — *Grand-croix.* — M. Emile Picard, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

Grand officier. — M. Mangin, directeur honoraire du Muséum d'histoire naturelle.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE. — Prix Etienne Taesch (donation faite par Mme Constance-Françoise Nicolay, sa veuve). — Ce prix est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de trente ans, ayant peu de ressources, dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de candidature avant le 1er juin de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association.

Ils joindront à leur candidature la liste des travaux déjà publiés par eux et le texte original de ceux de ces travaux qu'ils jugent particulièrement dignes de retenir l'attention du jury.

Le jury appréciera ces travaux moins d'après leur nombre et leur longueur que d'après l'esprit d'originalité qu'ils décèleront.

Les candidats devront joindre également à leur candidature un aperçu sur les recherches qu'ils ont l'intention d'effectuer et pour lesquelles ils sollicitent le prix

Ils s'engageront, si le prix leur est décerné, à publier, dans les deux ans qui suivront la proclamation du prix, un travail sur ces recherches et leurs résultats.

Ce travail, ou un résumé de ce travail, pourra être publié à la suite des comptes rendus du Congrès annuel de l'Association française d'urologie.

Pour l'année 1932, le prix Etienne Taesch sera de 7.500 fr. — Adresser les inscriptions, avant le 1er juin 1932, à M. le docteur O. Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, Paris (VIIe).

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST. — La Session-Congrès de la Société d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest, présidée par le professeur J. Sellier, se tiendra à la Faculté de médecine les 22 et 23 avril 1932, la journée du 24 sera consacrée à une excursion dans une région climatique et viticole du Bordelais.

L'ordre du jour des réunions comprendra les rapports suivants :

Pathogénie du diabète. — MM. Delmas-Marsalet et Gré (Bordeaux).

Traitement hydrominéral du diabète. — MM. Henri Paillard (Vittel) et Henri Walter (Vichy).

M. le professeur Santenoise (Nancy) fera une conférence sur : « Résultats expérimentaux concernant la vagotonine ».

M. le professeur Esclangon, directeur de l'Observatoire de Paris, fera une conférence sur : « Rôle des actions solaires sur les climats ».

Des communications individuelles relatives à l'hydrologie et à la climatologie seront admises. Les sujets et les demandes de renseignements doivent être adressés à M. le docteur J. Vergely, secrétaire général, 4, rue d'Enghien, à Bordeaux.

LA FORMATION DU MÉDECIN. — Le jeudi 21 avril, à 20 h. 45, dans la salle des Fêtes de la mairie du Xe arrondissement, 72, faubourg Saint-Martin, aura lieu une réunion consacrée à « La formation du médecin. Doit-il savoir le grec? » Exposés par MM. le docteur Rist, médecin des hôpitaux; le docteur Armbruster, sénateur de l'Aube, sous la présidence de M. le doyen Lépine, de la Faculté de médecine de Lyon.

Les exposés seront suivis de discussions.

Cette réunion est organisée par le redressement français et la Revue l'*Education*.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Rocquet (de Marchiennes) et Adolphe Bloch (de Paris).

RENSEIGNEMENTS

FILLE, SŒUR ET VEUVE de médecin, excellente éducation, cherche situation dans clinique. Recevrait clientèle chez médecin. Prétentions modestes. — Ecrire à Mme Albert Noble, 44, avenue de Suffren, Paris (XVe).

LIVRES NOUVEAUX

Leçons cliniques sur les maladies du sang et des organes hématopoiétiques (1), par Ch. Achard, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

L'intérêt de ces cliniques des maladies du sang est d'autant plus grand que de nombreux travaux ont paru au cours des dernières années sur les différentes affections traitées dans ce livre et que les opinions émises sur la pathogénie de ces diverses maladies sont diverses et discutées. L'importance de l'observation clinique est donc ici considérable.

Dans les trois premiers chapitres, on trouvera une étude des maladies hémorragiques : hémophilie, purpura, puis une étude de l'anémie pernicieuse, maladie considérée naguère comme à peu près incurable et dont la thérapeutique s'est considérablement améliorée.

Les leucémies sont l'objet d'une étude importante, elles consistent essentiellement en des syndromes hématologiques qui se distinguent entre eux par la nature des modifications leucocytaires. Un chapitre est consacré aux angines hypogranulocytaires dans lesquelles l'examen du sang révèle une forme hématologique très spéciale et différente de ce qu'on observe dans les états infectieux : une leucopénie avec une diminution des polynucléaires. Enfin deux leçons sont consacrées à la granulomatose maligne dont le diagnostic est difficile et dont le symptôme le plus apparent est caractérisé par des adénopathies multiples.

L. G.

(1) Un volume de 270 pages avec 13 figures et 1 planche hors texte en couleurs. — Prix : 34 fr. — Paris, Masson et Cie.

Etude de Téléphonie et Télégraphie. La recherche des qualités acoustiques en téléphonie. Le problème de la télégraphie rapide (1), par E. Reynaud-Bonin, ingénieur en chef des Postes et Télégraphes, directeur des Services téléphoniques de Paris.

Dans un ouvrage où il s'est efforcé d'éviter des développements trop considérables, M. Reynaud-Bonin, ingénieur en chef des Postes, Télégraphes et Téléphones et directeur des Services téléphoniques de Paris, s'est efforcé de présenter d'une façon conforme à leur véritable aspect scientifique les principales questions qui se rapportent à la télégraphie ou à la téléphonie. Certaines de ces questions sont d'une très grande actualité telles, par exemple, le téléphone à grande distance par câbles souterrains et la téléphonie automatique. L'auteur montre d'une façon très claire que pour réussir à expliquer la propagation des courants téléphoniques, il faut avoir constamment présente à l'esprit la notion du spectre sonore du thème à reproduire et suivre à chaque phase de la transmission ou de la restitution chacune des composantes de ce spectre en valeurs absolues et en valeurs relatives.

Dans le domaine de la télégraphie, il montre que pour faire de la télégraphie rapide, il faut analyser avec le plus grand soin la courbe d'établissement du courant, car celui-ci ne se manifeste pas instantanément à l'extrémité de la ligne télégraphique. Ceci devient particulièrement important dans les problèmes posés par la télégraphie sous-marine et, dans ce domaine, il y a eu tout récemment d'immenses perfectionnements qui font qu'elle continue à se développer malgré les progrès de la télégraphie sans fil. On lira avec le plus vif intérêt les renseignements donnés à ce sujet.

En résumé, ce volume assez court et dans lequel les développements mathématiques ont été réduits à très peu de chose, fournit un tableau complet du véritable état actuel de la technique télégraphique ou téléphonique.

L. G.

(1) In-8 de 170 pages avec 110 figures. — Prix : 45 fr. — Paris, Les Presses universitaires de France.

Clinique médicale de Saint-Sauveur à Lille.
Professeur : M. Georges CARRIÈRE.

SYPHILIS ET SYNDROMES ENDOCRINIENS *

Par le docteur CLAUDE HURIEZ,
Chef de clinique médicale adjoint à la Faculté de Lille.

Pour étudier le rôle d'un facteur étiologique dans la production des troubles du fonctionnement d'un tissu ou d'un organe, il faut envisager :

1° Si des *preuves anatomo-pathologiques* autorisent pareille affirmation ;

2° Si des *tableaux cliniques* sont caractéristiques de l'atteinte de cet organe par la cause étudiée ;

3° S'il y a des *tests biologiques* de cette action ;

4° Si enfin une *thérapeutique spécifique* de cet agent morbide améliore plus ou moins les lésions observées.

C'est du groupement et de la confrontation de ces données anatomo-pathologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques, c'est de leur discussion et de leur interprétation que peuvent découler des conclusions de pathologie générale.

Il semble au premier abord facile d'appliquer cette méthode à l'étude du problème qui nous intéresse, et d'affirmer l'*existence de troubles endocriniens d'origine syphilitique*, en recherchant l'atteinte anatomique des glandes endocrines par le tréponème, l'allure clinique spéciale des endocrinopathies spécifiques, la fréquence des réactions humorales positives au cours des affections des glandes vasculaires sanguines, et les résultats du traitement antispécifique appliqué à de tels syndromes morbides.

Mais les faits sont bien plus complexes. D'abord il s'en faut de beaucoup que l'on soit d'accord sur le rôle physiologique à attribuer à telle ou telle glande endocrine. Il est cependant indispensable de schématiser dès le début de cet exposé, les connaissances actuelles à ce sujet.

***

Rappel de physiologie endocrine. — Les glandes vasculaires sanguines exercent avant tout une triple action :

1. Sur le développement du squelette ;
2. Sur les différents métabolismes ;
3. Sur la formation des caractères sexuels.

Au lieu d'envisager chacune de ces fonctions, il est préférable de résumer la physiologie de chaque glande prise isolément.

a) La *thyroïde* a un rôle considérable dans le stimulation de la croissance et dans l'activation des métabolismes, mais en plus la suppression expérimentale de l'hormone thyroïdienne s'accompagne de retard du développement des organes génitaux, de nanisme et de troubles psychiques.

b) Bien plus mystérieuse est la fonction *parathyroïdienne* que l'on considère surtout comme de nature antitoxique ; l'ablation de ces glandules entraînant la tétanie.

c) Ce n'est point l'occasion de rappeler au long les discussions auxquelles ont donné lieu les théories de la physiologie de l'*hypophyse*. La théorie dualiste attribuait à son lobe antérieur une action sur le développement général, tandis que le métabolisme des hydrates de carbone était surtout régi par le lobe postérieur ou nerveux. Les travaux de Camus et Roussy ont rendu indiscutable l'origine hypophysaire de certains troubles du développement squelettique et sexuel. Par contre ces auteurs ont rattaché au fonctionnement des centres tubériens voisins la régulation des métabolismes des graisses, de l'eau et des hydrates de carbone. Tout récemment Collin, de Nancy, a émis une théorie éclectique qui admet que la plus grande partie des syndromes dits hypophysaires dépendent de lésions tubériennes, mais justement les produits de sécrétion de la pituitaire commanderaient au fonctionnement de ces centres tubériens.

d) Par ailleurs, on admet, sans grandes preuves, que le rôle de l'*épiphyse* est une action frénatrice sur la croissance.

e) Bien plus complexe, bien plus importante est l'interprétation physiologique du fonctionnement des *capsules surrénales*. Très simplement, on peut poser à la base que la médullaire de cet organe a une action angiotonique, cependant que les lipoïdes confèrent à la corticale un rôle antitoxique. Mais la croissance et le développement sexuel peuvent être modifiés par des altérations surrénaliennes, qui jouent un rôle importent dans la production de certains infantilismes, nanismes, pseudo-hermaphrodismes et hirsutismes.

f) Les *glandes génitales* peuvent influencer les métabolismes de nutrition et notamment celui des graisses. Mais le *testicule* dirige surtout l'apparition des caractères sexuels primitifs et secondaires, bien qu'intervenant dans la croissance. L'*ovaire*, dont la sécrétion interne est assurée par les cellules à lutéine du corps jaune, présente une fonction de croissance et un rôle antitoxique, mais c'est surtout son action sur la vie génitale qu'il faut apprécier dans le développement des caractères sexuels, la menstruation, la fécondation et la gestation.

g) Le métabolisme des hydrates de carbone relève surtout du contrôle *pancréatique ;* nous ne retiendrons guère l'action indirecte de cet organe sur la croissance.

h) Bien plus discutables sont les fonctions endocrines du *thymus et des parotides* nommées par Léopold Lévy le pancréas cervical.

De toutes façons, il est difficile en clinique de séparer les syndromes d'hyper et d'hypofonctionnement d'une glande vasculaire sanguine ; on ne peut souvent parler que de dysfonctionnement. Mais une autre donnée est bien acquise : *l'action de ces organes n'est pas isolée ;* leurs rapports sont régis par une harmonie indiscutable et un balancement fonctionnel. L'atteinte d'une endocrine montrera donc des troubles du fonctionnement de plusieurs ou de toutes les autres glandes vasculaires sanguines. La notion de syndromes pluri-glandulaires en clinique découlera directement de ces synergies fonctionnelles.

Il y a donc beaucoup d'imprécisions dans la physiologie endocrinienne, mais on peut reconnaître in-

*Leçon faite le samedi 16 janvier 1932, à la clinique médicale de Saint-Sauveur.

discutablement : à la thyroïde, un rôle majeur dans la croissance et la nutrition, au pancréas insulaire la régulation du métabolisme des sucres, à l'ovaire et au testicule la direction des manifestations sexuelles. Par ailleurs, ces glandes n'agissent jamais isolément et ceci n'est pas fait pour simplifier l'étude de leurs atteintes pathologiques.

***

Pour revenir à notre sujet, le rôle de la syphilis apparaît immédiatement comme capital en pathologie endocrinienne, et cela pour deux raisons :

a) Ces glandes vasculaires, par définition, déversent leur production dans le torrent circulatoire, sont donc très vascularisées, et quelle affection pourrait les toucher plus que cette syphilis, dont les lésions sont essentiellement vasculaires et péri-vasculaires ?

b) D'autre part, l'existence de syndromes pluriglandulaires s'accorde bien avec l'étiologie d'une cause infectante et septicémique, telle que la syphilis. Et cependant, les raisonnements à priori n'accélèrent pas l'acquisition des données probantes, toutes récentes, ainsi qu'en témoigne le rappel des quelques travaux marquants. Certes, Fournier n'ignorait pas les relations entre les manifestations endocriniennes et la syphilis, mais les suppositions ne reçoivent confirmation qu'avec les travaux de Gaucher, et c'est la thèse de son élève Delpy (1) qui traite la première des endocrinopathies spécifiques. Mais ce sont surtout aux travaux de l'école d'Hutinel (2) que revient le mérite d'avoir groupé et interprété les observations éparses dans la littérature médicale. La thèse de *Barthelémy* (3) est à ce sujet capitale.

Enfin, l'intérêt du sujet nécessita un rapport au Congrès de Dermatologie de Bruxelles de 1926, et c'est aux publications des auteurs lyonnais *Nicolas* et *Gâté* (4) que nous aurons surtout recours durant cet exposé, ainsi qu'à une leçon clinique antérieure de *Babonneix* (5). Les travaux français, par ailleurs, attachent une grande importance aux recherches, faites en Argentine, par *Mariano Castex* (6).

Ce ne sont pas que les inconnues concernant la physio-pathologie endocrinienne qui ont arrêté longtemps les chercheurs, c'est surtout la complexité d'analyse de l'action d'une infection aussi variable dans ses phases que la syphilis. Une glande endocrine n'est pas en effet atteinte de la même façon par le tréponème au cours de l'hérédo-syphilis et au cours de la spécificité acquise. Il en va même différemment au cours de l'hérédo-syphilis précoce et au cours des diverses périodes de la syphilis acquise. De ce point de vue, le problème apparaît insoluble ; or tout se simplifie en rappelant les caractéristiques de chacune des phases de la syphilis.

a) Ce qui domine dans l'*hérédo-syphilis précoce, fœtale*, c'est, avant tout, l'intensité du processus septicémique, la gravité et la sévérité du pronostic vital ; mais, si les constatations cliniques seront rares, discutables, à ce stade, les documents anatomo-pathologiques seront d'une richesse inouïe.

b) C'est après plusieurs mois ou années de latence que se développera l'*hérédo-syphilis tardive*, qui se traduira par les syndromes cliniques les plus variés ; mais les bases anatomiques seront des plus fragiles.

c) On est surpris, ensuite, de voir mal précisé le rôle de la *syphilis acquise* dans l'étiologie des syndromes glandulaires. Il n'est évidemment pas à envisager au cours de la période primaire, mais on le croirait facile à démontrer au cours des phases secondaire et tertiaire, qui profitent de toutes les découvertes sérologiques et thérapeutiques faites en syphiligraphie. Mais la *notion d'âge est capitale dans l'apparition des syndromes endocriniens* : en effet, autant la croissance, les métabolismes, l'apparition des caractères sexuels peuvent être modifiés par l'atteinte précoce, avant la puberté, d'une ou plusieurs glandes vasculaires, autant ce facteur endocrinien est réduit après la puberté, quand le corps a pris son développement statural et pondéral. Cette remarque limite immédiatement et considérablement le rôle de la syphilis acquise en pathologie endocrine.

— En somme, en schématisant à l'excès, pour donner un plan à cet exposé, on peut dire que :

a) *La syphilis héréditaire précoce fournira les bases anatomiques de cette étude.*

b) *Les données cliniques s'observeront surtout au cours de la syphilis héréditaire tardive, et plus accessoirement dans la syphilis acquise.*

***

Anatomie pathologique des endocrinides spécifiques et hérédo-syphilis précoce. — A cette période, les caractéristiques des lésions tiennent essentiellement à la dissémination du tréponème dans tous les parenchymes, à la nature septicémique du processus.

Les atteintes sont surtout *vasculaires* et péri-vasculaires faites d'artérites et de phlébites des canaux les plus fins.

Mais ensuite la lésion déborde ces barrières vasculaires et il se forme des *infiltrations embryonnaires*, au milieu desquelles toutes les descriptions insistent sur la pullulation des tréponèmes, l'expression « de véritable culture » étant fréquemment employée. Une telle prolifération est bien faite pour laisser admettre, même en l'absence de modifications tissulaires et cellulaires, la quasi-certitude de perturbations physiologiques.

Mais les lésions inflammatoires, les infiltrations embryonnaires aboutissent petit à petit à des *scléroses*, véritables aspects cicatriciels, où des tréponèmes peuvent encore exister.

Il faut ensuite envisager, plus en détail, les lésions des glandes les plus fréquemment atteintes :

a) Ce sont les *surrénales* qui, d'après Sezary, seraient chez les hérédo-spécifiques le lieu d'élection des

(1) Delpy. *Th. de Paris*, 1911.

(2) Hutinel. *Les dystrophies de l'adolescence.* Paris, Masson, 1924.

(3) Barthelémy. Hérédo-syphilis et glandes endocrines. *Th. de Paris*, 1919.

(4) Nicolas et Gaté. Troubles endocriniens d'origine pseudo-syphilitique. Rapport au Congrès de Dermatologie de Bruxelles, 1926. *Bruxelles Médical*, t. VII, 1927, nos 22, 23, 24.

(5) Babonneix. Hérédo-syphilis des glandes endocrines. Leçon clinique du 29 juin 1922, faite à la Clinique Baudelocque.

(6) Mariano, Castex et Valdorp. *Sifilis hereditaria tardia. Endocrino patias.* Buenos-Ayres.

tréponèmes. Ceux-ci pullulent dans les parois vasculaires, les espaces interstitiels et les travées cellulaires. Les lésions déterminées vont des surrénalites aiguës jusqu'aux syphiloses diffuses avec lésions destructives massives. Sezary insiste sur la fréquence de formes hypervirulentes avec nécrose et densification du parenchyme, au centre duquel il se formerait une substance anhiste, granuleuse. Mais on peut observer toute une gamme lésionnelle, des atteintes les plus massives jusqu'aux vascularites les plus discrètes.

b) Pour Faroy (1), dont la thèse est classique, la syphilis du *pancréas* serait presque constante chez les hérédos morts jeunes ou mort-nés. Il a individualisé les trois types anatomo-pathologiques suivants :

1) La pancréatite *scléreuse*, qui peut commencer par une simple hyperplasie du tissu conjonctif interlobulaire, dont la prolifération excessive étouffe et atrophie les acini. Cette forme peut aboutir, en dernier lieu, à la transformation de tout ou partie du pancréas en un véritable bloc scléreux, dans lequel subsiste de-ci, de-là, quelques très rares cavités sécrétantes.

2) Parfois à la sclérose se surajoute la formation de gommes miliaires ; ce tableau lésionnel constitue la pancréatite scléro-gommeuse.

3) Enfin dans des cas plus rares, c'est l'engorgement sanguin avec raptus, qui transforme le pancréas en *blocs hémorragiques*. Mais dans ces 3 formes, scléreuse, scléro-gommeuse ou hémorragique, malgré l'intensité du processus artéritique et la pullulation du tréponème, Faroy insiste sur la persistance très remarquable d'un nombre considérable d'îlots de Langerhans. C'est une véritable orientation donnée à la glande par le spirochète, la fonction exocrine tendant à se transformer en tissu endocrine. On ne s'étonnera donc pas de la rareté du diabète sucré chez les hérédo-spécifiques.

c) La *thyroïde* est bien moins touchée que les organes précédents ; cependant on peut trouver à ce stade des corps thyroïdes hypertrophiés, où le microscope révèle la limitation du processus à la production d'endartérites et d'endophlébites circonscrites. Par la suite la syphilis peut déterminer un arrêt ou une régression dans le développement du parenchyme thyroïdien, avec absence ou tout au moins rareté du liquide folliculaire et abondance du tissu épithélial.

d) Simmonds a particulièrement recherché l'atteinte de l'*hypophyse* par le tréponème et il admet deux modes d'infection : soit l'apport direct du spirochète par le sang, soit l'apport indirect par leptoméningite de la base. Il a toujours constaté une prédominance des lésions au niveau du lobe antérieur.

e) Le *testicule* est fréquemment touché d'après Gosselin et Hutinel ; macroscopiquement, il est le plus souvent lisse, de consistance augmentée, donnant la sensation d'une bille ; parfois il est ficelé.

L'étude histologique révèle, en dehors de la vascularite quasi constante, l'existence de sclérose du tissu interstitiel, plus rarement d'infiltration nodulaire. Parfois même les tréponèmes peuvent se rencontrer sans lésions histologiques. Enfin pour Hutinel, l'atteinte des autres endocrines retentit parfois sur le testicule, en déterminant de simples lésions aplasiques non spécifiques.

f) La syphilis héréditaire ne doit vraisemblablement pas épargner l'*ovaire* et c'est cependant à son sujet que les documents manquent le plus. On y a rarement décelé des lésions spécifiques, pas plus d'ailleurs qu'au niveau des parathyroïdes, de l'épiphyse et du thymus, pour lesquels il n'y a pas de faits probants.

Donc, dans l'hérédo-syphilis précoce ou fœtale, très fréquemment les parenchymes sont infestés par le tréponème et cependant pour Hutinel « les syndromes endocriniens sont absents à ce stade », ou, si l'on veut, ces lésions n'ont pas d'histoire clinique. On ne peut en effet rattacher à ces atteintes des glandes vasculaires sanguines l'athrepsie, le rachitisme, l'état lymphatico-thymique de Paltauf.

Pourquoi cette latence clinique ? Vraisemblablement parce que l'action des endocrines, qui porte surtout sur le développement du squelette, de l'intelligence, sur le développement sexuel et les métabolismes, ne se fait guère sentir à cet âge.

Source de renseignements histologiques et parasitologiques des plus précieux, l'hérédo-syphilis précoce n'apporte que de trop rares hypothèses dans le domaine de la clinique.

***

Syndromes endocriniens et hérédo-syphilis tardive. — Les tableaux cliniques sont ici très variés, multiples, et cependant le substratum anatomo-pathologique est très fragile, du fait de la rareté des autopsies et des preuves histologiques.

Au point de vue clinique, il faut séparer les troubles endocriniens de l'hérédo-syphilis tardive suivant qu'ils affectent l'allure de *syndromes uni ou pluriglandulaires.*

I. SYNDROMES UNIGLANDULAIRES. — Cette dénomination prête d'ailleurs à discussion, car d'après Barthelémy « les stigmates dystrophiques ne sont pas facilement rapportés étiologiquement à l'atteinte d'une glande déterminée ». Il est donc préférable de les considérer comme des syndromes *à prédominance uniglandulaire.*

a) *Syndromes à prédominance thyroïdienne :* On peut plus facilement que pour toute autre glande les séparer en *hypothyroïdies*, dont la manifestation complète est le myxœdème, et en *hyperthyroïdies*, dont la traduction la plus fréquente fait partie constitutive de la maladie de Basedow.

L'hérédo-syphilis est souvent à la base d'hypofonctionnements thyroïdiens ; il s'agit de sujets au développement retardé, qui ne marchent pas à deux ans, dont les membres sont courts, à la peau sèche et écailleuse, à l'évolution sexuelle lente, présentant une indolence remarquable. Les métabolismes nutritifs sont peu touchés, ainsi qu'en témoigne un poids souvent normal. Cette hypothyroïdie emprunte alors l'allure de l'*infantilisme thyroïdien*, décrit par Brissaud et Meige.

Les hyperthyroïdies s'associent beaucoup plus rarement au cours de la syphilis héréditaire à un syn-

(1) FAROY. Pancréas et Parotides des hérédo-syphilitiques. *Th. de Paris*, 1911.

drome sympathique pour constituer la maladie de Basedow. Marcel Labbé n'admet que bien rarement cette étiologie dans le groupe des hyperthyroïdies qu'il a récemment démembré.

b) On a été frappé de la fréquence de l'hérédo-syphilis au cours de la spasmophilie ou de la tétanie, mais les observations sont trop peu détaillées et actuellement l'hérédo-syphilis des *parathyroïdes* n'est qu'un chapitre à peine ébauché.

c) Nous avons dit un mot des discussions concernant la physiologie de l'*hypophyse ;* de toutes façons, il existe, à la base du cerveau, un carrefour neuro-glandulaire, hypophysotubérien, dont les lésions peuvent être déterminées par l'hérédo-syphilis. Ces syndromes dits hypophysaires peuvent être séparés en *dystrophies osseuses et dystrophies nutritives.*

Parmi les premières, on admet parfois une étiologie spécifique à la base de l'acromégalie, mais cette affection reste avant tout le fait de l'adénome à cellules éosinophiles, ainsi que le gigantisme, le nanisme et l'infantilisme hypophysaires. Les syndromes de dystrophie nutritive sont d'après Camus et Roussy surtout sous la dépendance de lésions des centres tubériens : le syndrome adiposo-génital ne dépend qu'exceptionnellement de gommes ou de lésions scléro-gommeuses de l'hypophyse, mais relève surtout d'une propagation aux centres tubériens d'un processus méningé de la base. Le diabète insipide qui peut être causé de cette façon au cours de la syphilis acquise, reste une rareté chez l'hérédo-spécifique. En somme, les syndromes neuro-hypophysaires d'origine hérédo-spécifique sont rares et pour Lereboullet la pathologie de cette région est avant tout tumorale (1).

d) Il en va de même pour les manifestations *épiphysaires* de macrogénitosomie précoce, d'adiposité hypergénitale, sous la dépendance de tumeurs, et notamment de tératomes.

e) La prédilection du tréponème pour la *surrénale* dans la phase septicémique, précoce, de la syphilis héréditaire ne cadre pas avec la rareté des syndromes surrénaux cliniquement hérédo-spécifiques. L'*insuffisance* capsulaire, dans sa forme type de maladie d'Addison est presque uniquement le fait de la tuberculose.

Pour Hutinel et Pautrier, l'étiologie spécifique ne serait pas négligeable cependant : il y aurait fragilisation de la glande au cours de la période précoce ou fœtale, se révélant plus tard sous une forme aiguë à l'occasion d'une maladie infectieuse ou d'une intoxication, ou prenant au contraire l'aspect d'une insuffisance surrénale chronique.

Au cas d'*hyperfonctionnement* surrénalien, comme le virilisme, l'hirsutisme, le pseudo-hermaphrodisme, le rôle du tréponème n'est pas plus probant : le virilisme est uniquement d'origine tumorale et presque toujours pour les autres syndromes génito-surrénaux il s'agit de manifestations pluriglandulaires, où la part de l'hérédo-spécificité capsulaire est pour le moins difficile à préciser. Pour Lereboullet, la tuberculose en cas d'insuffisance, et les tumeurs en cas d'hyperfonctionnement, revendiquent bien plus que la syphilis la majeure partie des syndromes surrénaux.

(1) LEREBOULLET. *Les syndromes hypophysaires et épiphysaires en clinique infantile.* 1924. Paris, Baillière, éditeur.

f) Il semble bien que l'hérédo-syphilis puisse léser le *testicule* dans les différentes parties de son parenchyme. Il en résulte des lésions variables suivant que l'atteinte du testicule est directement imputable au tréponème ou n'est que la conséquence indirecte du retentissement sur la glande génitale des désordres survenus dans les autres glandes vasculaires sanguines. Les syndromes testiculaires n'auront donc que peu de physionomie personnelle, du fait qu'ils sont le plus souvent des syndromes associés.

Cependant on peut voir un hérédo-spécifique présenter un retard du développement des organes génitaux, de la gynécomastie, une taille par ailleurs normale, tableau caractéristique du sénilisme-génito-dystrophique ou féminisme eunuchoïde. Il est, par contre, bien plus difficile de rattacher à l'hérédo-syphilis cet infantilisme régressif de Gandy, caractérisé par une régression des caractères sexuels que l'on voit survenir chez des adultes parfaitement développés, à la suite d'une infection ou d'un traumatisme.

g) Il est hasardé de parler de syndromes *ovariens* hérédo-spécifiques ; on suppose bien plus qu'on ne démontre l'existence d'aplasies ovariennes hérédo-spécifiques. Pour Gâté cependant, il faut retenir des observations « de jeunes femmes cliniquement et sérologiquement saines, mariées à des sujets non spécifiques et qui présentent soit une stérilité complète, soit une impossibilité manifeste de mener à son terme toute gestation ». Dans ces cas, le rôle de l'hérédo-syphilis est possible, du fait d'une grosse amélioration par la thérapeutique antispécifique.

h) Enfin cette infection peut être à la base de troubles de la glyco-régulation, soit par atteinte du foie, soit ce qui nous intéresse plus, par lésion *pancréatique.* Ce qui différencie le diabète sucré des hérédo-syphilitiques des autres diabètes infantiles, c'est son évolution beaucoup plus favorable et parfois même sa curabilité par le traitement antispécifique. Ces cas sont rares et Marcel Labbé considère que, même chez l'enfant, la syphilis est une cause exceptionnelle de diabète sucré.

II. SYNDROMES PLURIGLANDULAIRES. — Mais bien souvent le tableau clinique est plus complexe, ne permettant pas de ramener la symptomatologie observée à l'atteinte exclusive ou prédominante d'une seule glande endocrine. Ce sont les travaux de Gougerot et de Claude qui ont montré que le processus morbide s'attaquait à plusieurs glandes vasculaires sanguines, réalisant ce qu'ils ont dénommé les syndromes pluriglandulaires. Ils en proposent une classification ainsi établie :

1) Il faudrait retenir d'abord des syndromes *pauciglandulaires,* tels le myxœdème, l'acromégalie et la maladie d'Addison, où à l'atteinte prédominante de la thyroïde, de l'hypophyse, ou de la surrénale, s'ajouteraient d'autres troubles glandulaires plus discrets.

2) Ensuite, il y aurait des syndromes *pluriglandulaires d'insuffisance,* type thyro-surréno-testiculaire.

3) Par contre, il existerait des syndromes *pluriglandulaires d'hyperfonctionnement,* associant par exemple l'hyperthyroïdie d'une maladie de Basedow à l'hyperhypophysie d'une acromégalie.

4) Quand l'hyperfonctionnement d'une glande s'associerait à la déficience d'une autre, on pourrait parler de *syndromes pluriglandulaires de balancement.*

5) Mais enfin il ne serait pas rare de constater des déséquilibres accusés, tels l'association de myxœdème, de signes basedowiens et d'hypoovarie, véritables *syndromes dysharmoniques.*

Mais devant un syndrome de dysfonctionnement endocrinien, il est souvent impossible de préciser s'il s'agit d'une lésion primitivement uniglandulaire avec retentissement secondaire sur les autres glandes, ou s'il y a, au contraire, simultanéité d'atteinte des diverses endocrines par le processus spécifique. C'est pourquoi Hutinel et Barthelémy, Nicolas et Gâté envisagent de façon bien plus simple l'action du tréponème sur plusieurs endocrines, action qui peut être à la base de nanisme, de gigantisme, d'infantilisme ou de diverses obésités.

a) Le *nanisme* est avant tout hypothyroïdien, mais dans les observations où la syphilis est en cause, il s'ajoute le plus souvent à la déficience thyroïdienne des insuffisances testiculaire, hypophysaire, surrénale et même pancréatique. Le rôle respectif de chacune de ces glandes n'est pas facile à préciser.

b) Par contre, bien que résultat d'une polyendocrinie, le *gigantisme* garde un cachet nettement hypophysaire.

c) C'est l'*infantilisme* qui réalise au plus haut point le type de syndrome pluriglandulaire, et bien souvent à la base du chétivisme, de l'infantilisme de type Lorrain, on trouve une atteinte spécifique non seulement de toutes les glandes endocrines, mais encore de tout un organisme.

d) Un processus analogue peut engendrer des *obésités*, dans la genèse desquelles on ne peut cependant éliminer complètement le rôle des lésions nerveuses coexistantes.

e) Les métabolismes nutritifs peuvent être déviés de toute autre façon par la pullulation du tréponème au niveau des glandes vasculaires sanguines et c'est ainsi que Lereboullet range de nombreuses *hypothrophies* du nourrisson telles que l'athrepsie dans ce groupe des syndromes pluriglandulaires fréquemment hérédo-spécifiques. C'est de façon analogue que cet auteur explique des dystrophies spéciales à l'adolescence, comme la *dystrophie staturale* qui s'observe chez de grands garçons, rapidement fatigués, mal bâtis, « poussés en asperges », chez qui l'atteinte hypophysaire prédomine. Au contraire, *la dystrophie pondérale* touche surtout les filles, nettement hypothyroïdiennes, au thorax étroit, aux organes génitaux peu développés, aux règles retardées ou absentes.

III. Syndromes dont l'étiologie spécifique ou la nature endocrinienne sont plus discutables. — Le rôle de l'hérédo-syphilis est important dans la pathogénie du *rachitisme* précoce, surtout avant le sixième mois, mais le facteur endocrinien reste très problématique dans cette affection, comme dans l'*achondroplasie* et l'*ostéomalacie*.

Ce serait également étendre de façon excessive le domaine de la pathologie endocrine que de lui rattacher les *dystrophies osseuses*, surtout dentaires, de l'hérédo-syphilis. On ne peut par exemple, dit Barthelémy, décrire la dent d'Hutchinson comme le produit de tel ou tel trouble endocrinien, précis et isolé. Cependant la filiation est toujours à retenir : à la base l'hérédo-syphilis, qui amène des troubles dans le fonctionnement des systèmes régulateurs de la nutrition (et notamment du système endocrinien), troubles dont les dystrophies dépendent vraisemblablement.

Audry n'accorde pas cependant à ces manifestations une valeur certaine tant au point de vue de leur pathogénie endocrinienne que de leur étiologie syphilitique, car les lésions auxquelles elles correspondent n'ont pas de structure spécifique et le parasite pathogène ne s'y rencontre pas ; par ailleurs la sérologie est souvent normale dans ces tableaux, qui ne sont même pas spécifiques dans leurs manifestations cliniques, qui peuvent être produites par d'autres agents morbides.

IV. Voici de nombreuses dysendocrinies où le rôle de la syphilis héréditaire est pour le moins assez fréquent, mais depuis les travaux de Fournier, on admet la possibilité d'*hérédo-syphilis de deuxième et troisième génération*. Cette infection peut être encore virulente, le tréponème restant latent au niveau de certains organes pour retrouver sa virulence quand il atteint un sujet neuf. Pour Hutinel, les manifestations de deuxième ou troisième génération témoigneraient d'une hérédo-syphilis dystrophique par altération des cellules germinatives et des parenchymes endocriniens.

Enfin Barthelémy se demande si l'hérédo-syphilis n'est pas capable de produire des lésions infiniment discrètes des glandes vasculaires sanguines, non plus des dégâts anatomo-pathologiques, mais de véritables « lésions bio-pathologiques ».

Et voici apparaître la notion de *débilité glandulaire des endocrines*, que l'on a voulu expliquer, par analogie avec la tuberculose inflammatoire, comme des manifestations d'une syphilis toxinienne. Pour Hutinel et Barthelémy, la septicémie syphilitique peut attaquer les glandes endocrines de façon moins violente que l'hérédospécificité fœtale, permettant la survie et le développement de l'individu. Les glandes n'en sont pas moins irrémédiablement touchées et traduiront plus tard leur atteinte par des troubles variés, quelquefois d'apparition tardive, car des lésions éteintes en apparence, ne présentant aucune trace de l'agression passée, sont capables de réveils.

Il faut citer en entier ce passage emprunté à Hutinel : « La syphilis héréditaire tardive des glandes vasculaires sanguines est capable de créer de toutes pièces les syndromes endocriniens les plus variés, mais elle est dépourvue de critère anatomo-pathologique...

« C'est dans le jeu des endocrines lésées ou débiles qu'il faut chercher l'explication des malformations, des dystrophies de la syphilis héréditaire. »

***

Syndromes endocriniens et syphilis acquise. — Nous avons dès le début annoncé les raisons pour lesquelles la syphilis acquise ne constituait pas un facteur aussi capital dans la pathologie endocrine et ceci surtout parce qu'après la puberté la croissance, le développement des caractères sexuels ne sont plus contrôlés

aussi rigoureusement par les endocrines que dans la phase pré-pubertaire.

Par ailleurs les affinités pathologiques des tissus se précisent et c'est ainsi que les syndromes d'insuffisance surrénale de l'adulte sont symptomatiques dans la presque totalité des cas de tuberculose des capsules, cependant que la pathologie hypophysaire est avant tout d'origine tumorale (1).

Ceci ne veut point dire que le tréponème ne s'attaque plus aux glandes vasculaires sanguines, mais la traduction clinique de cette atteinte n'est plus aussi manifeste. Prenons l'exemple de la *thyroïde* : elle peut être lésée dès la période secondaire, ainsi qu'en témoignent sa congestion fréquente et la possibilité du goitre syphilitique aigu décrit par Mauriac.

Il existe également des thyroïdites tertiaires, gommeuses ou scléro-gommeuses. Et cependant ces lésions histologiquement spécifiques de la syphilis secondaire ou tertiaire ont un tableau clinique qui n'a le plus souvent rien à voir avec le myxœdème ou la maladie de Basedow. La plupart des auteurs admettent que la syphilis acquise est une cause exceptionnelle d'hypo ou d'hyperthyroïdies. Et cependant dans certains cas, l'existence d'antécédents syphilitiques certains, la consistance dure, ficelée d'un goitre, la coexistence avec un tabès ou une paralysie générale progressive, ou bien l'existence de réactions sérologiques positives et d'une amélioration par le traitement antispécifique feront discuter le rôle de la syphilis.

La *tétanie*, syndrome parathyroïdien, fréquent chez les hérédo-syphilitiques, mais sans preuves formelles de spécificité, a été étudiée de nouveau par Langeron (2), à l'occasion d'une parathyroïde nettement syphilitique.

Il est enfin une des fonctions capitales des glandes endocrines que la syphilis acquise paraît susceptible de troubler, c'est le contrôle des métabolismes de nutrition et plus particulièrement la glyco-régulation.

Ceci nous amène à envisager le *rôle de la syphilis dans l'étiologie du diabète sucré.*

Nous nous trouvons ici en présence de deux opinions totalement opposées, car pour les uns, le rôle de la syphilis est primordial dans la genèse de cette affection, et pour d'autres ce serait un facteur exceptionnel.

Marcel Labbé (3) a repris récemment le problème en groupant toutes les données anatomo-pathologiques, étiologiques, biologiques, cliniques et thérapeutiques.

a) Les faits *anatomiques* probants sont bien moins fréquents au cours de la syphilis acquise que dans les périodes précoce ou tardive de l'hérédo-spécificité ; que les lésions soient scléreuses, scléro-gommeuses ou kystiques, on trouve exceptionnellement le tréponème *in situ*.

b) Les données *étiologiques* ne fournissent pas à Marcel Labbé d'argument convaincant. Sur 500 diabétiques, il a relevé 13 0/0 de syphilitiques, alors que sur un nombre analogue de sujets non diabétiques, la proportion des spécificités est de même ordre.

c) Les *faits cliniques* méritent plus ample discussion. D'abord on voulut expliquer par la théorie syphilitique la fréquence des cas de diabète conjugal qui avait fait prononcer à Debove le mot de contagiosité. Or il est plus exact et plus simple d'admettre que si le diabète se montre parfois chez deux conjoints ou dans des familles, c'est uniquement en raison des mêmes hygiènes défectueuses. Pour citer Marcel Labbé « le mari et la femme ne se passent point le diabète ; ils le prennent à la même table, en mangeant les mêmes morceaux, en buvant les mêmes bouteilles ».

Et d'ailleurs si le diabète sucré était d'origine spécifique, on pourrait s'étonner de voir certains diabétiques contracter la syphilis.

Pour Pinard et Velluot (1), l'existence fréquente chez les diabétiques d'accidents cardio-vasculaires et nerveux analogues à ceux produits par la syphilis, serait un argument en faveur de la théorie syphilitique du diabète sucré. Mais les névralgies et névrites périphériques relèvent bien plutôt de l'hyperglycémie, car cédant au traitement de celle-ci et non à la thérapeutique antispécifique. L'aréflexie des rotuliens, les maux perforants, si fréquents dans le diabète, ne s'accompagnent pas de signes de tabès. Seules, les paralysies oculaires restent très difficiles à expliquer et fort semblables aux atteintes de la syphilis.

Pour Marcel Labbé en somme, les accidents, qui ressemblent au cours d'un diabète à ceux engendrés par la syphilis, relèvent soit du trouble de la glyco-régulation proprement dit, soit d'une syphilis associée.

Enfin l'argument thérapeutique semble de peu de valeur à cet auteur, car il est difficile de faire la part du rôle de la diététique et du traitement antispécifique.

Cette conclusion générale, que dans la plupart des cas la syphilis n'a aucun rôle dans la genèse du diabète sucré semble par trop négative à certains qui admettent des cas, rares il est vrai, de diabète sucré produits par l'intermédiaire de lésions syphilitiques du pancréas ou d'autres endocrines et dont l'intérêt thérapeutique reste considérable.

Ces données s'appliquent d'ailleurs non seulement au diabète sucré, mais à toute la pathologie endocrine de l'adulte : à ce sujet le rôle de la syphilis acquise est moins capital que celui de l'hérédo-syphilis, mais il est surtout plus difficile à mettre en évidence, car ce n'est pas une réaction de Bordet-Wassermann positive qui éclaire le problème ; elle indique que le sujet est syphilitique sans localiser le processus.

***

Conclusions générales et déductions thérapeutiques. — *a*) Dans l'*hérédo-syphilis précoce*, il existe des faits

(1) Il existe cependant de très rares observations d'acromégalie ou de syndrome adiposo-génital d'origine syphilitique, témoin l'observation récente de PAYENNEVILLE et CAILLIAU. *Presse Médicale*, 1931, p. 380.

(2) LANGERON, DECHAUME, DELORE et JEANNIN. Tétanie et parathyroïdite syphilitique. *Presse Médicale*, 1927, p. 81.

(3) MARCEL LABBÉ et TOUFLET. Le rôle de la syphilis dans l'étiologie du diabète. *Ann. de Médecine*, 1923, 4 avril, p. 366.

(1) PINARD et VELLUOT. Thèse Velluot, Paris, 1921. Diabète sucré d'origine syphilitique. *Bulletins de la Soc. médic. des Hôp. de Paris*, mai 1921 et 3 mars 1922.

anatomo-pathologiques multiples et certains de l'atteinte des glandes vasculaires sanguines par le tréponème. Mais pour donner à la thèse de l'hérédo-syphilis endocrinienne précoce une individualité véritable, il faudrait des tableaux cliniques à superposer à ces données anatomiques et parasitologiques. Or l'absence de toute symptomatologie à ce stade est une lacune indiscutable.

b) Dans l'hérédo-syphilis tardive, le matériel clinique abonde, mais il importe d'être très prudent pour affirmer la nature endocrinienne d'un syndrome et son étiologie spécifique.

Il faudrait donc « un fil conducteur » pour se débrouiller dans l'écheveau de la pathologie endocrine » ; on crut l'avoir trouvé avec la méthode des tests, mais les critiques de Froment et de Gley obligent à ne s'y guère fier.

Pour démontrer le rôle du tréponème dans la production de ces syndromes, fussent-ils endocriniens, on ne peut compter à cette période ni sur les constatations histologiques, ni sur les réactions sérologiques le plus souvent négatives. C'est donc la clinique qui garde toute son importance, nécessitant une recherche serrée des antécédents et le dépistage des autres stigmates de spécificité.

Ces mêmes réserves s'appliquent aux faits plus rares de syphilis acquise, agent causal de troubles endocriniens.

Ces données, pour incomplètes qu'elles soient, suffisent à justifier une thérapeutique variable avec les différents types de lésions.

Si dans la syphilis héréditaire précoce, infection généralisée et franchement évolutive, la thérapeutique antispécifique seule peut et doit agir, dans les phases suivantes, en présence de séquelles cicatricielles au niveau des parenchymes endocriniens, il sera utile de favoriser l'action du traitement antispécifique par l'opothérapie.

L'association d'une thérapeutique antisyphilitique, donc étiologique, et d'une médication opothérapique, donc pathogénique, est la sanction obligatoire de toutes ces notions.

IXe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

Madrid, 15-18 mars 1932 (1)

Fondée en 1902, sur l'initiative de la Société belge de Chirurgie, la Société internationale de Chirurgie groupe actuellement près de 1.250 membres en une association dont s'honorent de faire partie les chirurgiens les plus distingués de quarante-deux nations.

Contrairement à la plupart des congrès internationaux, la Société internationale de Chirurgie, en vertu de ses statuts, est une association fermée dont ne peuvent faire partie dans chaque pays qu'un nombre déterminé de chirurgiens, professeurs, agrégés ou chefs de services hospitaliers. Les réunions de l'association se tiennent tous les trois ans dans une ville choisie par l'assemblée générale lors du Congrès précédent. La neuvième session, qui s'est terminée avant-hier à Madrid, a réuni plus de six cents congressistes attirés non seulement par l'intérêt artistique et touristique d'un voyage en Espagne, mais surtout par l'importance des travaux scientifiques extraordinairement nombreux dont cette réunion a été l'objet.

La séance inaugurale, tenue dans la somptueuse salle des séances solennelles du Sénat, était présidée par M. Niceta Alcala Zamora, président de la République espagnole, qui, en termes d'une rare éloquence, a souhaité la bienvenue aux quelque cinq cents congressistes étrangers, au nom du Gouvernement. L'Alcade de Madrid, M. Pedro Rico, qui, par sa popularité de bon aloi, a rallié tous les suffrages de la jeune République, a exalté également les sentiments d'amitié qui unissent les intellectuels espagnols à ceux de tous les pays civilisés.

M. le professeur Jean Verhoogen, de Bruxelles, président du Comité international, rappela en termes élevés les mérites des quarante-trois membres de la Société décédés depuis le Congrès de Varsovie ; il accorda des paroles de particulière sympathie à son prédécesseur le professeur Willems, de Liége, qui depuis 1905 présidait aux destinées du Comité international avec une rare courtoisie et une grande autorité. Il paya aussi un juste tribut d'hommage au professeur Jules Lorthioir qui, pendant vingt-cinq ans, a géré avec sagacité les intérêts de la Société et qui, par un vote unanime, avait été appelé à la présidence du Congrès actuel. Il caractérisa par quelques mots d'une précision émue l'activité des autres disparus : MM. Mc Callum, Lopez Duran, Urrutia Guerezia, Hamann, Le Moyne-Hupp, Law, Mc Guire, Peck, Vander Veer, J.-B. Deaver, C. Dowd Kanony, Brin, H. Delagenière, P. Descomps, Dujarrier, Lecène, Souligoux, Tuffier, Esschen, Luxardo, Binaghi, Félix Rossi, G.-C. Segale, Mattoli, Roncali, Van Campen, Latkowski, Sawicki, Wierzejewski, Mieczkowski, Lonnberg, Beuttner, Ficher, Machard, Schnurpfeil, Zahradnicky, Rutherfurd, Tubby, Billington, Magnus.

Le Dr Mayer, secrétaire général, montra l'activité croissante de la Société et remercia en termes chaleureux les délégués et les rapporteurs qui, par une mise au point comportant plus de 2.000 pages, ont fait faire à la science chirurgicale un progrès considérable.

Les organisateurs du Congrès, MM. Recasens, Duarte et Catalina, furent par lui vivement remerciés de leur inlassable activité qui a puissamment contribué à assurer à ce Congrès une organisation parfaite.

Enfin, M. de Quervain, élu à Varsovie comme vice-président et acclamé président du Congrès à l'unanimité à la suite du décès du très regretté professeur Lorthioir, a exposé ses vues très personnelles sur la question actuellement si controversée de la spécialisation en chirurgie. La personnalité éminemment sympathique du président, autant que l'intérêt des questions qu'il a évoquées, lui valurent un très vif succès.

PREMIÈRE QUESTION

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES TUMEURS INTRARACHIDIENNES

1. *Résumé du rapport de M. L. Bériel (Lyon), invité au congrès.* — I. — Dans le diagnostic général des tumeurs intrarachidiennes on doit souligner surtout les points suivants, parce que ce sont les plus importants et les plus impérieux :

1° Pour éliminer les maladies simulant une compression médullaire, le diagnostic de *sclérose en plaques* est parfois le plus malaisé à résoudre.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

2° Dans la distinction des autres causes de compression, ce sont certaines formes de *mal de Pott* qui fournissent les difficultés les plus réelles.

3° Enfin, parmi les tumeurs, il y aurait lieu d'étudier attentivement le diagnostic entre les tumeurs du canal proprement dites et les *tumeurs intramédullaires*.

II. — Le diagnostic clinique de l'état de la moelle sous-jacente aux tumeurs ne peut donner lieu qu'à des indications très générales.

III. — Le diagnostic des tumeurs de la queue de cheval se présente d'une façon particulière et se montre surtout difficile avec les *méningites chroniques basses* et certaines *maladies du cône terminal*.

2. *Résumé du rapport de M. W. Denk (Vienne).* — La chirurgie des tumeurs intrarachidiennes a fait de grands progrès au cours de ces vingt dernières années. Ces progrès dépendent en premier lieu de la plus grande précision du diagnostic neurologique et de l'amélioration du cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien, de l'emploi de la myélographie et du perfectionnement de la technique opératoire.

La plus grande importance doit être apportée à la précocité du diagnostic. Le premier stade de la maladie est caractérisé par les phénomènes d'irritation radiculaire et les troubles de la sensibilité. Le diagnostic des tumeurs au début est difficile, mais, grâce à la plus grande exactitude de l'anamnèse et à des examens répétés, il devient possible.

Si le diagnostic précoce rend possible l'exérèse dans ce stade de début, on peut obtenir une guérison complète et durable. Les résultats opératoires sont d'autant moins satisfaisants que la compression a duré plus longtemps.

La myélographie est un mode extraordinairement efficace, mais il ne faut y recourir que lorsque d'autres moyens d'investigation ne permettent pas d'établir un diagnostic. Son principal avantage réside dans la grande certitude du niveau de la compression.

Les progrès dans la technique opératoire ont conduit à une diminution notable de la mortalité et à un nombre beaucoup plus grand de guérisons.

(*A suivre.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 21 avril. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Rathery, Maurice Villaret, Aubertin. — M. DIAIS. Etude de quelques formes spinales de la névraxite épidémique. De la forme amyotrophique en particulier. — M. LEVANNIER. Etude de la syphilis oculaire.

Jury : MM. Cunéo, président ; Pierre Duval, Lejars, Gatellier. — M. MOYSE. Etude des formes tumorales des calculs biliaires arrêtés dans l'intestin. — M. AVRIL. Etude du traitement des luxations récidivantes de l'épaule (variété antéro-interne). — M. GOICO. Les techniques de la colectomie par cancer.

Jury : (Thèse vétérinaire). — MM. Tiffeneau, président ; Nicolas, Panisset. — M. MASPOLI. Les injections intraveineuses.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA COXALGIE[1]

DIAGNOSTIC

Extrêmement difficile au début :

1. *Enfant et adolescent.* — a. *On élimine facilement :*
— Affection du genou (à cause de la gonalgie) ;
— Psoïtes d'origine appendiculaire ;
— Arthrite rhumatismale.

b. *La coxalgie hystérique* n'est pas exceptionnelle.
Hyperesthésie cutanée, attitudes paradoxales, rôle de la suggestion.

c. *Les ostéites juxta-coxales* ou para-coxalgies sont d'un diagnostic très difficile. Elles peuvent siéger partout autour de l'article : grand trochanter, col du fémur, aile iliaque, sourcil cotyloïdien. Insistons sur une forme rare, l'ostéite tuberculeuse de la branche descendante du pubis qui commande une attitude vicieuse en flexion et adduction. Mais on peut exagérer le déplacement dans le sens de la contracture.

Dans tous les cas, on pensera à une para-coxalgie en présence d'une limitation incomplète ou paradoxale des mouvements sans signes nets d'arthrite. La radio précise.

d. *Certaines malformations de la hanche* subissant des poussées d'arthrite :

— la coxa vara dite essentielle est d'un diagnostic facile (Ombrédanne) : Extension, rotation externe et adduction. La hanche est libre, la radio lève les doutes.

— les subluxations congénitales larvées. Diagnostic très difficile. Répéter les examens radiographiques qui peuvent montrer une déformation du toit du cotyle. Pour certains, cette affection ne serait autre que

— la coxa plana ou ostéochondrite juvénile déformante.

Cliniquement : C'est tout le tableau d'une coxalgie, seule manque l'adénopathie. Mais la radio réforme le diagnostic en montrant :

— *la tête aplatie* alors que fait capital l'interligne s'élargit ;

— le noyau épiphysaire à l'aspect « en béret basque » caractéristique.

Elle guérit en deux ans environ mais pourrait être à l'origine de certaines arthrites juvéniles.

Restent deux diagnostics très difficiles :

— L'arthrite syphilitique.

Le diagnostic clinique est presque impossible : moindre contracture, douleurs atténuées. La radio l'affirme montrant des hyperostoses au niveau de l'articulation, et ailleurs.

— Certaines arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche ;

De nature encore indéterminée ;

— soit arthrite déformante juvénile diagnostiquée à la radio montrant au niveau de la tête des néoformations osseuses. Elle est pour certains primitive. Pour d'autres, ce serait l'évolution d'une coxa plana.

— soit processus d'ostéomyélite atténuée. La radio est parfois peu probante. Il faudra suivre le malade, le soumettre à l'épreuve du repos au lit, répéter les examens.

2. *Adulte.* — Le mal de Pott lombo-sacré, avec ou sans abcès du psoas.
Sciatique,
Sacro-coxalgie,
Arthrite sèche syphilitique ou blennorragique.

3. *Vieillard.* — Morbus coxae senilis.
Plus facile est le *diagnostic des abcès.*
Reconnaître leur origine articulaire pour éliminer les abcès des para coxalgies, de même les abcès pottiques, ou venus d'une sacro-coxalgie.

TRAITEMENT

I. **Le traitement général** indispensable.
Traitement hélio-marin. Recalcification. Alimentation.

II. **L'orthopédie.** — A. *Chez l'enfant.* — 1. Extension continue sur la cuisse et non sur la jambe, 2 à 6 kgs.
Boîte de Duplay contre la rotation externe.

2. Puis grand plâtre prenant le pied et le genou du côté malade, moulant les épines iliaques, s'arrêtant du côté malade à la base du thorax, remontant du côté sain jusqu'à l'aisselle en une plaque de contre-abduction. Le membre est mis en extension et abduction variable suivant l'état de la hanche.

Deux ans d'immobilisation rigoureuse.

3. Puis pendant six mois marche avec béquilles, puis six mois sans béquilles.

4. Vers la fin de la troisième année, on coupe le plâtre au genou, trois mois après on l'ouvre en bivalve, le malade l'enlève la nuit.

Enfin le plâtre est remplacé par un appareil en celluloïd que le malade garde six mois.

Grande prudence à la reprise de la marche.

5. En présence de complications :
Une attitude vicieuse irréductible sera respectée pour être ultérieurement corrigée.
Les abcès obligent à enlever le plâtre. Extension continue.
Pas de liquides modificateurs.

B. *Chez l'adulte.* — L'extension continue serait la meilleure méthode à cause de la fréquence des abcès. Mais l'état social du sujet oblige souvent à un appareil ambulatoire. Résultat très mauvais.

III. **Le traitement sanglant** comprend :

A. L'ARTHRODÈSE. — Elle vise à obtenir une ankylose solide. Elle peut être intra-articulaire, par avivement ;
— extra-articulaire, par pose d'un greffon tibial (Sorrel), iléo-trochantérien ;
— ou mixte.

Ses indications sont :
— avant tout les *hanches mobiles et douloureuses des coxalgies guéries.* Dans ce cas, elle est indiquée chez l'enfant comme chez l'adulte. Le plus souvent on la fera mixte.
— dans le cas de coxalgie en évolution :
Deux principes : elle ne convient qu'à l'adulte, elle ne peut être qu'extra-articulaire. On ne la fera pas avant dix-huit mois, et seulement si la radio ne montre pas de décalcification de voisinage.
En résumé :
Indiquée nettement dans les coxalgies anciennes non consolidées, on peut également l'étendre aux formes traînantes de l'adulte.

B. LA RÉSECTION. — Convient à certaines formes fistulisées interminables. Certains auteurs (Leriche) étendent ses indications
— aux formes fébriles fistulisées ou fermées ;
— aux formes acétabulaires ;
— aux formes avec séquestres enfin.

C. LA DÉSARTICULATION de la hanche est à tenter dans certains cas désespérés, après échec de la résection.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 26, p. 490, n° 28, p. 522, et n° 30, p. 558.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION : 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE PHARMACIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite.* — MM. Courtois, 34; Poté, 16; Cordier, 32; Kayser, 27.

CONCOURS DE LA LIGUE NATIONALE ANTIVÉNÉRIENNE. — Jury : MM. les docteurs Ravaut, président; Marcel Pinard, Guy Laroche, Haguenau, Perrin, Roberti, Lévy-Bing.

Epreuve sur titres. — MM. Cachera (René), 30; Colin (Marcel), 26; Degos (Bernard), 30; de Douhet, 27; Durel (Pierre) et Even (Roger), 30; Goldberg (Roger), 28; Horowitz (Adolphe), Lafourcade (Louis) et Le Baron (Roger), 30; Lortat-Jacob, 27; Monsour (Maurice) et Morel (André), 25; Ragu (Jean), 30; Taquet, 25; Mme Técla Gardère, 26.

Epreuve théorique anonyme. — Sujet donné : « Diagnostic des adénites inguinales. »

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Par délibération de la Commission administrative en date du 11 mars 1932, M. le docteur Mathey-Cornat, électro-radiologiste des hôpitaux, a été nommé électro-radiologiste à l'hôpital des Enfants, en remplacement de M. le docteur Roques, atteint par la limite d'âge.

DÉFENSE NATIONALE. — GUERRE. — M. le médecin général Lahaussois, directeur du Service de santé de la 6e région, membre du Comité consultatif de santé, est nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, inspecteur des services chirurgicaux de l'armée, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Rouvillois.

(Troupes coloniales.) Sont promus :

Au grade de médecin général inspecteur. — M. le médecin général L'Herminier, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Lasnet, placé dans la section de réserve.

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Fulconis, en remplacement de M. le médecin général L'Herminier, promu.

— Affectations :

M. le médecin général inspecteur L'Herminier, directeur du Service de santé et inspecteur des services sanitaires de l'Afrique occidentale française, à Dakar.

M. le médecin général Fulconis, chef du Service de santé du Sénégal, à Dakar (maintenu provisoirement).

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE CANCER. — L'assemblée générale de la Ligue se tiendra sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique, le mardi 26 avril 1932, à 17 h.

A l'issue de l'assemblée générale, M. le docteur Joseph Colt Bloodgood de la Johns Hopkins University de Baltimore, fera dans le grand amphithéâtre, à 18 h., une conférence sur la lutte contre le cancer aux Etats-Unis.

CUBA. — Les membres de l'Association nationale de chirurgie de Cuba viennent d'offrir au docteur José A. Presno son buste en marbre pour lui témoigner leur reconnaissance.

La cérémonie eut lieu au domicile du docteur Presno et le président du Comité d'organisation, le docteur Fr. M. Fernandez, sénateur, ancien ministre de la Santé publique, félicita le docteur Julio Ortiz Cano pour son heureuse initiative, puis fit ressortir la valeur scientifique et morale du professeur Presno, professeur à la Faculté où il a succédé au docteur F. Dominguez, et président de l'Académie des sciences médicales.

Visiblement ému, le docteur Presno remercia le docteur Fernandez et le docteur Ortiz Cano, ajoutant que dans toute sa vie il avait eu comme devise : *Labora sin Spes*, car le véritable chercheur ne doit pas travailler pour la gloire. Puis il associa à cet hommage celle qui fut sa compagne et son soutien dans toute sa vie, Mme Presno, nièce d'Albarran.

CHRONIQUE

A PROPOS DE LA MÉDECINE MODERNE EN CHINE

Quiconque a beaucoup vu... peut enseigner beaucoup. Si la vieille Chine d'antan était un pays inconnu, la Chine nouvelle avec ses transformations continuelles et parfois convulsives ne nous est pas plus familière et pour une grande partie d'un très attentif auditoire (1), le docteur Et. Burnet, directeur adjoint de l'Institut Pasteur de Tunis, a ouvert les portes d'un pays nouveau. Il avoue qu'un long voyage ne lui en a révélé que la « frange » ; il l'a tout au moins fort bien vue et a pu donner à son auditoire l'idée de la façon dont, à notre époque, se cristallise, en quelque sorte, une nation.

Si la « Chine du dehors » (Bangkok, Insulinde et autres colonies de Chinois expatriés) est déjà pour nous un univers très loin de nos mœurs et habitudes quotidiennes, elle est par divers côtés plus proche encore de nous que la « Chine du dedans ».

Dans un passé récent encore, la Chine ne connaissait que sa médecine ancienne, chaos rassemblé dans d'énormes compilations dont les 5.000 volumes de la compilation de Kang-Hi (1725) sont sinon le plus ancien, tout ou moins le plus typique ensemble.

A l'exception de quelques éléments isolés, tous étrangers, rien en fait de médecine moderne n'existait avant la Révolution d'il y a 20 ans. Depuis lors, l'évolution s'est précipitée.

L'apport étranger a d'abord été le seul élément existant, œuvre des missionnaires, puis des fondations américaines ; des institutions purement chinoises et animées de l'esprit moderne ont paru peu à peu, mais ne se sont développées qu'à mesure de la formation de médecins chinois. En dépit de tous les progrès réalisés, il n'y a pour les 400 millions d'habitants que 1.200.000 individus pratiquant l'art de guérir dont 4.000 seulement sont des médecins dignes de ce nom. 1.000 d'entre eux ont étudié à l'étranger ou dans des organisations chinoises d'esprit moderne. Si l'on peut en France compter 1 médecin pour 700 et en Suède 1 pour 2.800 habitants, il ne peut, disait M. Burnet, en Chine, y avoir plus d'un médecin pour 80 à 100.000 habitants, taux moyen variable suivant les provinces, 1/10.000 dans le Fo-Kien, 1/250.000 dans le Yunnam. Tous ces chiffres à nos yeux n'expriment en vérité que le « vide médical ». Mais il faut reconnaître les progrès faits depuis 1914, où l'enquête américaine trouvait pour toute la Chine 50 médecins et provoquait la fondation de l'Ecole de Médecine de Shanghaï avec son hôpital de 250 lits qui distribuait environ 30 diplômes par an.

Depuis deux ans le gouvernement chinois a beaucoup fait : collèges d'Etat, sortes d'universités (2 à Shanghaï, 1 à Pékin, 1 à Canton), écoles médicales professionnelles dont les unes sont militaires, d'autres provinciales, d'autres privées. Parmi ces dernières, les écoles Rockefeller de Pékin et de Mandchourie, l'école française Aurora de Shanghaï, les écoles japonaises de Tsi-Nan et de Moukden, en tout 21 établissements pour 3.420 étudiants et 2.397 lits (475 diplômes en 1929).

L'esprit moderne se répand et l'on voit des guérisseurs attachés aux vieux errements diagnostiquer fièvre typhoïde et paludisme et prescrire de la quinine pour se conserver une clientèle.

Par opposition, l'arme de pénétration la plus puissante de la médecine moderne dans les masses chinoises est avec la chirurgie, en particulier dans ses applications obstétricales, l'ophtalmologie !

(1) Institut des Hautes-Etudes chinoises, conférence du 13 avril 1932, Institut Pasteur.

En Chine comme ailleurs, médecine et hygiène sont sœurs. Rien n'existait comme hygiène publique dans l'intérieur jusqu'en 1913, épidémie de Mandchourie. Il existe actuellement des bureaux de la peste à Pékin et à Kharbine, mais ils ne datent que de 1928. Avant leur création par le gouvernement de Nankin, le fonds Rockefeller avait créé quelques organismes dont certains sont dotés d'une subvention gouvernementale. Mais il faut aller au plus pressé et le bureau d'hygiène du Petchili par exemple ne peut étendre son activité à plus d'un district : 100.000 habitants, 15 écoles, usines diverses.

L'organisation actuelle comprend des éléments provinciaux et des éléments de district. Leur activité forcément fragmentaire va au plus urgent : vaccination, éducation élémentaire du peuple. Dans ce but, on fait flèche de tout bois : écoles de fonctionnaires par exemple (Tche-Kiang) où l'hygiène tient dans le programme une place égale à l'administration, écoles d'instituteurs où l'hygiène est enseignée dans le même esprit, école de sages-femmes.

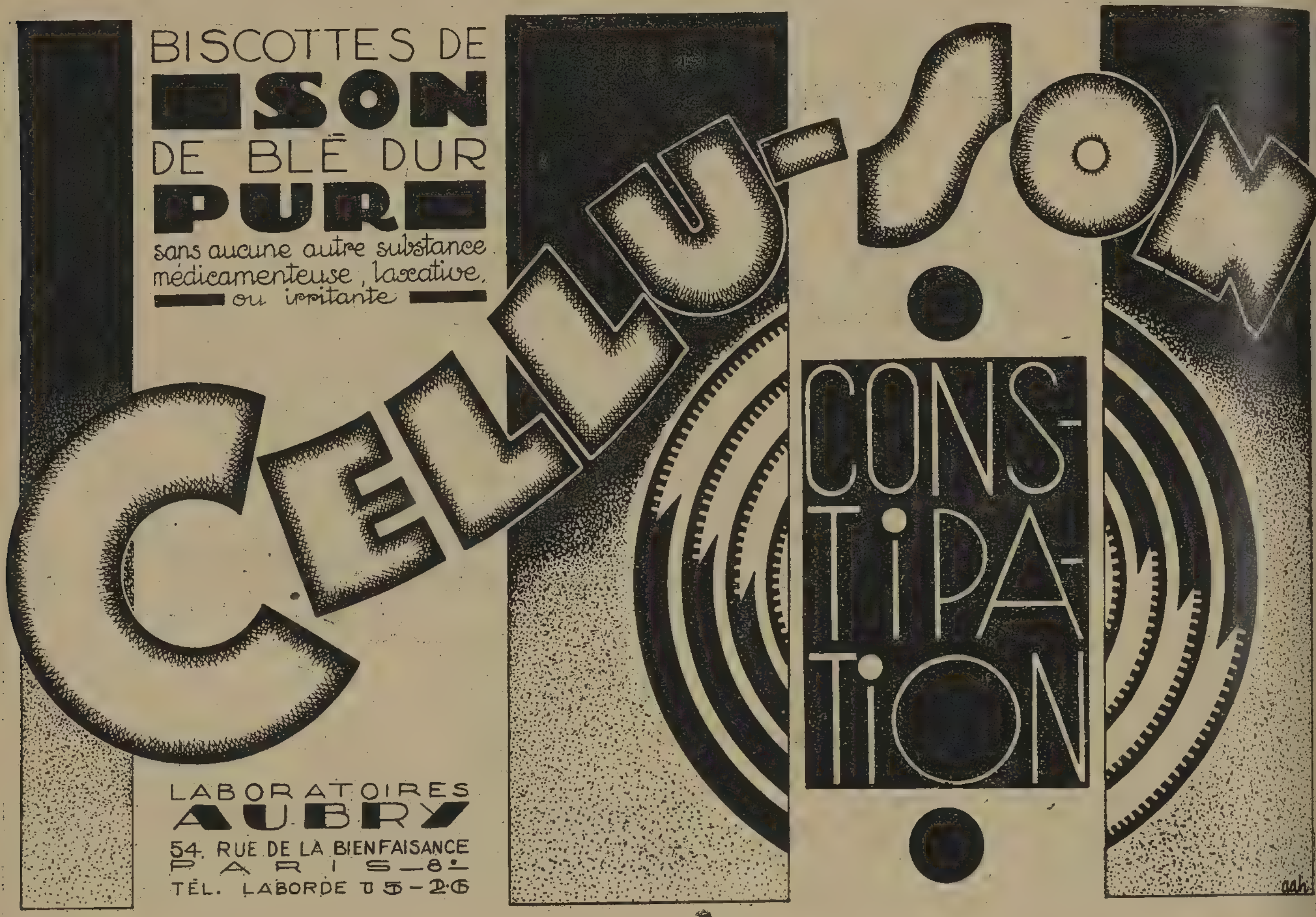
Mais les grandes villes demeurent le seul lieu d'application possible ; les campagnes sont encore impénétrables. Encore est-il juste de reconnaître que bien des villes font au mieux. A Shanghaï, à côté des organisations propres aux concessions étrangères, la ville chinoise (1.800.000 habitants sur les 3.000.000 de l'ensemble) possède maintenant un bureau d'hygiène entièrement chinois et organisé suivant les conceptions modernes. Si à Canton les résultats d'un organisme analogue sont moins tangibles, il en faut accuser la destruction par les bolcheviks de ce qui avait été fait depuis 1924 et qu'on n'a pu reprendre qu'en 1930.

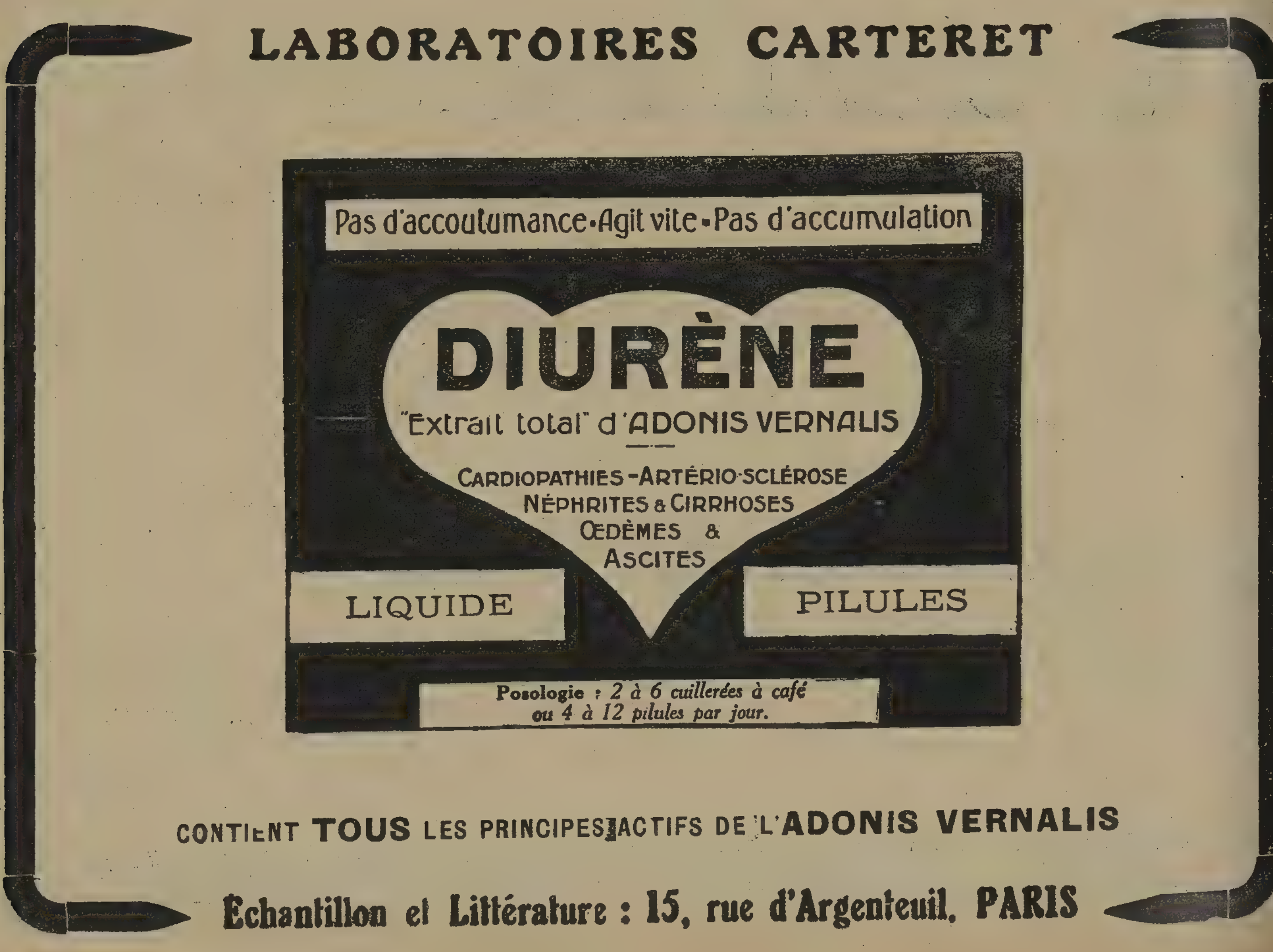
A Wo-Soung, à Kao-Tchao, à Niao-Tchouang on s'est mis à l'œuvre, mais sans pouvoir dépasser une très proche banlieue ni déborder un programme très simple : vaccination, propreté urbaine.

En ce qui concerne la police sanitaire des ports, il n'existait que des organismes rudimentaires, séparés et suivant des règlements incomplets et disparates dus à la seule initiative étrangère depuis qu'en 1894-1895 le choléra avait amené le port de Shanghaï à organiser une quarantaine sur pontons. Depuis 2 ans, sous l'influence de la S. D. N., on a beaucoup fait pour créer des organismes et un personnel.

La vallée du Yang-Tsé qui aboutit à Shanghaï est un centre mondial du commerce et de l'émigration. Un courant annuel de 100.000 émigrants y passe qui se dirigent surtout vers la Mandchourie ; Canton, Amoy, Hongkong en réunissent le double et le répartissent en Indochine, Insulinde, etc. Il n'existait autrefois que de vastes caravansérails pour émigrants, propriétés d'agences chinoises et où la surveillance médicale était des plus incomplètes ; depuis deux ans, les douanes, puis le ministère de l'Intérieur ont, selon des règlements uniformes, créé des organes de surveillance qu'il reste à développer.

(Voir la *Suite*, p. 597.)


BISCOTTES DE
SON
DE BLÉ DUR
PUR
sans aucune autre substance
médicamenteuse, laxative,
ou irritante
CELLU-SON
CONS-
TIPA-
TION
LABORATOIRES
AUBRY
54, RUE DE LA BIENFAISANCE
PARIS-8e
TÉL. LABORDE 15-26


LABORATOIRES CARTERET
Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation
DIURÈNE
"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS
CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES &
ASCITES
LIQUIDE
PILULES
Posologie : 2 à 6 cuillerées à café
ou 4 à 12 pilules par jour.
CONTIENT TOUS LES PRINCIPES ACTIFS DE L'ADONIS VERNALIS
Echantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Depuis 1930, sous l'égide de la S. D. N., on a cherché à activer la formation des cadres médicaux en épurant les établissements anciens et en en créant de nouveaux ; on s'est arrêté à un type d'écoles médicales de niveau moyen, donnant un enseignement essentiellement pratique auxquelles se superposent 2 établissements d'un niveau supérieur. L'enseignement y est gratuit, mais les élèves s'engagent à un service national de 10 ans. On abandonne, semble-t-il, l'ancien système très inspiré de l'influence allemande pour un nouvel esprit d'enseignement, essentiellement clinique, de type français.

Pour aller au plus vite dans l'organisation de l'hygiène publique, on a été au plus simple pour en terminer l'organisation et en tirant parti de ce que certaines collectivités (industries, chemins de fer...) avaient fait ou pouvaient entreprendre. Le type d'amélioration correspond à ces « stations d'hygiène appliquée », unités médico-hygiéniques complètes avec formation locale du personnel rappelant ce qui a été organisé en Yougoslavie pour parer à des nécessités analogues. Canton, Pékin, Nankin ont de ces stations ; on utilise aussi dans la mesure du possible les écoles de sages-femmes et les écoles d'instituteurs.

Beaucoup demeure à faire, en particulier contre la lèpre, fléau national. Les centres principaux sont le Kouan-Toung, le Shantung, la vallée du Yang-Tsé, mais l'immigration vers la Mandchourie autrefois indemne l'a dès maintenant contaminée et le mal est plus profond qu'il ne paraît.

A Canton où l'on avait beaucoup fait, la guerre civile a tout interrompu ou détruit ; 800 lépreux groupés dans une importante léproserie doivent se passer de tout traitement, du fait qu'on n'a pu y affecter aucun médecin. A Shanghaï existe une mission chinoise pour les lépreux.

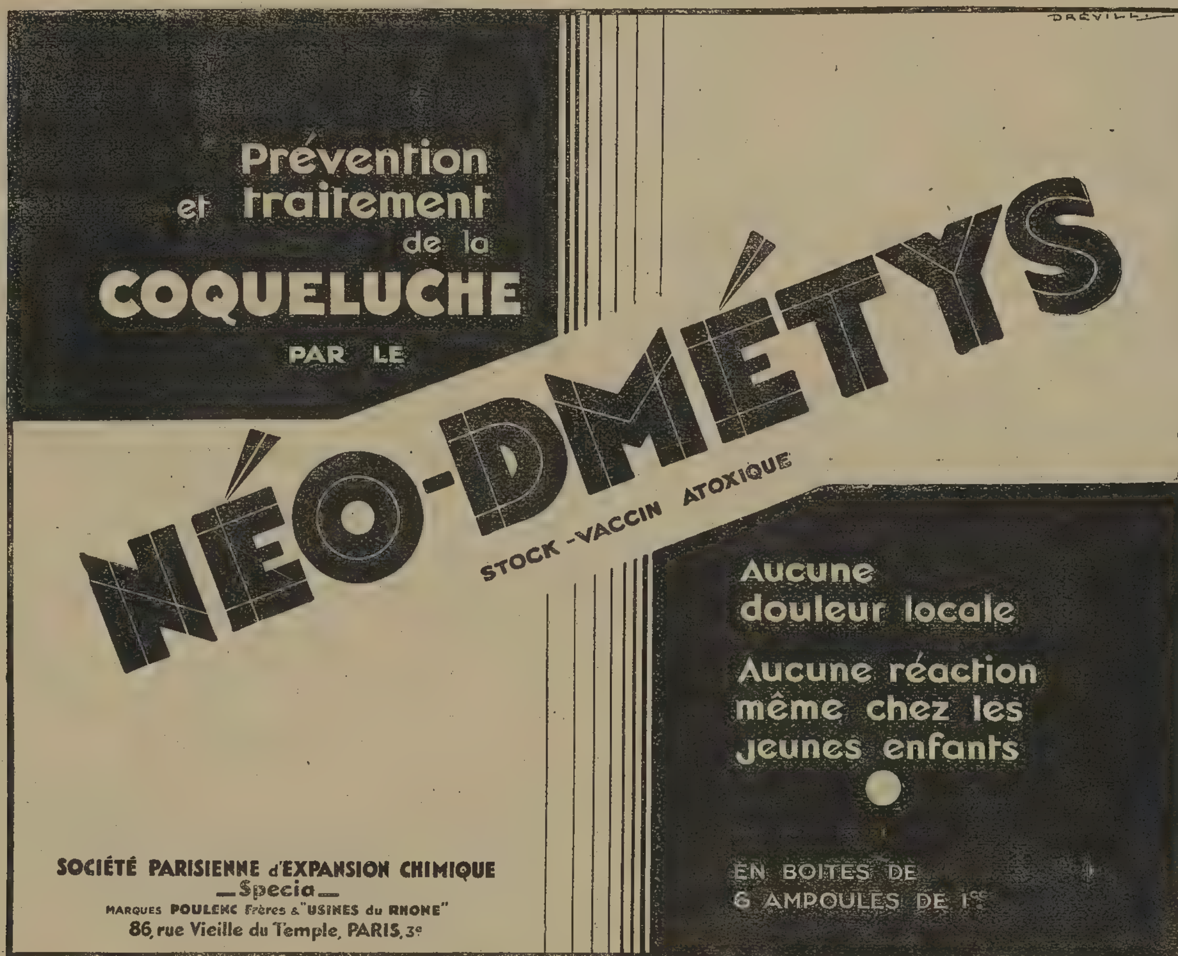
Si minimes que soient ces résultats eu égard à l'étendue des besoins, les circonstances imprévues réalisées par les inondations de 1931 en ont montré la valeur pratique. A peu près tout dans cette crise a été fait par les Chinois eux-mêmes ; on a constitué des secteurs équivalant à une population de 50.000 réfugiés, pourvus de 200 lits d'hospitalisation et d'un service mobile. Tout le personnel disponible en Chine a été mobilisé : 300 médecins, 50 étudiants, 200 inspecteurs et des infirmiers. La répugnance du Chinois à quitter son foyer, fût-il en ruines, a entravé la dissémination des épidémies, en particulier choléra et dysenterie. Sur 300.000 réfugiés dans des camps, 250.000 ont été vaccinés au moins partiellement contre le choléra, 150.000 contre la variole. Partis temporairement au retrait des eaux, les réfugiés ont bientôt rallié les camps à cause de la famine, mais tendent malheureusement à émigrer vers les grandes villes. Les dépenses mensuelles ont été en moyenne de £ 4.000 par mois, mais les besoins auraient été de £ 10.000 environ pour faire fonctionner 17 hôpitaux, 13 cliniques, 13 ambulances, avec 90 médecins, 140 infirmiers, 100 inspecteurs d'hygiène.

Pendant cette période, la Chine a pu fabriquer toutes les variétés de vaccins utiles, mais n'a pu naturellement suffire aux quantités. Elle a heureusement pu être aidée par d'autres pays, en premier lieu l'Indochine française qui a pu en qualité et quantité satisfaire à toutes les demandes de vaccins. La Pologne a donné des vaccins anti-dysentériques, le Danemark 100.000 doses de vaccin anti-typhique, la Hollande et ses colonies une ambulance, l'Egypte un laboratoire complet, matériel et personnel. L'aide matérielle a été la plus notable puisque l'appel de fonds lancé par la S. D. N. a fourni en tout et pour tout £ 258 !

Beaucoup reste donc à faire, mais les événements montrent qu'on est en Chine sur la bonne voie ; la récolte mûrira d'elle-même si le désordre n'y vient mettre obstacle.

L'étude de cette transformation montre que dans un pays neuf l'activité médicale est l'une des principales armes, sinon la principale, contre la misère et la barbarie. Si une génération ne peut suffire à amener d'un état chaotique à ce qui nous paraît le niveau moyen de nos habitudes un peuple entier, il n'en reste pas moins que, Chine ou Maroc, le médecin vaut à lui seul, comme l'a dit Lyautey, un bataillon...

R. L.


Prévention
et traitement
de la
COQUELUCHE
PAR LE
NÉO-DMÉTYS
STOCK-VACCIN ATOXIQUE
Aucune
douleur locale
Aucune réaction
même chez les
jeunes enfants
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e
EN BOITES DE
6 AMPOULES DE 1cc

L'ŒUVRE CHIRURGICALE DE RICARD

Dans un précédent numéro Fr. Le Sourd a dit toute l'émotion causée par la disparition du grand chirurgien que fut Ricard (1). Avec les accents que lui inspira sa profonde amitié il nous a montré ce que fut l'homme. Je voudrais ici essayer en quelques mots de retracer sa carrière et d'indiquer la place de premier plan qu'il occupa pendant vingt ans dans la chirurgie française.

Né à Sens en 1858, il vint faire ses études médicales à Paris. Elles furent brillantes. Reçu quatrième à l'externat en 1877, et le dixième à l'internat en 1880, il se destine à la Chirurgie. C'était l'époque où Trélat, Gossellin, Verneuil dominaient l'enseignement de la Pathologie Externe. Ricard fut successivement externe chez Tillaux (1880), interne chez Gosselin (1883) et Verneuil (1884). Il devint ensuite le chef de clinique de Verneuil, puis l'assistant de Le Dentu. Après avoir été reçu chirurgien des Hôpitaux, en même temps que Paul Poirier (1889), la même année il est nommé agrégé de chirurgie en même temps que Ch. Nélaton et Tuffier.

Chez les premiers maîtres de Ricard, chez Gosselin, chez Verneuil, l'enseignement était surtout clinique et très approfondi. A cette école, Ricard acquit des connaissances très étendues et un sens clinique profond. On aimait alors les discussions pathogéniques, et le sujet de sa thèse inaugurale (De la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille, 1885) se ressent de cette tendance. Mais on n'opérait encore que très peu. La découverte de l'antisepsie par Lister remonte bien à 1867-71. Just Lucas-Championnière l'adopta bien le premier en 1879 pendant un remplacement qu'il fit à l'Hôtel-Dieu. Mais son emploi ne s'infiltrait que lentement en France. La chirurgie était encore bien la pathologie externe réduite aux lésions traumatiques des membres et des parois. L'opération de la hernie était une audace, la laparotomie une témérité. On allait voir opérer Péan qui faisait alors des ovariotomies, puis des hystérectomies vaginales et qui pratiqua la première pylorectomie avec réunion bout à bout en 1879, un an avant Billroth.

Rappelons que Ricard, quelques semaines après son concours d'agrégation, alla faire un long voyage d'études chirurgicales en Allemagne et en Autriche. A ce moment il songeait à se consacrer à l'oto-rhino-laryngologie, mais il vit aussi Billroth et resta fidèle à la chirurgie générale.

C'est à l'amphithéâtre comme aide d'anatomie, comme prosecteur, par la dissection, la médecine opératoire, la chirurgie opératoire sur le cadavre, que Ricard acquit cette sûreté de main qui faisait sa force. C'est lui qui, avec Walther, eut l'idée d'instituer à Clamart les premiers cours de chirurgie opératoire sur le cadavre.

En possession d'une telle préparation, il aborde la pratique de la chirurgie sur le vivant. Tout de suite il y brille. Si l'on veut juger l'impression que le jeune chirurgien produisait sur ceux qui l'approchaient alors, écoutons un témoin, le professeur Forgue, qui l'a beaucoup connu à cette époque :

« Il avait produit sur mon esprit une impression « de précision technique, de modération judicieuse, « de brillant séduisant. Il a été un de ceux qui ont « agi sur moi, comme exemple de qualités éclatantes « et solides. Je l'avais vu prenant incontestablement « la tête de la génération de son temps, d'une supé- « riorité d'allure incontestée. » Et quelle génération ! Elle réunit les noms de Guinard, Poirier, Segond, Tuffier, Walther, Rochard, Lejars, Montprofit, Témoin, Delagénière, Doyen, Lafourcade, Forgue, toute la pléiade des jeunes chirurgiens qui bénéficient des progrès de la chirurgie dus à l'antisepsie, puis, avec Terrier, à l'asepsie.

Grâce à cette grande valeur professionnelle, Ricard acquit une clientèle considérable et qui, fait bien significatif de la confiance qu'il inspirait, comptait bien souvent des membres de la famille médicale.

A partir de 1898 il entre en possession d'un service hospitalier.

C'est là, à l'Hôpital, qu'il fallait voir Ricard. De haute stature, la tête droite, le regard clair, droit et vif derrière son lorgnon, une large barbe entourant le bas du visage, la voix ferme et nette. Mais cet ensemble un peu sévère était tempéré par un sourire plein de bonté, nuancé souvent — il était bon Bourguignon — d'un peu d'ironie et de gaîté.

Au lit du malade, la rapidité, la sûreté avec lesquelles il établissait un diagnostic et savait dépister une « panne » émerveillait ses élèves.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 9 avril 1932.

A la salle d'opération, l'extraordinaire habileté de Ricard ne frappait pas tout d'abord. C'est que tout ce qu'il exécutait était fait simplement, avec un minimum d'instruments, sans jamais un geste inutile, avec une rapidité sans hâte. Tout ce qu'il faisait paraissait simple, facile, sans rien d'imprévu en apparence.

Et ce n'est qu'à la longue que l'on se rendait compte de tous les obstacles vaincus comme en se jouant.

Ricard a peu publié, sauf dans les débuts de sa carrière où il écrit en collaboration avec Bousquet un traité de pathologie externe en 3 volumes (1893) et avec Launay un traité de thérapeutique chirurgicale en 1903, et un traité de technique chirurgicale deux ans après. Les titres mêmes de ces trois ouvrages montrent l'évolution de ses tendances. Ce sont surtout les perfectionnements de la technique chirurgicale qui l'intéressent. Très lié avec Albert Mathieu, avec lequel il assume depuis 1887 la direction scientifique de la *Gazette des Hôpitaux*, il se passionne pour la chirurgie du tube digestif et en particulier de l'estomac. Il pratique en grand nombre des pylorectomies et reste un fervent de l'opération de Péan, dite Billroth première manière (thèse Guillot 1897). De même, il s'attache à perfectionner la technique de la gastro-entérostomie, et il indique un procédé pour éviter à coup sûr le *circulus vitiosus* (De la gastro-entérostomie, note sur un point particulier de sa technique. Ricard et Chevrier, *Gaz. des Hôp.*, 24 janvier 1909). La chirurgie des membres ne l'intéresse pas moins et c'est ainsi qu'il présente à la Société de Chirurgie, le 9 avril 1897, un nouveau procédé d'amputation de l'arrière-pied. Pour permettre la conservation de l'appui normal du talon avec un minimum de conservation des tissus, Ricard a l'idée de faire l'astragalectomie et d'emboîter ensuite le calcanéum entier — ou au besoin amenuisé en hauteur et en longueur, dans la mortaise tibiopéronière.

Cette amputation donne un point d'appui excellent, sans bascule du calcaneum, ne nécessite pas d'appareillage. On peut dire qu'entre les Lisfranc, et l'amputation de jambes au lieu d'élection, le Ricard constitue la meilleure amputation dans l'arrière-pied.

Cette admirable opération qui ne figure dans aucun traité de médecine opératoire classique a été décrite en détail, avec résultats éloignés, dans la thèse de Latouche (Paris 1908).

Plus récemment, René Toupet a publié un beau travail sur l'opération de Ricard (voir *Gaz. Hôp.*, numéro du Centenaire, novembre 1927).

Ricard a aussi imaginé divers instruments parmi lesquels il faut citer son écarteur abdominal à trois branches et à cliquet et surtout son appareil à anesthésie, premier instrument permettant le dosage méthodique de l'air et des vapeurs de chloroforme, père de tous les appareils utilisés maintenant.

Nous avons souvent entendu reprocher à Ricard de ne pas s'être consacré davantage à l'enseignement.

Ceux qui le critiquaient avaient-ils assisté à ses leçons de médecine opératoire, à ses conférences de pathologie externe à la Faculté où l'on s'écrasait dans l'amphithéâtre ? Avaient-ils suivi son service hospitalier où il savait si bien instruire et retenir ses élèves ?

En réalité, la Faculté n'a pas su ouvrir ses portes à un maître qui l'aurait honorée par l'éclat de son enseignement. Ce fut tant pis pour la Faculté.

Ricard n'a donc pas été professeur. Il a cependant été un grand chef d'école, car il professait tous les jours par l'exemple. Aussi tous ceux qui se destinaient à aller exercer la chirurgie en province tenaient-ils à devenir élèves d'un tel maître. A côté du petit nombre de ceux qui sont restés à Paris comme Labey, Chevrier, Gernez, Toupet, combien nombreux aux quatre coins de la France ceux qui se réclament de son enseignement : Guillot, Malartic, Tesson, Guibal, Sikora, Prat, René Lemaître, Andrieu, Petit, Latouche, Matry, Dehelly. Tous aujourd'hui pleurent le maître qu'ils ont aimé et auquel ils doivent tant. Que l'hommage de leur reconnaissance puisse adoucir la peine de ceux qui sont restés et qui souffrent.

M. Lance.

REVUE GENERALE

LA SÉCRÉTION INTERNE DE L'HYPOPHYSE [1]

Par M. JEAN-E. PAILLAS,
Interne des hôpitaux de Marseille.

III. Les Fonctions métaboliques. — A. MÉTABOLISME DES GLUCIDES. — En même temps qu'il décrivait l'acromégalie, Pierre Marie signalait la fréquence des glycosuries (50 pour 100 des cas) chez les acromégales. Avec une fortune diverse pour cette fonction comme pour les autres, l'H. était d'abord incriminée puis délaissée, à la suite de Camus et Roussy, au profit de la région infundibulo-tubérienne ; actuellement le rôle de l'H. dans la glyco-régulation repose sur trois ordres d'arguments : cliniques, expérimentaux, pharmacodynamiques.

1. *Faits cliniques.* — Loeb, dès 1884, relève la coïncidence des tumeurs de l'H. et de la glycosurie. De nombreux auteurs étudient ensuite rationnellement les rapports acromégalie-glycosurie. Pour Davidoff et Cushing, le diabète se rencontrerait deux fois chez dix acromégales, et chez les huit autres on noterait une tolérance diminuée aux hydrates de carbone. L'hyperpituitarisme postérieur fut d'abord incriminé, mais récemment l'école de Cushing a montré le rôle des adénomes à cellules chromophiles du lobe antérieur ; au contraire les tumeurs à cellules chronophobes ne s'accompagnant pas d'hyperpituitarisme antérieur ne donnent pas de glycosurie. Enfin, ce diabète hypophysaire n'est pas insulino-résistant comme on le croyait (Ulrich, Falla), mais s'améliore nettement par les injections d'insuline (M. Labbé et son école). L'évolution de la glycosurie des acromégales est aussi en faveur d'une origine hypophysaire ; elle procède par poussées successives répondant à des vagues d'hyperpituitarisme. Il faut en rapprocher les glycosuries transitoires de la grossesse ou de l'adolescence pour lesquelles on doit invoquer la même pathogénie. Le diabète hypophysaire est guéri par le traitement étiologique dans quelques cas exceptionnels d'ailleurs.

2. *Faits expérimentaux.* — Après extirpation de l'H. chez le chien on observe une glycosurie légère qui dure peu de jours ; mais il se produit surtout, que cette hypophysectomie soit totale ou antérieure, une hypoglycémie, sans diminution de la glycogénie hépatique ou musculaire (expériences sur le crapaud — Houssay, Mazocco et Rietti, — sur le chien, Houssay, Aschner, Cushing). Inversement les greffes de lobe glandulaire normal pratiquées sur le crapaud entraînent une légère hyperglycémie sans glycosurie. D'autre part, les animaux hypophyséoprivés supporteraient mieux que les témoins les effets de la pancréatectomie ; par contre, leur sensibilité à l'action hypoglycémiante de l'insuline est considérablement augmentée ; encore faut-il distinguer l'ablation totale, de celle du lobe antérieur seul : dans le premier cas, un crapaud est tué par cinq unités d'insuline, dans le second dix unités sont nécessaires ; enfin, une simple lésion du tuber demande vingt unités pour obtenir le même résultat (Houssay et Potick).

3. *Faits pharmacodynamiques.* — *a*) L'injection d'extrait total entraîne la glycosurie pour Borchhardt.

b) La glycosurie est aussi produite par les extraits de lobe antérieur (Miller et Lewis, Gœtsch). Enfin, l'extrait de lobe antérieur protège le crapaud contre l'action hypoglycémiante de l'insuline (Houssay, Falta et Högler).

c) Les extraits rétropituitaires sont hyperglycémiants que les sujets en expérience soient normaux (expériences de M. Labbé et Renaud sur le lapin et l'homme), ou en état d'hyperglycémie passagère par ingestion ou injection de glucose : le taux de sucre sanguin est alors bien plus élevé (Claude et Baudouin, — mais ce point est discuté), et surtout il se produit de la glycosurie. Enfin, l'hypoglycémie insulinienne ne se produit pas si l'on injecte en même temps de la rétro-pituitrine.

4. *Interprétation physiologique.* — Tout d'abord, à côté du classique diabète tubérien étudié par Gournay et Legrand, Camus et Roussy, on doit aujourd'hui admettre une *glycosurie hypophysaire.* Mais quelle est la région de l'hypophyse qui tient sous sa dépendance le métabolisme des glucides, et par quel mécanisme ? Ellis incrimine la pars intermedia sans apporter de preuves à l'appui (M. Labbé). En faveur du *lobe postérieur*, seuls parlent les extraits ; mais nous connaissons les doutes émis sur la valeur physiologique de ces préparation. En tous cas Magenta, avec Geiling et Eddy, Houssay, admet que le principe ocytocique est seul antagoniste de l'insuline. Par contre, l'intervention du lobe antérieur paraît légitimée par les notions pharmacodynamiques, mais aussi opératoires et cliniques (adénomes à cellules acidophiles). C'est l'opinion de Houssay et Biasotti. Enfin, Davidoff et Cushing insistent sur notre méconnaissance de l'origine de la rétropituitrine. Le lobe antérieur jouerait un rôle dans la formation de cette substance, il y aurait donc interdépendance entre les deux lobes.

B. MÉTABOLISME DE L'EAU. — Liégeois le premier attribue à l'H. une fonction régulatrice sur la diurèse. Le diabète insipide tout naturellement devrait voir sa pathogénie rattachée à un hypofonctionnement pituitaire, non seulement d'après les documents cliniques (lésions pituitaires néoplasiques), mais aussi d'après les arguments expérimentaux (hypophysectomie, Cushing) et thérapeutiques (l'efficacité si remarquable de l'opothérapie hypophysaire dans le traitement du diabète insipide). Les recherches de Camus et Roussy sont venues ici aussi porter un coup en apparence fatal à la fonction glandulaire. Aujourd'hui où l'existence de centres métaboliques de l'eau siégeant dans l'infundibulo-tuber ne paraît plus devoir être discutée, l'importance de l'H. à ce point de vue est bien diminuée. Cependant ne peut-on actuellement encore accorder à la glande une certaine part dans la régulation aqueuse ? Des travaux modernes se sont efforcés de le montrer, des théories se sont échafaudées. Nous allons les envisager, sans exposer le rôle aujourd'hui bien connu de l'infundibulo-tuber.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 31, p. 565.

I. Les *arguments cliniques* ne reposent que sur la coexistence de diabète insipide et des syndromes dits hypophysaires d'origine néoplasique ou traumatique. Les *arguments anatomo-pathologiques* n'ont pas non plus de valeur cruciale : les lésions sont très fréquentes certes dans le lobe antérieur et agissent sur le lobe postérieur par compression, mais les lésions nerveuses associées ou isolées ne sont pas moins fréquentes. Les expériences d'hypophysectomie de Cushing ne sont plus probantes depuis que Camus et Roussy ont montré que l'altération des noyaux propres du tuber est à la fois nécessaire et suffisante (Gournay) pour provoquer la polyurie. Restent les *arguments pharmacodynamiques* qui paraissent avoir plus de poids. L'extrait de lobe antérieur est entièrement inactif. Au contraire, les extraits post-hypophysaires ont une action inhibitrice tissulaire et une action antidiurétique.

α *Action inhibitrice.* — Les leptodactyles à demi immergés reçoivent une injection de post-hypophyse ; leur poids augmente de 10 pour 100 ; des témoins non injectés restent stationnaires. L'action post-hypophysaire est attribuée à la rétention aqueuse tissulaire : chez des chiens, l'injection intra-veineuse d'extrait pituitaire est suivie d'une diminution du débit de la lymphe dans le canal thoracique et d'une réduction durable du débit lymphatique (Meyer, Bayley, Petersen et Hughes). Enfin in vitro Gigon observe une augmentation de poids de 80 pour 100 sur des cuisses de grenouilles immergées dans du Ringer ou du Tyrode, après injection de « pituiglandol », alors que des cuisses témoins n'augmentent que de 40 pour 100.

β. *Action antidiurétique.* Schaeffer, Magnus, Herring (1905) ; Hallion et Carrion ; Cushing (1912), étudiant l'action de la rétropituitrine sur des animaux sains et anesthésiés, concluent à une action diurétique. Plus tard, Frank, Maranon, Garnier et Schulmann montrent que les expériences de Schaeffer avaient été faussées par la narcose. Aujourd'hui, la presque unanimité des auteurs se rallient à la conception de Frank et reconnaissent le pouvoir antidiurétique de la post-hypophyse. Cependant cette action freinatrice, difficile à mettre en évidence sur l'animal ou l'homme sain, n'est bien reconnue que dans les cas de diabète insipide, où elle prend alors une véritable valeur opothérapique, et dans les cas de polyurie artificiellement provoquée par ingestion abondante d'eau ou par l'emploi de diurétiques.

Par quel *mécanisme* les extraits rétro-pituitaires agissent-ils ? L'étude des polyuries expérimentales et du diabète insipide nous met en présence d'un certain nombre de théories physio-pathologiques que nous n'avons pas à envisager ici d'ailleurs. Ne retenant dans le diabète insipide ni les théories rénales et humorales (métabolisme des nucléo-protéides, chute du seuil de l'eau, métabolisme du chlorure de sodium), ni la théorie nerveuse, nous ne considérerons que la théorie de l'hydrophobie tissulaire (M. Labbé, Violle et Gilbert-Dreyfus) ; cette hydrophobie, conséquence de l'hypo ou de l'afonctionnement de l'H., est à rapprocher de l'action inhibitrice des extraits. De ce fait, sans qu'il soit besoin d'invoquer une vaso-constriction rénale (de Sajous, Garnier et Schulmann), une inhibition de la sécrétion urinaire (Schaeffer et Herring), une hormone excitatrice de l'épithélium rénal et une chalone inhibitrice du tonus vasculaire (les deux antacoïdes de Paulian), le mécanisme d'action de l'H. ou de ses extraits paraît être purement tissulaire (Etienne : action directe sur le métabolisme de l'eau ; Buscke : sur celui des chlorures) ou peut-être réno-tissulaire (Spiegel) ; la rétention aqueuse explique la diminution de la diurèse.

II. Comment concevoir le *rôle de l'H. dans le métabolisme de l'eau ?* Classiquement on lui reconnaît un rôle fixateur tissulaire. Pour Houssay, Biedl, il existerait deux hormones antagonistes se comportant comme régulatrices de l'élimination rénale ; l'effet est généralement modérateur, mais éventuellement excitateur de la diurèse (Prusick). — En quel point de l'H. cette fonction siège-t-elle ? Le lobe antérieur paraît inactif. Les extraits postérieurs sont en fait des extraits de lobe intermédiaire (Souques et Alajouanine). Herring considère ce dernier comme dénué de tout pouvoir oligurique. Enfin, tout récemment, Towne incrimine, avec raison semble-t-il, à nouveau la pars intermedia (1), et Atwell la pars tuberalis. Du seul point de vue hypophysaire, il nous semble donc impossible de conclure en faveur d'une des parties de la glande.

Peut-être les théories qui font intervenir le tuber cinereum rendraient-elles mieux compte des faits. La théorie de la *synergie hypophyso-tubérienne* a été émise par Pende. Il est séduisant d'admettre, dit-il, que la sécrétion altérée de l'H. puisse influencer le fonctionnement des centres nerveux. La tige pituitaire, formée de fibres de Remak, apparaîtrait comme un véritable nerf sympathique conduisant l'influx ou l'hormone (V. plus haut la th. de la neurocrinie) du lobe intermédiaire au tuber. Il y aurait d'autre part une véritable suppléance (de Sajous) entre la glande et les centres nerveux (l'ablation de la neurhypophyse entraîne une suractivité des centres infundibulaires dont les extraits acquièrent un pouvoir antidiurétique marqué — Trendelenburg, Sato). Cette théorie de « l'appareil unique » compte à l'heure actuelle de nombreux partisans (Vergara).

C. Métabolisme des lipides. — Pour cette fonction, plus encore que pour la précédente, l'intervention de l'H. paraît problématique. Nous avons vu l'importance du lobe antérieur dans la régulation des fonctions génitales. L'association clinique d'obésité à des troubles génitaux (syndrome adiposo-génital) avait permis de rattacher à l'H. le métabolisme des graisses, d'autant que les expériences de Paulesco, Cushing et son école venaient confirmer cette conception nouvelle. Mais aujourd'hui, après les travaux de Camus et Roussy, Bailey et Bremer, confirmés par de nombreux auteurs, il semble bien que seul l'infundibulo-tuber soit responsable des troubles observés dans les expériences portant sur la région hypophysaire (l'hypophysectomie bien faite produit seulement des troubles génitaux ; chez les animaux antérieurement hypophy-

(1) Towne réalise par transsection de la tige pituitaire un diabète insipide expérimental et transitoire. Quand la polyurie est terminée, l'examen histologique montre que les cellules de la pars intermedia et de la pars tuberalis se sont à nouveau réunies à la base du cerveau.

sectomisés, une lésion du tuber entraîne alors la surcharge graisseuse ; enfin une lésion de la région hypothalamique seule, sans atteinte pituitaire, entraîne le développement d'une adipose extrême, sans modifications génitales — (Smith). Ces notions expérimentales, s'appuyant sur de nouvelles bases cliniques, ont permis de dissocier le rôle morphogénétique génital, relevant du lobe antérieur, du rôle métabolique graisseux sous la dépendance de l'infundibulo-tuber.

Les propriétés pharmacodynamiques de la post-hypophyse peuvent-elles faire pencher la balance en faveur de la glande ? Mais les résultats sont discordants : alors que Coope et Chamberlain obtiennent une surcharge hépatique graisseuse par injection de rétropituitrine, Raab constate la diminution de la lipémie ; de même, Bang et Blix notent la diminution et même la disparition des graisses neutres avec cholestérolémie inchangée, avec hypocholestérolémie pour Moehling et Ainslee. En fait, les effets obtenus par les injections de lobe postérieur doivent être considérés comme d'ordre toxique et non opothérapique, à moins que ces notions ajoutées à d'autres expérimentales (1), ne viennent ici, comme précédemment, s'inscrire en faveur d'une théorie de synergie hypophyso-tubérienne, d'ailleurs bien plus fragile.

D. Métabolisme basal et action dynamique spécifique. — Du point de vue clinique on admet en général que le métabolisme basal est augmenté dans l'acromégalie, diminué dans le syndrome adiposo-génital et surtout la maladie de Simmonds. Du point de vue expérimental l'intervention du lobe antérieur dans la régulation des échanges gazeux, bien qu'entourée encore de nombreuses incertitudes, ne paraît pas douteuse. Winton et Hogben montrent que chez la grenouille l'hypophysectomie antérieure ou totale réduit la production de gaz carbonique. Foster et Smith pratiquent de même l'hypophysectomie chez des rats ; le métabolisme diminue alors de 35 pour 100. Seuls des homotransplants de lobe antérieur (ou de thyroïde) peuvent ramener le rat à la normale, les extraits postérieurs étant inefficaces. Pour Bernhardt seule l'hormone de lobe antérieur dite « präphyson » serait régulatrice du métabolisme. Zondek l'assimile à son « Prolan ». Les extraits post-hypophysaires ont donné des résultats discordants : augmentant la combustion pour les uns (Nitzescu et Gravila), la diminuant pour les autres (Hirsch et Blumenfeld ; Weiss et Reiss). Peut-être ces résultats tiennent-ils aux effets nombreux des extraits postérieurs : circulatoires, sur les fibres lisses. En tout cas en l'absence de travaux plus sûrs, nous ne devons reconnaître dans l'hypophyse, comme facteur métabolique, et dans le sens excitateur, que le *lobe antérieur*. Ces notions ont d'ailleurs été confirmées par les auteurs qui ont étudié le pouvoir de l'H. sur l'action dynamique spécifique des albumines (Liebeschütz-Plaut, Shadow) ou du glycocolle (Foster et Smith) : l'hypophysectomie la diminue, les implants ou les extraits antérieurs l'augmentent.

(1) La dystrophie adiposo-génitale s'observe après compression ou section de la tige pituitaire. Ces effets s'interprètent facilement, si l'on admet que la compression ou la section de la tige, en même temps qu'elle supprime la vascularisation de la glande, entrave le passage d'une hormone excitatrice pour les noyaux infundibulo-tubériens.

IV. — **Actions spéciales circulatoire et sur les fibres lisses.** — Nous sommes obligés de grouper sous ce titre des propriétés que l'on reconnaît aux extraits de lobe postérieur, mais qui ont été mises en évidence davantage par l'expérimentation pharmacodynamique que par des constatations de médecine opératoire et expérimentale. « Elles paraissent relever moins de la physiologie normale que de la pharmacodynamie. » (Rathery et Mollaret.) Comme le dit Coutière « ces substances si actives du lobe postérieur n'ont peut-être ni rôle, ni but ; elles sont là comme des alcaloïdes dans une plante ». Aussi serons-nous bref, sur certains points de pharmacodynamie pure, renvoyant pour de plus amples détails à la monographie de Penau, Blanchard et Simonnet. Rappelons d'abord que deux extraits sont actuellement bien connus : l'ocytocine et la vasopressine.

1° Action sur les fibres lisses. — Cet effet résulte d'une atteinte combinée, excitatrice et inhibitrice, sur le système nerveux autonome, sympathique et parasympathique. Les terminaisons nerveuses ne paraissent pas être le point d'attaque des extraits (ni la section, ni la dégénérescence nerveuse n'empêchent leur action). L'effet ocytocique, ou effet sur la contraction utérine, est pratiquement le plus important.

a) *Action ocytocique.* — Elle a été étudiée surtout in vitro. Le principe de la méthode consiste à faire agir de l'ocytocine sur un fragment de muscle utérin en suspension dans un liquide déterminé, et à enregistrer graphiquement les contractions utérines. C'est Dale qui le premier en 1906 a constaté l'effet ocytocique.

Le milieu de survie est une solution type Ringer, Tyrode ou Burn et Dale, qui doit éviter la contraction spontanée, être voisine de l'isotonie ou mieux de « l'eucrasie » (concentration ionique optima pour Lœwe), et de réaction neutre. Le fragment utérin provient en général d'un cobaye vierge impubère, ayant vécu séparé des mâles ; on prélève seulement une corne utérine. Dans ces conditions on évite la contraction spontanée des utérus de femelles pubères, ou en état d'œstrus. On peut ainsi étudier les contractions utérines dans diverses circonstances physiologiques. Tout d'abord un utérus prélevé à la période œstrale ou préœstrale est bien plus excitable que pendant le diœstrus. L'injection préalable d'extrait lipoïdique de placenta, d'ovaire ou de corps jaune (Hermann, Brouha et Simonnet) modifie la réponse utérine aux extraits post-hypophysaires en la renforçant, et la soumettant à un rythme régulier. Il était intéressant aussi de connaître la réaction de l'utérus travaillant à l'état physiologique, c'est-à-dire se contractant sur un obstacle. Kurdinowski et surtout Kurzel ont résolu le problème. Ce dernier a montré que :

1. Une faible augmentation de pression intra-utérine augmente la hauteur et la durée des contractions ;

2. Une forte augmentation diminue la hauteur et la durée ;

3. Une corne soumise à un travail excessif peut cependant le réaliser, si elle reçoit une injection d'extrait post-hypophysaire.

Enfin, point excessivement important, *la présence d'un corps jaune dans l'ovaire rend l'utérus insensible à l'action des extraits*. Pendant la grossesse le pouvoir ocytocique est suspendu.

b. *Action sur les bronches.* — Les résultats sont discordants. En général, cependant, on constate une action broncho-constrictive (Houssay). Mais certains auteurs rapportent cet effet à l'histamine contenue dans les extraits.

c. *Action sur le tractus digestif et la vésicule biliaire.* — Ici encore l'action constrictive et hypertonisante a été rapportée à l'histamine. Cependant Lapiccirella obtient les mêmes résultats avec des extraits purs. L'effet se ferait surtout sentir sur l'iléon, et la vésicule biliaire qui chasse son contenu quinze à vingt minutes après l'injection.

d. La contraction de la *vessie* est moins nette.

e. La *pupille* devient mydriatique *in vitro* et *in vivo*.

f. *Action mélanophorique.* — Les cellules pigmentaires ou chromatophores du tégument de certains animaux (poissons, batraciens) sont douées de mouvements d'expansion et de retrait. Ces cellules, étant considérées comme musculaires, réagissent aux extraits post-hypophysaires : les cellules mélanophores subissent une expansion considérable et généralisée, de telle sorte que des grenouilles primitivement jaunes deviennent rapidement noires (Hogben et Winton). Cette action d'un grand intérêt spéculatif, et dans certains cas pratique (application au titrage des extraits) n'a pas grande valeur physiologique (1). Le principe actif n'a pas encore été séparé des principes presseur ou ocytocique. Rowe croit à son indépendance.

2° ACTION SUR L'APPAREIL CIRCULATOIRE. — a. *Pression sanguine.* Avec le pouvoir ocytocique, le pouvoir hypertenseur constitue la grande propriété des extraits post-hypophysaires. Dans la réaction hypertensive s'intègrent un *effet cardiaque* (bradycardie avec augmentation du débit circulatoire), un *effet vasculaire artériel* (hypertension carotidienne, précédée d'hypotension), un *effet vasculaire veineux* (hypertension périphérique avec hypotension porte), enfin la *constriction des capillaires* (pâleur de la peau et des muqueuses externes, — expériences sur la membrane interdigitée de la grenouille). Les résultats varient d'ailleurs avec l'animal considéré, l'anesthésique et même le type d'extrait employé. Pour être efficace, l'extrait doit être injecté. En même temps qu'on observe de l'hypertension dans la grande circulation, la petite circulation pulmonaire réagit souvent de façon inverse (Mac Donald, Sharpey-Schäfer), la tension porte est abaissée (Clark) ; enfin la tension du L.C.R. subit une poussée brusque et transitoire d'augmentation.

(1) La recherche du pouvoir mélanophorique dans le L.C.R. de l'homme a été faite par Ehrhardt. Cet auteur n'a pu le caractériser dans un cas de P. G. et un cas de cirrhose de Laënnec. (*Münch. Mediz. Wochensch.*, 22 févr. 1929, n° 8.)

La vasopressine présente les deux curieuses propriétés de *tachyphylaxie* et d'*inversion* : une première injection inhibe l'effet d'une seconde pratiquée une demi-heure plus tard. Des injections secondes poussées de demi-heure en demi-heure, avant que l'effet hypertensif précédant soit épuisé, déterminent de l'hypotension.

b. *Coagulation sanguine.* Emile Weil et Boyé (en 1909) montrent que les *extraits de posthypophyse accélèrent la coagulation du sang* chez les hémophiles comme chez l'homme sain, tandis que les extraits d'anthypophyse donnent des résultats inverses. De même *in vitro* l'action coagulante de ces extraits est considérable. Mais Feissly met en doute la spécificité de la réaction : les extraits hypophysaires (antérieurs autant que postérieurs d'ailleurs) n'agissent qu'en provoquant un choc colloïdoclasique : hypotension et hypercoagulabilité. Houssay pense dans un sens un peu différent que les extraits n'agissent que par les lipoïdes qui apportent un surplus de cytozyme. La Barre donne une explication plus complète : *le lobe postérieur* accélère fortement la réaction serozyme-cytozyme, c'est-à-dire la formation de la thrombine ; en outre, la fibrine est formée aussi plus rapidement, par accélération de la réaction thrombine-fibrinogène. Au contraire, l'*anthypophyse* devrait à la choline de retarder notablement la formation de la thrombine (1).

3° ACTION SUR LES SÉCRÉTIONS. — Nous avons déjà vu l'action antidiurétique et la vaso-dilatation rénale. L'*action galactogogue* tenue pour spécifique par Mackenzie, ne serait pour Schäffer qu'un phénomène d'excrétion : contraction des fibres lisses des conduits galactophores. Houssay expliquerait l'effet favorable sur la sécrétion lactée par une augmentation des lipides. Il est à noter cependant que l'effet galactogogue serait spécifique et sécrétoire pour Gruter et Stricker qui auraient retiré une hormone excitatrice du *lobe antérieur*.

D'autres sécrétions seraient influencées par les extraits post-hypophysaires : *inhibition sur les sécrétions salivaire, biliaire, gastrique*. L'injection d'extrait de post-hypophyse détermine une *sécrétion post-hypophysaire* paraissant spécifique et dont le produit se retrouve dans le L.C.R. (Weed et Cushing).

Les synergies endocriniennes et nerveuses. — A. GLANDES GÉNITALES. — L'H., nous le savons, agit sur les glandes sexuelles pour leur donner soit une impulsion, soit un arrêt. Les glandes sexuelles à leur tour agissent sur l'H. et la modifient. Nous avons déjà vu les hormones ovariennes, lutéine et folliculine, exciter ou inhiber successivement la sécrétion antérieure et permettre la production de Prolan A ou de Prolan B. D'autre part, l'inhibition produite par la sécrétion génitale disparaît si l'animal est castré, à tel point que l'hormone sexuelle antérieure est décelable biologiquement dans le sang circulant et que

(1) A propos de l'action de l'H. sur le sang, signalons qu'on a voulu faire jouer à cette glande un rôle hématopoiétique (érythrocytes trouvés à son intérieur) et qu'on a décrit des polyglobulies hypophysaires.

l'on peut utiliser cette propriété, dans des expériences de parabiose, pour accélérer la puberté d'animaux impubères. Cette action de l'ovaire sur l'H. se traduit encore histologiquement chez l'animal castré : la proportion des cellules basophiles baisse aux dépens des cellules éosinophiles ; c'est ce que Zondek et Berlinger ont appelé la « formule de castration ». Pendant la menstruation le lobe antérieur s'hypertrophie ; l'accroissement devient considérable chez l'animal gravide, jusqu'à doubler de poids (Launois et Mulon) ; en même temps, la structure histologique se modifie : multiplication et hypertrophie des cellules principales qui se transforment en cellules de gestation, apparition de cellules sidérophiles. Ces modifications paraissent dues à la présence de l'hormone de gravidité sécrétée par le placenta. C'est ce qui résulte des recherches de Zondek et Aschheim, Phillipp, Brouha et Simonnet, Collip. Des implantations de placenta frais chez des souris infantiles entraînent les modifications ovariennes de l'œstrus. Collip a pu isoler du placenta une hormone qu'il appelle « emménine » et qui agirait sur l'animal non castré pour déterminer l'œstrus. L'hormone antéhypophysaire qui apparaît dans le sang soit physiologiquement au cours de la gravidité, soit expérimentalement, disparaît dès la parturition ou les dernières injections. De cet ensemble de recherches est née une théorie du fonctionnement sexuel, que Brouha et Simonnet appellent « *système hypophyso-génital* » et que nous allons à présent exposer. Dans l'activité génitale, pour l'un comme pour l'autre sexe, il y a lieu de considérer une phase d'installation et une phase de régression, la *puberté* et la *ménopause*, et une période intercalaire de plein fonctionnement que nous avons déjà envisagée. Ici nous verrons en outre le mécanisme humoral de la *grossesse*, de l'*accouchement*, de la *lactation*.

La *puberté* peut être considérée du point de vue hypophysaire comme un état d'équilibre entre l'hormone de croissance et l'hormone sexuelle. Pendant l'enfance l'hormone de croissance est prédominante, elle inhibe la sécrétion sexuelle qui existe cependant puisque des lobes antérieurs d'animaux impubères, injectés à d'autres sujets impubères, font apparaître l'œstrus. Après la puberté, l'équilibre est rompu en faveur de l'hormone sexuelle, et la sécrétion de croissance s'arrête. D'autre part, la glande sexuelle d'animal jeune est capable de répondre au stimulus hypophysaire d'un autre animal impubère (expériences de parabiose ou d'implantation) ; cependant, avec des éléments semblables, la puberté ne peut s'établir chez l'animal impubère normal. C'est que pour pouvoir établir la « liaison hypophyso-génitale », l'organisme doit avoir atteint un *certain degré de développement*.

La *ménopause* est la rupture de cette liaison hypophyso-génitale, par hyposécrétion d'hormone sexuelle sans doute, mais aussi peut-être à la suite d'un certain degré de prédominance de l'hormone somatotrope (acromégalie fruste chez les individus ménopausiques). A ce stade Zondek distingue trois périodes dans l'activité anthypophysaire : 1° hypersécrétion de Prolan A cherchant à exciter un ovaire épuisé et à ovulation difficile ; 2° disparition de la sécrétion ovarienne ; 3° le Prolan A inemployé passe dans l'urine jusqu'à la mort fonctionnelle de la glande qui survient un an après environ.

Pendant la *gravidité*, et dès le début, intervient une nouvelle glande, *le placenta*. Celui-ci active la production hypophysaire ; le Prolan B passe dans les urines (1) en même temps que la lutéinisation intense entraîne la production du corps jaune de grossesse. Chez la femme vers le cinquième mois la sécrétion prolanique diminue, et coïncide avec un ralentissement fonctionnel de l'H. La présence d'hormone anthypophysaire dans les urines de la femme enceinte dès les premiers jours de la grossesse a été mise à profit par Aschheim et Zondek dans le diagnostic biologique de la grossesse. Des urines prélevées dans ces conditions sont capables de reproduire, injectées à des souris, le phénomène de l'œstrus. Brouha, Hinglais et Simonnet ont montré que mieux et plus fidèlement encore, les souriceaux mâles impubères réagissaient à cette injection par des modifications génitales macroscopiques et non plus microscopiques : l'hypertrophie des vésicules séminales.

Les contractions utérines de l'*accouchement* paraissent dues à l'entrée en action d'une nouvelle hormone, sécrétée cette fois par la post-hypophyse, l'*ocytocine*. A son tour cette ocytocine serait peut-être libérée lorsque le taux de folliculine de l'organisme atteindrait un certain degré (?).

Enfin les rapports *hypophyse-lactation* sont aussi étroits puisque non seulement le lobe postérieur agit sur l'excrétion en faisant contracter les fibres lisses, mais aussi agit sur la sécrétion ainsi que l'ont montré Stricker et Grunater (injections d'extraits anthypophysaires à des femelles normales).

B. Les îlots de Langerhans et les surrénales. — Les interréactions de l'hypophyse et du pancréas endocrine ainsi que des surrénales sont démontrées par la pharmacodynamie : antagonisme insuline-pituitrine, synergie adrénaline-pituitrine, et par les résultats efficaces que produit l'hypophysectomie sur la glycémie des animaux dépancréatés. Nous savons que le pancréas augmente la glycolyse et la perméabilité rénale au sucre, en même temps qu'il diminue la glycogénolyse hépatique. Inversement les surrénales diminuent la glycolyse, la perméabilité rénale, et augmentent la glycogénolyse. L'H. est une glande hyperglycémiante, mais d'effet bien moins marqué que les surrénales ; elle aurait surtout pour but de modérer les effets de ces deux glandes en diminuant l'hyperglycémie adrénalinique et l'hypoglycémie insulaire.

C. La thyroïde. — Outre la communauté d'action sur la *glycémie*, il faut rappeler que la thyroïde est une glande nutritive, et morphogénétique. Depuis longtemps, Rogowitch a conclu à la fonction vicariante de l'H. dans la thyroïdectomie. Dans les phénomènes de croissance l'H. tenant sous sa dépendance

(1) Pour certains auteurs le Prolan B serait directement sécrété par le placenta. Ainsi serait expliquée l'existence de la réaction de Zondek et Aschheim dans le choro-épithéliome, sa disparition après l'opération, et sa réapparition lors de métastases ou de récidives. Enfin dans le même ordre d'idées, au cours d'une grossesse extra-utérine, la réaction se négative huit à dix jours après la mort du fœtus. On voit l'intérêt diagnostique dans ces deux cas.

surtout la taille, la thyroïde contrôlerait plus spécialement les métamorphoses. Crew et Wiesner rapportent cette action à une hormone spéciale du lobe antérieur, qui aurait pour fonction d'exciter la thyroïde : « *hormone thyréotropique* ». Enfin l'action accélératrice de l'H. sur les combustions pourrait s'interpréter par l'intermédiaire de la thyroïde. Pour Aron, les relations fonctionnelles seraient plus complexes : l'H. est le primum movens du développement du corps thyroïde, et par l'intermédiaire de celui-ci du pancréas endocrine ; ce dernier enfin est responsable de la fonction glycogénique du foie.

D. Les parathyroïdes. — Considérées comme frénatrices dans la régulation glycémique, ces glandes sont antagonistes de l'H. D'autre part, l'H. serait capable de suppléer dans une certaine mesure à l'insuffisance parathyroïdienne. Cimaroni, Pépère, Harvier ont montré qu'après parathyroïdectomie, les cellules acidophiles de l'H. augmentaient de nombre, s'entouraient de flaques colloïdes, en même temps que s'hypertrophiait la pars intermedia.

E. Le thymus. — Collaborant aux fonctions de développement et de croissance du squelette, intervenant dans la maturation sexuelle et l'évolution des glandes génitales, les fonctions thymiques se rapprochent beaucoup des fonctions de la glande qui nous intéresse. Expérimentalement l'hypophysectomie entraîne l'atrophie et la dédifférenciation des éléments thymiques (Ascoli et Legnani). D'un autre point de vue les extraits thymiques augmenteraient le pouvoir antidiurétique des extraits rétro-pituitaires (Arding et Allen).

F. La glande pinéale, enfin, par ce que nous savons de la macrogénitosomie et de son importance sexuelle ne saurait être isolée du système hypophysaire. Desogus, dosant les lipoïdes pituitaires et épiphysaires de la poule, montre que pendant l'ovulation tous les lipoïdes se portent sur la pinéale, et en dehors de l'ovulation sur la pituitaire. Pour cet auteur pinéale et H. appartiendraient à deux systèmes endocriniens opposés.

G. Le système végétatif. — Nous avons vu au cours de l'étude des fonctions hypophysaires l'importance attribuée par certains auteurs aux centres sympathiques infundibulo-tubériens (métabolisme de l'eau, des graisses...). Actuellement de nombreux auteurs, Pende, de Sajous, Vergara, et tout récemment encore Leschke, pensent que le système végétatif diencéphalique, dont les centres siègent en particulier au « nucleus supraopticus » et au « nucleus parahypophyseus », ne saurait être dissocié du système hypophysaire. Nombre de fonctions communes métaboliques (graisses, eau, sucres) ou morphogénétiques (caractères sexuels secondaires, répartition du tissu adipeux (1)) expliqueraient les phénomènes de suppléance et d'hyperplasie cellulaire vicariante observés après lésion de l'un ou l'autre système. Ces interdépendances ressortiraient soit à une action nerveuse trophique des centres diencéphaliques sur l'H., soit au passage d'hormones pituitaires modificatrices à travers l'infundibulo-tuber, suivant la fameuse théorie de neurocrinie. Il apparaît ainsi de plus en plus que l'H. et l'infundibulo-tuber constituent un complexe à interréactions multiples neuro-glandulaire.

(1) Leschke fait remarquer à ce propos que la disposition régionale de la graisse dans le syndrome adiposo-génital (répartition presque élective autour du bassin, « graisses en breeches ») est plus facilement expliquée par un trouble trophique nerveux que par un effet hormonal.

Conclusions. Considérations cliniques. — L'ensemble des faits étudiés montre que, à l'inverse de ce qu'on pouvait penser voici seulement quelques années, le rôle endocrinien de l'H. est indéniable, et que parmi les autres glandes à sécrétion interne, elle est une des plus importantes. Nous résumerons nos connaissances et les schématiserons ainsi :

1° *Le lobe antérieur* tient sous sa dépendance : la croissance staturale de l'individu, — le développement et le fonctionnement de son système génital, — intervient dans son métabolisme de fond, et participe à la régulation de sa glycémie ;

2° *Le lobe postérieur* maintient le tonus des fibres lisses, et par là même la tension sanguine, — apporte un facteur à la fonction de coagulation du sang, — paraît déclencher l'accouchement, — règle peut-être le métabolisme aqueux et lipidique ;

3° La glande hypophysaire n'est qu'un élément du vaste complexe endocrinien et neuro-végétatif.

Du *point de vue clinique* rappelons que les plus importantes parmi les affections hypophysaires sont constituées par des tumeurs, tumeurs de la poche de Rathke et surtout adénomes du lobe antérieur. Ces adénomes, qui agissent sur les tissus voisins et surtout le lobe postérieur qu'ils compriment, sont de trois types : à cellules acidophiles (acromégalie, et par compression des cellules basophiles troubles génitaux), — à cellules basophiles, rares et de petites dimensions, — à cellules chromophobes qui produisent des troubles variés en lésant les deux types de cellules.

Du *point de vue pathologique* la division classique des affections pituitaires en troubles par hyper —, hypo —, ou dysfonctionnement peut être maintenue, au moins en l'état actuel de nos connaissances. C'est ainsi que :

α. Pour le *lobe antérieur* on peut décrire :

— Des *troubles de croissance* staturale : nanisme, gigantisme ; morphogénétique : acromégalie, acromicrie, maladie de Firschprung ;

— Des *troubles génitaux*, soit isolés, comme on peut en observer dans les dysménorrhées d'origine hypophysaire, soit plus souvent associés aux troubles de croissance (infantilisme) ou à des troubles tubériens (syndrome adiposo-hypogénital et syndrome adiposo-hypergénital) ; certaines migraines (?) ;

— Des *troubles métaboliques* : diabète hypophysaire.

Signalons enfin à propos du lobe antérieur le rôle qu'on voudrait lui faire jouer dans la *pathogénie du cancer*. Déjà Robertson avait remarqué l'action favorisante des injections de lobe antérieur sur la cicatrisation des plaies, ou mieux encore sur le développement des carcinomes (Flexner, Jobling). Actuellement

on invoque en faveur de cette pathogénie la fréquence du cancer à la ménopause, au moment où l'hormone de croissance n'est plus freinée par l'hormone sexuelle, — l'influence excitante de la castration sur le cancer expérimental, — la présence de Prolan A dans les urines de cancéreux.

β. *Pour le lobe postérieur :*

— *Des troubles circulatoires :* hypotension, hypertension (à noter la poussée hypertensive de la ménopause paraissant en rapport avec une hyperplasie glandulaire) ;

— Des *troubles du tonus des fibres lisses* (cholécystatonie, stase intestinale, varices des acromégales, des femmes enceintes ou en période menstruelle. Sicard et Gaugier) ;

— Des *troubles métaboliques :* certaines formes de diabète insipide et peut-être d'adipose.

Du *point de vue thérapeutique* l'opothérapie antérieure ne donne que des résultats encore incertains dans l'insuffisance hypophysaire. Au contraire, les extraits postérieurs sont très employés soit pour leur action pathogénique (diabète insipide, inertie utérine, parésie intestinale), soit pour leur action symptomatique : action sur les fibres lisses (asthme) et la coagulation sanguine (hémoptysies, hémorragies génitales, hémorragies opératoires).

Bibliographie

Pour la bibliographie antérieure à 1927, se reporter à la monographie de Penau, Blanchard et Simonnet : *L'Hypophyse* (Presses Universitaires de France, Paris, 1928), et aussi aux indications contenues dans l'article de Rathery et Mollaret : Hypophyse et infundibulo-tuber en 1930 (*Paris Médical,* 3 mai 1930). — En outre :

Ascheim. *Le diagnostic de la grossesse,* Karger, éditeur, Berlin, 1930.

Berblinger. Les modifications corrélatives des hypophyses chez l'homme, *Klin. Woch.,* 1er février 1928.

Bergmann. Hypofisis y diuresis, *La Prensa med. argentina,* 30 août 1928.

Bernhardt. Importance de l'H. pour le métabolisme, *Klin. Woch.,* 1er mars 1930.

Brouha et Brouha, Hinglais et Simonnet. Rapports entre l'H. et les organes génitaux de la femme. Rapports au *Congrès des obstétriciens et gynécologues de langue française,* oct. 1929.

Brouha et Simonnet. Données récentes sur la pharmacodynamie et la physiopathologie expérimentale de la glande hypophysaire, *Revue de Path. comparée,* 5-20 juillet 1930. — Considérations générales sur le rôle endocrinien de l'H. antérieure, *Paris médical,* 8 nov. 1930. — Le système hypophyso-génital, *Ann. de méd.,* mars 1931.

Coutière. Hypophyse, *Biologie médicale,* déc. 1929.

Curtie et Pickering. The action of the post pituitary principales on the blood, *The Lancet,* oct. 1928.

Desogus. La substance lipoïde dans l'H. des mammifères normaux et atteints de lésions cérébrales, *Rivista di Pato. nervosa e mentale,* 30 sept. 1930.

Frazier. Les interrelations entre la glande pituitaire et le système endocrine avec remarques sur le traitement des troubles pituitaires : étude basée sur 344 observations, *Surgery Gynecology and Obstetrics,* juin 1931.

Gilbert-Dreyfus. *Le Diabète insipide,* Doin, éditeur, 1931.

Henderson. Troubles de la fonction sexuelle dans les adénomes de l'Hypophyse. *Endocrinology,* mars 1931.

Herman. Physiologie et physio-pathologie de l'H. *L'Algérie médicale,* août-sep. 1929.

Hinglais. Diagnostic biologique de la grossesse, *Journ. méd. franç.,* janvier 1931.

Hirsch. Hypophyse et hypotonie, *Deuts. Med. Woch.,* Leipzig, 18 juillet 1930.

Houssay. Las relaciones funcionales entre la hypofisis y el pancreas, *Rev. circulo Med. Argent.,* Buenos-Aires, oct. 1929.

Houssay et Biasotti. Hypophyse et Diabète, *Presse méd.,* 18 févr. 1931.

Labbé, Escalier et Gilbert-Dreyfus. Acromégalie et Diabète, *Ann. de méd.,* mars 1931.

Leschke. Importance du système végétatif sur le métabolisme, *Presse médic.,* p. 1517, 1931.

Maresh. Sur l'anatomie et la pathologie de l'H., *Wien. Klin. Woch.,* janv. 1930.

Morhardt. Les hormones préhypophysaires et la physiologie génitale, *Gynéc. et Obst.,* sept. 1930.

Orlandi. Le pédoncule de l'H., *Rev. Sud-Americ. de Endocrin. Immunologia y Quimioterapia,* nov. 1928.

Payenneville et Cailliau. Acromégalie avec syndrome adiposo-génital et glycosurie, d'origine syphilitique, *Presse médicale,* 14 mars 1931.

Rivoire. Hormones génitales et menstruation, *Presse méd.,* 22 avil 1931. — Hormones génitales et grossesse, *Presse médic.,* 29 avril 1931.

Roch. Un cas d'acromicrie avec anomalie de la selle turcique, *Revue méd. de la Suisse romande,* 10 mars 1930.

Schellong. Troubles de la régulation circulatoire, nouveaux symptômes dans l'insuffisance du lobe antérieur de l'H., *Klin. Woch.,* 7 janv. 1931.

Spiegel. Hypofisis y tuber cinereum, *Med. Klin.,* 29 août 1929.

Teel et Cushing. Etude des propriétés physiologiques des extraits d'anthypophyse provoquant la croissance, *Endocrinology,* juin 1930.

Zondek et Ascheim. L'hormone de l'anthypophyse, *Klin. Woch.,* 29 avril 1928. — Réaction hormonale de la grossesse dans l'urine humaine et animale, *Klin. Woch.,* 6 déc. 1930.

Zondek et Berlinger. Influence de l'hormone sexuelle féminine et de l'hormone du lobe antérieur de l'H. sur la structure de l'H du rat et de la souris. *Klin. Woch.,* 6 juin 1931.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(Séance du 11 avril 1932)

Pénétration du virus syphilitique dans les néoplasmes spontanés et le lymphadénome, chez la souris. — MM. C. Levaditi et N. Constantinesco.

Action sur le virus exanthématique des rats d'Athènes, du sérum des malades guéris du typhus exanthématique et de la fièvre boutonneuse. — MM. P. Lépine et J. Caminopetros.

Potassium et chronaxie dans la dégénérescence musculaire expérimentale. — MM. A. Leullier, B. Pommé et A. Richard.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 19 AVRIL 1932)

M. Claude donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Teissier récemment décédé.

Traitement préventif et curatif des réactions sériques par la médication benzo-salicylée. — M. H. VINCENT. Les injections de sérum équin, même parfaitement « purifié », peuvent déterminer chez l'homme des réactions locales ou générales que les moyens usuels ne réussissent pas à prévenir ou à guérir d'une manière constante. L'étude des propriétés antitoxiques et cryptotoxiques de certains agents chimiques non colloïdaux m'a conduit à rechercher si ces mêmes corps n'auraient pas la propriété d'atténuer ces réactions : c'est ce que j'ai pu constater. Or il en est deux qui sont bien tolérés par l'organisme et que l'expérience m'a montrés, chez l'animal et chez l'homme, capables d'inhiber l'ensemble des phénomènes morbides de la maladie du sérum. Ces substances anti-choc abaissent *in vitro* la tension superficielle du sang. Ce sont le salicylate et le benzoate de soude, à la dose de 6 grammes chacun, dissous dans 200 cent. cubes d'excipient. On en fait prendre une cuillerée à soupe, d'abord toutes les heures, puis toutes les deux heures, diluée dans du thé léger, du tilleul, etc... Sous l'influence de ce traitement, appliqué *dès le début* des premiers symptômes sériques, les phénomènes se dissipent en 12 à 24 heures. Le même traitement prescrit à titre préventif chez les sujets sensibilisés par des injections antérieures de sérum, peut atténuer considérablement le choc anaphylactique, comme il l'a fait expérimentalement chez les animaux.

Chez les malades qui n'ont pas reçu antérieurement des injections de sérum de cheval, et n'ont pas absorbé de viande ou de sérum de cet animal, il est sans doute préférable d'attendre l'apparition des premiers symptômes, car on ignore par avance s'il y aura une réaction sérique et à quel jour elle apparaîtra.

L'ictère, en particulier l'ictère catarrhal et l'ictère infectieux simple, dans l'ulcère du duodénum. — M. le professeur H. SURMONT (de Lille). — Il existe deux types d'ictères en relation avec l'ulcus duodénal: l'un rare, progressif, est symptomatique d'une occlusion définitive intrinsèque ou extrinsèque des voies biliaires, c'est une complication grave liée à des processus anatomiques variés ; l'autre, bénin, apparaît sous la forme de l'ictère catarrhal ou de l'ictère infectieux simple ; *il peut être le premier syndrome révélateur d'un ulcus jusque-là méconnu ou latent.* Il n'est pas rare ; des recherches méthodiques sont nécessaires pour établir dans quelle proportion l'ulcus intervient dans l'étiologie des ictères catarrhaux ou infectieux simples dont la nature est mal établie.

Les inadaptés urbains. — M. le professeur G. MOURIQUAND (de Lyon). — Tout le monde connaît l'action favorable du grand air (campagne, montagne, mer) sur la santé générale, en particulier de l'enfant.

Cette action se fait particulièrement sentir, chez toute une catégorie d'enfants qui se présentent, pendant leur séjour à la ville, comme de véritables intoxiqués, avec manifestations digestives les plus variées : inappétence, langue blanche, haleine forte, nausées, vomissements, spasmes, coliques, etc.

Les plus frappés marquent leur « inadaptation » par des troubles le plus souvent liés à l'intoxication alimentaire (intolérance pour les œufs, les graisses, le lait, le chocolat, etc.) qui se traduisent (outre les troubles digestifs) par des poussées d'urticaire, des crises d'asthme, des pertes de poids, de l'agitation, de l'insomnie, etc... Tous ces troubles cèdent brusquement ou lentement par le séjour dans des climats extra-urbains (campagne, montagne, mer), en même temps que s'établit, dans la plupart des cas, une tolérance alimentaire remarquable.

Le retour à la ville ramène, en quelques jours, en quelques semaines ou en quelques mois, tous les troubles ayant cédé aux climats « extra-urbains ».

Avec l'âge, nombre de ces inadaptés — mais non tous — s'adaptent progressivement au climat urbain.

Ce climat est d'une grande complexité météorologique. Sans doute le microbisme de l'air, les poussières, les fumées, la carence solaire, etc., etc., jouent leur rôle pathogène. Mais beaucoup d'organismes « s'immunisent » contre eux, alors que les inadaptés sont victimes de ce climat.

Les « inadaptés urbains » appartiennent pour la plupart à la catégorie des « petits hépatiques » sensibles aux « anaphylaxies », aux variations météorologiques » (vent du Midi) », aux dénivellations chimiques ou physiques de divers ordres. L'étude de leurs troubles et des conditions météorologiques qui les déterminent apparaît comme un des chapitres les plus importants de la nouvelle météoropathologie.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1932)

Dissociation de l'hormone ambo-sexuelle et de l'hormone uni-sexuelle mâle dans les effets du sérum de taureau chez le chapon. — M. H. BUSQUET. A dose convenable, le sérum de taureau fait apparaître chez les chapons complets le chant et l'ardeur sexuelle, sans agir sur la crête. Cette dissociation des caractères sexuels secondaires est conforme à la théorie de la pluralité des hormones testiculaires. L'une d'elles agit sur la crête et n'est pas spéciale au mâle, car on la trouve également chez la poule : c'est l'hormone *ambo-sexuelle.* L'autre détermine le chant et l'instinct génital : c'est l'*hormone uni-sexuelle*, spéciale au mâle, et relativement abondante dans le sérum de taureau.

Action in vivo des matières grasses sur le bacille bilié de Calmette et Guérin. — MM. L. NÈGRE et J. VALTIS. Si les injections sous-cutanées d'extrait acétonique de bacilles de Koch ou d'huile d'olives à des cobayes inoculés sous la peau avec de fortes doses de BCG paraissent favoriser légèrement la multiplication de ces bacilles dans les ganglions de ces animaux, elles ne se sont pas montrées capables de rendre à ce germe sa virulence originelle.

Variation de la virulence du virus syphilitique Truffi, entrenu par des passages sur le lapin. — MM. C. LEVADITI et A. VAISMAN. Après 23 ans d'entretien dans l'organisme du lapin, la souche Truffi paraît dépourvue de propriétés chancrigènes pour le chimpanzé ; elle n'est virulente que par greffe sous-scrotale. Les lésions, d'aspect nodulaire et non ulcérées, restent localisées et ne s'accompagnent que d'une adénopathie inguinale fugace.

Culture de germes provenant de lépromes et de rate lépreuse filtrée. — MM. A. VAUDREMER, A. SÉZARY, Mlle C. BRUN ont ensemencé des fragments de lèpre cutanée, prélevés purement et un fragment de rate lépreuse prélevé 30 heures après la mort du sujet. Les fragments de léprome ensemencés successivement dans différents milieux ont donné naissance à des formes pseudo-méningococciques prenant le Gram, des bacilles cyanophiles courts et granuleux ; des bacilles cyanophiles longs, flexueux et granuleux également et enfin, à des formes acido-résistantes.

Cette évolution s'est faite en deux ans.

Le fragment de léprome trituré dans du liquide aspergillaire et filtré sur Bougie L3, n'a pas donné de cultures pendant *neuf mois*.

A partir de ce moment, des formes pseudo-méningococciques sont apparues dans le bouillon de pomme de terre. Le développement des cultures obtenues en partant de ces formes a été le même que celui observé dans les cultures de lépromes, non filtrées. Elles ont abouti également à une phase acido-résistante.

Ces faits permettent de penser que les germes développés dans les cultures obtenues par les auteurs, sont des formes du Bacille de Hansen, et que ce bacille contient des éléments filtrables à travers la Bougie L3.

M. R. Dujarric de la Rivière offre à la Société de Biologie les deux volumes de comptes rendus du 1er Congrès international de Microbiologie qui s'est tenu en juillet 1930 à Paris.

Le Tome I comprend : Microbiologie générale, médicale, vétérinaire et agricole. Le Tome II : Sérologie et immunité, protistologie et parasitologie, statuts de la Société Internationale de Microbiologie, décisions de la Commission de Nomenclature (1).

Action de quelques composés inorganiques du phosphore sur l'évolution du rachitisme expérimental du rat. — M. R. Lecoq et F. Villuis. 1° Aux doses où il peut être toléré par l'organisme du rat, le phosphore de zinc paraît dépourvu de propriétés antirachitiques.

2° Le phosphore sous-oxydé des hypophosphites de sodium ou de calcium se montre, à des doses relativement élevées (0,700 p. 100) sans action sur le rachitisme expérimental, tandis que des proportions 5 à 6 fois moindres de phosphore donné sous forme de phosphate, jouissent de propriétés curatives manifestes.

3° C'est donc moins le phospore que l'*ion phosphate* qui, dans un composé, paraît exercer une action curative sur le rachitisme expérimental du rat.

Etude comparative de l'oscillogramme et de la réaction cutanée locale à l'histamine. — MM. G. Roussy et M. Mosinger ont étudié simultanément les modifications de l'oscillogramme et de la réaction cutanée locale à l'histamine dans certaines conditions. Le bain chaud et le bain froid, la position élevée ou abaissée d'un membre déterminant des modifications parallèles, c'est-à-dire qu'à une élévation de l'indice oscillométrique correspond une réaction histaminique plus intense et parfois plus étendue, tandis que l'abaissement de l'indice oscillométrique est associé à une réaction histaminique plus faible.

Lorsqu'on soumet le segment proximal d'un membre à une pression voisine de la tension maxima, on observe au niveau du segment proximal, non seulement la disparition de l'indice oscillométrique, mais encore l'absence de l'érythème et de l'œdème histaminique, tandis que la réaction vasculaire locale persiste.

On serait tenté de prime abord d'expliquer ce parallélisme par une association fonctionnelle du système artériel et du système artériolo-capillaire, d'autant plus qu'on le retrouve dans certaines conditions pathologiques. Cependant il y a souvent dissociation entre l'indice oscillométrique et la réaction à l'histamine. Au cours de la décompression lente et discontinue du segment proximal d'un membre, l'indice oscillographique reste abaissé, tandis que l'érythème histaminique s'intensifie, à partir d'une certaine pression. La dissociation est fréquemment relevée dans certaines affections nerveuses et sous l'influence de certains produits (adrénaline, extrait post-hypophysaire).

(1) Masson, éditeur.

Ces faits semblent témoigner de l'indépendance de la vaso-motricité artériolo-capillaire et de la vaso-motricité artérielle.

Quant au parallélisme relevé dans certaines conditions entre l'érythème histaminique et l'indice oscillométrique, il semble dû principalement au fait que l'intensité de l'érythème dépend dans une certaine mesure des variations hydrauliques de l'apport sanguin lié lui-même à l'état du calibre artériel.

A ce titre, le test de l'histamine peut rendre des services dans le diagnostic de l'oblitération artérielle.

Nouveau procédé de dosage de l'acide acétyl-acétique. — MM. R. Coquoin et R. Lupu proposent de doser l'acide acétyl-acétique à l'état de B-méthyl-ombelliférone. La réaction, d'une extrême sensibilité, est spécifique. Bien que se traduisant par une mesure de fluorescence, elle reste simple et, seule, une source quelconque de rayons ultra-violets est nécessaire à son exécution.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(Séance du 18 février 1932)

Hallucinose pédonculaire provoquée par l'intoxication à l'aide de plusieurs somnifères. — M. J. Lhermitte, Mlle Gabrielle Lévy et M. Trelles ont présenté, au cours d'une séance antérieure, un malade qui, à la suite d'une intoxication par différentes substances hypnotiques, — chloral, gardénal, véronal, — fut atteint de paralysie parcellaire de la musculature oculaire, et chez lequel se développa un état d'hallucinose consciente analogue à celui que réalisent les lésions focales du pédoncule cérébral (Lhermitte, van Bogaert). Ce malade succomba à une broncho-pneumonie.

L'étude anatomique montra de petites lésions vasculaires inflammatoires dans la partie dorsale du pédoncule et des lésions cytologiques importantes des cellules originelles de la troisième paire.

L'altération porte surtout sur la partie dorsale du noyau de la troisième paire : le noyau d'Edinger-Westphal. La méthode de Nissl et celle de Bielchowsky montrent une diminution considérable des fibrilles intercellulaires et la modification de l'architecture des petites cellules sympathiques qui forment ce noyau. Ces altérations ne sont pas étendues à l'ensemble des noyaux du moteur oculaire commun : elles prédominent dans la partie caudale et sont plus marquées du côté droit pour le noyau central, tandis qu'elles sont diffuses pour le noyau d'Edinger-Westphal. L'intoxication par les hypnotiques peut donc déterminer, dans le pédoncule cérébral, des altérations qui rendent compte des troubles de la musculature oculaire, des perturbations du sommeil et de l'hallucinose pédonculaire.

Un cas de pinéalome. Absence de macrogénitosomie. Le problème de la cachexie épiphysaire. — MM. A. Baudouin, J. Lhermitte et Jean Lereboullet rapportent l'observation d'une tumeur pinéale qui s'était accusée, chez un sujet âgé de seize ans, par des symptômes d'hypertension intracranienne, des symptômes régionaux (signe de Robertson ébauché, syndrome de Parinaud), enfin des manifestations dystrophiques caractérisées par une cachexie progressive. Mais il faut noter l'absence complète de toute perturbation du développement sexuel.

L'autopsie montra la présence d'un pinéalome typique, qui avait déterminé une métastase dans la partie ventrale du troisième ventricule.

Cette observation se superpose à d'autres faits antérieurement publiés par Globus et Silbert, et elle s'éclaire

par les données qui ont été recueillies récemment par Heuyer, Lhermitte, De Martel et C. Vogt. Les faits montrent que, d'une part, les tumeurs pinéales les plus pures ne s'accompagnent pas de macrogénitosomie précoce et, d'autre part, que l'hypergénitalisme peut être fonction d'une altération parfaitement limitée à la région des tubercules mamillaires. Quant à la cachexie, l'hypophyse étant absolument normale, elle ne saurait être à rattacher qu'à la lésion compressive et destructive des centres infundibulo-tubériens, car la destruction de l'épiphyse n'est jamais, par elle-même, génératrice de la cachexie vraie.

Aspects pneumographiques du IIIe ventricule dans les tumeurs oblitérant l'aqueduc de Sylvius. — MM. Clovis Vincent, Pierre Puech et Marcel David. — Une ventriculographie du IIIe ventricule, bien faite, reproduit rigoureusement la forme de cette cavité ; elle montre, en particulier, le trou de Monro et deux cornes postérieures, l'une sus-épiphysaire, l'autre sous-épiphysaire, qui répond à l'aqueduc de Sylvius. Il existe aussi, d'ailleurs, deux cornes antérieures, l'une sus-chiasmatique, l'autre sous-chiasmatique, tubérienne.

Les tumeurs du IIIe ventricule oblitèrent la cavité, mais, contrairement à ce qu'on pourrait croire, elles n'empêchent pas l'injection des ventricules latéraux, si elles n'adhèrent pas aux parois.

Quand la tumeur comprime la partie antérieure du IIIe ventricule, celui-ci n'est pas injecté, les cornes frontales peuvent être asymétriquement injectées ; elles sont surtout écartées et amputées.

Dans les tumeurs qui compriment la partie postérieure du IIIe ventricule (tumeurs épiphysaires, tumeurs comprimant les tubercules quadrijumeaux, tumeurs comprimant l'aqueduc, les cornes ventriculaires postérieures sus et sous-épiphysaires sont effacées.

Polynévrite infectieuse ou schwannite par virus neurotrope. — M. Dechaume (de Lyon) rapporte trois autopsies de polynévrites à virus neurotrope, qui s'étaient présentées cliniquement comme celles que M. Barré a décrites, pendant la guerre, et sur lesquelles M. Alajouanine a de nouveau attiré l'attention récemment. Ces polynévrites s'accompagnent souvent de dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, et se terminent presque toujours par la guérison. Aucune d'entre elles n'a été suivie de syndrome parkinsonien, bien que certains auteurs les aient rattachées à l'encéphalite épidémique.

Les trois observations représentent, mise à part une observation de Marinesco, les cas princeps d'examen anatomique de cette affection. Les lésions consistent, — tant sur les nerfs craniens que sur les nerfs rachidiens, — en névrite interstitielle, et en désintégration myélinique, le cylindraxe restant intact jusqu'à un stade avancé du processus. Ces lésions sont localisées ou disséminées, non diffuses ; elles se trouvent dans les terminaisons nerveuses intramusculaires, dans les racines, dans les ganglions, dans le plexus solaire, mais la moelle, le bulbe, les noyaux gris centraux sont peu touchés. Il n'y a pas de lésion mésencéphalique du type encéphalitique, et les méninges sont intactes. Les troubles des sphincters, parfois observés, s'expliquent par les lésions sympathiques. Les cas de mort seraient dus, non à un processus bulbaire, mais à une lésion du vago-spinal.

L'auteur pense que l'affection doit être due à un virus neurotrope distinct de celui de la maladie de V. Economo, et il propose le nom de « septinévrite à virus neutrotrope schwannophile ».

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Au départ de Paris, de Lyon et de Marseille les voyageurs de 1re classe, de couchettes et de lits-salon peuvent obtenir, en retenant leur place d'aller, qu'on réserve également leur place de retour.

Cette location spéciale est mise à l'essai :

— A Paris, gare de Lyon et agence P.-L.-M., rue Saint-Lazare, 88;

— A Lyon, gare de Perrache et agence Bellecourt;

— A Marseille, gare Saint-Charles et bureau P.-L.-M., 17, rue Grignan.

MM. Guillain, Barré insistent sur la bénignité habituelle du syndrome. M. André-Thomas a cependant observé, dans un cas, une récidive trois ans plus tard ; dans une autre observation, le malade a conservé quelques secousses myocloniques.

Poliomyélite mortelle de l'adulte. Lésions médullaires et cérébrales. — M. Neyrac (de Lille) relate l'observation clinique et anatomique d'un homme de soixante-trois ans, qui est mort de poliomyélite antérieure aiguë, malgré le sérum de Pettit, avec des signes de confusion mentale et de toxi-infection générale. Les lésions de poliomyélite étaient typiques, et s'accompagnaient de désintégration en grappe du centre ovale suivant le trajet des vaisseaux.

Hydrocéphalie par oblitération du trou de Monro. Association à une épendymite avec productions pseudo-membraneuses. Opération. Guérison. — MM. Tinel, de Martel et Guillaume présentent un garçon de onze ans, chez lequel s'était développée lentement une hydrocéphalie, accompagnée d'hémiplégie gauche, d'hémianopsie gauche, de raideurs, et d'un début d'atrophie optique. Le ventricule droit était très dilaté, le gauche modérément. La ponction ventriculaire donnait un liquide à peu près normal à gauche, alors que, à droite, la pression était très élevée, avec très forte hyperalbuminose.

L'intervention montra que la dilatation ventriculaire était due à une épendymite, et que les trous de Monro étaient oblitérés par des fausses membranes. Une fenêtre fut pratiquée dans le septum lucidum ; un drainage méningé fut laissé et l'enfant guérit. Le résultat paraît se maintenir. Le seul reliquat est diminution de l'acuité visuelle.

Hémangiome médullaire. — MM. Georges Guillain, P. Schmite et Ivan Bertrand rapportent l'observation anatomo-clinique d'une tumeur médullaire angiomateuse. Il n'existe qu'un petit nombre de cas semblables dans la littérature. Chez leur malade s'est développée progressivement une paraplégie spasmodique avec surréflectivité tendineuse, exagération de la réflectivité de défense, troubles sensitifs, troubles sphinctériens. Le syndrome était celui d'une tumeur extramédullaire. L'examen du liquide céphalo-rachidien montra une dissociation albumino-cytologique, mais sans arrêt du lipiodol.

L'examen anatomique mit en évidence un énorme développement des plexus veineux postérieurs de la moelle depuis les derniers segments cervicaux jusqu'au cône terminal. Il existait de plus, entre le VIe segment dorsal et le VIIIe, une tumeur que l'examen histologique aux méthodes argentiques permit de reconnaître comme un hémangiome typique. Au-dessus et au-dessous de la tumeur existaient de petites cavités syringomyéliques.

Les auteurs insistent sur l'évolution rapide de cette tumeur, sur l'influence étiologique éventuelle d'un traumatisme antérieur, sur les signes cliniques qui simulaient, dans tous les cas connus, ceux des compressions de la moelle par tumeur extramédullaire, mais avec absence de blocage aux épreuves manométriques ou lipiodolées. Ce cas présente un intérêt anatomique spécial, à cause de l'association des dilatations des plexus veineux méningés avec un hémangiome typique intramédullaire. L'existence des cavités intramédullaires paraît relever de malformations des plexus méningés, et non du néoplasme médullaire central.

Hémangioblastome du système nerveux central à localisations multiples. — MM. G. Guillain, I. Bertrand et J. Lereboullet rapportent une observation d'hémangioblastome à localisations multiples, qui leur semble pouvoir entrer dans le cadre de la maladie de Lindau. Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, mort d'un syndrome d'hypertension intracranienne avec signes de localisation cérébelleuse. Cet homme était porteur de tumeurs multiples situées dans l'hémisphère cérébelleux gauche, au niveau du tronc cérébral et au niveau des dernières racines lombaires, auxquelles elles étaient appendues ; la tumeur cérébelleuse consistait en un kyste avec petite tumeur murale. L'examen histologique a montré la nature hémangioblastique de ces tumeurs ; il existait cependant, par endroits, une importante participation fibro-névroglique. Les auteurs rapprochent ce cas, tout à fait exceptionnel, de quatre autres observations retrouvées dans la littérature médicale.

La myosite hémoglobinurique « a frigore » du cheval. Etude anatomique et biochimique. — MM. Ivan Bertrand, Blanchard, Modynski et Simonnet. — L'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* du cheval est indiscutablement d'origine musculaire. Les lésions musculaires consistent dans une myosite dégénérative, qui frappe électivement le psoas dans toute son étendue, mais qui atteint irrégulièrement chaque fibre élémentaire. Ces lésions entraînent la destruction totale du sarcoplasme et s'accompagnent d'une infiltration œdémateuse massive.

Les produits de déchet musculaire entraînent l'hémoglobinurie, et les caractères du pigment trouvé dans l'urine permettent de le rapprocher de la myohématine.

L'étude biochimique des lésions montre une augmentation très notable des substances réductives et des acides aminés libres, témoins de la destruction de la fibre musculaire.

Le rôle de la suralimentation, de la stabulation et du froid dans l'étiologie de l'affection est bien connu et hors de conteste. Par contre, la pathogénie demeure obscure.

Les auteurs ont recherché les raisons de la sensibilité particulière du psoas. Si le psoas, chez le cheval, est normalement moins riche en glycogène que d'autres groupes musculaires (l'anconé par exemple), sa teneur en dérivés phosphorés, hydrolysables en milieu alcalin, est plus élevée que celle des autres muscles. Le métabolisme glucidique du psoas est donc particulièrement intense.

Ces faits sont intéressants pour permettre de comprendre la fragilité de certains systèmes (pathoclyse). Il est possible que les dégénérescences de certaines myopathies relèvent de processus de même ordre.

Sclérose en plaques syphilitique chez un paralytique général impaludé. — MM. Bertrand, Péron et Elo présentent l'observation d'un paralytique général impaludé, amélioré dans son syndrome mental, qui présenta, un an plus tard, une paraplégie avec réactions positives du liquide céphalo-rachidien. L'examen anatomique a montré, dans la moelle et dans le bulbe, des plaques disséminées qui avaient tous les caractères de la sclérose en plaques banale avec dégénérescence myélinique et intégrité des cylindres-axes. De grosses altérations vasculaires permettent cependant d'affirmer la nature syphilitique de ces lésions.

Thrombo-phlébite cérébrale partielle. Etude anatomo-clinique. — M. Barré.

SOCIETE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE

(séance du 14 mars 1932)

Le traitement des cervicites chroniques par la diathermo-coagulation. — M. J.-E. Marcel (de Paris). — Sous le terme de *cervicites chroniques*, il faut entendre *l'exocervicite et l'endocervicite*. L'exocervicite peut être simple ; c'est le cas facile, que tous les traitements guérissent. L'endocervicite peut être isolée. D'autres fois, elle se complique d'exocervicite.

Dans les deux cas, l'*endocervicite* seule importe. C'est elle qu'il faut traiter, après l'avoir diagnostiquée. Il y a deux traitements de l'endocervicite :

1° Les cautérisations au caustique de Filhos ;
2° La D. C. intracervicale.

Pour obvier aux inconvénients, dont certains sont d'ailleurs exagérés et évitables, du Filhos, il faut avoir recours à la Diathermocoagulation *intracervicale*. La D. C. bipolaire ou l'étincelage sur le museau de *tanche seul étant inopérante*. La D. C. intracervicale se fait, d'après l'auteur, avec une électrode linéaire à arêtes, après ouverture, s'il est nécessaire, de l'orifice cervical avec une *électrode conique*.

Toutes deux fonctionnent en monoplaire. Aucune préparation, aucune anesthésie n'est nécessaire. Le repos est le plus souvent inutile. Dans les cas moyens, une à deux séances à cinq ou six semaines d'intervalle suffisent. Dans les cas plus sévères, il est nécessaire d'adjoindre une coagulation isthmique (véritable bastion de l'infection) avec une *électrode en olive ou en boule*.

Dans les cas rebelles, la D. C. est, pour le moment, incapable de guérir à elle seule. Il faut la précéder d'une ou deux applications intracervicales de Filhos. Il n'a pas été noté d'accident immédiat ou tardif post-opératoire.

Dans les cervicites avec hypertrophie de la muqueuse ou dans les polypes du col, le curettage du canal cervical avec *une curette à anse* branchée sur un poste à ondes entretenues a donné des résultats intéressants.

Myomectomie et Grossesse. — M. Raymond PETIT (de Paris) présente deux observations de myomectomies pratiquées au deuxième mois de grossesses non diagnostiquées et qui n'entraînèrent ni interruption ni complication de ces grossesses.

Un cas de grossesse unilatérale dans un utérus bifide. — M. Z. ARSLANIAN (d'Alep).

LIVRES NOUVEAUX

Electrocardiographie clinique (1), par Pierre-Noël DESCHAMPS, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, médecin-assistant du service de cardiologie de l'hôpital Lariboisière. Préface du professeur A. CLERC.

Ce livre s'adresse à la fois aux praticiens de médecine générale qui voudront connaître la nature des renseignements qu'ils devront demander à l'électrocardiographie ; aux étudiants désireux de connaître les rudiments de cette science nouvelle ; aux médecins plus spécialisés en cardiologie qui pourront y rechercher, sous une forme simple un exposé d'ensemble d'une méthode déjà connue d'eux.

Parmi les méthodes qui permettent d'enregistrer les battements du cœur, l'électrocardiographie a rapidement conquis la première place ; grâce au perfectionnement, et même à la simplification relative des appareils usités en clinique, elle permet de recueillir directement et si nécessaire, à distance, sans aucune gêne pour le malade, des tracés dont la lecture est riche d'enseignements. L'électrocardiographie permet, non seulement de prendre sur le fait les divers troubles du rythme proprement dit, mais encore de repérer, avec une très grande probabilité, la topographie même des excitations anormales qui provoquent ces derniers ; même si les révolutions cardiaques gardent leur succession régulière, les anomalies des complexes ventriculaires, par exemple, sont capables d'extérioriser des défectuosités réelles dans la qualité des contractions : l'étude des obstructions coronariennes est particulièrement suggestive à cet égard.

Sans doute les phénomènes électriques, enregistrés par la corde, ne sauraient être superposés aux phénomènes mécaniques dont ils sont les contemporains : et cependant leur signification n'est nullement négligeable, quand il s'agit d'envisager le problème de l'insuffisance cardiaque. Ainsi, à l'électro-diagnostic proprement dit, est venu se joindre l'électro-pronostic.

Si les tracés ne sont pas tout, en cardiologie, il peut devenir nécessaire de les interroger, et les laboratoires spéciaux sont actuellement assez nombreux, et assez bien outillés, pour être consultés à ce propos, comme à propos de telles recherches d'ordre chimique, dont l'interprétation risque d'être autrement difficile, mais parce que l'électrocardiographie se présente maintenant comme une langue, possédant son alphabet, sa grammaire, ses principes, cette langue semble rebuter encore les médecins qui, de plus en plus nombreux, reconnaissent son intérêt et sa valeur pratique.

Il leur fallait ce guide qui, sans complication inutile ni termes arides, établit les règles fondamentales de la méthode avec ses applications pratiques, et permet ainsi d'envisager, de comprendre et souvent de résoudre les problèmes les plus usuels.

L. G.

(1) Collection Médecine et chirurgie pratiques. Un volume de 192 pages avec 75 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 26 avril. — Jury : MM. Brindeau, président ; Lemaître, Lenormant, Brocq. — M. L. ISAAC. Le déclanchement médical du travail. — M. FOUGERAS-LAVERGNOLLE. Traitement par voie externe des sinusites frontales chroniques. — M. RENAULT. Etudes des complications pulmonaires post-opératoires.

Mercredi 27 avril. — Jury : MM. Loeper, président ; Tanon, Harvier, Donzelot. — M. GURWIEZ. L'électrothérapie dans les syndromes inflammatoires chroniques du flanc droit. — M. GUTTMAN-EMERI. Etude des viandes frigorifiées.

Jeudi 28 avril. — Jury : MM. Claude, président ; Mauclaire, Richet, Sézary. — M. VOBSTEIN ABRAM. Etude des syndromes hallucinatoires séquelles d'encéphalite. — M. COULLAUDON. Etude du traitement de la paralysie générale. L'impaludation cérébrale.

Mercredi 27 avril. (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. Lemierre, président; Lesbouyries, Panisset. — M. CHANUS. Recherches expérimentales sur le diagnostic de la tuberculose bovine par une nouvelle séro-réaction.

Jeudi 28 avril. (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. Achard, président ; Tanon, Dechambre, Panisset, Lesbouyries. — M. QUÉNUZEC. Production bovine des Côtes-du-Nord. — M. COTTIN. La Cochinchine. Etude zoo-économique, notes d'épidémiologie.

RENSEIGNEMENTS

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HÔPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Séance du 19 avril. — MM. Meillère et Fèvre, 16; Huard, 18.

Séance du 21 avril. — MM. Reinhold, 15; Bauzet, 20; Gueullette, 18; Ménégaux, 20.

Médecine opératoire. — Questions données : « Ligature de l'artère axillaire dans le creux de l'aisselle. — Désarticulation de Lisfranc. »

MM. Fèvre et Bauzet, 26; Gueullette, 25; Reinhold, Huard Meillère et Ménégaux, 29.

— Concours de pharmacien des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — Séance du 19 avril. — MM. Courtois, 14; Kayser, 12; Cordier, 7.

Epreuve d'analyse. — MM. Kayser, 22,5; Courtois, 20,5; Cordier, 24.

Reconnaissance des plantes. — MM. Cordier, 10; Courtois, 16; Kayser, 14,5.

Classement des candidats : MM. Courtois, 111,5; Kayser, 99; Cordier, 96.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.* — Le prochain examen aura lieu en juin. — Un cours préparatoire à l'examen aura lieu du 18 au 28 mai 1932 au laboratoire d'hygiène de la Faculté, sous la direction de M. le professeur Louis Tanon.

Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire d'hygiène.

— Un cours de perfectionnement sur la biologie et la pathologie de la tuberculose aura lieu du 13 juin au 10 juillet 1932 à l'Institut Pasteur (professeur Calmette) et à la Clinique de la tuberculose (professeur Léon Bernard).

Inscription : 300 fr.

Adresser les demandes au docteur L. Nègre, à l'Institut Pasteur, 96, rue Falguière, à Paris.

CONCOURS DE LA LIGUE NATIONALE ANTIVÉNÉRIENNE. — *Dévoilement des copies théoriques anonymes.* — MM. Even, 25; Ragu, 27; Taquet, 22; de Douhet, 26; Goldberg, 25; Durel, 27; Lafourcade, 28; Colin, 27; Cachera, 29; Degos, 28; Morel, 20; Mansour, 24; Lortat-Jacob, 25; Mme Técla Gardère, 20; MM. Horowitz, 28; Le Baron, 24.

Liste des admissibles : MM. Cachera, 59; Colin, 53; Degos, 58; de Douhet, 53; Durel, 57; Even, 55; Goldberg, 53; Horowitz, 58; Lafourcade, 58; Le Baron, 54; Lortat-Jacob, 52; Ragu, 57.

Epreuve clinique. — MM. de Douhet, 14; Ragu et Durel, 18; Colin, 15; Goldberg, 16; Horowitz, 18; Degos, 17; Lafourcade, 18.

Séance du 23 avril. — MM. Le Baron, 16; Even et Cachera, 20.

MANIPULATIONS BIBLIOGRAPHIQUES ET CONFÉRENCES-PROMENADES DU PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE. — Lundi 2 mai, à 17 h., au petit amphithéâtre : première manipulation « Des manuscrits ».

Lundi 9 mai, à 17 h., au petit amphithéâtre : deuxième manipulation « Des imprimés ».

Lundi 23 mai, à 17 h., au Centre international de synthèse, 12, rue Colbert : « Principes de la bibliographie générale des imprimés ».

Lundi 30 mai, à 17 h., à l'Institut bibliographique, 47, rue du docteur Blanche : « Technique bibliographique moderne ».

Dimanche 8 mai, à 10 h. 1/2 : infirmerie de Saint-Lazare. Lieu de réunion : angle du faubourg Saint-Denis et du boulevard Magenta).

Dimanche 22 mai, à 10 h. 1/2 : Faculté de médecine. (Réunion dans la galerie d'entrée.)

Dimanche 12 juin, à 10 h. 1/2 : Val-de-Grâce. (Réunion dans la cour d'honneur, avec conférence par M. le médecin général Rouvillois.)

Dimanche 26 juin, à 10 h. 1/2 : Hôtel-Dieu. (Réunion dans le péristyle, avec conférence de M. Marcel Fosseyeux.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE. — *Cours de chirurgie infantile* du professeur H.-L. ROCHER, avec la collaboration de MM. les professeurs Cruchet, Dupérié, Réchou ; le professeur agrégé Loubat; les docteurs Philip, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux; Beauvieux, ophtalmologiste des hôpitaux; J. Villar, chirurgien des hôpitaux; Mathey-Cornat, directeur du service d'électro-radiologie de l'hôpital des Enfants; Despin, stomatologiste des hôpitaux; R. Guérin, ex-chef de clinique; G. Roudil, chef de clinique, et du docteur Le Bourgo, du lundi 6 juin au mardi 14 juin 1932.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine jusqu'au 30 mai 1932.

— *Cours de perfectionnement d'orthopédie* du professeur H.-L. ROCHER, avec la collaboration de MM. les docteurs Charbonnel, Massé, chirurgiens des hôpitaux ; Gourdon, chargé de cours ; E. Papin, Ch. Lasserre, R. Guérin, anciens chefs de clinique ; G. Roudil, chef de clinique; Le Bourgo ; M. A. Laporte, interne des hôpitaux, du lundi 20 juin au samedi 25 juin 1932.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine jusqu'au 1er juin 1932.

Droits d'inscription : 200 fr. pour chacun des cours.

Inscription gratuite pour les internes des hôpitaux et les étudiants de Bordeaux.

NOUVELLE-CALÉDONIE ET DÉPENDANCES. — Deux emplois de médecins de colonisation sont vacants. Soldes : 34.500 fr., médecin stagiaire; 54.000 fr., médecin principal. Indemnités annuelles, suivant les postes, de 8.400 fr. à 12.000 fr., plus indemnités pour charges de famille. Logement assuré. Limite d'âge, 35 ans. Congé de six mois en France tous les cinq ans. Passage gratuit pour le médecin et sa famille. — S'adresser pour renseignements au ministère des Colonies, inspection générale du Service de santé, 2e division.

BOURSES D'ÉTUDES A L'INSTITUT « BENITO MUSSOLINI » A ROME. — Les conditions offertes sont les suivantes :

Les bourses mises au concours, d'une valeur de 6.000 lires chacune, plus la nourriture et le logement, doivent servir à faciliter le stage de médecins étrangers à l'Institut « Benito Mussolini » à Rome Ce séjour se répartira sur l'année universitaire (du 15 novembre au 15 juillet), c'est-à-dire huit mois interrompus par les vacances usuelles.

Les boursiers devront obligatoirement résider à l'Institut.

Les bourses seront attribuées de préférence à de jeunes médecins déjà familiarisés avec les problèmes de la tuberculose et désirant se perfectionner dans cette branche.

Le genre de travail poursuivi à l'Institut sera déterminé par accord entre le directeur de l'Institut et le candidat.

Les publications résultant de ces travaux pourront être payées partiellement ou totalement par l'Institut.

Les noms des candidats accompagnés de renseignements sur leur âge, leurs titres, etc., leur expérience professionnelle doivent parvenir au siège du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe), avant le 15 juillet 1932.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin de dispensaires antituberculeux du Lot, et pouvant éventuellement être chargé de quelques services d'hygiène publique.

Les conditions de nomination, de titularisation et de traitement seront celles prévues au règlement type des dispensaires antituberculeux.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers de candidatures, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris.

Le registre d'inscription sera ouvert jusqu'au 20 mai.

Pierre TEISSIER

La mort vient d'enlever à la Faculté de Médecine de Paris un de ses plus éminents représentants. Pierre Teissier, professeur de clinique des maladies infectieuses, y avait en effet pris une place considérable, qu'il ne devait qu'à ses hautes qualités morales, à son jugement sûr, et à un véritable don pour l'enseignement. Dans son esprit toute considération d'intérêt immédiat s'effaçait devant l'intérêt de la Faculté et des étudiants, et au Conseil de l'Université ou dans les nombreuses commissions dont il faisait partie, ses avis étaient de ce fait toujours recherchés.

Il avait réuni autour de lui de nombreux élèves avec lesquels il aimait à se retrouver, qu'il se plaisait à guider, en leur prodiguant ses conseils, avec une charmante et bienveillante affection qu'on devinait dans son regard. Il aimait aussi à former les étudiants, à la clinique, à leur montrer la grandeur du rôle moral et social du médecin. Il était un maître dans toute la belle acception médicale du terme. Ceux qui l'ont connu, alors qu'il était interne, chef de clinique, ou agrégé, se souviennent de ses conférences claires, élégantes et toujours intéressantes, quel que fût le sujet traité, comme de l'affabilité dont il faisait preuve envers tous ceux qui l'abordaient.

Il était venu à Paris en 1886, après avoir commencé ses études à Bordeaux. Deux ans plus tard, il fut nommé interne et entra comme préparateur dans le laboratoire de Strauss, où il fit avec Wurtz et Mosny des conférences de bactériologie qui attirèrent de nombreux auditeurs. A la fin de son internat, il obtint la médaille d'argent et sa thèse fut couronnée par la Faculté, l'Académie et l'Institut.

Au cours de son année d'internat chez Potain, il se sentit vivement attiré vers la séméiologie cardiaque, à laquelle il ne cessa de s'intéresser durant toute sa vie. Chef de clinique à la Charité en 1894, puis agrégé de pathologie interne en 1898, et l'année suivante médecin des hôpitaux, il voyait un avenir brillant s'ouvrir devant lui. En 1905, il choisit comme service celui du bastion 29, qui était réservé aux maladies contagieuses, en attendant l'achèvement de l'hôpital Claude-Bernard, dont il allait souvent, le matin, visiter la construction. Il y entra en 1906, y fut nommé professeur de clinique des maladies infectieuses et y resta jusqu'à sa mort. C'est là qu'il fit, avec ses nombreux élèves, une grande partie de ses travaux, en particulier ceux sur la scarlatine, les oreillons, la méningite cérébro-spinale, l'érysipèle, la variole, à propos desquels il étudia les agents pathogènes, la pression artérielle, les troubles cardiaques, les immunités. On ne peut oublier qu'à Claude-Bernard, en collaboration avec l'Institut supérieur de Vaccine de l'Académie de médecine, il institua avec Kelsch, Camus, Tanon,

(Voir la *Suite*, p. 621.)

RENSEIGNEMENTS

FILLE, SŒUR ET VEUVE de médecin, excellente éducation, cherche situation dans clinique. Recevrait clientèle chez médecin. Prétentions modestes. — Ecrire à Mme Albert Noble, 44, avenue de Suffren, Paris (XVe).

Duvoir, Gastinel, une série de recherches qui consacrèrent définitivement la doctrine française de la dualité de la variole et de la vaccine, soutenue antérieurement par Chauveau et Hervoix. Là encore, il reproduisit la variole des singes, avec Reilly et Gastinel.

Ses travaux embrassèrent toutes les branches de la pathologie interne, toujours marqués de la netteté, de la clarté et de la conscience qu'il apportait en toutes choses ; car il était tout particulièrement porté à se défier des conclusions trop simples ; aussi exigeait-il, autant de lui que des autres, des expériences absolument démonstratives.

Ces qualités l'avaient fait remarquer par Bouchard, dont il fut l'élève, et qui lui avait demandé de diriger le *Journal de Physiologie*, comme secrétaire général. Pour les mêmes raisons, la Faculté lui avait confié le rapport sur la réforme des études médicales en 1906 ; puis celui du concours des hôpitaux, rapports qu'il présenta à la commission du Ministère de l'Instruction publique l'année suivante, et dont toutes les conclusions furent adoptées.

Les honneurs ne lui manquèrent pas ; mais on peut dire qu'il ne les rechercha pas, et qu'ils ne lui firent rien perdre de sa simplicité et de son amabilité. Lorsqu'il fut président du Congrès de médecine, en 1927, il fit honneur à la science française par ses discours, ses interventions au cours des débats, mais aussi par ces qualités qui sont si précieuses quand on reçoit des savants étrangers. Il fut membre de l'Académie en 1917, puis commandeur de la Légion d'honneur ; président de la Société médicale des hôpitaux ; membre de la Société royale de Médecine de Londres ; commandeur de divers ordres étrangers ; président du Comité scientifique de l'Institut colonial français. Car les questions de pathologie coloniale l'attiraient, et il fut un peu un précurseur, par les travaux qu'il fit en 1895 sur l'anguillule intestinale et sur son rôle pathologique, à une époque où l'action pathogène des protozoaires n'était pas bien connue.

Il avait écrit de nombreux ouvrages sur la séméiologie cardiaque, sur les maladies de l'appareil cardio-vasculaire et du sang, sur la pression artérielle chez l'homme et les animaux, livre fait par Potain et dont Teissier assura en 1901 la publication ; sur la thérapeutique des affections de l'appareil cardio-vasculaire, et de nombreux articles didactiques dans les publications médicales. Il dirigea la publication du Traité de pathologie interne avec Roger et Widal.

On ne peut oublier aussi qu'on lui doit, pendant la guerre, de grandes modifications dans le service de santé. Adjoint du sous-secrétaire d'Etat M. Justin Godart, il fit créer les médecins consultants d'armée et les médecins chefs de secteurs, et donna plus d'autorité aux médecins des hôpitaux et aux agrégés.

Pendant cette période, pourtant, il fut gravement intoxiqué au cours d'expériences sur les gaz. A partir de ce moment, sa santé fut un peu compromise ; puis la mort de sa femme, celle de son frère, celle de sa mère, survenues à peu de distance, le privèrent des joies et du repos de la famille. Il se réfugia dans l'affection de ses élèves qui, ayant vécu près de lui, cherchaient à l'entourer et à le consoler. Mais, peu à peu, la fatigue et la maladie l'accablèrent, malgré les soins dévoués de son ami le docteur Legry et de sa nièce Mlle Calvé ; il dut prendre un peu de repos, jusqu'au moment où une complication qu'on ne pouvait prévoir vint l'enlever à l'affection de ceux qui l'aimaient.

Il repose maintenant dans le cimetière de Bordeaux, auprès de sa famille. Il y fut conduit par ses proches et ses élèves préférés qui avaient tenu à l'accompagner, comme ils avaient tenu à le veiller ; la cérémonie fut simple et intime, comme il l'avait désiré. Seul le doyen de la Faculté de Médecine de Paris, le professeur Balthazard, prononça une allocution, en son nom et en celui du recteur M. Charléty, qui avait su distinguer les qualités de Pierre Teissier. Cette allocution courte et simple, mais très élevée de sentiments, traduisit bien les sentiments qu'éprouvaient ceux qui avaient tenu à accompagner dans cette dernière demeure un maître qui peut rester pour ses élèves un exemple de dignité et de dévouement.

L. TANON.

LE SYNDROME ASTHÉNIE
SIGNES FONDAMENTAUX ET ACCESSOIRES

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

L'autonomie du syndrome asthénique n'est plus discutable. C'est, il est vrai, un syndrome complexe qui, par suite, n'est pas toujours clair au premier abord ; c'est aussi un syndrome qui a des formes atypiques et qui, maintes fois, est voilé par des symptômes surajoutés et bruyants au point que l'essentiel de l'état pathologique passe inaperçu, insoupçonné même. Cependant celui qui a pratiqué son étude, qui en a recherché et analysé les nombreuses manifestations, ne peut avoir de doute sur sa qualité propre, sur son importance en clinique et en thérapeutique.

Les deux symptômes cardinaux du syndrome asthénique sont l'amyosthénie et l'anidéation : ils doivent toujours être mis au premier plan du tableau névro-psychopathique. L'asthénie gastrique, l'asthénie intestinale, l'asthénie génitale, et même l'asthénie cardiaque, l'asthénie visuelle, sont toutes encore sûrement des manifestations myasthéniques, mais plus difficiles à bien préciser. Les autres symptômes, la céphalée, la rachialgie, les étourdissements, les bourdonnements d'oreilles, l'insomnie, les troubles de l'émotivité, la frilosité, la sensibilité aux toxiques sont probablement secondaires et accessoires ; ils accompagnent si souvent les états d'asthénie que leur groupement s'impose à côté des signes essentiels.

1. L'amyosthénie. — L'amyosthénie, ou asthénie musculaire, ou myasthénie, est caractérisée « par une tendance naturelle à l'immobilité et au mustime ; par la lenteur et la diminution d'amplitude des mouvements automatiques, par la précocité de la fatigue ; par un sentiment de poids et de lourdeur du corps ; et, au degré extrême, par l'impossibilité de tout mouvement volontaire ou automatique, et, par conséquent, par l'immobilité et le mutisme absolus » (J. Tastevin).

D'une manière générale et de lui-même, le sujet accuse de la faiblesse générale, de l'épuisement, de l'abattement, de l'anéantissement, de l'engourdissement, de la dépression, de la prostration, — ou encore un sentiment de poids et de lourdeur du corps avec une sorte de nonchalance, de paresse, de mollesse, — ou encore un manque de force, d'énergie, de courage, de volonté, un manque de goût à l'ouvrage, une perte totale de la confiance en soi, etc. Souvent ces malades parlent de fatigue, de courbature, de lassitude : la précocité de la fatigue chez eux, ou leur remarquable fatigabilité à la moindre occupation, est toujours manifeste, mais la fatigue n'est pas l'asthénie. Maintes fois, ils déclarent tristement : « Je ne suis plus bon à rien... Je suis changé... Je suis diminué... Je ne suis plus un homme ». L'amyosthénie souvent est plus accusée au lever qu'au coucher. Le malade reste volontiers au lit le matin ; le soir il tend à retarder le coucher : il se trouve assez bien et il sait comme sera douloureux le lever du lendemain.

Il arrive que l'amyosthénie est plus ou moins masquée par de l'agitation à base d'énervement ou par de l'agitation à base d'anxiété, ou par des maux de tête, ou par d'autres troubles. La tendance de l'asthénique à l'immobilité et au mutisme est alors moins évidente. Elle devient nette si le médecin pratique un examen prolongé, s'il sait être patient, s'il répète ses observations spéciales et avec le malade et avec son entourage immédiat. — L'inattention ou aprosexie est due à l'amyosthénie générale.

2. L'anidéation. — L'anidéation, ou asthénie psychique, ou confusion dans les idées (et non pas confusion dans les perceptions, laquelle est la confusion mentale proprement dite), l'anidéation est caractérisée « par le ralentissement des processus intellectuels et la diminution de la remémoration ; à son plus haut degré, elle se traduit par la cessation de tout phénomène intellectuel ; il ne se produit plus de représentations dans l'esprit, mais les excitations extérieures déterminent encore des sensations comme à l'état normal » (J. Tastevin).

En général, la difficulté de la remémoration (amnésie de reproduction), le ralentissement des processus intellectuels sont aussi précis que l'amyosthénie. Le sujet se plaint de sa mémoire, qu'il dit être lente, paresseuse, et en effet l'évocation des souvenirs est maintes fois en retard, ou ajournée par lui. Il attache parfois de l'importance à cette amnésie, alors que l'entourage qui, dans d'autres cas, constate si nettement les signes d'amnésie par lésions organiques, ne remarque rien de grave de ce côté. Dans la conversation, on note que le malade a de la peine à suivre l'enchaînement des idées ou des faits, qu'il fixe difficilement ou longtemps son attention sur un point donné, que les associations d'idées se font comme laborieusement. Il accuse encore, par exemple, un sentiment d'obnubilation intellectuelle, ou de la confusion dans les idées, ou une impression de vide dans la tête, dans l'esprit. Il dira que ses pensées sont embrouillées, embarrassées, obscures, dans une sorte de chaos, ou bien qu'elles sont absentes, disparues. Il est incapable de suivre l'enchaînement de certaines pensées, de reprendre le fil de ses idées, de voir son travail quotidien, de diriger ses affaires, etc. Les opérations intellectuelles de calcul, d'écriture, de lecture sont difficiles, quelquefois impossibles. Il y a chez lui une impuissance intellectuelle tantôt partielle, tantôt totale.

3. L'asthénie gastrique. — L'asthénie gastrique est souvent très manifeste. Maintes fois le malade vient consulter pour ce motif. Il place volontiers les lourdeurs, les pesanteurs d'estomac, au premier plan du tableau clinique quand on insiste sur les malaises qu'il éprouve ou sur la médiocrité de son état général. Il explique que la digestion est pénible dès la matinée et que les maux d'estomac persistent l'après-midi ; ils sont exceptionnels la nuit, quoique l'insomnie si commune chez les asthéniques permette des observations précises. Il s'agit de dyspepsie atonique, ordinairement hypochlorhydrique, quelquefois avec ptose plus ou moins accusée. — L'appétit est conservé

il arrive que le sujet mange en assez grande quantité et pour lutter contre la faiblesse qu'il ressent, dit-il.

4. L'asthénie intestinale. — L'asthénie intestinale se traduit sous forme de constipation, mais quelquefois aussi, elle donne lieu à des alternatives de constipation et de diarrhée. On note des fermentations intestinales, des selles glaireuses. L'entérite vraie, les entéro-colites sont pourtant exceptionnelles chez le malade asthénique dont l'asthénie n'est pas de cause organique ou lésionnelle. Les entérites, les entéro-colites, à cause des douleurs intestinales vives qu'elles entraînent, se compliquent d'asthénie secondaire, mais ce sont là des faits spéciaux, qui relèvent du diagnostic causal de l'asthénie. Il est rare que l'asthénie intestinale pure, dynamique, donne lieu à des complications sérieuses au sujet du traitement.

6. L'asthénie cardiaque. — L'asthénie cardiaque est difficile à apprécier. Elle ne paraît pas certaine dans tous les cas d'asthénie. Dans l'asthénie post-traumatique, dans l'asthénie post-douloureuse physique, on observe constamment la faiblesse et le ralentissement du cœur (bradycardie). De même dans les accès de stupeur, on a signalé l'extrême ralentissement des battements cardiaques et de la circulation périphérique, qui peut aller jusqu'à la cyanose des extrémités. Chez les périodiques, l'asthénie cardiaque est douteuse ; l'accélération des battements du cœur (tachycardie) se montre même fréquente, ou en tout cas le pouls est voisin de la normale. On peut soutenir que, dans ces cas, l'énergie cardiaque est diminuée, mais les données actuelles sont peut-être insuffisantes pour le démontrer.

7. L'asthénie visuelle. — L'asthénie visuelle est souvent très nettement accusée par le malade qui ne la met peut-être pas au premier plan, mais qui en souffre spécialement et s'en affecte. C'est à notre sens une asthénie de toute la musculature de l'œil et non pas une asthénie touchant certains muscles spéciaux de l'œil ; ce n'est pas davantage, croyons-nous, une asthénie centrale ou rétinienne. Chez les asthéniques chroniques post-traumatiques, on l'a longtemps désignée sous le nom d'asthénopie accommodative ; il a été établi qu'il y avait là une erreur. — Les malades, à l'occasion de la lecture des journaux, de l'écriture d'une lettre, du calcul de chiffres en colonnes, se plaignent que leur vue se brouille, que les mots, les nombres sont illisibles, que les contours des objets deviennent vagues, en un mot que tout, après un court moment d'application attentive, leur apparaît flou.

8. La céphalée. — La céphalée, ainsi que les autres symptômes qui vont suivre, n'est pas un signe d'ordre spécifiquement asthénique. Maintes fois chez nos malades, elle est peu marquée : le patient se plaint simplement d'avoir la tête lourde, pesante, ou même il dit ne rien ressentir de pénible dans la tête. Dans d'autres cas, chez les sujets qui ne veulent pas prendre de repos, chez ceux qui sont poussés au travail ou à la distraction, soit par leur entourage, soit par les médecins, chez tous ceux qui luttent contre leur état de dépression générale, la céphalée est vive, intense, presque toujours de forme paroxystique. Au moindre effort, musculaire ou cérébral, elle devient gravative. Comme siège, elle est peut-être plus souvent frontale qu'occipitale ou sincipitale. Le type de céphalée en casque est fréquent. Faut-il rappeler que Charcot attachait à tort une importance de premier ordre à la céphalée en casque dans l'affection dite neurasthénique de son temps ?

9. La rachialgie. — La rachialgie, quelquefois, est aussi intense que la céphalalgie. Elle est moins fréquente. Elle peut exister seule ou accompagner la céphalalgie ; elles ne sont jamais toutes les deux gravatives, ou cela est très rare. Elle est le fait, semble-t-il, comme la céphalée, des efforts du sujet pour continuer sa tâche quotidienne, de la lutte qu'il entreprend contre son asthénie, soit spontanément, soit sur les conseils erronés de son entourage ou de son médecin traitant. Quelques auteurs, retenant cette notion que dans la neurasthénie prédominait tantôt la céphalée, tantôt la lombalgie, avaient cru devoir distinguer deux formes de neurasthénie : la cérébrasthénie et la myélasthénie. Ces distinctions à tendances organicistes sont vaines, bien entendu.

10. Les étourdissements. — Les étourdissements se produisent spécialement quand le sujet baisse la tête, ou encore sous l'influence d'une marche pénible ou d'un travail un peu prolongé et dur. Il a la sensation que les objets, qu'il voit confusément, tournent autour de lui ; tantôt il doit chercher un point d'appui quelque part, tantôt il reste immobile et le phénomène se dissipe assez vite ; le sujet ne tombe jamais. — Quelquefois le patient accuse de simples éblouissements, lesquels semblent être des troubles momentanés de la vision. — On observe rarement, sinon jamais, des vertiges avec chute : dans ce cas, le sujet a la sensation de tournoiement des objets, l'impression que lui-même tourne ou oscille, enfin que le sol se déplace : l'équilibre étant rompu, il tombe.

11. Les bourdonnements d'oreilles. — Les bourdonnements d'oreilles ne sont pas rares chez de tels malades : ils n'ont pas de caractères bien spéciaux ; en principe ils sont toujours bilatéraux. Leur intensité est moyenne. Parfois le sujet leur attache une certaine importance, et il va pour ce fait, consulter l'otorhinolaryngologiste. — La cause de ces bourdonnements d'oreilles reste obscure. Sont-ils en relation avec les troubles subjectifs de la vue, ou avec les étourdissements ? Ne relèvent-ils pas plutôt de l'amyosthénie générale ? Indiquent-ils une fatigabilité spéciale des muscles de l'oreille moyenne ? Les spécialistes qui examinent de tels malades, nous les renvoient constamment de leur cabinet en affirmant qu'ils ne sont porteurs d'aucune affection des oreilles.

12. L'insomnie. — L'insomnie est un bon symptôme de l'asthénie nerveuse générale, mais elle n'est pas constante : il y a de nombreux asthéniques qui dorment bien, en principe tous ceux qui ne sont pas des hyperémotifs, anxieux ou énervés. Dans l'asthénie périodique, l'insomnie en particulier est très fré-

quente. Le patient s'endort le soir, de bonne heure et facilement, mais dès une heure ou deux du matin, il est réveillé, ne trouve plus de sommeil, ou bien au petit jour. Quelquefois, mais plutôt rarement, des cauchemars troublent le sommeil. Dans la journée le besoin de dormir se fait rarement sentir ; en revanche le besoin de repos est répété, et c'est cela qui contribue dans une large mesure à augmenter les troubles émotionnels du sujet, douloureusement conscient de son état de faiblesse et d'impuissance.

13. Les troubles de l'émotivité. — Les dispositions émotionnelles dans l'état asthénique subissent des changements notables, sauf chez les malades dits résignés. L'irritabilité, l'anxiété, ou mieux l'anxiété compliquée d'irritabilité sont très communes ; le chagrin s'observe aussi, mais il est plus rare ; enfin on peut constater une sorte de diminution des sentiments affectifs par égoïsme ou égocentrisme.

L'irritabilité portée à un degré élevé est une complication grave de l'asthénie. Les malades s'énervent sans cesse, sont toujours de mauvaise humeur. Il s'agit quelquefois d'énervement contenu, mais plus souvent d'énervement exprimé (gestes brusques, bris d'objets, menaces, violences). Lorsqu'on analyse cet énervement, on note presque constamment qu'il a pour origine la préoccupation, l'inquiétude, qu'ont les malades de leur état dysasthénique Leurs réactions anxieuses sont exagérées et l'énervement, parallèlement, grandit pour les motifs les plus futiles et même pour des motifs absurdes (parathymie anxieuse et parathymie coléreuse).

L'anxiété sans irritabilité ou avec irritabilité peu marquée est commune chez l'asthénique. Il est normal que le patient s'inquiète de son état. S'il ne s'inquiétait pas on pourrait se demander s'il n'y a pas chez lui une sorte d'indifférence morbide. Mais son anxiété est souvent exagérée et déviée. La tendance à l'hypocondrie (inquiétude au sujet de la santé) est très fréquente dans ce cas.

Le chagrin dans l'asthénie n'est pas absolument rare. Le patient alors regrette son état antérieur. Il incline à dire que s'il est malade c'est de sa faute (auto-accusation) : les idées de culpabilité, d'indignité peuvent ainsi se développer et donner naissance à un thème vésanique mélancolique. Les idées de suicide se surajoutent maintes fois au tableau clinique. Le malade tend au désespoir et met fin à ses jours, seul ou avec d'autres (suicide individuel ou suicide collectif). Le suicide est très commun chez les asthéniques ; il est plus fréquent chez eux que dans la mélancolie vraie (mélancolie à la suite d'un chagrin, comme perte d'un enfant, perte de fortune, etc.).

La diminution des sentiments affectifs n'est pas exceptionnelle chez les asthéniques. On la constate surtout, semble-t-il, chez certains périodiques, qui sont hypo-émotifs, qui sont même indifférents à l'égard du bien et du mal susceptibles d'arriver à leurs proches. Ces malades signalent leur indifférence et s'en désolent.

14. La frilosité. — La frilosité est d'observation courante chez les asthéniques. Ils l'accusent souvent spontanément. Parfois, comme ils pensent qu'elle est un symptôme à peu près sans signification pour le médecin, ils ne l'expriment que sur question. Cette frilosité est-elle en rapport avec des troubles de la circulation périphérique, avec des phénomènes de vaso-constriction capillaire ? Traduit-elle un trouble des sécrétions internes, par exemple un trouble de la fonction thyroïdienne ? Le problème, semble-t-il, sera difficile à résoudre.

15. La sensibilité aux toxiques. — Un grand nombre d'asthéniques sont particulièrement sensibles aux toxiques, et surtout les asthéniques énervés, ou mieux les asthéniques anxieux et énervés. Il est commun d'entendre des asthéniques dire qu'ils ne supportent plus les boissons alcooliques, le vin, les apéritifs, etc., ou en tout cas qu'ils ne peuvent plus supporter les mêmes quantités de boissons alcooliques qu'autrefois, avant leur état d'asthénie. Cette constatation est surtout faite dans les cas d'asthénie chronique séquelle, avec grande irritabilité. — Ces mêmes malades voient leur affection s'aggraver lorsque le médecin traitant leur administre des doses élevées de phosphore, d'arsenic, de strychnine, de fer, de quinquina, de sérums divers, d'extraits glandulaires, etc. Chose curieuse, le praticien supprime la consommation de toutes boissons dites hygiéniques, mais il prescrit par exemple l'arsenic et la strychnine en injections sous-cutanées. L'erreur est évidente ; il ne faut jamais oublier que la sensibilité de certains asthéniques aux toxiques est remarquable, exquise peut-on dire. — On ne saurait nier pourtant qu'il y a des asthéniques chroniques qui se trouvent bien, ou relativement bien, pour faire leur tâche, de la consommation exagérée, soit de boissons alcoolisées, soit de médications toniques excitantes. Il y a enfin des asthéniques chroniques, malmenés, mal soignés, qui deviennent des alcooliques chroniques : leur nombre à l'asile dans notre service est de 3 à 5 pour cent.

16. Les signes physiques. — Il n'y a pas de signes organiques précis, semble-t-il, constatables dans les syndromes ou dans les maladies qui sont essentiellement de l'asthénie, comme par exemple dans les asthénies épisodiques mais durables, après un traumatisme, après le surmenage, après un choc émotionnel, après une infection aiguë, etc., comme par exemple dans les asthénies périodiques et dans les asthénies chroniques séquelles.

Maintes fois l'état physique général du patient apparaît bon ; le teint est fleuri, rosé. Le malade souffre toujours des remarques que chacun fait sur l'aspect satisfaisant de sa mine ou de sa corpulence.

La raie blanche décrite par Sergent, qui serait un signe d'hypotension surrénale, n'est souvent pas bien nette ni persistante chez les asthéniques les plus typiques. Pour la produire, il suffit de passer sur la peau de l'abdomen, en appuyant très légèrement, la face dorsale de l'ongle de l'index ou du médius et non pas l'extrémité. Cette raie blanche diffère de la raie rouge, entourée de deux raies blanches, dite raie méningitique ou raie de Trousseau, que l'on détermine avec un corps dur en pressant fortement sur les téguments, toutefois sans les érailler.

L'étude radioscopique et radiographique du tube digestif montre assez souvent la ptose de l'estomac et des intestins chez les asthéniques. Des recherches spéciales sur ce point seraient à entreprendre dans les cas types d'asthénie chronique séquelle.

L'hypotension artérielle est habituelle chez les asthéniques. Elle donne lieu chez bien des malades, surtout au delà de quarante ans, à des interprétations contradictoires à cause de l'artério-sclérose au début.

La courbe de fatigue musculaire, étudiée à l'aide du dynamo-ergographe de Mosso et Camus, paraît susceptible de fournir des renseignements précieux dans la plupart des cas d'asthénie. Ces études physiologiques sont à continuer.

L'examen du sang (déglobulisation), l'examen des urines (déminéralisation, déperdition en phosphates), chez les asthéniques non organiques, ont apporté encore peu de précisions au diagnostic. L'examen du liquide céphalo-rachidien, notamment chez les asthéniques post-traumatiques, montre dès le début une augmentation du taux de l'albumine. Dans l'asthénie chronique séquelle, la ponction lombaire ne doit être pratiquée qu'à titre exceptionnel, car elle aggrave souvent les malaises du patient et cela durant plusieurs semaines ou mois.

Rares sont les travaux entrepris sur le métabolisme basal, sur le Ph urinaire des asthéniques inorganiques, périodiques ou chroniques.

LETTRE D'AMÉRIQUE

LA PROHIBITION AUX ÉTATS-UNIS ET SES RAPPORTS AVEC LA MÉDECINE (1)

Il y a maintenant treize ans que les Etats-Unis ont promulgué la loi de la prohibition dans tout le pays. Les résultats obtenus offrent pour le médecin un intérêt considérable, peut-être pas autant à cause des lésions pathologiques causées par l'emploi de médiocres succédanés de bonnes liqueurs, succédanés dont le nombre et l'abondance sont infinis, qu'à cause de l'étude qu'ils permettent de faire des réactions psychologiques d'un peuple auquel on a infligé, je dirai presque par surprise, la législation d'une certaine espèce.

La prohibition soulève un nombre considérable de problèmes physiopathologiques et psychopathologiques. Elle a été introduite en Amérique par suite de la guerre. A vrai dire, il existait, avant la guerre, un parti prohibitionniste, mais il était restreint, considéré un peu de travers et ironiquement, et composé seulement de quelques fanatiques de peu d'importance dont il n'y avait pas à tenir compte. Mais quand vint la guerre, les membres de ce parti surent profiter de l'atmosphère anormale pour imposer la prohibition au pays : avec la plus grande partie des électeurs partis à l'armée ; avec les femmes qui venaient de recevoir le droit de voter, qui ne savaient pas s'en servir, mais ne demandaient qu'une occasion de le faire ; avec la prohibition imposée comme règle absolue, mais temporaire, à l'armée, les prohibitionnistes réussirent à faire inscrire leurs principes de façon permanente dans la Constitution des Etats-Unis.

(1) Cf. Lettre d'Amérique, FAXTON E. GARDNER, *Gaz. des hôpit.*, 4 janv. 1928, n° 1, p. 7.

A ce moment, beaucoup des citoyens, prohibitionnistes actifs ou non actifs, ou qui, sans être prohibitionnistes, déploraient les excès de boisson et la domination politique du cabaret, espéraient de grands résultats et étaient fort satisfaits de l'état des choses. Tout alla bien d'abord, mais en quelques mois, les conditions changèrent complètement la situation : le chômage était presque universel et ceux qui n'avaient rien à faire et pas de ressources, ont cherché à gagner leur vie et ont songé au trafic illicite de l'alcool. Ils obtinrent un grand succès, peut-être pour la seule raison qu'ils offraient au public du fruit défendu. Et en quelques années, il s'est développé un commerce énorme, aidé par la contrebande des pays voisins. (Il sera peut-être intéressant pour les Français de savoir que les îles de Saint-Pierre et Miquelon ont complètement abandonné la pêche de la morue, pour la contrebande de l'alcool qui est plus profitable et expose moins aux intempéries ; elles sont devenues une des bases d'importation les plus actives). Et les alambics illicites se multiplièrent aux Etats-Unis à tel point qu'il se forma des organisations très grandes qui n'avaient d'autre but que de faire de l'alcool. De cet alcool, fabriqué en quantités immenses, beaucoup est de bonne qualité ; mais plus encore est de qualité inférieure, très inférieure, et cause des accidents graves. Il n'y a pas de pays où l'on observe autant d'intoxications par l'alcool méthylique qu'aux Etats-Unis et la plupart des cas sont des empoisonnements graves, à cause de la toxicité considérable de l'alcool méthylique.

Ce sont particulièrement les jeunes qui boivent, et c'est doublement regrettable parce qu'ils le font sans aucune modération. Quand on sort le soir pour aller dîner en ville ou au théâtre, les jeunes gens emportent une bouteille plate de liqueur dans la poche de côté du pantalon, et tout le monde en prend sa part. De ces habitudes dépendent des conditions morbides qui sont fort regrettables au point de vue de la santé physique et, il faut bien le dire, au point de vue de la santé *morale* du pays. La prohibition, prônée hautement comme cause de vertu, est devenue une cause de profonde détérioration morale et physique. J'insiste sur ce dernier point — détérioration physique. Que nos amis des ligues antialcooliques de France n'oublient pas cela.

La prohibition n'a pas fait diminuer le nombre des cas d'alcoolisme dans les hôpitaux ; la gravité n'a pas diminué non plus, au contraire. Il semble y avoir plus de morts par empoisonnements dus à la boisson qu'il n'y en avait lorsque le trafic était légitime. Les cas semblent en moyenne plus toxiques et plus obstinés, ce qui est probablement dû à la mauvaise qualité des produits en circulation.

Un point dans la question de la prohibition n'est pas à l'honneur de certains médecins américains. C'est le trafic des ordonnances. Tout médecin est autorisé par la loi à prescrire l'alcool un certain nombre de fois par trimestre. Le nombre des prescriptions autorisées est largement suffisant pour toutes les nécessités d'une clientèle moyenne. Au moins, il l'aurait toujours été sans la prohibition, mais actuellement il est surprenant de voir combien l'alcool est devenu un remède utile pour les médecins et populaire parmi les malades. Certains médecins ont trouvé un moyen simple et profitable de disposer du maximum de leurs prescriptions. Ils donnent franchement des consultations (?) dans le simple but de donner de l'alcool et inscrivent sur le certificat un diagnostic de fantaisie. L'auteur a entendu un neurologiste bien connu lire à haute voix la liste des diagnostics mis sur les talons des livres à souche sur lesquels on note les prescriptions alcooliques. Un de ses diagnostics, et il en était très fier, était celui d'hémorroïdes ! Il considérait la plaisanterie comme excellente et était très satisfait du revenu que cela lui procurait.

Un autre moyen de faire de l'argent avec des prescriptions d'alcool est de les vendre directement à des pharmaciens peu scrupuleux. Cela se fait en masse, un livre de cent prescriptions étant vendu à la fois. Tout cela n'est pas exactement à l'honneur du corps médical. Il n'y a probablement qu'une assez faible proportion de médecins qui se livrent à ce trafic. Toutefois, récemment, il n'y a pas moins de vingt-cinq médecins de New-York qui ont eu pour ce motif une suspension de leur licence et une forte amende. Il est assez difficile d'admettre qu'il soit très digne de la part d'un médecin de collaborer pour raisons pécuniaires au trafic de l'alcool et à fournir à de soi-disant malades ce qui est en réalité de faux certificats.

Que faire à tout ce désordre ? Il n'est pas facile d'abroger un amendement à la Constitution, une fois qu'il y a été inscrit. Et les trafiquants de liqueur, qui disposent d'un pouvoir et de ressources formidables mettront toutes leurs forces à lutter contre le retour des établissements de débit qui leur retirera leurs profits énormes (évalués sans exagération à plusieurs centaines de millions de dollars par an) et remettra ces profits, sous la forme d'impôts sur le commerce des boissons, dans les mains du gouvernement qui en a bien besoin, au lieu de dépenser des sommes énormes à des efforts infructueux d'application de la prohibition. L'avenir parlera.

En conclusion, il faut répéter que la solution du problème de l'alcoolisme n'est pas dans la prohibition, au contraire. Elle est dans l'éducation.

FAXTON E. GARDNER.

IXe CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

Madrid, 15-18 mars 1932 (1)

PREMIÈRE QUESTION

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES TUMEURS INTRARACHIDIENNES

3. *Résumé du rapport de M. L. Dominici (Pérouse).* — 1. L'auteur rapporte la statistique des tumeurs intrarachidiennes opérées en Italie et qui comprend 63 cas, dont 19 de l'Ecole de Rome, dirigée par Alessandri, et suivis presque complètement par le rapporteur.

Le premier cas, en Italie, fut opéré en 1892 (Caponotto et Pescarolo) ; il s'agissait d'un fibrosarcome intradural. Les suites opératoires furent excellentes, mais les résultats fonctionnels furent négatifs.

Dans 5 cas, on ne trouva pas ou on ne put atteindre la tumeur. Trois moururent des suites de l'opération, ce qui montre la gravité de cette intervention que l'on ne risque pas à la légère. Dans un cas on fit une laminectomie décompressive pour métastase épithéliomateuse. Dans 57 autres cas on trouva la cause de la lésion (tumeur, kyste, méningite séreuse, méningite fibreuse, gomme). Cette intervention a donné 12,3 p. 100 de mortalité opératoire et 7 p. 100 de guérisons opératoires avec 78 p. 100 de guérisons ou d'améliorations appréciables. Les meilleurs résultats fonctionnels ont été obtenus pour les tumeurs extradurales, les plus mauvais pour les tumeurs intradurales. En ce qui concerne l'importance de la mortalité opératoire, elle est plus grande pour les tumeurs haut situées.

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Suite. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 32, p. 587.

2. Les résultats fonctionnels dépendent surtout de l'époque de l'intervention. Le rapporteur a insisté sur ce point dans le rapport présenté sur la même question au XXXVe Congrès de la Société italienne de Chirurgie (Rome, octobre 1928). De bons résultats fonctionnels s'obtiennent seulement quand on intervient précocement, dans la première période prépaplégique si possible.

3. Mais à cette période, le diagnostic est très difficile, parce que la symptomatologie est très variée et reste encore peu évidente. Parmi les différents moyens diagnostiques, le lipiodol descendant est l'un des plus employés en Italie. Parfois cette substance ne se résorbe pas et l'auteur rapporte un cas dans lequel la radiographie faite cinq ans après l'opération montre qu'il y a encore du lipiodol dans le cul-de-sac méningé. Dans un autre cas de l'Ecole de Rome, l'iodénol fut employé et suivi radiologiquement pendant quelques jours ; le dixième jour, on ne trouva plus trace de la substance.

En conclusion, l'auteur estime que, malgré ses inconvénients, la radiographie est le meilleur moyen que l'on ait pour établir le diagnostic de l'existence d'une lésion endorachidienne qui, en augmentant de volume, tend à oblitérer l'espace sous-dural, et pour préciser la hauteur par rapport aux vertèbres, ce qui a une grande importance pour le chirurgien.

Le rapporteur ne croit pas que la radiographie ait une valeur aussi considérable pour déterminer la profondeur de la lésion et sa nature. Pour ces points du diagnostic, l'examen clinique et l'examen du liquide céphalo-rachidien ont une grande importance. Le rapporteur préconise la laminectomie exploratrice dans les cas qui restent douteux.

4. Quant à l'anesthésie et à la technique opératoire, elles varient, si l'on peut dire, de chirurgien à chirurgien. L'auteur rapporte spécialement ce qui se fait en Italie. La laminectomie d'Alessandri est la meilleure, ainsi que le prouvent les cas opérés à l'Ecole de Rome.

Les interventions endorachidiennes exigent beaucoup de délicatesse du chirurgien et ne doivent pas être pratiquées rapidement, mais lentement.

4. *Résumé du rapport de M. Ch.-A. Elsberg (New-York).* — *Exposé portant sur 208 cas de tumeurs de la moelle épinière.* — Rapport entre les tumeurs médullaires, les vertèbres, les méninges et les différents cordons de la moelle épinière. 32 p. 100 de ces tumeurs furent rencontrées dans la région cervicale ; 51 p. 100 dans la région thoracique et 17 p. 100 dans les régions lombaire et sacrée. Dans 72 p. 100 des cas, les tumeurs étaient intraméningées et dans 28 p. 100 elles étaient extraméningées. Dans 39 p. 100 des cas, la tumeur se développa ventralement ou antéro-latéralement ; dans 51 p. 100 des cas, dans le dos ou postéro-latéralement, et dans 10 p. 100 des cas, la tumeur était latérale. Symptomatologie. Mesure de la pression du liquide lombaire et analyse chimique du liquide céphalo-rachidien. Le blocage sous-arachnoïdien était plus fréquent dans les cas de tumeurs extramédullaires où il était complet dans 71 p. 100 des cas, partiel dans 26,6 p. 100 et n'existait pas dans 2,4 p. 100. Dans les cas de tumeurs extraméningées, le blocage était complet dans 58,5 p. 100 des cas, partiel dans 39,3 p. 100 et nul dans 9,3 p. 100. Il y avait aussi une différence notable dans le pourcentage des globulines et des protéines totales dans le liquide céphalo-rachidien dans les cas de tumeurs extraméningées. Pour les tumeurs intraméningées, le pourcentage de globulines était de 2,71 + et le pourcentage de protéines globales 213 milligrammes pour 100 centimètres cubes, tandis que pour les tumeurs extraméningées, le pourcentage

de globulines était de 1,6 + et les protéines globales 97 milligrammes pour 100 centimètres cubes.

De multiples ponctions lombaires sont d'un grand intérêt, non seulement pour le diagnostic des tumeurs de la queue de cheval, mais aussi pour la localisation exacte de ces tumeurs. Diagnostic et localisation. Traitement opératoire. La laminectomie bilatérale chez 190 malades, la laminectomie unilatérale chez 14 malades et la laminectomie unilatérale avec résection des apophyses épineuses utiles au cours des interventions. La mortalité opératoire dans les 108 derniers cas fut de 3,1 p. 100 pour les tumeurs extramédullaires et de zéro pour les tumeurs intramédullaires et extraméningées. La mortalité opératoire totale des 208 cas fut de 6,9 p. 100 pour les tumeurs extramédullaires et de 1,7 p. 100 pour les tumeurs extra-méningées, 63 p. 100 des opérés furent entièrement guéris ou considérablement améliorés, 10 p. 100 furent améliorés et dans 18 p. 100, il n'y eut pas d'amélioration, 5,8 p. 100 des malades ne survécurent pas à l'opération et le résultat définitif resta ignoré dans 5 cas.

5. *Résumé du rapport de M. P. Goldstein* (*Varsovie*). — Discutant sur les tumeurs de la moelle épinière du point de vue général, l'auteur nous fait connaître les nouvelles méthodes de diagnostic, la clinique, la thérapeutique sanglante ou non sanglante. La myélographie à l'aide du lipiodol occupe une grande place.

Ensuite vient la description de 62 cas observés dans les services de neurologie de MM. les docteurs L. Bregman et E. Flatteau, à l'hôpital « Czyste », et reconnus comme des cas de tumeurs de la moelle épinière. Parmi ces 62 cas, 41 malades ont été opérés. Dans la plupart des cas (33), on a trouvé la tumeur pendant l'opération. Dans six cas seulement, d'autres causes de compression médullaire (kyste, etc., etc.) ont été reconnues. Dans trois cas, l'opération n'a montré aucun signe pathologique.

Les résultats des cas opérés sont infiniment meilleurs que ceux des cas traités par d'autres moyens.

Après une brève revue de la littérature étrangère et polonaise sur ce sujet, l'auteur donne les conclusions suivantes :

1. La tumeur de la moelle est une affection qui, malgré les grands progrès de la neurologie, ne peut être reconnue avec toute la précision désirable.

2. La myélographie est un puissant moyen duquel on reconnaît les tumeurs de la moelle et qui donne la possibilité de situer le champ d'opération. Mais elle ne doit être appliquée que dans les cas où l'on craint sérieusement une néoformation.

3. Quand on a reconnu la tumeur de la moelle, il faut, le plus vite possible, procéder à l'opération, car les tumeurs non opérées aboutissent inévitablement tôt ou tard à la mort.

4. Les tumeurs qui viennent des vertèbres ont souvent le caractère de tumeurs malignes et il est préférable d'employer la méthode combinée : opération + rayons X.

5. Les tumeurs qui se forment entre les méninges — à l'extérieur de la moelle — donnent les meilleurs résultats ; elles ont souvent un caractère bénin et doivent être complètement extirpées le plus tôt possible.

6. Les tumeurs de l'intérieur de la moelle ont un pronostic beaucoup plus grave. Elles présentent souvent un caractère malin.

L'opération de ces tumeurs doit avoir plutôt le caractère d'un essai palliatif ou curatif. Si la tumeur ne peut être facilement enlevée, il faut renoncer à l'extirper et l'opération doit être arrêtée. La seule chose qui reste à faire, dans ces cas-là, c'est une série d'applications systématiques de rayons X.

Ainsi, grâce à ces moyens, l'auteur a obtenu un grand nombre de guérisons complètes et beaucoup d'améliorations marquées et durables chez des malades très gravement atteints qui, jadis, étaient irrémédiablement condamnés à mort.

6. *Résumé du rapport de M. Jirasek* (*Prague*). — 1. La chirurgie des tumeurs intrarachidiennes est relativement une des mieux connues.

2. Malgré le travail de Bailey-Cushing, la pathologico-histologie des tumeurs intrarachidiennes n'est pas encore précisée. En pratique, une compression de la moelle épinière peut être aussi causée par une maladie des disques intervétébraux.

3. L'éventualité et le siège d'une tumeur intrarachidienne ne peuvent pas encore être exactement déterminés.

4. L'étiologie des tumeurs intrarachidiennes reste obscure. Une origine traumatique n'a pas encore été prouvée.

5. Le diagnostic est basé sur les recherches neurologiques, sur l'examen du liquide céphalo-rachidien et sur le résultat du test de Sicard.

La lipiodographie est un moyen de diagnostic inoffensif et exact pour déterminer la hauteur de la tumeur. Parfois la forme de l'ombre peut déterminer le niveau horizontal de la tumeur ainsi que sa nature. Le lipiodol ascendant est moins expressif que le lipiodol descendant. L'endomyélographie permet de déterminer l'étendue de la tumeur dans quelques cas de gliomes intramédullaires.

6. Lorsque le pronostic est bon, le but de l'indication est l'opération dans le stage préparaplégique. Les tumeurs cervicales et les tumeurs de la queue de cheval ont un pronostic plus grave que les autres, de même que les tumeurs intramédullaires ont un pronostic plus grave que les tumeurs extramédullaires.

7. Actuellement, la mortalité post-opératoire est très améliorée. La mortalité post-opératoire de l'auteur, sur 35 cas, est de 135 p. 100.

8. Les résultats éloignés de l'opération dépendent de l'état de la moelle épinière qu'il est souvent impossible de prévoir exactement.

9. Le diagnostic d'une tumeur spinale réclame toujours et sans réserve une opération. Le diagnostic neurologique est suffisant. La lipiodographie seule, sans recherches cliniques, ne doit pas autoriser les chirurgiens à opérer. Le but de l'opération est d'enlever la tumeur, ou, quand cela est impossible, de faire de la décomposition. Dans ce cas, la dure-mère est toujours laissée ouverte sans conséquence fâcheuse. Malgré les diagnostics les plus poussés, il y a encore des cas où la tumeur est diagnostiquée, mais n'est pas trouvée. Il en a été ainsi pour 3 des 35 cas observés par l'auteur.

10. Au point de vue de la technique, il convient d'insister sur la nécessité de l'anesthésie locale, sur la valeur du bistouri électrique pour sectionner les muscles, des procédés manuels et non des techniques mécaniques, des deux aiguilles test, du procédé d'Elsberg pour ouvrir la dure-mère, de l'opération en deux temps pour l'extirpation des tumeurs intramédullaires.

11. Un traitement pré-opératoire radiologique ne doit pas être recommandé parce qu'il peut aggraver les symptômes de compression. Quand l'épine dorsale a été ouverte et la tumeur examinée, un traitement radiologique est applicable pour les tumeurs malignes inopérables et intramédullaires.

7. *Résumé du rapport de M. Robineau* (*Paris*). — En raison de leur évolution progressive, les tumeurs de la moelle aboutissent fatalement à la mort ; un seul traitement radical peut leur être opposé, l'ablation chirurgicale. Mais il ne suffit pas d'empêcher les malades de mourir,

il faut encore chercher à les guérir le plus complètement possible et à faire disparaître les douleurs, les troubles de sensibilité, les paralysies, les troubles trophiques.

Il est démontré aujourd'hui qu'une opération trop tardive n'atteint pas ce résultat et ne supprime pas la totalité des troubles fonctionnels ; inversement, plus l'opération est précoce, plus la récupération fonctionnelle est rapide et complète. Il y a donc un intérêt capital à poser le diagnostic de bonne heure ; pour cela, il faut mettre en œuvre tous les moyens récemment découverts pour faciliter ce diagnostic et pour donner à l'opérateur les précisions qui lui sont nécessaires, surtout le niveau exact et les limites de la lésion.

A l'investigation clinique, base du diagnostic, il faut donc joindre les épreuves de laboratoire (modifications du liquide céphalo-rachidien et radiographies du rachis), les épreuves manométriques de tension du liquide et l'exploration radiologique de l'espace sous-arachnoïdien après injection d'huile iodée opaque. En observant la technique mise au point par Sicard, on obtient de l'exploration au lipiodol les renseignements les plus exacts parce qu'ils sont basés sur un document iconographique qu'il suffit de savoir interpréter ; la forme de l'image d'arrêt permet souvent de reconnaître la variété de tumeur en cause.

Des erreurs de diagnostic sont cependant possibles avec les diverses algies, le mal de Pott, certaines myélites, etc. Il est impossible de distinguer avec certitude une tumeur véritable d'une tumeur inflammatoire, ou parfois d'une arachnoïdite essentielle. Mieux vaut, dans le doute, opérer et ne pas courir le risque de laisser évoluer une tumeur méconnue qu'on pourrait enlever.

L'opération est peu meurtrière et ne donne que 5 p. 100 de décès ; mais elle ne guérit pas tous les malades. On ne peut enlever les tumeurs diffuses intramédullaires, mais la radiothérapie post-opératoire prolonge l'existence des malades porteurs de gliomes diffus ; on ne fait pas disparaître une paraplégie flasque, indice de lésions destructives de la moelle, ni une paraplégie spasmodique très ancienne ; certaines tumeurs ne peuvent pas être enlevées en totalité à cause de leurs ramifications ou de leurs prolongements trop étendus, sous peine de sacrifier des éléments nerveux essentiels, et leur récidive est inévitable.

Dans près de 60 p. 100 des cas, l'opération procure une guérison définitive, et dans plus de 50 p. 100 des cas, cette guérison est radicale, aucun trouble fonctionnel ne persistant après un délai de quelques semaines ou de quelques mois.

La chirurgie des tumeurs de la moelle est donc une des plus belles conquêtes réalisées dans ces quarante dernières années dans le domaine neurologique.

DEUXIÈME QUESTION

SUPPURATIONS PULMONAIRES NON TUBERCULEUSES

1. *Résumé du rapport de M. Ascoli (Rome).* — Les suppurations pulmonaires non tuberculeuses comprennent toutes les diverses lésions qui sont réunies sous le nom d'abcès pulmonaires. On distingue :

1. L'abcès simplement parenchymateux par microbes pyogènes à évolution bénigne, qui peut guérir spontanément.

2. L'abcès gangreneux primitif tendant à se transformer en abcès chronique ; il existe aussi des formes aiguës progressives de mauvais pronostic.

3. Formes chroniques simples ou formées de lésions complexes qui transforment le poumon en tissu spongieux avec zones de sclérose et cavités des abcès ou bronchiectasies.

Les abcès se forment par voie lymphatique, par diffusion directe, par voie sanguine. On ne peut appliquer sans réserve, en pathologie humaine, la théorie de Cutler sur l'origine embolique des abcès, spécialement des abcès post-opératoires.

L'abcès du poumon est toujours une lésion chirurgicale à évolution douteuse ; 30 p. 100 des formes aiguës peuvent guérir spontanément. Tantôt les abcès deviennent chroniques, tantôt l'évolution tend à l'aggravation, tandis que pour les abcès soignés au plus six mois après leur début, on a une mortalité de 19 p. 100 ; pour ceux soignés après six mois, la mortalité atteint environ 75 p. 100.

Les complications les plus fréquentes sont l'empyème par ouverture de l'abcès dans la plèvre, éventualité quelquefois heureuse et capable de conduire un abcès à sa guérison ; l'abcès cérébral et l'hémorragie.

Les soins médicaux généraux et locaux, l'emploi des vaccins et des sérums, peuvent seulement favoriser la guérison des abcès qui tendent à guérir spontanément, spécialement des abcès aigus centraux drainés par une grosse bronche et avec parois élastiques.

Les examens bronchoscopiques peuvent être utiles dans les cas d'abcès par corps étranger en supprimant leur cause.

Le pneumothorax thérapeutique utilisé dans les cas d'abcès profonds bien drainés avec plèvre libre, continué pendant quatre à six mois, peut être utile si la lésion n'est pas trop chronique. Dans les autres cas, il peut devenir à la fin dangereux, interférant avec le drainage et avec la toux.

Les traitements chirurgicaux indirects : phrénicectomie, thoracoplastie, plombage extrapleural, peuvent amener la guérison d'un abcès dans des cas exceptionnels. Ils doivent être essayés dans les formes très diffuses.

La pneumectomie avec drainage est indiquée dans les cas d'abcès périphériques avec une ou plusieurs cavités peu développées.

Dans les formes chroniques complexes, les résections du poumon peuvent seules amener la guérison selon Whittemore, Graham, etc. La lobectomie typique dans les cas d'abcès est d'exécution si difficile et donne lieu à une mortalité si élevée qu'elle trouve difficilement place dans la pratique.

2. *Résumé du rapport de M. Baumgartner (Paris).* — Les suppurations pulmonaires aiguës localisées se manifestent sous trois aspects différents :

1. L'abcès simple à pyogène, dont l'évolution fréquente est la guérison spontanée ;

2. La gangrène, qui aboutit à la formation d'un bloc de sphacèle et se termine souvent par la mort ;

3. L'abcès putride d'emblée, dont le triple processus anatomique de nécrose parcellaire, suppuration et sclérose, évolue vers la chronicité et l'extension progressive des lésions.

Les suppurations chroniques diffuses sont, dans la majorité des cas, l'aboutissant tardif d'une des formes précédentes, et particulièrement de l'abcès putride d'emblée. Elles se manifestent par la production de nouveaux foyers de suppuration, le développement progressif de la sclérose et l'apparition de bronchectasies. A ce stade ultime, leurs caractères se confondent avec ceux des dilatations bronchiques primitives compliquées d'abcès.

A mesure que se prolonge l'évolution chronique d'une suppuration, le retentissement sur l'organisme s'aggrave, l'effet des traitements palliatifs diminue et l'aléa de l'intervention chirurgicale augmente.

L'indication opératoire doit être posée d'une façon précoce, aussitôt que l'essai des traitements médicaux se sera

montré insuffisant à amener une guérison rapide. Ce délai ne doit pas dépasser deux mois à dater du début de la maladie pour les abcès et les suppurations chroniques, et quinze jours pour les gangrènes. L'intervention chirurgicale sera d'autant plus efficace et d'autant moins dangereuse qu'elle aura été exécutée plus tôt.

Le pneumothorax artificiel est une méthode thérapeutique peu efficace dans les cas rebelles au traitement médical, souvent dangereuse, et qui rend difficile, si elle échoue, l'intervention directe ultérieure sur le poumon.

Les procédés chirurgicaux de collapsothérapie peuvent être utilisés en tant qu'interventions complémentaires, après les opérations d'exérèse, ou comme traitements palliatifs, dans les cas de suppurations diffuses dont l'étendue contre-indique une intervention radicale.

La bronchoscopie aspiratrice est un utile adjuvant pour préparer à l'opération sur le foyer suppuré, ou améliorer l'état des malades atteints de bronchectasies inopérables.

Le vrai traitement curatif des suppurations pulmonaires est l'action chirurgicale directe sur le foyer, qui seule permet le drainage logique du pus, et la résection des tissus pathologiques qui entretiennent l'infection.

Cette action chirurgicale comprend :

1. La pneumotomie simple pour les abcès collectés récents sans réaction scléreuse, et les gangrènes localisées à gros foyer de sphacèle ;

2. La pneumotomie avec résection de la poche pour les abcès putrides d'emblée ;

3. La pneumectomie pour les suppurations chroniques diffuses extensives.

La pneumectomie atypique fragmentaire progressive par temps successifs nous apparaît comme le meilleur procédé pour aboutir à une destruction complète et définitive du foyer suppuré.

La lobectomie typique doit être réservée aux suppurations compliquées de bronchectasies primitives abcédées ou non, quand la lésion est bien circonscrite à un lobe.

3. *Résumé du rapport de M. Coquelet (Bruxelles).* — A côté de la forme classique d'abcès, il existe d'autres formes de suppuration pulmonaire, notamment les suppurations diffuses en mie de pain : la caverne est une échéance possible mais non fatale. Les formes polymicrobiennes, qu'elles soient cavitaires ou non, se compliquent volontiers de réaction fibreuse, dès que leur acuité s'atténue ; il en résulte une lésion composite de sclérose et de suppuration que nous avons nommée *pyosclérose.* Au point de vue thérapeutique, les indications sont schématiquement établies comme suit. Il ne faut pas intervenir avant quatre à six semaines ; on permet ainsi au malade de courir la chance d'une guérison spontanée ou médicale ; on donne tout au moins à une suppuration diffuse le temps de se collecter. Il ne faut pas cependant temporiser de façon exagérée : une suppuration qui guérit sans opération, guérit en quelques semaines. D'autre part, le second mois est une période optimale pour l'intervention, d'une façon générale tout au moins. Il ne faut donc pas différer l'intervention au delà du deuxième mois, chaque fois qu'on le peut. Les opérations collabantes s'appliquent d'une manière générale aux formes collectées profondes possédant une bonne bronche de drainage ; elles sont contre-indiquées dans les formes fermées. La pneumotomie s'adresse aux formes cavitaires corticales ou peu profondes. Dans les formes diffuses, surtout lors de pyosclérose, il faut avoir recours aux opérations de résection. Nous avons décrit à ce propos une technique que nous avons dénommée *cunéo-pneumectomie progressive.* Cette cunéo-résection a l'avantage d'être toujours applicable, sauf dans des formes généralisées

Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée.

Précédemment, les voyageurs se rendant en Haute-Maurienne ou en Italie, dans la voiture de couchettes du train 621 qui part de Paris P.-L.-M. à 20 h. 30 devaient abandonner ces places à 6 h. 15 à l'arrêt de Chambéry où la voiture était détachée du train.

Pour éviter ce dérangement matinal, le parcours de la voiture a été prolongé jusqu'à Modane où le train arrive à 7 h. 50, laissant jusqu'à cette gare les couchettes à la disposition de leurs occupants.

De même, dans le sens Modane-Paris la libre disposition des couchettes dans le train 618 est assurée de 21 h. 30 (départ de Modane) à 9 h. 15 (arrivée à Paris).

bien entendu, pour lesquelles la question d'intervention ne se pose pas. Pour quelques cas tout à fait limités, la lobectomie en un temps de Brunn marque un incontestable progrès.

4. *Résumé du rapport de M. Lilienthal (New-York).* — 1. Aperçu des processus pathologiques et terminologie des conditions déterminées par eux.

2. Division de la question en deux parties : abcès et bronchectasies suppuratives, bien qu'après un temps assez considérable, les deux affections coexistent.

3. Termes décrivant les formes cliniques pour l'usage pratique du chirurgien.

4. Origine clinique de l'abcès : *a*) Traumatisme et autres causes mécaniques avec infection subséquente ; *a*) Infection directe.

5. Découverte de l'abcès par les méthodes cliniques, y compris la radiologie, la bronchoscopie, etc.

6. Traitement palliatif et curatif par différentes interventions chirurgicales.

7. Choix de l'intervention suivant les cas.

8. Principes opératoires à observer dans les abcès.

9. Bronchectasie suppurative : traitement palliatif ou résection.

10. Statistique personnelle de cas de résection du poumon pour bronchectasie.

11. Opinion sur l'étude statistique dans la suppuration pulmonaire.

5. *Résumé du rapport de M. Martin Lagos (Valence).* — Le traitement chirurgical des suppurations non tuberculeuses du poumon dépend de l'étendue des lésions, de l'état général des malades, de l'existence ou de l'absence d'adhérences pleurales et de leur rigidité.

Dans les abcès et gangrènes pulmonaires avec adhérences pleurales, l'opération de choix est la pneumotomie large, malgré ses dangers et la fréquence de la fistulisation qu'il est ensuite nécessaire de fermer.

Dans les lésions centrales parahilaires avec plèvre libre (si l'état local de la lésion et l'état général du malade n'obligent pas à une ouverture urgente du foyer, cas le plus grave et pour lequel les résultats sont les plus aléatoires), on doit essayer la thérapeutique bronchoscopique avec aspiration, puis instillation d'antiseptique, dans la période aiguë et intermédiaire de la maladie. Si, par ce moyen, des résultats sont obtenus, la compression permet, dans beaucoup de cas, d'arrêter et de limiter l'infection.

Dans ces cas, ainsi que dans les abcès chroniques, les méthodes compressives à utiliser sont la phrénicorexie, s'il s'agit d'un abcès de la base du poumon, ou le plombage extrapleural dans les autres cas ou lorsque la phrénicorexie a échoué.

Le plombage extrapleural est plus efficace et présente moins de danger que le pneumothorax et la thoracoplastie et même lorsque, dans la majeure partie des cas, on n'obtient pas complètement la compression et la guérison de l'abcès, il favorise la production d'adhérences pleurales, rend plus superficielle et, par conséquent, plus accessible la cavité, parfois il aide l'évacuation des matières purulentes et, de ce fait, simplifie et rend moins dangereuse la pneumectomie, opération à laquelle on arrive presque toujours pour assurer la guérison.

Dans les bronchectasies, au contraire, la pneumotomie ne s'impose pas davantage que lorsqu'il existe de larges cavités. Dans les autres cas, ce sont les méthodes compressives qu'il convient d'appliquer.

Parmi les méthodes de compression, le pneumothorax ne donne plus de résultats que dans les bronchectasies congénitales avec plèvre libre et lésions induratives peu avancées (enfants et individus jeunes).

La phrénicorexie est moins efficace dans les abcès et, des deux autres procédés : thoracoplastie et plombage, le dernier est le plus efficace, le plus simple et le moins dangereux. Tous les procédés ne sont presque toujours que des méthodes palliatives. Le seul traitement radical et définitif est la résection du lobe affecté, employée ces dernières années par l'école de Sauerbruch, bien qu'elle soit une opération grave et sanglante, qui doit seulement se faire dans les cas de lésions limitées à un lobe et chez les malades dont l'état général est bon. Malheureusement, ceux que l'on nous envoie encore actuellement sont en si mauvais état qu'on doute même qu'ils puissent supporter une opération palliative qui pourrait atténuer leurs souffrances.

Etant donné le pronostic de cette maladie et les suites des méthodes radicales, il est nécessaire de convaincre les non interventionnistes de ce que, lorsque la thérapeutique médicale n'assure pas de meilleurs résultats que ceux obtenus à ce jour, ces malades, comme tant d'autres, doivent être confiés au chirurgien dans des conditions qui lui permettent de pratiquer des opérations capables d'assurer leur guérison.

(*A suivre.*)

LIVRES NOUVEAUX

Physiopathologie de la thyroïde. Diagnostic et traitement des goitres (1), par **Lucien Dautrebande**, de la Fondation Reine Elisabeth, membre correspondant de l'Académie royale de Belgique.

Destiné au médecin comme au physiologiste, cet ouvrage expose dans une première partie la physiologie normale et pathologique de la thyroïde dans ses rapports avec la composition chimique de la glande, son histologie, le métabolisme général, le métabolisme spécial des différents éléments nutritifs, etc...

Dans chacun de ces chapitres, l'auteur apporte des vues originales et neuves ou combat, avec des arguments basés sur les dernières acquisitions de la physiologie, les conceptions anciennes concernant l'hyperthyroïdie. C'est ainsi qu'il met en doute l'antagonisme supposé de la thyroïde et du pancréas. De la même manière, par l'étude de ce qu'il a appelé le coefficient métabolique des protéines, il montre que les conditions dans lesquelles un hyperthyroïdien peut faire du déséquilibre azoté n'ont rien de spécifique. Enfin, dans un chapitre consacré à la circulation, il observe le retentissement que peut avoir sur le débit cardiaque et le travail du cœur l'hyperthyroïdie.

Dans une seconde partie, consacrée à la clinique, l'auteur développe sa classification physiopathologique des goitres et étudie successivement l'hypothyroïdie, le goitre endémique, le goitre simple, les adénomes simples et toxiques, les kystes thyroïdiens et enfin la maladie de Basedow. Son exposé méthodique et simple, encore que chargé de faits, constitue un plaidoyer motivé en faveur d'une classification nouvelle des états hyperthyroïdiens.

Du point de vue thérapeutique, l'auteur, après avoir critiqué au moyen de documents personnels les différents modes de traitement des goitres, apporte ici la synthèse de ses travaux bien connus sur le traitement iodé prolongé de l'hyperthyroïdie, qu'il a été le premier à codifier.

Une abondante bibliographie termine l'ouvrage.

L. G.

(1) In-8 de 326 pages avec 36 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANÉVRISME DE LA CROSSE DE L'AORTE

GÉNÉRALITÉS

C'est une dilatation partielle du vaisseau aortique due à la syphilis, et dans la règle, à la syphilis tertiaire (5 à 10 ans après le chancre).

C'est l'une des complications les plus redoutables de la syphilis, car l'ectasie évolue toujours vers la mort, à la manière d'une tumeur envahissant les tissus, et qui finit par se rompre, provoquant une hémorragie mortelle, si le malade n'est pas mort auparavant d'une complication surajoutée.

Il est important d'insister sur la latence extrême de cette complication, qu'il faut toujours penser à rechercher, et qui est souvent une découverte de radioscopie. Le traitement reste sur elle sans prise, et il n'agit que sur la médiastinite syphilitique environnante, lorsqu'elle existe.

SYMPTOMES

Ils peuvent relever soit de l'ectasie elle-même, soit de la compression des organes voisins du médiastin par cette ectasie, ou par la médiastinite.

Symptômes fonctionnels. — Ils sont très divers et le malade peut venir consulter pour l'un ou plusieurs d'entre eux.

Les douleurs peuvent revêtir l'aspect de crises d'angine de poitrine, ou bien de douleurs tenaces et fixes à siège rétrosternal, intercostal, cervico-brachial, par exemple ; ces prétendues névralgies intercostales sont en tout cas rebelles aux analgésiques habituels ; dans certains cas il s'agit, à une phase plus avancée de la maladie, de véritables douleurs pulsatiles, atrocement pénibles, très angoissantes, mais caractéristiques.

La dysphagie peut être un des premiers signes d'alarme, et il faut bien s'abstenir de toutes manœuvres instrumentales, tant qu'on n'a pas vérifié l'absence d'ectasie à la radioscopie.

Les signes pulmonaires peuvent prendre le pas : ce peuvent être : la dyspnée, soit paroxystique, soit asthmatiforme par compression du pneumo-gastrique, soit à type laryngé par compression du récurrent, soit dyspnée nocturne d'origine aortique et rappelant l'insuffisance aiguë du ventricule gauche ; la toux peut être le signe prédominant, toux spasmodique, coqueluchoïde, qui pourrait égarer le diagnostic de prime abord.

L'on ne saurait trop insister sur la fréquente absence de tous ces troubles, et sur le travail que représente l'anévrysme au cours de l'examen complet d'un malade, qui se présente comme un aortique banal, ou comme un cardiaque, ou d'un syphilitique chez lequel on veut faire le bilan des lésions.

EXAMEN PHYSIQUE

Cas évidents. — A une période tardive, l'anévrysme, lorsqu'il est situé à la partie initiale de l'aorte, a usé le sternum, et forme une voussure très nette à la partie supérieure de cet os des 2e et 3e espaces intercostaux. C'est une voussure expansive et pulsatile.

Le diagnostic est fait par la seule vue, et l'auscultation et la palpation ne font que le confirmer, en montrant l'existence d'un thrill caractéristique.

Ces cas, pour être les plus typiques, ne sont pas les plus fréquents, et il arrive habituellement que l'anévrysme est découvert parce qu'on y a pensé.

Examen cardio-aortique. — 1° *Inspection et palpation.* — Le creux sus-sternal peut être comblé par une saillie battante, et la palpation peut montrer l'existence, dans les 2e et 3e espaces, d'un thrill caractéristique, et d'un foyer de battements distincts de celui de la pointe du cœur. Cette zone est nette, mais cette matité supra-cardiaque est moins convaincante, à dire vrai, que le casque opaque que constituera tout à l'heure l'aorte à la radioscopie.

L'auscultation peut faire entendre, soit un double souffle systolilo-diastolique, soit un double battement systolilo-diastolique. Le cœur est souvent refoulé vers la gauche.

Si ces signes peuvent être rencontrés, il arrive bien souvent qu'on ne les trouve point, et que l'on dépiste simplement des signes d'aortite banale, ou même absolument rien; c'est alors qu'il faut faire la comparaison des pouls.

2° *Examen comparatif des pouls.* — Il faut rechercher le synchronisme ou l'asynchronisme des pouls radiaux et des fémoraux. Hors les cas où cela est tout à fait net pour les deux pouls radiaux, il faut se défier d'impressions trompeuses et faire des tracés simultanés des deux pouls.

3° *La tension artérielle* est tout à fait variable : elle peut être normale ou élevée, ou modifiée par l'existence d'une chute de la minima par insuffisance aortique.

Il faut savoir que dans certains cas on ne trouve ni pouls, ni même oscillation au membre supérieur gauche : cela se voit dans les ectasies de la partie toute postérieure de la crosse de l'aorte, ou lorsqu'une plaque d'athérome vient oblitérer, en partie, l'origine de la sous-clavière gauche.

L'examen du système artériel peut enfin rester absolument négatif.

4° *L'examen des poumons* peut ne rien révéler, ou bien un souffle bronchique de compression médiastinale, ou bien des signes de sclérose pulmonaire, plus ou moins diffus, véritable extériorisation de la médiastinite.

5° *L'examen du larynx* chez un malade dysphonique peut montrer au laryngologiste une corde contractée sur la ligne médiane, ou une position cadavérique sans lésions de la muqueuse.

Il peut arriver que le laryngologiste, mis en éveil par de telles constatations, ait le premier l'occasion de faire le diagnostic. Dans tous les cas, hormis ceux où le diagnostic est évident par suite d'une tumeur pulsatile, l'on ne saurait affirmer ou dépister l'ectasie, à coup sûr, qu'à l'aide de la radioscopie qui apporte des précisions d'une importance absolument capitale.

a) **Cas évidents.** — De face on voit, au-dessus de l'ombre du cœur, une opacité très volumineuse qui coiffe le cœur en casque, donnant une image d'ensemble en sablier ; mais c'est à l'examen oblique que l'on voit se dérouler l'aorte, et se dessiner l'ectasie là où elle existe, soit qu'elle fasse saillie dans l'espace rétrosternal en position oblique antérieure droite, soit qu'elle fasse saillie dans l'espace pré-vertébral. Cet examen en oblique droite-gauche permet de s'assurer de ce fait que l'ombre tumorale fait bien partie de l'aorte.

b) **Cas discutables.** — Il existe des aortites dans lesquelles la dilatation du vaisseau, plus ou moins noyé dans un certain degré de médiastinite, n'apparaît pas nettement comme ectasiante, et tous les intermédiaires existent entre la dilatation fusiforme de l'aorte et l'anévrysme proprement dit, aussi faut-il tourner le malade dans tous les sens, et suivre de l'œil les bords du vaisseau aortique, avec toute l'attention possible, pour voir si, en un point donné, ces bords perdent bien leur parallélisme.

Il faut aussi apprécier l'état du médiastin et voir s'il existe de la médiastinite contre laquelle le traitement sera efficace, faute de pouvoir l'être sur l'ectasie.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 25 avril. — MM. Clément, 18,18; Rachet, 20; Marie, 18; Chevalley, 19,72.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Séance du 25 avril. — MM. Banzet et Huard, 19; Meillère, 18.

— Concours des prix de l'internat en pharmacie. — Jury (avant acceptation) :

MM. Guillot, Charonnat, Leroux, Régnier, Guérin.

HOPITAL DE CASABLANCA. — Mlle Marie-Antoinette Piétri, docteur en médecine, à la suite d'un concours qui a eu lieu à Rabat en mars dernier, a été nommée médecin chef du service des femmes à l'hôpital indigène de Casablanca.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Sont nommés, pour une période de neuf ans, à compter du 1er mai 1932, agrégés près la Faculté de médecine de l'Université de Paris (emplois vacants :

MM. Halphen, oto-rhino-laryngologie; Troisier, pathologie expérimentale et comparée.

— Poitiers. — Un concours pour l'emploi de chef de clinique chirurgicale sera ouvert devant l'Ecole de médecine de Poitiers le 16 novembre 1932.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Les candidats devront s'inscrire avant cette date au secrétariat de l'Ecole.

CONCOURS DE LA LIGUE NATIONALE ANTIVÉNÉRIENNE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 avril. — MM. Ragu, Lafourcade et Cachera, 20; Degos, Durel, Horowitz, Even Le Baron et Goldberg, 19.

Epreuve de laboratoire et de thérapeutique pratique. — MM. Goldberg, Even, Cachera, Le Baron, Horowitz, Ragu, Durel, Degos et Lafourcade, 20.

Classement des candidats : MM. Cachera, 119; Lafourcade, 116; Ragu et Horowitz, 115.

En ce qui concerne les trois candidats classés *ex æquo* pour les deux dernières places, MM. Degos, Durel et Even, il sera procédé, conformément au règlement, à une épreuve supplémentaire.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Charles Nicolle, professeur, fera sa leçon inaugurale le mercredi 4 mai 1932, à 5 h., salle 8 : *Introduction à la carrière de la médecine expérimentale.*

LE JUBILÉ DU PROFESSEUR PAUL DELMAS. — Le vingt-cinquième anniversaire de l'entrée du professeur Paul Delmas à la Faculté de médecine de Montpellier a été fêté, au cours d'une cérémonie intime, dans la salle des fêtes de l'Hôtel de la Métropole. Une médaille gravée par le sculpteur Raoul Dussol lui a été remise au nom des souscripteurs.

Des discours ont été prononcés par M. le professeur agrégé Coll de Carrera, secrétaire du comité d'initiative, qui a retracé avec ampleur et fidélité la carrière universitaire et l'œuvre scientifique du héros de la fête, marqué sa place, qui est l'une des premières, dans la technique obstétricale, et caractérisé dans les termes les meilleurs sa vie toute d'action et de probité; M. Arboleta, qui s'est adressé au consul de Colombie qu'est M. Delmas; M. Hussein, représentant des étudiants égyptiens, qui a salué en lui le docteur « honoris causâ » de l'Université du Caire ; M. Battle, qui a évoqué, au nom du service hospitalier qu'il dirige à la Maternité, sa maîtrise dans l'enseignement clinique; M. le professeur J. Margarot, qui, au nom des amis du jubilaire, a dit dans la langue la plus élégante et la plus élevée, ses qualités de cœur

et de sensibilité; M. le général Rouffiandis, directeur du Service de santé du 16e corps d'armée, qui a distingué en lui le médecin militaire et a souligné les liens étroits existants entre ce Service et le Corps enseignant de la Faculté; M. le professeur Jeanbrau, qui a rappelé qu'il avait préparé Delmas à l'internat et à l'agrégation, et a parlé de lui en termes émouvants.

M. le professeur Delmas a répondu à ces divers discours par un remerciement ému et spirituel dont la haute inspiration et la conviction ardente ont soulevé l'enthousiasme de l'auditoire de qualité réuni en cette heureuse circonstance.

LES VOIX LATINES. (Conférences de l'UMFIA.) — M le professeur Emile Sergent fera le 11 mai, à 21 h., à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques une conférence sur le *Canada : Impressions d'un médecin français en mission au Canada*.

La conférence sera présidée par S. E. le docteur Philip Roy, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire du Canada en France.

On entendra ensuite des chansons canadiennes par les étudiants canadiens de la Cité universitaire.

FÉDÉRATION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE. — Il y a quelques jours s'est tenue, à Paris, une importante réunion du bureau de la F. P. M. L. Après un échange de vues auquel ont pris part les docteurs Mayer (Bruxelles), président; Pierra (Paris), secrétaire général, et Tecon (Lausanne), trésorier, il a été décidé que le IIIe Congrès aurait lieu à Pâques en 1933. Diverses suggestions ont été préconisées pour donner aux *Acta medica latina* un caractère plus professionnel, de façon à correspondre davantage aux desiderata exprimés par plusieurs membres. Des félicitations ont été adressées au secrétaire général, dont l'inlassable activité a su maintenir l'existence de la Fédération malgré les difficultés économiques et politiques qui, dans plusieurs pays latins, ont compromis l'activité des associations de Presse médicale.

Le vœu a été émis qu'au moins une fois par an les différentes associations fédérées fassent connaître dans *Acta medica latina*, sous forme d'une lettre, les innovations essentielles survenues dans le domaine médical de leurs pays respectifs.

L'ORCHESTRE MÉDICAL. — L'Orchestre médical donnera lundi prochain 2 mai, à 21 h., dans la salle de l'ancien Conservatoire, un concert qui s'annonce particulièrement brillant. Au programme figurent, en outre des ouvertures d'*Egmont* (Beethoven) et de *Manfred* (Schumann) le concerto de violon de Lalo qu'exécutera Mme Madeleine Vautier Fournier, des fragments de la *Lépreuse* (Lazzari) que chantera Mme Depaux-Duménil, le *Poème de l'amour et de la mer* (Chausson) avec M. Razavet, de l'Opéra-Comique. L'orchestre sera dirigé par le docteur Pacaut.

Les médecins et leur famille, désireux d'assister à cette belle solennité artistique, trouveront des invitations à la librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, et à l'ancien Conservatoire, 6, rue du Conservatoire.

INSTITUT NATIONAL DES MÉTIERS. — Le Centre d'études, récemment créé à Paris pour donner aux entreprises artisanales l'appui et les conseils que rend nécessaires leur prodigieux développement, vient d'être constitué en Institut national des métiers.

Pour ses travaux, l'Institut a été divisé en plusieurs sections consultatives et d'études, groupant des compétences de haute qualité. Sont admis à présenter concurremment leurs candidatures tous les praticiens possédant des connaissances professionnelles et une expérience éprouvée : techniciens, ingénieurs, chefs d'entreprises, assureurs, architectes, juristes, économistes, agriculteurs, médecins, hygiénistes, professeurs, etc., c'est-à-dire les diverses activités susceptibles de suivre avec une compétence avertie les questions législatives, financières, industrielles, commerciales, immobilières, rurales, techniques, artistiques, d'hygiène, d'éducation, d'apprentissage, de mutualité et de prévoyance, etc., intéressant les métiers français.

Pour tous renseignements, écrire au secrétariat provisoire : Institut national des métiers, 30, rue des Vinaigriers, Paris (Xe).

RENSEIGNEMENTS

FILLE, SŒUR ET VEUVE de médecin, excellente éducation, cherche situation dans clinique. Recevrait clientèle chez médecin. Prétentions modestes. — Ecrire à Mme Albert Noble, 44, avenue de Suffren, Paris (XVe).

COPIES A LA MACHINE scient. et litt. Spéc. thèses. Exéc. impec. Trad. all. — Mlle Bernard, 5, r. Guy-Patin, Paris (Xe).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 3 mai. — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Claude, Nobécourt, Aubertin. — M. ROY. De la thoracoplastie partielle du sommet dans le traitement de certaines tuberculoses pulmonaires localisées au sommet du poumon. — M. J. VALLÉE. Le liquide C. R. dans les séquelles de traumatismes craniens sans fracture. — M. YANNOTIS. Etude des affections intriquées des orifices aortiques et mitral chez l'enfant.

Mercredi 4 mai. — Jury : MM. Leguen, président ; Ombrédanne, Mathieu, Quénu. — M. FAYOT. Traitement chirurgical des prolapsus génitaux. — M. PINEL. La fermeture des fistules sus-pubiennes à la suite de prostatectomie transvésicale. — M. LARDENNOIS. Etude des résultats éloignés de la gastrectomie dans l'ulcère gastrique.

Samedi 7 mai. — Jury : MM. Pierre Duval, président ; Lenormant, Rouvière, Olivier. — M. BENVENISTE. Sur la sonde à demeure à débit ralenti. — M. MARGULIÈS. Etude du traitement des fractures de la diaphyse fémorale chez l'enfant. — M. MARTIN. Etude du tronc intestinal et des origines du canal thoracique.

LIVRES NOUVEAUX

Biologie de l'invention (1), par Charles NICOLLE.

Voici encore un livre où le savant, le philosophe et l'écrivain s'unissent dans une sorte de magnifique harmonie. Car Ch. Nicolle n'a eu qu'à descendre en lui-même pour nous exposer dans toute sa profondeur cette « biologie de l'invention ». Il étudie l'esprit de découverte « comme un phénomène naturel, à la manière d'un biologiste. Mais, quoi qu'il dise, et bien qu'il proclame son « ânerie » en philosophie, il n'en est pas moins un philosophe profond, d'autant plus qu'il s'éloigne de l'esprit métaphysique pour se renfermer dans l'observation.

Car étant de ceux qui ont inventé, de ceux qui ont connu l'illumination soudaine, la révélation subite d'une vérité qui apportait avec elle le salut d'êtres innombrables, il a le droit de parler.

Ce livre n'est pas de ceux qu'on peut analyser. Il faut le lire. Et c'est avec une sorte de passion que je l'ai lu, entraîné par l'abondance et la variété des idées, leur originalité, la clarté de leur exposition, et aussi par le courage et l'indépendance d'esprit dont elles témoignent à chaque instant.

Comment ne pas admirer des chapitres comme celui sur l'*évolution destructrice*, qui semble s'emparer des sociétés humaines et qui pousse tous les hommes, avec leurs élites, vers une sorte d'uniformité qui menace d'étouffer l'esprit créateur ?... Où allons-nous ?...

Mais tout de même, à travers ce pessimisme, que permet de comprendre la gravité des temps où nous vivons, nous voyons à la fin surgir un rayon d'espérance. Et le Poète, dont l'âme palpite à chaque page de ce livre, lève les yeux vers l'avenir, — et voici qu'il entrevoit le nouveau Prométhée qui, comme le héros antique, saura dérober au Soleil le secret de la lumière ! J.-L. FAURE.

(1) Paris 1932, Félix Alcan.

Physiologie normale et pathologique des reins (1), par L. AMBARD.

Dans cette réédition très attendue d'un ouvrage d'avant-guerre demeuré d'actualité, l'auteur ayant exposé par quels moyens le rein s'acquitte de ses fonctions et par quels caractères se distinguent diffusion et sécrétion, étudie le débit des substances sans seuil (urée, matières colorantes) et celui des substances avec seuil (chlorures, glucose, etc.) et la sécrétion de l'eau, — le rôle du système nerveux, la marche de l'élimination de diverses substances, le rôle si important du rein vis-à-vis de la réserve alcaline, le mécanisme de la compensation fonctionnelle du parenchyme sain vis-à-vis des portions malades ou disparues.

Dans une deuxième partie sont réunies les notions actuellement acquises de physiologie pathologique du rein, que nul n'était plus qualifié que l'auteur pour exposer dans leur ensemble : néphrites avec œdèmes, néphrites azotémiques, rétentions chlorurées sèches sont l'objet de chapitres approfondis.

L'exploration rénale en pathologie chirurgicale, où physiologie normale et pathologique trouvent un terrain commun, est l'objet d'une importante étude, synthèse et application à la fois des magnifiques travaux auxquels l'auteur a attaché son nom. R. L.

(1) Troisième édition entièrement remaniée. — Paris, Masson.

REVUE GENERALE

CONCEPTIONS ACTUELLES DES AVITAMINOSES

PAR MM.

Michel ALBEAUX-FERNET, et Marcel MILLIAU,

Interne des hôpitaux de Paris. Elève à l'Ecole du Service de santé militaire.

INTRODUCTION

Des travaux récents sont venus apporter d'importantes précisions au sujet des avitaminoses. Il nous a paru intéressant de « faire le point » et d'étudier très brièvement les conceptions pathogéniques et cliniques actuellement admises de ces maladies par carence.

Les avitaminoses apparaissent comme des affections curieuses, posant des problèmes biologiques multiples, intéressant le physiologiste comme le clinicien, provoquant sans cesse de nouvelles recherches.

L'économiste suit ces études avec passion et le praticien voit, grâce à elles, s'expliquer le succès de prescriptions jusque-là basées sur l'empirisme.

En effet, les statistiques montrent que les avitaminoses sévissent encore aujourd'hui à la façon de véritables épidémies. N'a-t-on pas signalé que, sous l'influence d'une nourriture trop exclusivement composée de riz décortiqué, plusieurs milliers d'enfants mouraient, chaque année, aux Philippines, du béribéri ; et n'assiste-t-on pas actuellement, dans certaines régions des Etats-Unis, à l'extension de la pellagre depuis la consommation prédominante du maïs décortiqué ?

D'autre part, le danger de certains régimes trop exclusifs apparaît dans l'étiologie de l'héméralopie et le rôle des laits homogénéisés, humanisés, concentrés — voire même du lait naturel recueilli au moment où la vache laitière manque de fourrages frais — s'avère coupable de nombreux cas de Maladie de Barlow.

Des observations cliniques minutieuses découvrent les symptômes initiaux des avitaminoses ; depuis plusieurs années, on sait dépister leurs manifestations au « stade latent » de Hess, Meyer, Nassau, Abels, aux « stades de précarence » de Weill et Mouriquand. Ces aspects cliniques frustes ne s'observent pas seulement chez l'enfant. Dinkin les signale chez l'adulte : tels sont ces états d'anémie qu'on voit persister chez des malades atteints d'ulcères non hémorragiques de l'estomac ou du duodénum, à la suite d'un régime lacté trop longtemps suivi ; tels sont encore ces colitiques soumis à une thérapeutique trop sévère ou ces névropathes voulant maigrir rapidement et poussant trop loin une cure dite de rajeunissement.

De l'étude des avitaminoses, faite sur des bases cliniques et physiologiques indiscutables et interprétée avec un esprit de mesure suffisamment éclectique, on peut actuellement conclure au rôle certain joué par les vitamines dans le mécanisme de la vie.

Une telle conclusion impose des mesures prophylactiques et thérapeutiques d'ordre social.

L'étude des avitaminoses a passé par plusieurs stades.

Tout d'abord, on s'efforça de préciser la nature de maladies étranges non contagieuses bien que sévissant à la manière de véritables épidémies : béribéri, scorbut, pellagre, dont on retrouve la description dans les récits d'expéditions les plus anciens.

Puis se développa l'industrie des conserves ; sous l'influence de données économiques nouvelles, on voulut consommer une alimentation riche en principes caloriques et l'on fut conduit à en éliminer des matières négligeables : enveloppes de graines et de fruits notamment.

D'autre part, les découvertes de Pasteur ayant inspiré la crainte des microbes, on s'ingénia à stériliser toute nourriture, à substituer à l'aliment cru des mélanges artificiels.

On vit alors apparaître certaines maladies des conserves, certaines affections dues au lait stérilisé, rappelant d'une façon atténuée les classiques maladies par carence.

Cependant se poursuivaient de nombreuses recherches expérimentales. On réalisa, chez l'animal, par la privation de certaines substances, des maladies indiscutablement de même nature que les avitaminoses spontanées.

Il semble qu'actuellement on s'engage dans une voie nouvelle : on veut préciser la nature chimique des substances sans lesquelles se produisent les avitaminoses. Au stade d'expérimentation succède un stade d'études chimiques. Les stérols irradiés, le carotène sont les dernières découvertes de ces méthodes récentes.

I. Conceptions pathogéniques. Définition et classification actuelle des vitamines. — 1. CARACTÈRES GÉNÉRAUX. — La notion de vitamine n'a été précisée que depuis une vingtaine d'années. Cependant, elle avait été pressentie depuis longtemps.

Dès 1671, un Français, Nicolas Venette, remarque une relation entre le scorbut et l'absence de fruits frais. En 1734, un Suédois, Bachström, incrimine comme étant la cause du scorbut, l'absence de végétaux frais dans un régime. En 1890, un Hollandais, Eijkman, constate que des poules nourries avec du riz décortiqué et poli sont atteintes du béribéri et il déclare que, dans un tel riz, il manque une substance indispensable à la vie.

Mais c'est surtout lorsqu'on a voulu nourrir des animaux avec des aliments de synthèse que la nécessité des vitamines s'est imposée : Lunin nourrissait des souris avec du lait, mais lorsqu'il voulut remplacer le lait par ses constituants, il se heurta à un échec. Il dut penser que le lait contenait, en plus de la caséine, des graisses, du sucre et des sels minéraux, « d'autres substances indispensables à la vie ». En 1906, Hopkins essaya de nourrir des animaux avec un régime alimentaire composé d'albumines, de graisses, de sucres et de substances minérales ; il n'obtint que des insuccès et pensa à la nécessité d'un « facteur qualitatif ».

Désormais, une idée claire se dégageait : à savoir qu'un régime alimentaire composé de protides, lipides, glucides et sels minéraux en proportions convenables, est incomplet. Il manque à ce régime des facteurs vitaux que l'animal se montre incapable de synthétiser ; ce sont ces facteurs que Funk, en 1912,

appela vitamines : nom d'ailleurs impropre, car ces corps ne semblent pas renfermer d'aminoacides.

En résumé, on désigne sous le nom de vitamines des facteurs indispensables à la vie que l'organisme animal ne peut pas élaborer et dont la nature chimique est inconnue.

Que sont ces facteurs et comment agissent-ils ? Telles sont les questions que pose cette définition. Nous verrons que si ce problème passionnant n'est pas résolu, il n'est déjà plus entier.

2. Caractères particuliers. — *La vitamine A (facteur liposoluble)*. — La notion de vitamines ne tarda pas à se préciser. En 1913, des Américains, Osborne et Mendel, Mc Collum et Davis, remarquent que certaines matières grasses telles que le beurre renferment une substance soluble dans les graisses, l'alcool et l'éther, indispensable à la croissance et à la vie. Au contraire, d'autres matières grasses telles que l'huile d'olive et le saindoux n'en contiennent pas. De sorte que, si dans les aliments on fait entrer les lipides uniquement sous forme d'huile d'olive et de saindoux, on observe des troubles de la croissance et de la xérophtalmie.

Ce principe actif fut appelé facteur liposoluble ou vitamine A. De nombreuses recherches furent faites sans succès pour déterminer la nature de ce facteur liposoluble. Cependant, tout récemment, on a remarqué que le carotène, corps de formule chimique bien définie $C^{40}H^{56}$ faisant partie de la portion insaponifiable de certaines matières grasses, possède les propriétés du facteur A. Il semble que le carotène soit non pas la vitamine elle-même, mais une provitamine que l'organisme sait transformer en vitamine (Javillier). Le carotène est actif sur les rats à la dose de quelques centièmes de milligramme. Von Euler a essayé de transformer in vitro le carotène en vitamine A : il a réussi cette opération avec du sérum de poule ; aussi pense-t-il que c'est dans le sang que cette transformation a lieu in vivo. A la lumière de cette découverte, on s'explique bien les propriétés de la vitamine A : son oxydation facile, sa résistance à l'hydrolyse acide et alcaline. On s'explique aussi son état naturel ; on sait qu'on la rencontrera facilement dans le beurre, la crème, le jaune d'œuf, l'huile de poissons, et aussi dans les carottes, tomates, épinards, choux, etc.

Tout récemment, L. Binet et M. V. Strumza ont montré que chez les chiens anémiés, l'administration de carotène par la voie digestive, facilite la rénovation sanguine.

Il faut noter que, pour certains auteurs, la vitamine A n'aurait pas seulement un rôle alimentaire, mais jouirait également de propriétés anti-infectieuses. Mellanby et Green ont observé, chez le rat, des lésions infectieuses telles qu'abcès de la base de la langue, lorsque le régime alimentaire ne contenait pas de substances riches en vitamines A ; les témoins, nourris avec de l'huile de foie de morue, ne présentaient à l'autopsie aucune lésion du même ordre.

La vitamine B (facteur hydrosoluble). — Après la découverte du facteur liposoluble, on pensa pouvoir composer, grâce à lui, un régime artificiel parfait. Mais on s'aperçut que des rats ainsi nourris mouraient après avoir présenté des accidents nerveux. Ceux-ci avaient déjà été observés : en 1890, Eijkman avait observé des accidents paralytiques chez les prisonniers d'un hôpital de Java ; il en avait même entrevu la nature puisqu'il notait que les poules de la basse-cour de l'hôpital, consommant du riz décortiqué et poli, présentaient des manifestations identiques. En 1914, Weill et Mouriquand décrivent les « accidents de polynévrite aviaire » chez des pigeons nourris soit avec du riz décortiqué, soit avec des aliments chauffés à l'autoclave. En 1915, Mc Collum et Davis, Osborne et Mendel ont montré qu'il suffisait d'ajouter de petites quantités de germe de blé ou de la poudre de lait à un régime composé de son, de riz et de beurre, pour obtenir des résultats satisfaisants. Ces auteurs concluent que le germe de blé et la poudre de lait contiennent un principe actif soluble dans l'eau qu'ils appellent facteur hydrosoluble, ou encore vitamine B, par opposition à la vitamine A. On a vu ensuite que la vitamine B est complexe et qu'on peut distinguer (Mme L. Randouin et Lecocq) :

a) Une vitamine antinévritique ou vitamine d'équilibre nerveux ; ce facteur, qu'on peut appeler vitamine B_1, se trouve surtout dans les péricarpes et les embryons des graminées, dans le lait et la levure de bière. C'est elle qui serait responsable de la polynévrite aviaire ;

b) Une vitamine d'utilisation nutritive, indispensable pour l'utilisation des glucides, ou vitamine B_2 ; elle se trouve surtout dans la levure ;

c) Une vitamine d'utilisation cellulaire ou facteur de croissance des microorganismes, appelée vitamine B_3 ;

d) Enfin, on peut aussi y comprendre le facteur hydrosoluble antipellagreux (Goldberger). Cette vitamine est abondante dans la viande et dans le lait ; elle empêche, chez le chien, la stomatite ulcéreuse provoquée par l'avitaminose correspondante.

Au point de vue de sa constitution, la vitamine antinévritique aurait des rapports avec les bases pyrimidiques. Jansen et Bonath, en 1927, ont isolé une poudre blanche, soluble dans l'eau, ayant pour formule $C^6H^{10}ON^2$, qui agit à la dose de 1 pour 500.000.

Le complexe B qui est assez sensible au chauffage, résiste à l'oxydation, aux réducteurs, à l'hydrolyse acide ; il est détruit par l'hydrolyse alcaline. La vitamine antinévritique est détruite par la chaleur et très rapidement adsorbée par le charbon animal, la terre à foulon, l'hydrate de fer colloïdal. Les trois autres résistent à la chaleur à 120° et sont lentement adsorbées par les substances précitées.

Comme nous l'avons vu, la levure de bière et les germes de céréales sont riches en vitamine B ; mais on trouve aussi cette vitamine dans de nombreux aliments tels que le jaune d'œuf, le foie, la cervelle, la chair musculaire, les lentilles, le chou, les carottes, les épinards, etc...

La vitamine C (facteur hydrolosuble). — Lorsqu'on connut les facteurs A et B, on composa des régimes artificiels contenant, avec les substances énergétiques, ces deux vitamines. De plus, on reconnut qu'un régime, pour être bien utilisé par le tube digestif, devait

avoir un certain volume et on y ajouta des substances encombrantes telles que l'agar-agar ou le papier-filtre.

Ces régimes, qui convenaient au rat et au pigeon, donnaient de mauvais résultats lorsqu'on les appliquait au cobaye ; celui-ci, en effet, ne tardait pas à présenter les signes du scorbut et mourait en quelques semaines. Or, il suffisait d'ajouter à ces régimes du jus de certains fruits ou de certains légumes pour maintenir les cobayes en bonne santé. On pensa qu'il y avait dans ces fruits et ces légumes un principe actif hydrosoluble, différent du facteur B, qu'on appela vitamine C. Le facteur C, qui est nécessaire au cobaye, est également indispensable à l'homme, au singe, au chien. Le rat peut vivre sans vitamine C, mais il doit être capable d'en élaborer car on trouve de la vitamine C dans ses organes, alors que ses aliments en étaient dépourvus.

Le facteur C est une vitamine très fragile ; la dessication, l'oxygène de l'air suffisent à la détruire ; d'où la difficulté de l'isoler. Tout ce qu'on sait de sa constitution chimique c'est qu'elle renfermerait un radical polyphénolique, car elle donne une coloration bleue avec le réactif de Bezssonoff. C'est une vitamine soluble dans l'eau et l'alcool dilué, insoluble dans les solvants des graisses. Elle n'est pas adsorbée de ses solutions comme le facteur B. Sensible aux alcalis, elle résiste aux acides.

On la trouve surtout dans les fruits et légumes frais, mais aussi dans les huîtres, le jus de viande crue, le petit lait. D'autre part, tout récemment, R. Rygh aurait isolé dans le jus de citron vert une substance basique azotée qui serait identique à un alcaloïde extrait de l'opium, appelé narcotine. Cet alcaloïde donnerait, au cours de la maturation du citron, la vitamine antiscorbutique.

La vitamine D (facteur liposoluble). — C'est encore par l'emploi des régimes artificiels que Mellanby est arrivé, en 1919, à produire le rachitisme chez le chien et le rat. On a bien montré que c'est la carence d'un facteur liposoluble, différent du facteur A, qui est responsable de cette affection.

D'ailleurs jusqu'en 1920, on a confondu la vitamine A de croissance et la vitamine antirachitique. Depuis, certains auteurs ont réussi à les distinguer. D'une part, ils ont constaté le rachitisme chez des rats soumis au régime rachitigène de Pappenheimer, que ce régime renferme ou non de la vitamine A ; d'autre part, ils ont pu, à la faveur de la sensibilité thermique de la vitamine A, détruire celle-ci dans une huile de foie de morue chauffée à 100°. L'huile de foie de morue perd ainsi ses propriétés relatives à la croissance, mais reste antirachitique. Il y a donc bien deux facteurs liposolubles avec chacun leurs caractéristiques physiologiques.

Le facteur antirachitique intervient dans la fixation du calcium et dans le développement du tissu osseux ; on l'a dénommé vitamine D.

On est actuellement bien renseigné sur la nature chimique de la vitamine D, car on sait qu'il s'agit d'un stérol irradié. Pendant longtemps, on a cru qu'il s'agissait du cholestérol ; mais on s'est rendu compte que ce cholestérol devait ses propriétés antirachitiques à une impureté, qui l'accompagne souvent : l'ergostérol. Ce dernier corps, découvert par Tanret en 1889, soumis à l'action des radiations ultra-violettes, présente, en effet, les propriétés de la vitamine D.

Il influence favorablement le rachitisme à la dose de un millième de milligramme chez le rat soumis au régime de Pappenheimer.

A l'heure actuelle, on est donc à même de préparer artificiellement la vitamine D ; il suffit de soumettre l'ergostérol aux radiations ultra-violettes. Cette irradiation doit être dosée car, si elle est trop prolongée, la vitamine D perd ses propriétés.

Des auteurs américains seraient arrivés, tout récemment, à fabriquer la vitamine D en traitant l'ergostérol par des moyens purement chimiques, sans aucune irradiation.

Cette vitamine résiste aux agents d'hydrolyse, mais elle est lentement détruite par les oxydants. Ses solutions huileuses sont celles qui se conservent le mieux ; à l'abri de l'air et de la lumière, elles gardent leurs propriétés pendant 8 à 10 mois. Un moyen élégant de procurer de la vitamine D à un sujet, consiste à exposer celui-ci aux radiations ultra-violettes ; on transforme ainsi ses stérols en vitamine.

Par ailleurs, certaines substances alimentaires telles que l'huile de foie de morue, le hareng, la sardine, le saumon, le jaune d'œuf, etc., sont riches en vitamine D.

La vitamine E (facteur liposoluble). — Les auteurs américains Evans et Sure ont découvert, en 1922-1925, une vitamine indispensable à la reproduction. Elle est nécessaire au mâle pour la formation des spermatozoïdes, à la femelle pour le développement du placenta. Elle jouerait également un rôle dans l'utilisation des sels de fer.

La découverte trop récente de cette vitamine appelée vitamine E, ne nous permet pas d'être bien renseignés sur ses propriétés. Cependant on sait qu'il s'agit d'un facteur liposoluble, sensible à l'oxydation.

D'après Grins, on pourrait y distinguer trois facteur : de spermatogénèse, de gestation normale et de lactation.

La vitamine E se trouve surtout dans certaines huiles insaponifiables de blé, de maïs jaune, de chènevis, de coton, de palme, dans certaines graines, dans la chair musculaire.

II. Conceptions cliniques. Etude expérimentale et clinique des avitaminoses. — On désigne sous le nom d'avitaminoses les affections déterminées par la carence en vitamines. Leur étude expérimentale rationnelle n'a pu être faite que depuis qu'on sait isoler les diverses vitamines. On groupe des animaux en trois lots :

Le premier lot est mis à un régime naturel normal et sert de témoin.

Le deuxième lot est nourri avec un régime artificiel complet ; il se comporte comme le premier lot. Enfin le troisième lot est mis au même régime que le deuxième, mais ce régime est dépourvu de la vitamine à étudier. Les animaux de ce troisième lot présentent l'avitaminose dont est responsable l'absence de la vitamine en question.

On peut ainsi réaliser les diverses avitaminoses et les faire cesser à volonté.

Chez l'homme, les avitaminoses franches sont rares à l'heure actuelle ; par contre, les avitaminoses frustes sont relativement fréquentes et particulièrement intéressantes à étudier.

Elles sont dues, non pas à l'absence, mais à l'insuffisance d'une ou plusieurs vitamines dans le régime alimentaire.

Avitaminose A. — Les manifestations cliniques de l'avitaminose A ont été reconnues comme telles grâce à leur réalisation expérimentale chez le rat par Osborne, Mendel, Simonnet, Mouriquand et ses collaborateurs.

Elles peuvent être typiques : ce sont les manifestations connues depuis longtemps ; elles peuvent être frustes : ce sont les états de précarence A décrits récemment par Mouriquand.

Manifestations typiques. — Les manifestations typiques peuvent prendre trois aspects essentiels : la xérophtalmie, l'héméralopie épidémique, les troubles de croissance.

1° *Xérophtalmie.* — La xérophtalmie s'observe chez les nourrissons dont l'alimentation est trop pauvre en graisses ; c'est le cas de l'enfant nourri pendant huit ou neuf mois avec du lait écrémé ; en effet, la vitamine A, liposoluble, se trouve dans la crème du lait.

On voit le poids de l'enfant rester stationnaire en même temps que des troubles digestifs surviennent. Surtout, le bord des paupières se tuméfie et se couvre de petites croûtes jaunâtres provenant d'une légère sécrétion purulente de la conjonctive. Bientôt, la cornée devient terne et dépolie ; elle s'infiltre d'exsudats hémorragiques et s'opacifie.

Grâce à ces troubles trophiques, l'infection s'installe : la cornée s'ulcère et, si une thérapeutique spécifique n'est pas instituée, la panophtalmie entraîne la perte de l'œil.

2° *Héméralopie épidémique.* — Au cours de la dernière guerre, particulièrement en Russie, on a pu observer une affection caractérisée par la diminution de la vision, au crépuscule ; on l'appela héméralopie épidémique et on l'attribua au ravitaillement insuffisant en graisses.

Il semble que certains dyspeptiques, trop exclusivement soumis au régime des pâtes ou bien trop intolérants pour les graisses et, de ce fait, les écartant de leur régime (Rollet et Mouriquand), puissent présenter des symptômes identiques. Ces « aveugles de la nuit » retrouvent le soir difficilement les lieux où ils se dirigeaient si aisément dans la journée ; la lumière artificielle est devenue insuffisante pour eux.

3° *Troubles de croissance.* — Chez le nourrisson, le babeurre peut déclencher une accélération du transit intestinal, de la diarrhée avec ballonnement du ventre, entraînant rapidement une chute de poids.

Manifestations frustes. — Les formes frustes et latentes de l'avitaminose A sont fréquemment observées chez le nourrisson. Les premières manifestations sont : la stabilisation de la courbe de poids, un aspect mat de la peau, un certain flétrissement de la cornée, de l'asthénie qui retarde le début de la marche.

On a décrit des dystrophies précédant parfois de longtemps la xérophtalmie et aussi une forme avec œdèmes. Ces cas prouvent leur origine par les effets de la thérapeutique.

Surtout, les conjonctivites peuvent être des formes frustes de xérosis conjonctival. Les cas les plus démonstratifs ont été observés au Danemark par Dœring en 1912, par Bloch en 1919.

Mouriquand, J. Rollet et Mme Chaix ont montré que la *dystrophie inapparente* pouvait être révélée avant l'apparition des premières manifestations cliniques. Employant le biomicroscope et l'éclairage à fente de Güllstrand, ils ont décelé des lésions histologiques précédant de plusieurs semaines les lésions cliniques.

La preuve de la nature carentielle de ces manifestations a été faite expérimentalement non seulement chez l'animal : rat ou cobaye, mais chez le nourrisson. C'est ainsi que Fores et Wolf ont pu observer que, chez des nourrissons soumis à un régime spécial et attentivement surveillés, les troubles oculaires étaient les premiers en date.

Enfin, l'avitaminose A peut se manifester sous la forme d'un *état de prédisposition à l'infection.*

L'avitaminose A s'accompagne de lésions histologiques profondes, d'atrophie des glandes à secrétion interne et aussi de transformation des épithéliums : ceux-ci deviennent sensibles aux germes microbiens de surface.

La peau, le tissu cellulaire sous-cutané sont en état de moindre résistance ; on peut observer des ulcérations, des escarres, des pyodermites, des abcès ; en présence d'infections cutanées tenaces et récidivantes, il faut toujours s'assurer qu'il n'y a pas, dans le régime alimentaire du sujet, un déficit vitaminique.

Les muqueuses, elles aussi, peuvent être infectées chez les sujets carencés en facteur A, sous la forme d'otites, de sinusites, de rhino-phraryngites dont il faudra soupçonner l'étiologie de terrain, chez le nourrisson en particulier.

Nous verrons que le rôle anti-infectieux de la vitamine A a conduit certains auteurs à l'employer dans le traitement de certaines maladies infectieuses.

Avitaminoses B. — A chacun des facteurs de la vitamine B correspond un état de carence particulier.

I. L'absence de la vitamine antinévritique est responsable du *béribéri.*

Le béribéri est une affection très polymorphe ; on peut lui décrire quatre formes :

— la forme commune,
— la forme paralytique ou atrophique,
— la forme œdémateuse,
— la forme aiguë cardio-vasculaire.

1) Dans la forme commune, après de longs mois de consommation prédominante de riz décortiqué, le malade présente de la faiblesse des jambes avec sensations de fourmillement et de pesanteur ; la pression des masses musculaires est douloureuse. Souvent, il existe un œdème discret des membres inférieurs. Des palpitations apparaissent après l'effort. Mais, ra-

pidement, surviennent des paralysies gagnant les nerfs bulbaires et la mort survient par syncope.

2) La forme atrophique est caractérisée par l'existence de paralysies ; celles-ci débutent aux membres inférieurs et remontent jusqu'aux muscles du dos. Ce sont des paralysies accompagnées de troubles trophiques : la peau est sèche, écailleuse, rugueuse au toucher ; les ongles sont durs et cassants ; surtout, il existe d'importantes amyotrophies siégeant électivement aux membres inférieurs.

Dans les formes avancées, les paralysies atteignent les quatre membres et s'accompagnent de contractures. On peut ainsi observer une « griffe béribérique » comparable à la « griffe cubitale ».

La mort survient par troubles bulbaires ou par cachexie progressive.

3) La forme œdémateuse s'individualise par l'importance des œdèmes. Ceux-ci débutent aux membres inférieurs, gagnent la région dorso-lombaire, puis se généralisent au point de réaliser une véritable anasarque. Ces œdèmes sont d'origine circulatoire ; en effet, ils s'accompagnent de palpitations, de dyspnée, d'oligurie. L'examen du cœur révèle quelquefois l'existence d'un épanchement péricardique.

Le sujet meurt en asystolie après un temps variable.

4) On a décrit encore une forme aiguë cardio-vasculaire avec douleurs précordiales, dyspnée angoissante, tachycardie, vertiges, nausées, vomissements. Le malade se cyanose et meurt très rapidement.

Chez les enfants nourris par des femmes atteintes de béribéri même léger, on voit se développer le béribéri infantile. Il se traduit par des vomissements, de la cyanose, des palpitations. La face est bouffie. On peut observer des convulsions.

La dilatation rapide du cœur est responsable de l'issue fatale qui survient en quelques jours.

Les *formes frustes* de l'avitaminose B sont les seules manifestations de ce type observées en France. Chez le nourrisson alimenté avec des farines de conserves, hautement blutées et stérilisées, ou avec un régime uniquement composé de pâtes et de pommes de terre, on voit, dans le courant du deuxième mois, survenir les premiers symptômes de la carence ; ce sont : la perte de l'appétit, les vomissements, l'hypotonie musculaire, la bouffissure et les œdèmes de la peau qui peut présenter des éruptions diverses. On note aussi de la constipation, alternant ou non avec de la diarrhée, de l'anémie, de l'amaigrissement, des troubles cardio-vasculaires. Dans certains cas, on peut observer des paralysies des nerfs craniens.

Ribadeau-Dumas a rapproché ces faits cliniques de certains faits expérimentaux. En effet, chez le pigeon à qui on fait absorber du riz décortiqué, les premiers troubles sont la perte de l'appétit, la diarrhée, l'amaigrissement et l'asthénie générale. Cet auteur a décrit un syndrome fruste d'avitaminose B chez le nourrisson caractérisé par l'anorexie, la constipation, l'insomnie, l'agitation, des troubles portant sur la tonicité des muscles des membres.

II. Lorsque c'est le facteur d'utilisation nutritive qui fait défaut, le poids baisse progressivement, les cheveux tombent ; on assiste à une dénutrition d'autant plus rapide que la proportion de glucides est plus élevée dans le régime alimentaire. Si la proportion des glucides est très faible, les troubles sont très lents à apparaître.

III. L'état de dénutrition s'accuse plus rapidement si, à la carence d'utilisation nutritive, s'ajoute la carence en facteur d'utilisation cellulaire. Ce fait s'explique si l'on se rappelle le rôle important joué par ce dernier dans les transformations en énergie des matières au sein des cellules.

Nous en aurons fini avec les avitaminoses B lorsque nous aurons dit quelques mots de la carence en facteur antipellagreux.

La pellagre sévit à l'état de véritables épidémies dans les pays consommateurs de maïs.

Bien que Mouriquand considère cette affection comme le type de la maladie par carences multiples, il semble que l'opinion qui la rattache à l'absence d'une vitamine antipellagreuse (Funck, Goldberger) soit plus vraisemblable ; en effet, la pellagre s'étend aux États-Unis depuis que le maïs décortiqué se consomme davantage.

La pellagre est une dermatose survenant pendant l'été, à l'opposé du rachitisme qui survient surtout en hiver ; sans doute faut-il voir là une relation avec l'intensité de la lumière solaire.

La pellagre consiste en un érythème du type solaire siégeant électivement sur les régions découvertes du corps.

Mais cet érythème n'est pas toute la maladie ; des symptômes digestifs l'accompagnent : stomatite, gastrite, diarrhée rebelle. A cet ensemble de signes s'ajoutent des douleurs périphériques à type de brûlures, de l'atonie musculaire, de la céphalée et des troubles psychiques pouvant aller jusqu'à la démence (folie pellagreuse).

Le pellagreux, laissé à son régime carencé, voit son état s'aggraver à chaque printemps au point d'aboutir à une cachexie mortelle.

La pathogénie de la pellagre admise actuellement en Amérique est ingénieuse : les troubles digestifs seraient les premiers en date, ils favoriseraient le passage dans le sang de substances photosensibilisatrices ; l'insolation suffirait alors à déclencher les lésions du derme dont on a toujours reconnu le caractère saisonnier.

Avitaminose C. — A l'absence d'aliments frais apportant la vitamine C, on rapporte le scorbut et la maladie de Barlow.

La genèse de ces deux affections a été considérablement éclaircie par l'étude expérimentale.

Le scorbut est réalisé facilement chez le cobaye.

Les expériences de Hölst et Frolich, Mouriquand et Miche ont établi la tendance de certains organismes à s'auto-immuniser contre l'avitaminose C ; elles ont montré, d'autre part, l'action de l'équilibre alimentaire sur l'utilisation par l'organisme de la vitamine C et l'existence des diéto-toxines, substances alimentaires ou autres qui ne prennent un pouvoir toxique que grâce à un régime déséquilibré.

Mme L. Randoin et Mlle A. Michaux poursuivent depuis longtemps des expériences sur le cobaye, notamment en ce qui concerne les variations du milieu intérieur en vitamines C. Ces auteurs ont constaté des modifications importantes : la teneur du sang en eau, fibrinogène, urée et chlore est augmentée ; les acides gras sont augmentés dans les globules ; au contraire, le fer est diminué dans le sang et dans le parenchyme hépatique ; la teneur en chlore augmentée dans les muscles. Ces perturbations se traduiraient par une nutrition défectueuse des cellules de l'endothélium des capillaires ; ces cellules se trouvent bientôt dans un état d'infériorité fonctionnelle et n'arrivent plus à transmettre les éléments nourriciers aux cellules osseuses.

Certains auteurs distinguent deux facteurs dans la vitamine C : un facteur d'intégrité des capillaires et un facteur de formation d'hémoglobine.

A la lumière des conceptions modernes, il convient de distinguer deux ordres de manifestations cliniques de l'avitaminose C :

— les formes typiques,
— les formes frustes et latentes.

Les formes typiques sont trop connues pour que nous nous attardions longuement à leur description.

Nous rappellerons seulement que *le scorbut*, déterminé par l'absence dans la nourriture de végétaux frais, évolue chez l'adulte en trois phases.

La phase de début est caractérisée par une asthénie générale, des douleurs articulaires, une teinte jaune, « pelure d'oignon » de la peau qui se marbre de taches livides.

A la période d'état, apparaissent les deux signes essentiels : la gingivite entraînant la chute des dents et s'accompagnant de stomatite hémorragique ; la pseudo-paralysie douloureuse.

En l'absence de traitement, la période terminale apparaît : hémorragies multiples et infection de la bouche conduisent à la cachexie et à la septicémie mortelle.

La *maladie de Barlow* ou *scorbut infantile* ne se développe jamais avant l'âge de six mois ; la consommation exclusive et longtemps prolongée (huit, dix mois) de lait desséché ou modifié industriellement ou de farines lactées la détermine.

Hutinel a signalé, en 1893, le premier cas en France de la maladie de Barlow.

La pseudo-paralysie douloureuse observée siège au niveau des membres inférieurs et relève d'hémorragies sous-périostées.

L'enfant est pâle, grognon ; il refuse de marcher et se plaint au moindre mouvement. La palpation, pratiquée très doucement, découvre une tuméfaction douloureuse dans les régions juxta-épiphysaires.

L'examen des gencives, systématiquement pratiqué, montre — si l'enfant est pourvu de dents — la gingivite caractéristique.

Les formes frustes et latentes. — Barlow a signalé le premier les formes monosymptomatiques de scorbut se traduisant seulement par des hématuries ou de la sensibilité des épiphyses. Fraenkel remarque, dès 1906, que le scorbut est souvent précédé d'anémie et de fièvre ; il décrit les signes radiographiques qui, inconstamment d'ailleurs, précèdent l'affection. Hutinel, Comby, en 1909, posent les bases du préscorbut. Weill et Mouriquand décrivent en 1919 l'anémie préscorbutique qui résiste au fer, mais disparaît par l'ingestion de jus de fruits frais.

A la suite de ces travaux et des études de Hess et de Ribadeau-Dumas, on connaît bien actuellement la symptomatologie du scorbut à son début ; il s'agit d'un nourrisson âgé de 4 à 6 mois : il perd l'appétit et cesse de prendre du poids ; il est grognon. A l'examen, on note que le facies est un peu bouffi et pâle ; surtout les gencives sont livides et les membres inférieurs sont douloureux à la palpation.

P. Bertoye, dans son rapport au Congrès de Strasbourg, l'an dernier, distingue les formes frustes et les formes latentes du scorbut infantile.

Les formes frustes sont des formes monosymptomatiques.

Telle est la forme hémorragique que caractérisent des pétéchies ou des hémorragies muqueuses.

Telle est encore la forme anémique qui peut prendre le type d'anémie simple ou le type d'anémie chlorotique (anémie préscorbutique de Mouriquand et Michel).

Pour Frontali, la fragilité capillaire, décelée par l'examen capillaroscopique, joue un rôle important dans l'apparition des hémorragies.

Les formes latentes sont caractérisées par des troubles organiques ou des altérations de la nutrition générale qui ne rappellent en rien le scorbut.

Anorexie, pâleur, asthénie, troubles du caractère, arrêt de la croissance, constituent la « dystrophia avitaminosa » de Aron.

Ribadeau-Dumas et Chabrun ont décrit la « fièvre préscorbutique » : fièvre élevée, irrégulière, désordonnée, ne s'accompagnant d'aucun trouble digestif, mais associée à un arrêt de la croissance.

La nature de ces divers troubles est prouvée par différents tests :

a) Tests cliniques : on peut constater de petites manifestations hémorragiques muqueuses ou cutanées, quelques douleurs.

b) Tests biologiques : il faut toujours rechercher l'anémie ; expérimentalement en effet, Bertoye a constaté que la carence en vitamine C entraîne toujours une diminution marquée de l'hémoglobine, parfois une diminution des globules rouges, plus rarement l'apparition de globules rouges nucléés dans le sang périphérique.

c) Tests radiographiques : ligne épiphysaire élargie, bordure des noyaux, absence de trabéculation de la diaphyse.

Mais ces trois tests peuvent manquer. Leur fréquence est rare en effet pour Bindschelder. En particulier, le seul symptôme du préscorbut peut être, pour Ribadeau-Dumas, Mathieu et Willemin, l'arrêt de croissance chez le nourrisson entre le sixième et le huitième mois.

Deux autres tests ont une valeur plus grande. Ce sont :

d) La notion étiologique ; enfant nourri au lait stérilisé, ou à des farines diverses.

e) Epreuve thérapeutique surtout : l'administration de jus de fruits améliore les troubles en quelques jours.

Enfin, signalons que, pour certains auteurs et Mouriquand en particulier, l'infection peut être révélatrice de dystrophie inapparente C. Il semble que les manifestations cliniques soient activées par l'infection qui se développe facilement sur les organismes carencés ; cependant, toute infection ne semble pas obligatoirement révélatrice de la carence et, à ce point de vue, la tuberculose s'est montrée peu active.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 AVRIL 1932)

Existence d'un principe lysant, le bacille de Yersin dans le sang d'une convalescente de peste. — M. ADVIER.

Existence dans le bubon d'un pesteux convalescent d'un agent de la lyse transmissible, en dehors de sa présence dans l'intestin. — MM. R. PONS et C. DURIEUX.

Contribution à l'étude du pouvoir bactéricide de l'argent métallique vis-à-vis du bacille typhique et du coli-bacille. — M. André KLING. L'explication de l'action bactéricide de l'argent métallique découle de la constatation d'une faible solubilité du métal dans l'eau, solubilité qui permet à l'argent, contenu dans les solutions aqueuses ainsi obtenues, de manifester ses propriétés antiseptiques très accusées.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 26 AVRIL 1932)

Glutathionémie. — M. Ch. ACHARD, Mlle Jeanne LÉVY et M. GUTHMANN ont étudié la technique de dosage du glutathion permettant d'obtenir des résultats assez constants. Ils ont mesuré dans le sang d'animaux et d'hommes normaux le glutathion oxydé et le glutathion réduit, ainsi que la teneur des globules en ces deux formes de glutathion. Chez l'homme, le glutathion total du sang varie de 505 à 706 mgr. par litre, et le glutathion réduit de 356 à 502. La teneur des globules en glutathion oscille entre 8,6 et 11,4 pour le glutathion réduit et entre 3,6 et 6,6 pour le glutathion oxydé.

Dans diverses anémies, la glutathionémie est diminuée, mais dans les anémies pernicieuses, la teneur globulaire en glutathionémie est augmentée jusqu'à la valeur de 16. La glutathionémie a été trouvée diminuée dans le diabète, la tuberculose, les cancers et aussi, mais seulement pour le glutathion total, dans les ictères et les cirrhoses.

La diminution de la glutathionémie semble liée au nombre des hématies contenues dans le sang. Aussi importe-t-il d'étudier la valeur globulaire en glutathion.

Contribution à l'étude des variations de la virulence du virus poliomyélitique, en rapport avec la périodicité saisonnière des épidémies de poliomyélite. — MM. LEVADITI et HORNUS ont observé, au courant des mois de novembre et décembre 1931, d'abord une atténuation, puis une véritable suppression de la virulence d'une souche de virus poliomyélitique conservée au laboratoire par des passages réguliers sur le singe. Ils ont étudié le phénomène et démontré que cette disparition de l'activité pathogène s'est opérée *in vivo*, par suite d'une autostérilisation progressive du névraxe, due à une immunité partielle et, vraisemblablement, saisonnière de l'organisme du singe. Rapprochant leurs constatations de la périodicité, également saisonnière, des épidémies de poliomyélite, ils concluent que cette périodicité est attribuable à des variations de la résistance des sujets susceptibles de contracter la maladie, variations déterminées par le milieu extérieur, plus qu'à des changements de propriétés biologiques inhérentes au germe.

La lutte antipaludique en Algérie. — MM. LASNET et Edmond SERGENT indiquent les mesures prises par l'Institut Pasteur et l'administration à la suite des instructions données par M. le gouverneur général Carde.

Artérite oblitérante de l'artère iliaque externe droite avec gangrène du membre inférieur. Traitement par la radiothérapie profonde des capsules surrénales. Amélioration considérable permettant une amputation de cuisse au tiers inférieur dans de bonnes conditions. — M. LE ROY DES BARRES.

Deux cas d'actinomycose invétérée sans grains macroscopiques ou microscopiques dus au même parasite. — MM. A. et R. SARTORY et J. MEYER.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 MARS 1932)

Le sérum antidiphtérique et son action thérapeutique. Etude expérimentale. Déductions pratiques. — MM. Robert DEBRÉ, G. RAMON et Jean BERNARD ont d'abord repris les expériences anciennes de MM. Roux et Martin, et ont étudié la valeur thérapeutique du sérum injecté au cobaye un temps variable après l'inoculation de deux doses mortelles. Ils ont constaté que leurs résultats étaient identiques à ceux qu'obtenaient E. Roux et L. Martin en 1894.

Leurs nouvelles expériences, jointes aux dosages pratiqués sur l'homme, plaident en faveur de l'injection précoce d'une dose forte d'antitoxine. Une fois qu'une dose suffisante a passé dans la circulation, la répétition des injections ne paraît pas indispensable ; en effet, très loin de baisser deux ou trois jours après l'injection de sérum, le pouvoir antitoxique du sang du sujet traité s'élève jusqu'au quatrième ou cinquième jour.

Un nouveau cas d'hémiplégie plurale. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, MIGET et ODINET. — Jeune homme de 18 ans, tombe en syncope à l'occasion d'une tentative de pneumothorax thérapeutique : coma consécutif peu profond avec convulsions, à ces symptômes succède une hémiplégie spastique à gauche ; mort cinq mois plus tard. La pathogénie doit être recherchée dans l'existence d'une embolie gazeuse comprimée par un ramollissement blanc de l'hémisphère droit.

Un cas de fièvre exanthématique du Littoral méditerranéen observé à Alexandrie-Petzetakis (Athènes). — A l'occasion de ce cas, l'auteur signale la relative fréquence de la maladie d'Olmer en Thessalie. Depuis 1929, 16 cas ont été observés à Volo.

Les formes choréo-athétosiques de l'encéphalite varicelleuse. — MM. SENDRAIL et DUDEVARET (Toulouse). — Enfant au début de la convalescence d'une varicelle, présente un syndrome méningé d'apparence grave, lequel fut suivi d'une parésie des membres inférieurs et surtout de trou-

bles moteurs à type choréo-athétosiques, étendus aux membres supérieurs, à la tête et au tronc. Il s'agit sans doute d'une localisation du virus varicelleux au niveau des noyaux sous-corticaux.

Un cas de pneumo-péricarde. — M. GHIMUS (Bucarest). — Cas de pneumo-péricarde survenu chez un enfant de cinq ans au cours d'une pleurésie purulente droite. Après la disparition de l'épanchement, on constata un aspect singulier de l'ombre cardiaque, qui se trouvait séparée de l'ombre du péricarde par une bande claire de 1 centimètre.

A propos de la pathogénie du doigt hippocratique. — M. BÉCLÈRE. — Il y aurait plusieurs mécanismes dans les productions de ce doigt : 1° des troubles circulatoires équivalant à une ligature incomplète ; 2° des troubles de l'hématose chez les sujets habitant de hautes altitudes ; 3° des faits d'origines diverses et imprécises : cirrhose biliaire, polypose intestinale, amibiase...

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 2 MARS 1932)

M. Pierre DUVAL, président, a le regret d'annoncer le décès de M. le Médecin général de la Marine Girard.

Ablation des calculs du rein. — M. HEITZ-BOYER utilise une table spéciale et la radiographie chaque fois que le rein n'est pas extériorisable.

M. MARION estime que le rein est en règle extériorisable

Rupture traumatique de la rate. — M. PROUST rapporte deux travaux sur ce sujet : l'un de MM. Cahen et Sicard, l'autre de M. Rousseau (de Nancy). M. Proust estime que l'épanchement de sang dans le péritoine ne provoque pas la contracture. Celle-ci est déterminée par les lésions parapéritonéales, en particulier les hématomes irritant les filets nerveux. Il faut donc savoir intervenir devant des signes d'hémorragie même quand le ventre est souple.

M. GOSSET estime qu'entre souplesse et contracture il y a la défense musculaire.

M. MONDOR pense que le facteur de soudaineté de l'épanchement est une cause de réaction musculaire.

M. DUVAL estime que l'infection n'est pas une nécessité pour déterminer la contracture.

Luxation récidivante de l'épaule. — Le travail de M. Solcard (Marine) est rapporté par M. MATHIEU. Cet auteur a traité son blessé par abaissement de la coracoïde et greffe. Excellent résultat.

Maladie de Dupuytren. — MM. DESPLAS et MEILLÈRE attachent grande importance aux tractus fibreux qui s'enfoncent de la peau vers la profondeur et qu'il faut sectionner. On peut conserver la peau si on fait une incision latéralisée. M. Desplas expose avec projections la technique qu'il propose. Il en a obtenu huit bons résultats. Seuls des cas invétérés nécessitent la résection de la peau.

M. CUNÉO estime qu'une peau même abîmée par l'intervention se répare très facilement.

Symphyse cardiaque et phrénicectomie. — M. BRÉCHOT pratiqua d'abord une résection des 3e, 4e et 5e cartilages costaux, mais le résultat fut médiocre. Un nouveau cas similaire fut d'abord traité par anesthésie du phrénique qui soulagea le malade. Le nerf fut ensuite alcoolisé. La phrénicectomie semble donc logique dans cette affection.

Cancer du rectum et radium. — M. GOUVERNEUR oppose les cancers du rectum et de l'anus. Le cancer du rectum opérable doit être opéré. Le radium ne doit être essayé que dans les cas non opérables. Il expose un mauvais résultat du traitement radiumthérapique pour cancer opérable. Dans les cas inopérables, on obtient des améliorations, mais aussi des cellulites périrectales douloureuses et facilement infectées. Par contre, le cancer de l'anus est histologiquement un cancer cutané, et c'est une tumeur radiosensible qui bénéficiera du traitement par radium. Il faut pratiquer une colostomie avant traitement par le radium et l'on doit toujours traiter les ganglions.

M. DESPLAS dans les cancers inopérables, n'a pas obtenu d'amélioration et presque toujours a constaté une aggravation après application du radium. Celui-ci provoque une rectite grave comme il a pu le voir dans quatre cas. Regaud estime que d'une façon générale, les résultats du traitement par le radium sont mauvais dans le cancer du rectum. La colostomie est préférable en général si elle est possible.

Présentation de radiographies :

Sténose pylorique après ingestion d'acide chlorhydrique. — M. LERICHE a pratiqué une gastrectomie suivant la méthode de Polya et l'examen histologique a montré une muqueuse très altérée comme aux stades préperforatoires des lésions gastriques.

M. BRÉCHOT a observé un cas avec lésion pylorique.

Ostéoporose. — M. LERICHE a observé un cas de décalcification au niveau du genou qu'on prit longtemps pour une tuberculose. Un ovaire étant douloureux, on essaya empiriquement l'hormovarine. En quelques séances, la malade fut guérie.

Présentation d'instruments :

M. DE MARTEL : pince coupante électrique pour opérer sur le système nerveux.

(SÉANCE DU 9 MARS 1932)

Maladie de Dupuytren. — M. FREDET rappelle que, dans les cas anciens, les ligaments articulaires rétractés suffisent à empêcher l'extension des doigts. Il faut donc opérer précocement pour obtenir un bon résultat. L'auteur étudie ensuite la marche clinique de l'effection et ses lésions anatomo-pathologiques.

M. MOURE insiste sur la nécessité d'enlever la terminaison de l'aponévrose du petit palmaire.

Invagination intestinale aiguë. — Ce travail de M. René BLOCH est rapporté par M. Mouchet. Le lavement baryté lui a facilité de petites incisions iliaques droites.

M. PICOT estime que le lavement baryté peut réduire des cas au début.

M. SORREL pense que le lavement baryté n'évite que rarement l'intervention.

M. PROUST insiste sur la difficulté du test radiologique de désinvagination.

Cancer du testicule. — M. CHEVASSU a étudié 287 cancers du testicule et s'attache à l'étude de leur diagnostic précoce. Au début, le testicule est un peu plus gros et nettement plus dur. La caractéristique de la lésion est d'être intratesticulaire alors que l'épididyme et le déférent sont sains. L'exploration sanglante sous anesthésie locale s'im-

pose, dès le diagnostic soupçonné. L'aggravation se fait parfois extrêmement brusquement. La syphilis testiculaire donne presque toujours une réaction inflammatoire (albuginite, funiculite). Le noyau dur isolé est un néoplasme. L'hématocèle vaginale est beaucoup plus rare que le cancer. Lorsqu'on perçoit la tête de l'épididyme, il s'agit sûrement d'une tumeur testiculaire. Lors de l'exploration chirurgicale, le cancer se reconnaît à la vascularisation de l'albuginée.

M. MICHON appuie l'opinion de M. Chevassu sur l'utilité de l'archidotomie exploratrice à la locale.

Bactériothérapie des tuberculoses chirurgicales. — M. BAZY estime qu'on ne vaccine pas une affection en évolution, d'où l'emploi du terme de bactériothérapie. Ce n'est pas à n'importe quel moment qu'on peut traiter ainsi la tuberculose. Il étudie les moyens de défense de l'organisme contre le bacille de Koch. L'auteur se demande si on ne fait pas simplement de la tuberculinothérapie.

Staphylococcémie grave guérie par le bactériophage intraveineux. — MM. SAUVÉ et BRULÉ rapportent cette observation : cette septicémie succéda à un abcès mastoïdien. Elle fut traitée par autohémothérapie, bactériophage en injection intra-veineuse et amputation. L'injection de bactériophage détermina un shock violent.

Présentation de pièces et radiographies :

Invagination rétrograde du grêle après gastro-entérostomie. — M. CHARIER. Le diagnostic a été déterminé avec probabilité sur les radiographies présentées.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 15 MARS 1932)

A propos du traitement des paralysies diphtériques par l'Anatoxine. — M. P.-P. LÉVY rappelle que, dès 1924, il a traité avec M. Jules Renault des paralysies diphtériques par un mélange de toxine et d'antitoxine, avec des résultats satisfaisants.

Paralysie radiculaire obstétricale bilatérale. — M. L. BABONNEIX et Mlle RIOM présentent un petit garçon de 7 ans atteint de paralysie flasque des membres supérieurs, plus accusée à gauche, de type radiculaire. Cette paralysie est d'origine obstétricale.

Neurofibromatose chez le père et chez l'enfant. — M. L. BABONNEIX et Mlle RIOM présentent une fillette de 14 ans à la surface du corps de laquelle se voient de nombreuses taches pigmentaires traduisant une maladie de Recklinghausen fruste, tandis que chez le père le tableau symptomatique est au grand complet.

Paralysie du membre supérieur gauche survenue à la suite d'une intoxication par l'oxyde de carbone. — MM. Jean-HALLÉ et Jacques ODINET présentent un enfant de trois ans atteint de paralysie radiculaire totale du plexus brachial gauche, survenue dans des circonstances étiologiques complexes. Cet enfant a été en effet simultanément soumis à une intoxication accidentelle par l'oxyde de carbone et à une compression du plexus brachial, de sorte que l'étiologie exacte des troubles paralytiques est difficile à préciser.

Lacunes congénitales et familiales de la voûte cranienne. — MM. Marcel LELONG et BOSQUET présentent un garçon de cinq ans qui a dans la région lambdoïdienne deux pertes ovalaires de substance osseuse, mesurant 3 × 2 cm., symétriques par rapport à la ligne médiane. La paroi cranienne est à ce niveau, membraneuse et pulsatile. Le reste de l'examen est rigoureusement négatif, mais on retrouve la même malformation chez la mère et le grand-père maternel.

Induration cutanée durable du nouveau-né. — MM. SLOBOZIANO, GEORGESCO et HERSCOVICI.

Malformations osseuses multiples. — MM. E. SORREL, A. RICHARD et Mme LE GRAND-LAMBLING présentent un enfant de trois ans chez qui l'on trouve réunies une ectromélie longitudinale du rayon radial au membre supérieur droit, une surélévation congénitale de l'omoplate gauche et des malformations osseuses de la colonne cervico-dorsale, avec syndrome clinique de brièveté congénitale du cou.

Triple malformation congénitale des os. — M. E. SORREL et Mme LE GRAND-LAMBLING présentent un nourrisson de trois mois atteint des deux côtés d'un pied bot congénital, d'un genu recurvatum avec luxation antérieure du tibia et d'une luxation congénitale de la hanche.

Paralysie infantile et encéphalite. (*Projection de coupes histologiques.*) — M. L BABONNEIX.

Tétanie du nouveau-né guérie par injection d'extrait parathyroïdien. — MM. H. DUFOUR et BARNEVALD rapportent l'observation d'une fillette qui fut prise, huit jours après sa naissance, d'une crise grave et durable de tétanie, avec accès intermittents de laryngospasme.

La situation était critique au bout de trois semaines, lorsqu'ils instituèrent un traitement par le chlorure de calcium à faibles doses et l'extrait parathyroïden en injections sous-cutanées. La guérison fut obtenue en 20 jours.

A propos d'un cas de stase gastrique. — M. Jean LEVÊQUE et Mlle S. DREYFUS rapportent un cas de stase gastrique notable, indépendante de toute sténose ou spasme du pylore, de malformation congénitale du duodénum et de troubles importants du chimisme gastrique. Cette stase, survenue après des régimes de lait condensé et de lait gras, fut guérie uniquement par le régime du babeurre farineux.

Les auteurs rapportent à ce propos une série d'observations où ils mettent en évidence l'existence d'une dyspepsie de stase due essentiellement au lait condensé. La guérison est survenue dans tous les cas uniquement par un changement de régime basé sur l'emploi du babeurre et du lait naturel complètement écrémé.

Rapprochant ces cas de l'atonie gastrique des auteurs allemands, ils montrent qu'il n'existait pas de dilatation gastrique et écartent donc l'idée d'atonie gastrique, pour conclure à l'hypothèse d'une hypoesthésie ou d'une hypoexcitabilité de l'estomac sous l'influence d'une alimentation mal adaptée, quoique conforme aux règles générales de la puériculture.

Hémogénie. Epistaxis rebelle à toute thérapeutique. Splénectomie. — MM. NOBECOURT, LIÈGE et GRODNITZKY rapportent l'histoire d'une fillette de onze ans et demi, hospitalisée pour une épistaxis rebelle datant de trois jours. Le temps de saignement est augmenté, le nombre des plaquettes sanguines diminué et le caillot complètement irrétractile.

Malgré trois transfusions sanguines, la diathèse hémorragique ne se modifie pas ; on peut cependant, après de nouvelles transfusions, pratiquer une splénectomie qui jugule immédiatement le processus hémorragique.

Depuis l'intervention, la formule sanguine s'est rapprochée de la normale et, si l'on ne peut encore parler de gué-

rison, on peut cependant affirmer que la splénectomie a sauvé l'enfant d'une mort inévitable.

Pyopneumothorax spontané avec emphysème sous-cutané. — MM. Cassoute, Poinso et Zuccoli rapportent l'observation d'un enfant de vingt mois qui présenta, au décours d'une bronchite et à quelques jours d'intervalle, un emphysème sous-cutané cervical et préthoracique avec asphyxie intense et un pyopneumothorax d'emblée. L'étiologie de ces deux accidents reste imprécise.

Appendicite suppurée au cours d'une rougeole compliquée de bronchopneumonie chez un enfant. — MM. Ferru, Michiels et Perdoux (de Poitiers) ont observé chez un garçon de cinq ans, pendant une rougeole compliquée de bronchopneumonie pseudo-lobaire droite, des troubles abdominaux équivoques avec vomissements, diarrhée intense et douleur diffuse, qu'ils mirent sur le compte du catarrhe morbilleux intestinal et du foyer de congestion pulmonaire.

Ces signes traduisaient en réalité une appendicite, qui donna rapidement naissance à un abcès ouvert ultérieurement à l'anesthésie locale et vite guéri par drainage.

Les auteurs insistent à ce propos sur la nécessité de surveiller étroitement de tels malades.

Invagination intestinale aiguë compliquant une coqueluche chez un nourrisson et réduite par le lavement baryté. — MM. Ferru, Lussault et Perochon (de Poitiers) ont vu survenir une invagination intestinale typique chez un nourrisson de neuf mois au quinzième jour d'une coqueluche. Cet accident ne figure pas parmi les complications habituelles de la coqueluche, bien que l'influence des efforts de toux quinteuse soit signalée par certains auteurs parmi les causes de l'intussusception.

Les auteurs ont pu réaliser la désinvagination à la 28e heure par l'emploi du lavement baryté, qui a permis ainsi d'éviter les risques indiscutables d'une intervention chez un tel malade.

Séance annuelle de la Société. — La Société tiendra le mardi 24 mai une séance exclusivement consacrée au sujet suivant : « Etude médico-chirurgicale des suppurations intrapulmonaires chez l'enfant ».

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(Séance du 13 janvier 1932)

Sur les rapports de la Pathologie mentale et de la Pathologie générale : les syndromes psycho-somatiques. — M. R. Targowla.

(Séance du 10 février 1932)

Action hépatobiliaire du tamarin. — MM. G. Parturier, Xambeu, Fauque et Manceau signalent l'action choléritique et calmante des voies biliaires du tamarin qui, à fortes doses, peut réveiller les douleurs des biliaires. Par contre, donné en infusions légères il les calme d'une façon très nette.

Traitement des vomissements de la grossesse (indications complémentaires). — MM. Gab. et Roland Leven mettent au point certains détails de leur traitement spécial des vomissements, dont l'importance pourrait échapper à ceux qui ne connaissent qu'imparfaitement leur technique.

La méconnaissance de ces particularités cliniques et thérapeutiques conduit à des échecs qui se transforment immédiatement en succès, ainsi qu'ils le démontrent par des observations prises dans des services hospitaliers.

Entre autres choses, ils signalent la fréquence de l'hyperesthésie cutanée, trop souvent méconnue, car les malades l'ignorent, et qu'il faut rechercher.

Cette hyperesthésie, à elle seule, fait obstacle parfois à la guérison, tout le reste du traitement étant bien conduit. Ils la combattent avec des injections intradermiques de 5 cc. de Novocaïne à 1 pour 50.

Ils indiquent encore la nécessité d'administrer, par voie rectale ou par injections sous-cutanées, les médications calmantes qu'ils emploient durant les premières heures ou les premiers jours, durant la période aiguë, où l'intolérance est telle que les médicaments pris par la bouche sont rejetés.

Quelques idées nouvelles sur le diabète pancréatique du point de vue endocrinien. — M. Marcel Laemmer expose les dernières recherches du professeur Pedro Escudero sur l'élimination *lente* du pancréas chez le chien, qui ont amené cet auteur aux deux affirmations suivantes :

1° L'annulation progressive du pancréas ne produisait pas le diabète, comme ceci a eu lieu dans les expériences de Mering et de Minkowsky.

2° Il existe un tissu vicariant des îlots de Langerhans ; c'est le tissu réticulo-endothélial, ce fait étant confirmé par la splénectomie.

De ces données nouvelles, Marcel Laemmer a pensé qu'il y avait une synergie « rate, pancréas et foie » ; il pense que le traitement du diabète glycosurique est surtout un traitement polyglandulaire. Des recherches cliniques en cours semblent apporter leur appui à cette hypothèse : des extraits de rate pourront renforcer l'action de l'insuline et permettre à celle-ci de poursuivre longtemps son action habituellement temporaire. Peut-être que le diabétique est, dans une première période passée inaperçue, un insuffisant « hépato-splénique », mais ensuite dans une deuxième période devient un « insuffisant insulinique », révélé alors seulement par le syndrome diabète glycosurique.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DES ÉTUDES MÉDICALES

L'an dernier plus de 300 médecins se sont réunis à Clermont-Ferrand pour fêter le 80e anniversaire du professeur Bousquet, jubilé de toute une vie consacrée à la direction de l'école de cette ville et à l'enseignement de la médecine. Une telle carrière donne au professeur Bousquet une autorité indiscutable pour tout ce qui se rapporte à cet enseignement et en particulier à celui qui est donné par les écoles.

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir nous entretenir avec lui de la réforme des études médicales et il a bien voulu nous donner son avis dans la forme si vivante et si colorée qui lui est personnelle et que nous nous faisons un devoir de respecter.

« Ce que je pense du baccalauréat ? J'ai la prétention de croire que les études médicales sont destinées à faire des praticiens et non des danseurs de corde ; d'où la nécessité absolue pour ceux qui veulent entrer dans cette carrière de posséder des connaissances de grec et de latin qui leur permettent de ne pas ouvrir le bec comme des oies lorsqu'ils liront leurs bouquins ou suivront des cours. »

Quant aux écoles, il faut distinguer les écoles préparatoires des écoles de plein exercice. Le professeur Bousquet n'hésite pas à considérer les premières comme d'une utilité incontestable et les secondes beaucoup moins favorablement.

Dans les écoles préparatoires : « les étudiants étant peu nombreux sont bien dans la main de leurs maîtres et pourvu que le directeur y veille, tant vis-à-vis des élèves que des professeurs, on peut facilement les initier aux principes de la clinique. La clinique, en effet, ne s'apprend pas dans les livres, il faut mettre la main à la pâte. L'étudiant qui débute n'apprendra à connaître la fluctuation, la crépitation osseuse, etc., que si le patron lui met la main sur le corps du délit et lui fait constater par lui-même les signes physiques de ces divers états. Il en est de même pour la percussion, l'auscultation, etc... Les matinées ayant été ainsi employées à instruire les sens, à apprendre à faire les pansements et les diverses petites interventions, l'étudiant devra, de deux heures à cinq heures, être à l'amphithéâtre de dissection, et cela non pour fumer des cigarettes ou raconter des bobards, mais pour disséquer. D'où la nécessité d'avoir des cadavres, car j'ai la naïveté de croire qu'un étudiant en médecine doit apprendre l'anatomie. Et c'est encore une chose qui ne s'apprend pas dans les livres.

Après avoir passé deux ans, trois ans au grand maximum dans cette école, l'étudiant doit émigrer vers les Facultés. Or, lorsque j'ai commencé mes études médicales, en 1873, il y avait en France trois Facultés qui suffisaient aux besoins de la population : il y en a actuellement onze, si l'on compte Beyrouth ! Je considère cependant, à cause du matériel vivant et mort indispensable à l'instruction des élèves, qu'il ne devrait pas y avoir de Faculté dans une ville ayant moins de 300.000 habitants. »

Ces considérations ne sont pas inédites : elles furent en effet l'objet d'une conversation que le professeur Bousquet eut en 1902 avec M. Liard, alors directeur de l'enseignement supérieur : « Votre école, lui disait ce dernier, ayant 125 élèves, vous avez droit à une école de plein exercice. » Et le professeur Bousquet de lui répondre avec sa netteté coutumière : « Vous m'avez demandé si je verrais avec plaisir Clermont avoir une école de plein exercice ? Eh bien non, non et non. On peut faire une école de droit dans le Sahara, dans les plaines de la Champagne ou derrière le Puy-de-Dôme, pourvu qu'il y ait : 1° un restaurant ; 2° une bibliothèque ; 3° des professeurs ; les élèves y viendront et même se procureront le reste.

Mais nous, pour faire des élèves sérieux et qui ensuite, soient bons à soigner les malades, il nous faut, outre les bâtiments, du matériel vivant et mort. De plus, il faut des professeurs et les agrégés se soucient peu d'y venir. Et pour pouvoir disposer de ce matériel humain indispensable, il est bien évident qu'on ne peut songer à de telles écoles que dans des villes ayant de 200 à 300.000 habitants. »

Le professeur Bousquet qui fut un instructeur et un éducateur de premier ordre sait certainement beaucoup mieux que ceux qui sont étrangers à la médecine ce qu'il convient d'exiger de ceux qui veulent entreprendre des études médicales ; il sait également que ce qui est nécessaire pour ces études, ce n'est pas le nombre des élèves susceptibles de fréquenter une école, mais celui des malades qu'ils peuvent avoir à leur disposition. Ce n'est peut-être pas l'avis de certaines municipalités, des députés qui les représentent, etc.... Mais pour notre compte, nous préférons l'avis désintéressé et tout de même plus qualifié du professeur Bousquet qui a le mérite incontestable de connaître la question.

A. Herpin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 36. — MERCREDI 4 MAI 1932. 105e ANNEE. MERCREDI 4 MAI 1932. — N° 36.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite*. — Séance du 29 avril. — MM. Azerad, 19,45 ; Bariéty, 17,63 ; Layani, 17,90 ; Laporte, 17,63.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Séance du 27 avril. — MM. Gueullette et Ménégaux, 19 ; Reinhold, 18.

Liste des candidats admis à subir l'épreuve de nomination : MM. Ménégaux, 68 ; Huard, 66 ; Banzet, 65 ; Meillère, 63.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — M. le docteur Viaud, ancien chef de clinique ophtalmologique, a été nommé ophtalmologiste adjoint des hôpitaux de Bordeaux.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Besançon. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de physique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon s'ouvrira le lundi 14 novembre 1932 devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy.

UNIVERSITÉ DE BUCAREST. — M. le professeur Nicolas Gheorgiu, de la Faculté de médecine de Bucarest, a été élu recteur de l'Université à une grande majorité.

M. le professeur Marinesco, professeur de clinique des maladies du système nerveux, est nommé professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montevideo.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Lucien-Graux a été élevé à la dignité de grand officier de l'ordre du Lion Blanc de Tchécoslovaquie.

PRIX DE MÉDECINE NAVALE. — Le prix de médecine navale pour 1932 a été attribué à M. le médecin en chef de 2e classe Ployé, pour les deux mémoires suivants :

a. Etat actuel de la question de la tuberculose chirurgicale;

b. Contribution à l'étude des traumatismes de l'hypocondre gauche.

Une mention honorable a été accordée :

1° A M. le médecin en chef de 2e classe Hamet pour son mémoire intitulé *Le paludisme et la médecine militaire pendant la conquête de l'Algérie*;

2° A M. le médecin en chef de 2e classe Pellé, pour son étude d'un cas clinique de traumatisme complexe de l'hypocondre gauche, rupture de la rate, déchirure sous-capsulaire du rein gauche, lésions de l'angle gauche du côlon;

3° A M. le médecin principal Le Chuiton pour :

a. Son travail sur *Deux cas de mélitococcie traités par les dérivés acridiniques, réflexions sur ce mode de traitement*:

b. Son étude sur les fièvres récurrentes à spirochètes à propos d'un cas de fièvre « espagnole » constaté en Tunisie ;

4° A M. le pharmacien chimiste de 1re classe Damany, pour ses recherches sur le dosage de l'antimoine dans les alliages cuivreux (bronzes, laitons, etc.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE. — La Société de pédiatrie de Paris, dans sa séance annuelle qui aura lieu le 24 mai, a mis à l'étude la question suivante : *Etude clinique et thérapeutique des suppurations intrapulmonaires chez l'enfant*.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE. — Le Congrès de la Société française de gynécologie, qui se tiendra désormais chaque année à Paris à l'époque du Congrès de chirurgie, aura lieu les 3, 4 et 5 octobre 1932, à la Faculté de médecine.

Deux questions sont à l'ordre du jour :

Hypophyse et ovaire. — Rapporteurs : MM. Jayle et Hallion.

La diathermie en gynécologie. — Rapporteur : M. Xavier Bender.

La troisième journée sera consacrée à la chirurgie gynécologique. — Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Maurice Fabre, secrétaire général, 6, rue du Conservatoire, Paris (IXe).

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le IIe Congrès international d'oto-rhino-laryngologie

se tiendra à Madrid du 27 au 30 septembre 1932, sous le haut patronage du président de la République espagnole et sous la présidence du professeur Tapia (de Madrid).

En l'honneur des congressistes seront organisées différentes fêtes, réceptions officielles, courses de taureaux, théâtres, voyages aux environs de Madrid, visites des musées, etc.

Afin de permettre d'établir, en temps voulu, les cartes d'identité pour les réductions de chemins de fer, bateaux, etc., prière d'adresser les inscriptions, le plus tôt possible, au docteur Fumagallo, secrétaire général du Congrès, Hermosilla, 2 Moderno, Madrid.

JOURNÉES MÉDICALES DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — Elles auront lieu le samedi 4 et le dimanche 5 juin 1932.

Le docteur Guy-Laroche, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon, fera une conférence sur « Les données récentes sur les hormones hypophyso-génitales et les déductions thérapeutiques qu'elles comportent », et le docteur Cuvier (de Bordeaux) parlera sur « Le traitement du cancer ».

ASSOCIATION FRANÇAISE DES CHIRURGIENS DENTISTES (28, rue Serpente, Paris.) — L'Association française des chirurgiens dentistes, réunie en assemblée générale à la Faculté de médecine de Paris le 10 avril 1932, placée devant une décision de l'Académie de médecine hostile à la proposition de loi Milan-Rio, se refusant d'autre part à retarder plus longtemps une réforme des études et de la pratique dentaires que la profession réclame impérieusement, décide de poursuivre en deux temps la réalisation de sa déclaration de principes en s'arrêtant aujourd'hui à une première modification des études de chirurgie dentaire, savoir :

a. Le baccalauréat de l'enseignement secondaire et le P. C. N., dans les conditions réglementaires et inséparables où ces deux actes universitaires sont exigés des candidats au doctorat en médecine.

b. Une scolarité qui ne doit être en aucun cas inférieure de plus d'une année à la scolarité médicale et qui sera confiée aux établissements supérieurs d'enseignement médical de l'Etat pour la partie médico-chirurgicale de l'enseignement.

c. Et, transitoirement, le grade de chirurgien dentiste.

L'assemblée, en outre, maintient formellement les droits de ses membres à l'égard de toutes mesures transitoires et équivalences qui pourraient intervenir et renouvelle sa confiance à son conseil d'administration.

CONFÉRENCES MÉDICALES DE L'HÔTEL CHAMBON. — Le lundi 9 mai 1932, à 21 h., dans la grande salle des conférences de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, M. le docteur Max Aron, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, donnera une conférence qui aura pour titre : « Des phénomènes de la croissance au problème de la vie. »

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LES MALADIES DES REINS, du 31 mai au 11 juin 1932. — Ce cours sera fait par M. le professeur RATHERY, avec la collaboration des docteurs Chevassu, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin ; Froment, ancien chef de clinique, médecin assistant du service ; Boltanski, Germaine Dreyfus-Sée, Julien Marie, Maurice Rudolf, chefs de clinique, et Dérot, ancien interne des hôpitaux.

Programme du cours. — Les théories de la sécrétion rénale. — Les grands syndromes : albuminurie, polyurie et diabète insipide, anurie, acidose rénale, œdèmes. — Les méthodes d'exploration rénale : sécrétion de l'eau, du NaCl et des substances minérales, des corps azotés, des lipides et des glucides, des substances colorantes. — Les méthodes d'exploration chirurgicale du rein en pathologie rénale. — Les classifications des néphrites : Les lésions anatomo-pathologiques types. — Les néphrites aiguës : néphrite mercurielle, néphrites infantiles, la syphilis rénale. — Les différents types cliniques des néphrites chroniques : néphrites avec œdème, néphrites avec azotémie, la néphrose lipoïdique. — La thérapeutique des néphrites : les diurétiques, les régimes.

Exercices pratiques. — Les auditeurs du cours seront initiés aux différentes méthodes concernant l'étude des fonctions rénales et aux recherches anatomo-pathologiques :

La réserve alcaline. — Le dosage du NaCl dans le sang et les urines. — La recherche de l'urée sanguine. — La constante uréo-sécrétoire. — L'indoxylémie. — La réaction xantho-protéique. — La créatininémie. — L'épreuve de la phénolsulfonphtaléine. — La cylindrurie. — Les techniques histologiques.

Les exercices seront faits sous la direction de Mlles Y. Laurent, L. Lévina et du docteur Doubrow, chefs de laboratoire.

Les inscriptions à ce cours seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours, de 9 h. à 11 h.

Droit d'inscription : 250 fr.

Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

HÔTEL DU PARC A THONON-LES-BAINS. — Situé face au Lac Léman dans un climat toni-sédatif par excellence :

Cure d'air, cure de régime, cure de repos, cure de diurèse.

Très grandes facilités pour suivre tous les traitements physiothérapiques de l'Etablissement thermal d'Evian-les-Bains.

Convient particulièrement aux neuro-arthritiques, aux cardio-rénaux, hypertendus, urinaires et aux déprimés.

Parc de 4 hectares. Tennis. Séjour idéal pour familles. Service régulier avec Etablissement thermal, golf et plage d'Evian.

MAISON DE REPOS. — Le 1er mars s'est ouvert à Saint-Raphaël (Var), sous le patronage de personnalités littéraires, artistiques et mondaines, la Maison de repos des artistes, des écrivains, des coloniaux, de tous ceux qui, fatigués ou surmenés, désirent réparer leurs forces et retrouver une énergie nouvelle, sous un ciel radieux, avec comme décor la forêt de pins aux effluves balsamiques, la mer et la montagne.

Pour tous renseignements, s'adresser à notre confrère, M. de Vitray, secrétaire général, hôtel Régina, Saint-Raphaël (Var).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chesneau (de Nantes), Tuloup (de Digoin), Mazade (de Saint-Just-la-Pendue), Georges Alexandresco (de Nice); Gaston Chiffre (de Perpignan), Ernest Ravenez (de Montpellier), le professeur Albert Grosse, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Nantes; le professeur Baldo Russi, sénateur, directeur de l'Institut de médecine de l'Université de Milan.

Trois grands médicaments d'Opothérapie Gynécologique



AGOMENSINE

ACTIVE ET SOLLICITE LES FONCTIONS MENSTRUELLES:

Aménorrhée. Règles rares, peu abondantes, trop espacées. Troubles de la ménopause.

SISTOMENSINE

MODÈRE ET RÉGULARISE LES FONCTIONS MENSTRUELLES:

Règles trop abondantes, trop fréquentes, de trop longue durée.
Ménorragie des jeunes filles.

ANDROSTINE

ACTION COMPLÉMENTAIRE SUPPLÉANTE. ÉQUILIBRANTE:

Aménorrhées rebelles
Troubles ménopausiques et pubertaires.
Hypersthénie génitale

·Comprimés·Ampoules·

Bibliographie & Echantillons:

Laboratoires CIBA. — O. ROLLAND, 109-113, Boulevard de la Part-Dieu, LYON

LES CHAPITRES DIFFICILES DE L'ANATOMIE

LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL [1]

Par H. BILLET,
Professeur d'anatomie à la Faculté libre de médecine de Lille.

IV

LE RHOMBENCÉPHALE

I. Le myélencéphale ou bulbe rachidien

Le Rhombencéphale englobe, sous une même dénomination, les segments du névraxe dérivés des deux dernières vésicules cérébrales, à savoir le *métencéphale* et le *myélencéphale*.

A vrai dire, métencéphale et myélencéphale diffèrent considérablement l'un de l'autre, à un tel point qu'il est matériellement impossible de les confondre dans une description unique. Et cependant, le rhombencéphale constitue bien une entité anatomique, qui mérite d'être conservée. Ce qui lui confère sa personnalité, c'est sa cavité épendymaire, *le quatrième ventricule*, qui présente une disposition toute particulière. Ici, en effet, la cavité épendymaire n'est plus, comme dans les deux segments sus et sous-jacents du névraxe, le mésencéphale et la moelle épinière, un simple canal, enfermé dans l'épaisseur des éléments nerveux ; elle s'agrandit, se porte vers la partie dorsale du tube médullaire, et apparaît à l'extérieur, recouverte seulement de son revêtement épithélial.

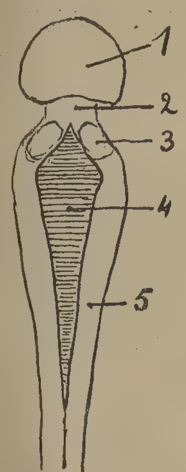


Fig. 1. — *La fosse rhomboïdale* (His). — 1. Le télencéphale. — 2. Le mésencéphale. — 3. Ebauches cérébelleuses. — 4. La fosse rhomboïdale (recouverte par la membrane recouvrante).— 5. Corps restiforme.

Ici donc, le tuber nerveux est redevenu une gouttière, largement déhiscente en arrière ; les lèvres de cette gouttière ne sont pas parallèles : quand on remonte de la moelle vers le cerveau moyen, elles s'éloignent d'abord progressivement l'une de l'autre ; l'écartement atteint son maximum à l'union du bulbe et de la protubérance, au point qui correspond au sommet de la courbure pontique : puis elles se rapprochent pour se rejoindre de nouveau à la limite supérieure du métencéphale, à partir d'où le canal épendymaire central se trouvera reconstitué. La cavité épendymaire du rhombencéphale n'est donc pas une gouttière demi-cylindrique ; c'est une espèce de rhomboïde irrégulier, dont les moulages et les coupes permettent de se faire une représentation très exacte (Fig. 1 et 2) ; les embryologistes lui ont donné le nom de *fosse rhomboïdale*.

Son pourtour représente assez bien un losange allongé, à grand axe longitudinal et à petit axe transversal (fig. 1). Le fond en est formé par les deux moitiés du tube médullaire plus ou moins éversées, mais nettement séparées par un sillon, qui deviendra *la tige du calamus scriptorius* du quatrième ventricule.

Son toit est plat, ou plus exactement légèrement bombé ; il est uniquement constitué par l'épithélium épendymaire tendu d'une berge à l'autre de la fosse rhomboïdale : c'est la *membrane obturante* ou *obturatrice* du quatrième ventricule (Fig. 2).

Si les choses étaient restées dans cet état, et si les parois de la fosse rhomboïdale s'étaient développées, suivant un mode uniforme, il n'eût pas été nécessaire de segmenter le rhombencéphale.

D'ailleurs, entre le bulbe rachidien et la protubérance annulaire, qui représente la zone antérieure du rhombencéphale, il n'y a pas de différences fondamentales de structure ; on pourrait parfaitement les étudier dans un même chapitre : Déjerine l'a bien fait.

Ce qui amène le déséquilibre, c'est le développement inégal des zones dorsales. Tandis que ces dernières se développent normalement dans le segment myencéphalique, pour donner les corps restiformes, les mêmes zones dorsales du métencéphale contribuent à former cet organe extraordinairement différencié qu'est le cervelet. Et dès lors l'unité anatomique se trouve rompue, en apparence du moins.

Je dis bien en apparence, parce que cette unité persiste malgré tout. Le cervelet, quoique né du métencéphale et rattaché à lui par ses pédoncules supérieurs et moyens, reçoit aussi du myélencéphale ses pédoncules inférieurs. Et puis surtout la fosse rhomboïdale, le quatrième ventricule, persiste intégralement, modifiée seulement — et toujours du fait du cervelet — dans sa forme et dans ses rapports.

Ce bref aperçu embryologique était nécessaire au début de ce chapitre sur le Rhombencéphale. Il vous permettra de comprendre pourquoi l'anatomie descriptive est obligée dans un but didactique de dissocier ce segment du névraxe et d'envisager son étude en quatre chapitres distincts :

Le bulbe rachidien, ou myélencéphale ;
La protubérance annulaire, ou segment antérieur du métencéphale ;
Le cervelet, ou segment postérieur du métencéphale;
Le quatrième ventricule, ou fosse rhomboïdale, cavité commune au myélencéphale et au métencéphale.

I. Le myélencéphale ou bulbe rachidien. — Le bulbe rachidien est le segment du névraxe compris entre la moelle épinière et la protubérance annulaire.

Sa limite inférieure est tout artificielle : c'est un plan horizontal, passant par les interstices articulaires occipito-atloïdiens. Le rétrécissement dénommé *collet du bulbe*, signalé par presque tous les auteurs classiques, n'existe pas. Il n'y a, en réalité, aucun détail anatomique qui permette d'établir la démarcation exacte entre la moelle proprement dite et la moelle allongée.

En haut et en avant, le bulbe est très nettement séparé de la protubérance par un sillon transversal, le *sillon bulbo-protubérantiel*. En arrière, par contre, rien ne signale, sur le plancher du quatrième ventri-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 77, p. 1359; n° 85, p. 1496; 1931, n° 18, p. 337.

cule, le passage de l'un à l'autre de ces deux segments du rhombencéphale.

1. **Embryologie.** — Embryologiquement, il n'y a guère de différences entre la moelle épinière et le bulbe rachidien — à part la déhiscence du canal épendymaire, signalée précédemment.

Du fait de cette déhiscence, les zones ventrales et dorsales, qui entouraient primitivement la lumière du canal central, se trouvent déportées latéralement. Les deux moitiés, symétriques, sont séparées l'une de l'autre par un *septum* névroglique, tendu depuis l'extrémité de l'épendyme jusqu'à la face ventrale. D'abord très court, il s'allonge par la suite, au fur et à mesure que s'épaissit la zone ventrale et que le canal épendymaire se déporte en arrière : ainsi se formera le raphé médian du bulbe, et, disons-le de suite, de la protubérance.

Dans la zone ventrale, les éléments cellulaires disposés dans la *lame fondamentale*, se grouperont pour devenir, comme dans la moelle, des noyaux moteurs, dont les axones formeront, tantôt un nerf exclusivement moteur, comme l'hypoglosse et le spinal, tantôt la racine motrice d'un nerf mixte, tel que le glosso-pharyngien. Ces noyaux sont situés, soit dans le prolongement de la corne antérieure, soit dans le prolongement de la corne latérale de la moelle.

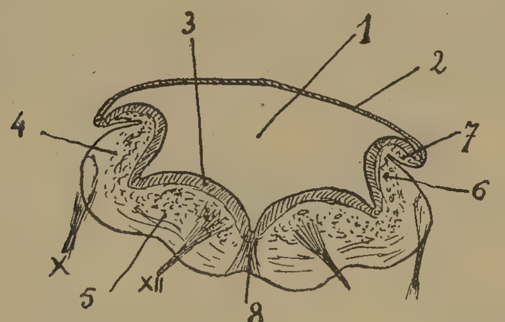


Fig. 2. — *Coupe du rhombencéphale* (His.). — 1. La fosse rhomboïdale. — 2. Membrane recouvrante. — 3. Plaque interne. — 4. Zone dorsale. — 5. Zone ventrale. — 6. Lame alaire. — 7. Lèvre rhomboïdale. — 8. Raphé médian.

Dans la zone dorsale, nous trouverons, encore comme dans la moelle, des neurones sensitifs dispersés dans la *lame alaire*. Celle-ci est elle-même divisée en deux segments par *le sillon latéral externe* de His, qui détermine sur le plancher de la fosse rhomboïdale la saillie des corps restiformes (V. fig. 2).

Le segment interne, vertical, de la lame alaire donnera naissance aux noyaux de l'aile grise, au tubercule acoustique et au noyau de Goll.

Du segment externe, appelé *lèvre rhomboïdale*, dériveront les noyaux du cordon de Burdach, le noyau sensitif du trijumeau, les noyaux des cordons latéraux et des fibres arciformes, l'olive bulbaire, les noyaux juxta-olivaires ou parolives.

Au milieu des neurones moteurs et sensitifs se trouvent disséminés des amas non différenciés de zygoneures, de cellules cordonales, dont la fonction consiste à relier entre eux les différents étages du névraxe.

Des multiples noyaux qui se forment ainsi dans le bulbe sortiront les faisceaux moteurs, sensitifs ou d'association, que nous étudierons dans la suite du présent chapitre, et qui s'ajouteront à ceux dont nous avons étudié, dans le chapitre précédent, l'origine ou la terminaison. Dans la moelle, ces faisceaux étaient disposés circulairement autour du canal épendymaire et des noyaux des cornes antérieures et postérieures. Dans le bulbe, le résultat de leur évolution est tout autre : ces divers faisceaux vont se placer les uns derrière les autres, de manière à former trois bandes transversales : fibres motrices en avant, fibres sensitives au milieu, fibres d'association à la partie postérieure du bulbe.

2. **Morphologie.** — La forme générale du bulbe est celle d'un tronc de cône aplati d'avant en arrière, à grande base supérieure.

Haut de 3 centimètres, large de 16 à 20 millimètres, il ne pèse guère que 6 à 7 grammes : c'est le moins volumineux de tous les segments du névraxe.

Il n'est pas uniformément rectiligne. Vertical à sa partie inférieure, il s'infléchit en avant, de manière à reposer sur la lame basilaire de l'occipital. Les deux segments du bulbe forment ainsi un angle très obtus, d'environ 140° à 150°, dont le sommet regarde en haut et en arrière. C'est là un détail qui mériterait à peine d'être signalé, s'il n'évoquait pas un souvenir embryologique intéressant : le sommet de cet angle n'est pas autre chose, en effet, que le sommet de la première des coudures subies par le tube médullaire primitif, la *courbure nuchale*.

Nous décrirons au bulbe quatre faces : une face antérieure, une face postérieure et deux faces latérales.

a) *Face antérieure* (fig. 3). — Elle est divisée en deux moitiés symétriques par le *sillon médian antérieur*, qui continue le sillon homonyme de la moelle et qui se termine, en arrivant à la protubérance, par *le trou borgne de Vicq d'Azyr* ou *foramen caecum*. Ce sillon est réel et profond. Il est interrompu toutefois, presque à l'origine, et sur une hauteur de 7 à 8 millimètres, et pour ainsi dire comblé par des paquets de fibres entre-croisées, appartenant aux faisceaux pyramidaux croisés droit et gauche : c'est ce qu'on appelle la *décussation des pyramides*.

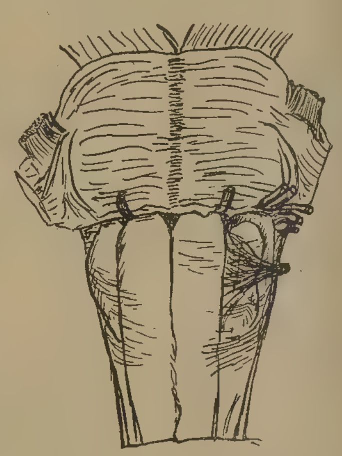


Fig. 3. — *Le bulbe rachidien et la protubérance annulaire.* (Face antérieure.)
Reproduction d'une pièce du Laboratoire d'anatomie.

De chaque côté du sillon médian, se dressent deux saillies longitudinales dont le relief est notoirement plus accusé que celui des cordons antérieurs de la moelle, et qui vont s'élargissant au fur et à mesure qu'on remonte vers le pont de Varole : ce sont *les pyramides*.

Celles-ci sont limitées en dehors par un sillon véritable, le *sillon collatéral antérieur* ou *sillon préoli-*

vaire, d'où émergent, sur presque toute la hauteur du bulbe, des filets nerveux ascendants, transversaux et descendants, qui convergent vers le trou condylien antérieur, pour former le tronc du nerf grand hypoglosse. En haut, elles paraissent s'enfoncer sous la protubérance annulaire ; entre les deux, sort du sillon bulbo-protubérantiel le nerf moteur oculaire externe.

Il n'est pas rare de voir, chez certains sujets, le relief des pyramides et la dépression du sillon collatéral estompés par des pinceaux de fibres transversales, disposées plus ou moins régulièrement en faisceaux, qui semblent émerger du sillon médian : ce sont les *fibres arciformes externes*.

b) *Face postérieure* (Fig. 4). — Elle se divise en deux parties très différentes, une partie inférieure et une partie supérieure.

Le segment inférieur, haut à peine d'un centimètre, ne se distingue guère de la moelle. Vous y retrouverez le *sillon médian postérieur* virtuel, bordé par les cordons de Goll et de Burdach, dont les reliefs sont ici très précis. Même, le cordon de Goll, le plus interne, se renfle assez fortement pour mériter le nom de *pyramide postérieure*, ou bien encore de *clava* ou de *massue*. Nous verrons, par la suite, que ce renflement est provoqué par la présence, à l'intérieur du cordon, du noyau de Goll.

Comme dans la moelle, le cordon postérieur est limité en dehors par le *sillon collatéral postérieur*, d'où émergent ici les filets nerveux du *spinal*.

Mais voici que, brusquement, l'aspect du bulbe se transforme : les deux cordons postérieurs se séparent l'un de l'autre. Entre eux, apparaît la *membrane recouvrante* du 4e ventricule, qui leur reste attachée par quelques franges irrégulières et déchiquetées de substance blanche, qui constituent, en bas, l'*obex* ou *verrou*, et sur les côtés, les *ligules*.



FIG. 4. — *Le bulbe rachidien* (Face postérieure) *et le plancher du 4e ventricule.* Reproduction d'une pièce du Laboratoire d'anatomie.

La surface des cordons se régularise, la saillie de la clava s'atténue et disparaît ; les cordons de Goll et de Burdach semblent se fusionner. Arrondis et convexes, les cordons postérieurs se portent en haut, en arrière et en dehors, vers le hile du cervelet, dans lequel ils pénètrent. En réalité, comme nous le verrons bientôt, les cordons postérieurs ont disparu ; ils sont devenus les *corps restiformes*, les *pédoncules cérébelleux inférieurs*. Ils demeurent limités en dehors par le *sillon collatéral postérieur*, dans lequel pénètrent, après que s'est constitué le nerf spinal, le nerf pneumogastrique et le nerf glosso-pharyngien.

c) *Faces latérales.* — Elles représentent la portion de paroi bulbaire comprise entre les deux sillons collatéraux antérieur et postérieur. Cet espace est assez étroit dans la partie inférieure du bulbe. Il est marqué par une tache grisâtre, haute de quelques millimètres, à faible relief, le *tubercule cendré de Rolando*, cravatée parfois par un tractus blanc, étroit, qui se porte en haut et en arrière vers le corps restiforme, et qui ne serait autre que le *faisceau spino-cérébelleux direct de Flechsig*.

Plus haut, la face latérale du bulbe s'élargit, et se trouve occupée en presque totalité par l'*olive bulbaire*, saillie ovoïde, haute de 15 millimètres, large de 5 millimètres. Encadrée sur ses deux côtés par les sillons collatéraux, auxquels certains anatomistes ont donné le nom de sillons pré et rétro-olivaires, elle affleure presque, en haut, le bord inférieur de la protubérance ; elle en reste séparée toutefois par la *fossette sus-olivaire*, du fond de laquelle on voit émerger, d'avant en arrière, le nerf facial et le nerf acoustique.

Signalons, pour terminer, que les faces latérales du bulbe, comme sa face antérieure, sont sillonnées fréquemment par les fibres arciformes externes, dont les faisceaux dirigés transversalement, dessinent des anses qui font un relief parfois appréciable, tant sur la face externe de l'olive que sur la portion sous-jacente du bulbe.

3. **Rapports du bulbe.** — L'étude des rapports du bulbe est intéressante à plus d'un titre.

Malgré sa faible hauteur, 3 centimètres, le bulbe rachidien appartient à deux régions anatomiques entièrement différentes. Il comprend, en effet, un segment rachidien, extracranien, et un segment intracranien.

Dans le crâne, le bulbe est appuyé sur la gouttière basilaire de l'occipital, tapissée par la dure-mère. En arrière, il est recouvert par le cervelet, dont il est séparé par la toile choroïdienne inférieure — que nous étudierons avec le quatrième ventricule — et par le vaste espace sous-arachnoïdien qui s'appelle le *lac cérébelleux inférieur*.

Dans son segment extra-cranien, le bulbe répond : en avant, à l'apophyse odontoïde, par l'intermédiaire du ligament transverse, et aux ligaments occipito-atloïdiens antérieurs ; en arrière et sur les côtés, aux ligaments qui unissent l'atlas au pourtour du trou occipital.

Mais, comme la moelle, le bulbe « flotte » dans ce canal ostéo-fibreux, et nous retrouvons ici, interposés entre eux : l'espace épidural, la dure-mère doublée de l'arachnoïde, l'espace sous-dural ou sous-arachnoïdien, la pie-mère.

L'*espace épidural* est assez restreint ; la dure-mère, en effet, adhère intimement au pourtour du trou occipital. Les artères vertébrales traversent l'espace épidural après leur sortie du canal vertébral, entourées de nombreuses veines, avant de perforer la dure-mère et l'arachnoïde pour s'engager ensuite dans l'intérieur de la boîte cranienne, où elles se réuniront pour former le tronc basilaire.

L'*espace sous-dural*, par contre, est très vaste, surtout en arrière du bulbe, où il représente le point déclive du lac cérébelleux, là où se fait la jonction avec l'espace sous-dural périmédullaire.

Des coupes passant par l'articulation occipito-atloïdienne montrent, en outre, qu'un lobe du cervelet,

l'*amygdale*, occupe aussi une partie de cet espace et s'y trouve même très au large. Il n'en serait plus de même un peu plus bas, lorsque le canal rachidien s'est constitué, avec sa ceinture exclusivement vertébrale. On aurait précisément imputé certaines morts subites survenues au cours de la ponction lombaire, à la compression brusque du bulbe par ce lobe cérébelleux attiré par aspiration dans ce canal trop étroit.

Il est encore plus utile, au point de vue pratique, de savoir que l'espace sous-arachnoïdien — et par conséquent aussi le bulbe — est facilement accessible par sa partie postérieure, dans l'intervalle relativement large compris entre le rebord du trou occipital et l'arc postérieur de l'atlas. La paroi du canal rachidien, à ce niveau, est constituée seulement par le ligament occipito-atloïdien postérieur. On peut donc aisément pénétrer dans l'espace sous-dural sur la ligne médiane, à travers les parties molles de la nuque, sans rencontrer aucun obstacle osseux. Si des nourrices criminelles du Moyen-âge ont mis à profit ces dispositions anatomiques pour atteindre le bulbe avec une longue épingle et supprimer discrètement quelques bâtards royaux, nos savants contemporains les ont utilisées dans un but diagnostique ou thérapeutique. Sicard n'a-t-il pas montré qu'on pouvait impunément pratiquer des ponctions de cet espace, et y injecter des produits divers, solutions médicamenteuses, sérums thérapeutiques et même du lipiodol ?

4. **Configuration intérieure et systématisation.** — Il n'est malheureusement pas possible, comme cela le fut pour la moelle, d'étudier l'anatomie intérieure du bulbe sur le vu d'une seule coupe transversale. Voici pourquoi. Les coupes de la moelle épinière, pratiquées en des points même très éloignés, se ressemblent toutes, à quelques détails près, et renferment les mêmes éléments, qui occupent toujours la même place. Dans le bulbe, c'est tout différent. Ce segment du névraxe, malgré sa faible hauteur, est le siège de bouleversements, de transformations considérables. Pour vous en convaincre, il vous suffira d'examiner des coupes sériées, telles que celles qui figurent en fin de ce chapitre (V. fig. 8-10). Pour qui ne connaît rien de l'anatomie du myélencéphale, il est matériellement impossible, je crois, de saisir les liens qui les rattachent entre elles, voire même de comprendre, à première vue, qu'elles concernent bien un même segment du névraxe.

Or, certains auteurs ont cru précisément pouvoir étudier l'anatomie intérieure du bulbe, en décrivant une à une des coupes sériées, pratiquées perpendiculairement à son axe, depuis son extrémité inférieure jusqu'à la protubérance (Coupes sériées d'Obersteiner, de Déjerine, etc...). Cette méthode, à coup sûr, est éminemment suggestive. Encore que certains détails ont besoin d'être examinés de près et qu'il n'est pas toujours possible d'en comprendre la signification, sans qu'il y ait à côté un schéma explicatif, les caractéristiques les plus essentielles de chacune des coupes frappent immédiatement le regard et s'imposent à l'esprit le moins averti.

Je ne pense pas cependant que ce soit une bonne méthode d'étude, au point de vue didactique, — qui me préoccupe très particulièrement. S'il est indispensable de procéder à une étude analytique des éléments qui figurent dans le bulbe, il me paraît plus nécessaire encore de rechercher et de faire connaître en même temps les liens qui les rattachent entre eux ou les causes qui les séparent, ou bien encore les raisons pour lesquelles ils occupent, à différents niveaux, telle place déterminée. Les coupes sériées se prêtent évidemment très bien à une étude purement analytique. Grâce à elles, cette étude sera même très complète, elle sera poussée aussi loin que possible. Mais ne risquera-t-elle pas, par sa complexité même, de laisser l'étudiant dans le flottement, sinon dans le désarroi ?

Les coupes devront bien plutôt, selon moi, constituer un moyen de synthèse de ces éléments très divers, dont on aura fait connaître au préalable les aspects différents, les rapports, en même temps que leur signification fonctionnelle et leurs connexions.

C'est donc ainsi que je procéderai, suivant en cela du reste l'exemple de mon regretté maître, le professeur L. Testut, dont je me remémore, à plus de trente ans d'intervalle, les lumineuses leçons sur le Système nerveux central. Celles qu'il consacrait au bulbe rachidien restent parmi les plus saisissantes.

Partant de ce premier principe que la moelle allongée renferme les mêmes éléments essentiels, gris et blancs, que la moelle épinière, nous commencerons par étudier ceux-là que nous connaissons bien. Il vous sera aisé de les suivre pas à pas dans le bulbe, de noter les modifications qu'ils subissent, tant dans leur morphologie que dans leur topographie.

Nous étudierons ensuite les éléments nouveaux, qui n'existaient point dans la moelle, et qui apparaissent pour la première fois dans le bulbe : noyaux gris propres au myélencéphale, faisceaux blancs qui prennent naissance ou qui se terminent dans le bulbe. Nous verrons la façon dont ils s'intercalent au milieu des premiers, les transformations que parfois même ils leur font subir.

Cette étude analytique achevée, il nous sera dès lors facile de procéder à la synthèse des notions acquises, qui fera clairement ressortir les règles fondamentales qui président à la topographie des éléments nerveux dans le bulbe rachidien.

A. Eléments gris et blancs de la moelle épinière qui se retrouvent dans le bulbe. — 1° *Les noyaux de substance grise.* — Tous les noyaux de la moelle se trouvent rassemblés en une masse unique, qui entoure le canal épendymaire, masse qui se subdivise en *cornes antérieures* et *cornes postérieures*, réunies par la *commissure grise*.

Dans la partie inférieure du bulbe, on n'observe pas tout d'abord de changements appréciables. Vous noterez cependant que les cornes postérieures, s'infléchissant progressivement, deviennent franchement transversales ; et que les cornes latérales, dont nous avions signalé l'apparition dans la moelle cervicale, font une saillie beaucoup plus marquée à la base des cornes antérieures. Mais ce ne sont là que des détails.

Le fait capital, c'est que, très rapidement, cette énorme masse centrale de substance grise va se fragmenter, à la fois dans le sens de la largeur et dans le

sens de la hauteur ; elle va se transformer en noyaux, disséminés à la périphérie ou dans l'intérieur même du bulbe.

Les causes de ces bouleversements sont au nombre de quatre, qui sont :

La décussation du faisceau pyramidal ;

La décussation du faisceau sensitif ou ruban de Reil;

L'apparition des fibres arciformes ;

La déhiscence du canal épendymaire et la formation du quatrième ventricule.

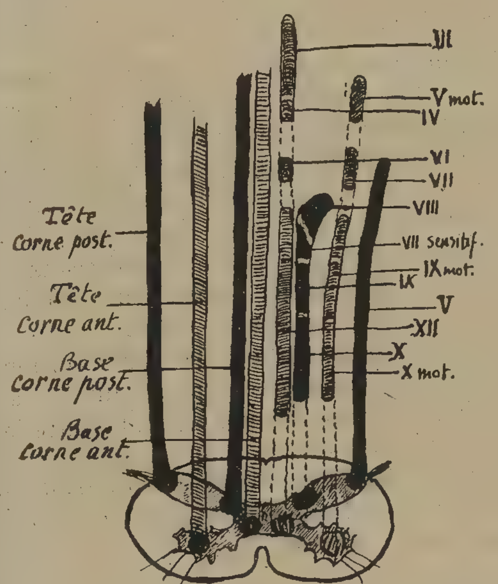


Fig. 5. — *Les colonnes et les noyaux représentant les têtes et les bases des cornes médullaires.* (Schéma). Du côté gauche de la figure, les colonnes sont figurées ininterrompues. Les colonnes motrices sont grises ; les colonnes sensitives, noires. Du côté droit de la figure, les colonnes motrices et sensitives sont découpées en noyaux.
Bases des cornes antérieures. — XII. Noyau de l'aile blanche interne : noyau de l'hypoglosse. — VI. Noyau de l'eminentia teres : moteur oculaire externe. — III et IV. Noyaux du moteur oculaire commun et du pathétique.
Têtes des cornes antérieures. — X et IX. Noyau ambigu : noyaux moteurs du pneumogastrique et du glosso-pharyngien. — VII. Noyau du facial. — V. Racine motrice du trijumeau (nerf masticateur).
Bases des cornes postérieures. — X-IX-VII. Noyau solitaire : noyaux sensitifs du pneumogastrique, du glosso-pharyngien et de l'intermédiaire de Wrisberg (rameau sensitif du facial). — VIII. Noyaux du nerf acoustique.
Têtes des cornes postérieures. — V. Trijumeau.

La migration et l'entrecroisement des fibres du faisceau pyramidal, qui porte le nom de décussation des pyramides, sera étudiée plus loin. Elle a pour effet de décapiter les cornes antérieures, de séparer, par conséquent, les noyaux de la tête de ceux de la base. (Fig. 6.)

La décussation du ruban de Reil, faisceau sensitif de formation nouvelle, qui naît dans la partie tout inférieure du bulbe, a pour résultat de décapiter les cornes postérieures, de les tronçonner, elles aussi, en deux noyaux, noyau de la tête et noyau de la base. (Fig. 7.)

Lors donc que seront achevés l'entrecroisement moteur et l'entrecroisement sensitif, la colonne grise uniforme qui s'étendait, sans aucune solution de continuité, depuis l'extrémité inférieure de la moelle rachidienne, jusque dans la portion initiale du bulbe, se trouve transformée en huit colonnes (quatre dans chaque moitié du tube médullaire). Deux colonnes représentent les têtes des cornes antérieures ; deux colonnes représentent les bases des cornes antérieures ; deux colonnes représentent les têtes des cornes postérieures ; deux colonnes représentent les bases des cornes postérieures. (V. fig. 5.)

Ces colonnes poursuivent leur marche ascendante vers les étages supérieurs du névraxe ; mais voici qu'intervient un nouvel agent de dissociation : les fibres arciformes.

Ces fibres qui sortent, pour la plupart, comme nous le verrons par la suite, des olives bulbaires, sous forme de faisceaux compacts, tronçonnent ces colonnes dans le sens de la hauteur. Et voilà, de ce fait, les colonnes transformées en noyaux, dont la hauteur variera, suivant le niveau auquel elles auront été morcelées.

Il est facile de comprendre que les noyaux dérivés des cornes antérieures, tête ou base, ne renfermant que des neurones moteurs, seront des noyaux moteurs, tandis que les noyaux, vestiges des cornes postérieures, tête ou base, seront des noyaux sensitifs.

Les noyaux moteurs donneront naissance aux filets moteurs des nerfs bulbaires : grand hypoglosse, spinal, pneumogastrique, glosso-pharyngien.

Les noyaux sensitifs serviront de relais aux nerfs sensitifs bulbaires ou bulbo-protubérantiels : pneumogastrique, glosso-pharyngien, intermédiaire de Wrisberg, acoustique et trijumeau.

Malgré donc tous ces bouleversements et quelle que soit la complexité apparente de la structure de la substance grise qui en résulte, il n'y a, en fait, rien de changé. Tout se passe comme si ces masses grises, désormais divisées et individualisées en noyaux, formaient encore une masse unique.

Le dernier des facteurs que nous avons signalés, à savoir la déhiscence du canal épendymaire et la formation du quatrième ventricule, a pour effet, non plus de dissocier ces noyaux gris, mais de régir leur topographie dans le bulbe rachidien.

La déhiscence de l'épendyme entraîne vers la face dorsale du bulbe rachidien les formations qui étaient primitivement centrales comme lui. Dans ces conditions, les noyaux qui représentent les bases des cornes antérieures et des cornes postérieures, vont apparaître à la face dorsale du bulbe, immédiatement sous le plancher du 4e ventricule : les noyaux moteurs se placeront de chaque côté de la ligne médiane ; les noyaux sensitifs un peu plus en dehors.

La formation du quatrième ventricule déterminera l'étalement en largeur du budbe rachidien : cet étalement n'aura guère d'action sur les noyaux des têtes des cornes antérieures, qui resteront enfoncées dans l'épaisseur de la substance blanche ; par contre, les têtes des cornes postérieures, qui se trouvaient déjà étalées transversalement à la partie inférieure du bulbe seront franchement rejetées latéralement, vers la périphérie.

2° *Les faisceaux blancs.* — Les principaux faisceaux rencontrés dans la moelle sont, nous le rappelons :

les deux faisceaux pyramidaux, direct et croisé ;

le faisceau radiculaire postérieur (faisceau des cordons de Goll et de Burdach) ;

le faisceau fondamental ou restant du cordon antéro-latéral ;

les faisceaux spino-cérébelleux (faisceau de Flechsig et faisceau de Gowers).

a) *Faisceaux pyramidaux.* — Il existait, dans la moelle, deux faisceaux pyramidaux, le direct et le croisé. Dans le bulbe, plus exactement dans les deux tiers supérieurs du bulbe, *le faisceau pyramidal est unique :* il occupe, à lui seul, le segment antérieur du bulbe, la pyramide.

Mais, vers le tiers inférieur du bulbe, ce faisceau unique se dédouble ; une partie de ses fibres continue directement son chemin et descend vers la moelle épinière, du même côté de l'axe médian, dans le cordon antérieur, contre le sillon médian : c'est le faisceau pyramidal direct, le faisceau de Türck.

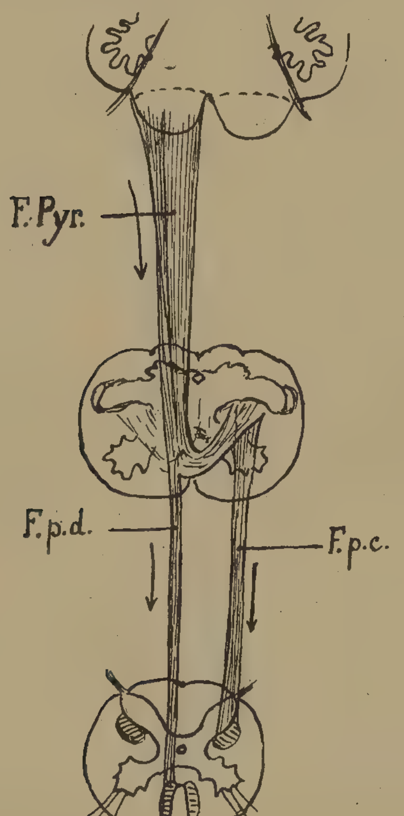


Fig. 6. — *La décussation du faisceau pyramidal* (Schéma destiné à mettre en évidence la décapitation de la corne antérieure).

L'autre partie, la plus importante, se porte en arrière et du côté opposé du bulbe, franchit la ligne médiane, décapite la corne antérieure, et vient se placer finalement dans le cordon latéral, contre la corne postérieure, là où nous l'avons situé dans la moelle : c'est le faisceau pyramidal croisé.

La décussation du faisceau pyramidal se fait par gros paquets de fibres, sur une hauteur de 4 à 6 millimètres : ce sont ses faisceaux qui comblent partiellement le sillon médian antérieur. (V. fig. 6.)

b) *Faisceau radiculaire postérieur.* — Ce faisceau ascendant, à la partie supérieure de la moelle, occupe la totalité des cordons de Goll et de Burdach. Il renferme toutes les fibres sensitives sacrées, lombaires, dorsales et cervicales.

Il n'effectuera dans le bulbe qu'un très court trajet. Tous ses axones se jettent, en effet, dans les noyaux de Goll et de Burdach, qui siègent dans le tiers inférieur du bulbe. A partir de ces noyaux, le faisceau radiculaire postérieur a donc cessé d'exister.

Mais disons tout de suite qu'il ne s'agit là que d'un relais ganglionnaire de la voie sensitive principale : de ce relais va partir un faisceau nouveau qui continuera la voie sensitive ascendante, le *ruban de Reil médian.*

c) *Faisceau fondamental ou restant du cordon antéro-latéral.* — Les fibres d'association qui le composent exclusivement restent homolatérales. En se mélangeant avec d'autres éléments, elles prennent une disposition fasciculée et constituent le substratum de la *formation réticulaire* du bulbe, qui s'étale, de chaque côté du raphé médian, derrière les faisceaux moteurs et sensitifs, jusqu'à la face postérieure du bulbe, et que nous étudierons bientôt en détail.

Un groupe plus important de fibres cordonales se rassemble en un faisceau compact, qui se range en arrière de la formation réticulaire, tout contre le noyau moteur : c'est la *bandelette longitudinale postérieure,* ou *faisceau longitudinal postérieur* ou *dorsal,* spécialement constitué par les fibres d'association des noyaux moteurs bulbo-protubérantiels.

d) *Faisceaux spino-cérébelleux de Flechsig et de Gowers.* — Le faisceau spino-cérébelleux dorsal, de Foville-Flechsig, poursuit dans le bulbe son trajet ascendant. D'abord superficiel et latéral, comme dans la moelle, il se porte ensuite en arrière, se jette dans le corps restiforme, et se rend dans le cervelet, où il se termine. Pendant sa traversée du bulbe, il abandonne des collatérales au noyau du cordon latéral (Ramon y Cajal).

Le faisceau cérébelleux ventral, de Gowers, remonte aussi dans le bulbe ; mais il se sépare du faisceau de Flechsig, quand ce dernier se dirige vers le corps restiforme. Il reste superficiel et latéral, et passe du bulbe dans la protubérance, où nous le retrouverons ultérieurement.

Certains auteurs admettaient jadis que le faisceau de Gowers se relayait en partie dans le bulbe, soit dans le noyau de Bechterew, soit dans le noyau du cordon latéral. Il est plus rationnel d'admettre qu'il abandonne, comme le faisceau de Foville, des collatérales à ces noyaux, comme il en abandonne aussi à l'olive bulbaire et aux noyaux moteurs de l'hypoglosse, du pneumogastrique et du glosso-pharyngien.

Je ne vous ai parlé que des grands faisceaux bien organisés, les plus importants parmi ceux qui constituent les voies sensitives et motrices. Pour être complet, il faut dire, en quelques mots, ce que deviennent les autres : ce sera facile, parce que, dans le bulbe, ils n'ont plus la place relativement fixe qu'ils occupaient dans la moelle. Leurs fibres se trouvent disséminées plus ou moins irrégulièrement dans ce qu'on appelle *la formation réticulaire du bulbe.* Si les fibres du *fais-*

ceau central de la calotte et du *faisceau triangulaire de Helweg*, qui ont leur origine dans l'olive bulbaire, et celles du *faisceau rubro-spinal de von Monakow* restent généralement bien groupées, toutes les autres : *fibres diencéphalo-, lecto-, vestibulo-, cochléo-, réticulo-spinales*, n'ont pas, dans le bulbe, de topographie précise. Les *fibres spino-thalamiques*, enfin, se mélangent aux faisceaux ascendants du ruban de Reil.

B. Eléments gris et blancs qui n'existaient pas dans la moelle et qu'on voit apparaître dans le bulbe. — Ces éléments sont, d'une part, des formations grises propres au bulbe, d'autre part des faisceaux de fibres naissant ou se terminant dans le myélencéphale.

1° FORMATIONS GRISES PROPRES AU BULBE. — Nous les grouperons sous trois chefs : les noyaux des cordons postérieurs :

l'olive bulbaire et les parolives ;

les noyaux gris de la substance réticulaire et le noyau arciforme.

a) *Noyaux des cordons postérieurs* (noyaux de Goll, de Burdach et de Von Monakow). — Ils se trouvent dans le segment inférieur du bulbe rachidien. Ils apparaissent comme des émanations, des excroissances des cornes postérieures, plutôt que comme des noyaux autonomes.

Les anciennes anatomies ne mentionnent que les noyaux de Goll et de Burdach ; depuis les travaux de Von Monakow, on admet généralement qu'il y en a trois : les deux précités et celui auquel cet anatomiste a donné son nom.

Le *noyau de Goll*, encore appelé *noyau du cordon grêle, noyau post-pyramidal, clava*, est le plus volumineux des trois. Il occupe l'extrémité supérieure du cordon de Goll, et c'est lui qui détermine ce renflement du cordon postérieur du bulbe appelé *clava* ou *massue*. Haut de 3 à 4 millimètres, il apparaît dès le collet du bulbe et renferme des neurones volumineux, étoilés ou fusiformes.

Le *noyau de Burdach, noyau cunéiforme, noyau restiforme*, est placé en dehors du précédent, entre lui et la tête de la corne postérieure. Il naît et se termine un peu plus haut que le noyau de Goll ; il bloque l'extrémité supérieure du cordon de Burdach.

En fait, les deux noyaux de Goll et de Burdach représentent essentiellement le relais ganglionnaire auquel aboutissent tous les axones des cellules des ganglions des racines postérieures de la moelle épinière. C'est à leur niveau que se termine le premier échelon, l'échelon périphérique de la voie sensitive principale.

Les cellules de ces noyaux donnent naissance à des axones qui vont constituer le deuxième échelon de la voie sensitive, le *ruban de Reil*, dont nous allons bientôt reparler.

Accessoirement, les noyaux de Goll et de Burdach fournissent un contingent appréciable de fibres arciformes, destinées au cervelet.

Le *noyau de Von Monakow* était jadis incorporé au noyau de Burdach. Blumenau fut l'un des premiers à l'en séparer ; cet auteur divisait le noyau de Burdach en deux : un noyau interne qui, seul, a conservé le nom de noyau de Burdach ; et un noyau externe, qui a pris le nom de Von Monakow qui en a précisé les relations. Cette différenciation n'est pas, en effet, une simple vue de l'esprit. Les axones émanés du noyau de Von Monakow se rendent, pour la plupart, au cervelet et font partie du système des fibres arciformes. Ce noyau de Von Monakow n'est donc pas un relais de la voie sensitive principale, il appartient à la voie sensitive cérébelleuse. Je vous rappelle, en outre, qu'il reçoit de nombreuses collatérales des axones du faisceau de Gowers.

b) *Olive bulbaire et parolives.* — Charpy définit l'olive : « une lame de substance grise, abondamment repliée, s'ouvrant à la façon d'une bourse, en arrière et en dedans ». Acceptons cette définition, qui contient bien les caractéristiques essentielles de cette formation très spéciale, — dont vous retrouverez l'analogue dans le cervelet, et une ébauche dans la protubérance annulaire. Elle est, malgré tout, imparfaite, car elle ne rend pas compte de la complexité, de l'irrégularité, de la gracilité des plissements de la lame grise qui forme les parois de cette « bourse ». Aucune définition ne saurait du reste donner une idée exacte de cette formation si spéciale, alors qu'un simple examen de pièce ou de coupe suffit à en graver dans l'esprit une image définitive.

L'olive bulbaire occupe toute la hauteur de cette saillie dont nous avons noté la présence sur la face externe du bulbe (V. fig. 3) et qui s'appelle précisément l'olive.

Ses connexions sont nombreuses :

1. Au diencéphale, elle envoie le *faisceau central de la calotte de Bechterew*, ou *faisceau thalamo-olivaire*, qui se termine dans la couche optique, après s'être renforcé, en cours de route, de quelques fibres provenant du noyau du nerf trijumeau et des tubercules quadrijumeaux.

2. Au cervelet, elle fournit la plus grande partie des *fibres arciformes internes*, que nous allons bientôt étudier.

3. A la moelle, enfin, se rendent les fibres olivo-spinales, qui forment, en se groupant dans la moelle cervicale, le *faisceau triangulaire de Helweg*.

Ces connexions laissent supposer que l'olive bulbaire est un relais interposé sur le trajet des voies réflexes.

Les *parolives* ou *noyaux juxta-olivaires*, placés au voisinage de l'olive, ont la même structure, sinon le même aspect que l'olive proprement dite. Ce sont de minces lames de substance grise, apparaissant sur les coupes sous la forme d'un croissant, et non plissées comme une bourse. Elles n'ont donc pas de hile.

Elles sont au nombre de deux (dans chaque moitié de bulbe) : la *parolive externe*, ou *noyau juxta-olivaire postéro-externe ;* la *parolive interne* ou *noyau juxta-olivaire antéro-interne :* ces qualificatifs indiquent leur position par rapport à l'olive, dont elles partagent, par ailleurs, les connexions.

c) *Noyaux gris de la substance réticulaire et noyaux arciformes.* — Il me paraît plus rationnel et plus facile de décrire ces noyaux, qui sont des amas cellulaires plutôt que des noyaux véritables, un peu plus loin, en même temps que la formation réticulaire et

que les fibres arciformes, auxquelles ils sont intimement unis.

2° ÉLÉMENTS BLANCS DE FORMATION NOUVELLE. — Ces éléments sont : le ruban de Reil médian, les fibres arciformes, la formation réticulaire du bulbe. Il faudrait ajouter le faisceau central de la calotte (faisceau thalamo-olivaire) ; mais il vient d'être décrit, à propos des connexions de l'olive, et je n'ai rien de plus à dire à son sujet.

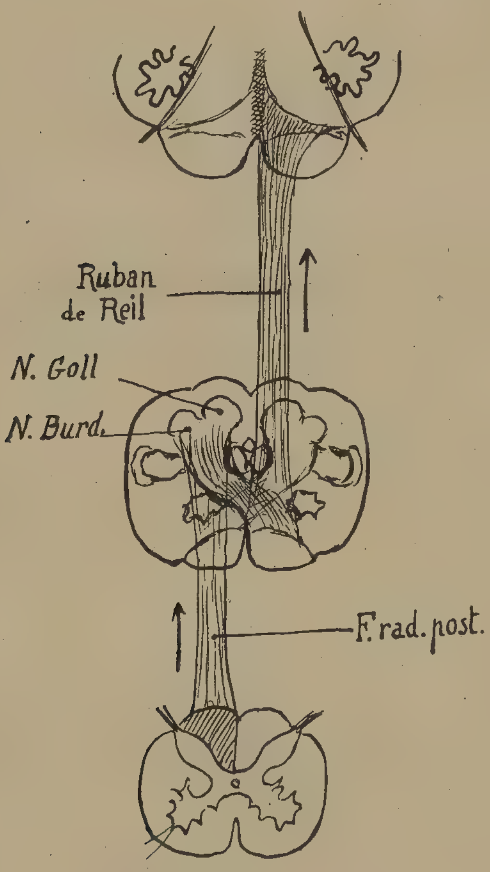


FIG. 7. — *La décussation du ruban de Reil* (Schéma destiné à mettre en évidence la décapitation de la corne postérieure).

a) *Le ruban de Reil médian* sort des noyaux de Goll et de Burdach. Les axones des cellules autour desquelles se sont épanouies les arborisations terminales du faisceau radiculaire postérieur, forment, dès leur naissance, un faisceau compact, qui prend le nom de ruban de Reil médian, et que nous suivrons d'étape en étape, jusqu'à sa terminaison dans le noyau externe du thalamus.

A peine formées, les fibres du ruban de Reil se portent en avant et en dedans, décapitent la corne postérieure, et traversent la ligne médiane. Elles subissent donc une décussation, qui commence immédiatement au-dessus de la décussation des pyramides : c'est la *décussation du faisceau sensitif*, *l'entrecroisement piniforme de Déjerine*. En fin de compte, le ruban de Reil vient s'étaler, de chaque côté du raphé médian, derrière le faisceau pyramidal. C'est dans cette place que nous le trouverons désormais dans les étages supérieurs du névraxe, et toujours étalé, à la façon d'un ruban (Fig. 7).

b) *Les fibres arciformes* représentent l'un des éléments du bulbe rachidien les plus intéressants. D'une façon générale, elles se rendent du bulbe au cervelet ; ce sont des fibres ascendantes, bulbo-cérébelleuses ; elles passent toutes par les pédoncules cérébelleux inférieurs, mais elles s'y rendent par des chemins différents : d'où leur division en *fibres arciformes internes* et *externes*.

Les *fibres arciformes internes* ou *profondes* sont les plus nombreuses. Elles viennent presque toutes de l'olive bulbaire ; elles forment des faisceaux compacts, qui font irruption par le hile de l'olive, traversent le raphé médian et se rendent dans le corps restiforme. Bouleversant tout sur leur passage, elles dissocient les faisceaux de fibres ascendantes, et contribuent à donner à la formation réticulée son aspect spécial. Mais, surtout, elles interrompent brutalement et complètement les colonnes de substance grise, vestiges des cornes grises médullaires : ce sont elles qui les transforment en noyaux. Aux fibres d'origine olivaire, s'en joignent d'autres, provenant du noyau de Burdach, et surtout du noyau de Von Monakow.

Les fibres arciformes internes sont donc toutes *croisées*.

Les *fibres arciformes externes* ou *superficielles* parviennent aux pédoncules cérébelleux par la périphérie du bulbe. On les subdivise en deux groupes :

α) *Les fibres arciformes antérieures*, qui naissent des noyaux de Goll et de Burdach, et se dirigent en avant, vers le fond du sillon médian antérieur. Elles traversent le raphé médian, coupent le ruban de Reil, puis le faisceau pyramidal et viennent déboucher à la surface du bulbe, en faisceaux plus ou moins compacts, au-devant de la pyramide.

Elles font dès lors le tour du bulbe, à peu près horizontalement, ou en décrivant des anses allongées ; elles croisent, par conséquent, la pyramide dans toute son étendue, franchissent le sillon collatéral antérieur, croisent la face latérale du bulbe, aussi bien au niveau de l'olive qu'au-dessous d'elle, chevauchent le sillon collatéral postérieur et pénètrent enfin dans le corps restiforme.

Les fibres arciformes externes antérieures sont donc *croisées*, comme les fibres arciformes internes. Dans l'épaisseur des faisceaux qui contournent la pyramide, on trouve de gros amas de neurones, auxquels les auteurs ont donné le nom de *noyau arciforme*, ou bien encore de *noyau arqué*, de *noyau prépyramidal*, et dont les axones se mêlent aux fibres arciformes et se rendent, par conséquent, au cervelet.

β) *Les fibres arciformes postérieures*, d'Edinger et Tschermak sont, contrairement aux deux variétés précédentes, *homolatérales* ; elles ne traversent pas le raphé médian. Provenant, elles aussi, des noyaux de Goll et de Burdach, elles sortent presque aussitôt du bulbe, à sa face postérieure, et passent directement dans le corps restiforme.

c) *La formation réticulaire du bulbe* n'est pas, à proprement parler, un élément nouveau ; c'est plutôt un aspect nouveau que prend, à partir du bulbe rachidien, et que revêtira désormais la substance blanche située en arrière du faisceau pyramidal et du ruban de Reil. Dans les étages supérieurs du névraxe, elle formera le substratum de la région de la calotte.

Les noms de substance réticulée, le formation réticulaire impliquent bien l'idée d'un réseau aux mailles entrecroisées. De fait, nous y trouvons, imbriqués les uns avec les autres, des faisceaux à trajet vertical et des fibres transversales. Leur topographie est essentiellement irrégulière.

Les fibres à trajet ascendant ou descendant sont :

Les *fibres cordonales*, formant les faisceaux d'association entre les divers étages du névraxe (indépendamment de celles qui se sont groupées à part, pour former la bandelette longitudinale postérieure, précédemment décrite, dont la topographie est, au contraire, immuable) ;

Les fibres du *faisceau central de la calotte* et du *faisceau triangulaire*, en connexion avec l'olive bulbaire ;

Les *fibres rubro-spinales*, qui constituent le faisceau de Von Monakow, et qui se groupent plus particulièrement sur les parties latérales de la formation réticulaire, au voisinage du faisceau de Gowers ;

Les fibres *tecto-spinales, réticulo-spinales, vestibulo-* et *cochlio-spinales, cérébello-bulbaires* et *cérébello-spinales*, disséminées ;

Les *fibres spino-thalamiques*, dont, à vrai dire, la majeure partie s'incorpore au ruban de Reil.

Les fibres à trajet transversal sont :

D'abord les fibres du *faisceau pyramidal croisé* et du *ruban de Reil*, au moment de leur décussation ;

Puis, et surtout, les *fibres arciformes internes* et les *fibres arciformes antérieures et externes ;*

Les *fibres radiculaires*, émanées des noyaux moteurs bulbaires. Celles-ci, toutefois, forment des paquets assez bien définis, qui se reconnaissent facilement sur des coupes et qui se détachent très nettement de la formation réticulaire ; enfin, les fibres sensitives, cylindraxes des cellules des ganglions annexés aux nerfs sensitifs bulbaires, qui pénètrent dans le bulbe et se rendent à leurs noyaux respectifs.

Quelques-unes de ces fibres, cependant, ont un trajet descendant, et se groupent en faisceaux distincts, tels le *faisceau solitaire*, qui aboutit au noyau solitaire (noyau du pneumogastrique et du glosso-pharyngien), ou bien encore la *racine descendante du trijumeau*, qui coiffe la tête des cornes postérieures, et qui est visible sur toute la hauteur du bulbe.

Ainsi constituée d'éléments disparates, la substance réticulée du bulbe ne présente pas un aspect uniforme. On lui reconnaît deux zones assez distinctes : une *zone interne* et une *zone externe*.

La *zone interne*, accolée au raphé médian, s'étend du ruban de Reil, en avant, à la bandelette longitudinale postérieure en arrière. Elle est presque exclusivement formée de fibres nerveuses ; sa coloration est blanche, d'où le nom de *formation réticulée blanche* que lui donnent certains auteurs.

La *zone externe*, ou *formation réticulée grise*, a une teinte franchement grisâtre. Elle occupe la périphérie du bulbe, en dehors de la précédente, entre les noyaux gris de la face postérieure du bulbe et l'olive.

Sa teinte grise est due à la présence d'éléments cellulaires, qui constituent *les noyaux gris de la substance réticulée*.

Ce ne sont pas, à proprement parler, des noyaux analogues à ceux que nous avons, jusqu'à présent, appelés de ce nom. Ils n'ont pas, comme ces derniers, une topographie exacte, des contours précis. On ne peut les voir sur des coupes qu'avec l'aide du microscope. Les anatomistes ne sont même pas toujours d'accord, ni sur leur situation, ni même sur leur dénomination ; leurs connexions ne sont pas toutes parfaitement connues. Kölliker les gratifia jadis du nom suggestif de *noyaux diffus*, qui rend bien compte de l'irrégularité de leur topographie et de leur morphologie.

Les principaux d'entre eux sont : le *noyau de Roller* (*noyau central interne de Bechterew*) en avant du noyau de l'hypoglosse ;

Le noyau du cordon latéral, en dehors du noyau ambigu.

Les neurones qui les composent sont les homologues des cellules cordonales de la moelle ; ils font partie du système des voies d'association et des voies réflexes. Notez dès maintenant que nous retrouverons des noyaux analogues dans la substance réticulée des éléments supérieurs du névraxe, dans la protubérance annulaire, dans les pédoncules cérébraux et jusque dans les régions sous-optique et sous-lenticulaire.

Nous voici arrivés au terme de cette étude analytique. Connaissant tous les éléments qui se rencontrent dans le bulbe, avec leur signification propre, il nous est possible maintenant de dégager dans une étude synthétique les caractéristiques essentielles de ce segment de névraxe.

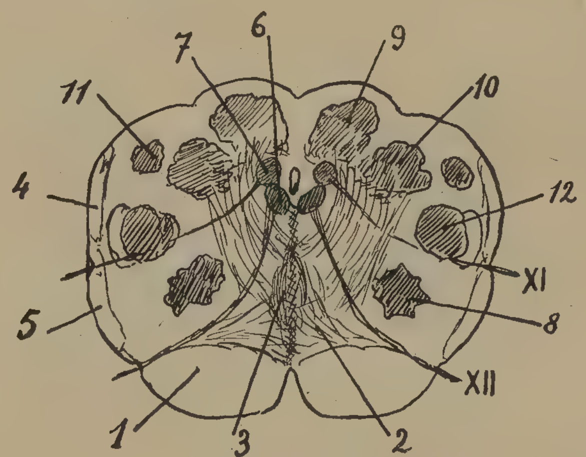


Fig. 8. — *Coupe du bulbe rachidien au niveau de la décussation du ruban de Reil.* — 1. Faisceau pyramidal. — 2. Ruban de Reil. — 3. Entrecroisement piniforme. — 4. F. de Foville-Flechsig. — 5. F. de Gowers. — 6. Noyau de l'hypoglosse (base de la corne antérieure). — 7. Noyau du spinal (base de la corne antérieure). — 8. Tête de la corne antérieure (noyau ambigu). — 9. — Noyau de Goll. — 10. Noyau de Burdach). — 11. Noyau de Von Monakow. — 12. Noyau de la tête de la corne postérieure et racine descendante du trijumeau.

Les bouleversements qui se manifestent à l'intérieur du bulbe, tant dans la substance blanche que dans la substance grise, s'opposent, évidemment, à ce qu'on puisse étudier son anatomie sur une seule coupe, comme cela fut possible pour la moelle ; nous l'avons déjà dit, et ceci vous apparaît très clairement. Mais si des coupes, pratiquées à différentes hauteurs, peuvent sembler au profane dépourvues de toute continuité, il vous est désormais facile de saisir les liens qui les rattachent

entre elles. La complexité de la structure bulbaire n'est qu'apparente. Elle résulte de facteurs bien connus dont les principaux sont, je vous le rappelle : la décussation du faisceau pyramidal ; la disparition du faisceau radiculaire postérieur, et son remplacement, dans la voie sensitive principale, par le ruban de Reil ; puis la décussation de ce dernier ; l'apparition des fibres arciformes et de l'olive.

Les conséquences les plus manifestes de l'intervention de ces facteurs sont : l'*accroissement du cordon antérieur*, qui renferme désormais la totalité des fibres motrices du faisceau pyramidal unique.

Derrière lui, se place le *ruban de Reil*, qui représente l'ensemble des fibres de la voie sensitive principale, auxquelles s'ajoutent des fibres spino-thalamiques.

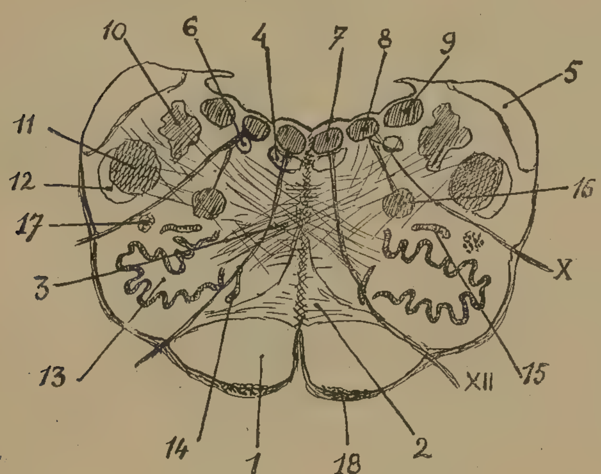


Fig. 9. — *Coupe du bulbe rachidien à la partie moyenne des olives.* — 1. Faisceau pyramidal. — 2. Ruban de Reil médian. — 3. Formation réticulaire. — 4. Bandelette longitudinale postérieure. — 5. Corps restiforme. — 6. Faisceau solitaire. — 7. Noyau de l'hypoglosse (Base de la corne antérieure). — 8. Noyau de l'aile grise (Base de la corne postérieure). — 9. Noyau dorsal de l'auditif (Base de la corne postérieure). — 10. Noyau de Burdach. — 11. Tête de la corne postérieure. — 12. Racine descendante du trijumeau. — 13. Olive bulbaire. — 14. Noyau juxta-olivaire interne. — 15. Noyau juxta-olivaire externe. — 16. Tête de la corne antérieure (noyau ambigu). — 17. Noyau du cordon latéral. — 18. Fibres arciformes antérieures et noyau arciforme.

Plus en arrière, enfin, nous trouvons le faisceau fondamental ou restant qui occupe tout le segment interne de la formation réticulaire, — et même la déborde en dehors — et dont une portion s'est différenciée et conservera désormais son individualité : *la bandelette longitudinale postérieure.*

Ainsi donc s'étagent, d'avant en arrière, trois plans parallèles de fibres nerveuses : fibres motrices, fibres sensitives, fibres d'association.

Le *cordon postérieur de la moelle disparaît*, puisque, d'une part, le faisceau radiculaire postérieur, qui l'occupait en totalité dans la moelle, s'est épuisé dans les noyaux de Goll et de Burdach ; que, d'autre part, le ruban de Reil, qui lui fait suite, s'est porté en avant vers la pyramide ; et que, enfin, le canal épendymaire s'est ouvert, rejetant latéralement de droite et de gauche ce qui se trouvait derrière lui.

Au cordon postérieur s'est substitué le corps restiforme. Ce sont, en effet, des fibres cérébelleuses qui ont pris la place des fibres de la voie sensitive principale ; ces fibres sont, rappelons-le, le faisceau spino-cérébelleux dorsal de Foville-Flechsig, les fibres arciformes externes, antérieures et postérieures, les fibres arciformes internes. Ainsi se constituent les pédoncules cérébelleux inférieurs, qui *paraissent continuer* les cordons postérieurs de la moelle, mais qui sont en fait *des formations totalement différentes.*

Le *cordon latéral*, enfin, se réduit à presque rien. Privé du faisceau pyramidal croisé et du faisceau de Flechsig, il ne conserve que le faisceau de Gowers, le faisceau de Von Monakow, le faisceau triangulaire et la portion du faisceau fondamental qui entre dans la constitution du segment externe de la formation réticulée.

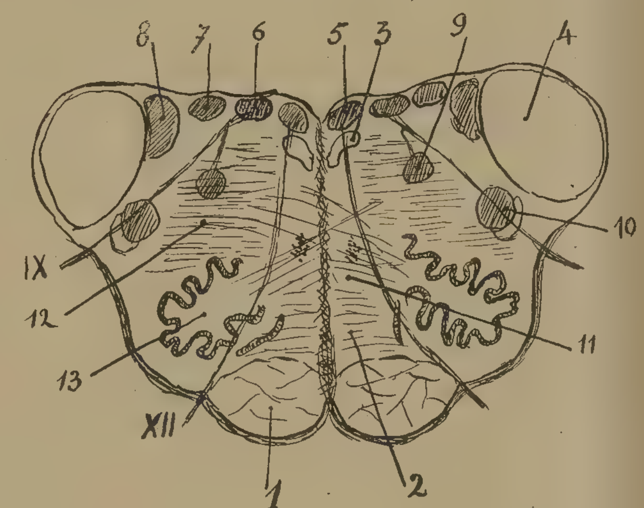


Fig. 10. — *Coupe du bulbe rachidien à la partie supérieure des olives.* — 1. Faisceau pyramidal. — 2. Ruban de Reil médian. — 3. Bandelette longitudinale postérieure. — 4. Corps restiforme (Pédoncule cérébelleux inférieur). — 5. Noyaux de l'hypoglosse et du funiculus teres (Base de la corne antérieure. — 6. Noyau sensitif du glosso-pharyngien (Noyau solitaire). — 7. Noyau du nerf vestibulaire. — 8. Noyau de Deiter. (Ces 3 noyaux dérivent de la base de la corne postérieure. — 9. Noyau moteur du glosso-pharyngien (Noyau ambigu. Tête de la corne antérieure). — 10. Tête de la corne postérieure et racine descendante du trijumeau. — 11. Formation réticulaire. Segment interne. — 12. Formation réticulaire. Segment externe. — 13. Olive bulbaire.

Du côté de la substance grise, nous vous avons montré par quel mécanisme les cornes antérieures et postérieures de la moelle s'étaient fragmentées et étaient devenues les noyaux moteurs et les noyaux sensitifs des nerfs craniens : par suite de la décussation du faisceau pyramidal et du ruban de Reil, par l'action des fibres arciformes.

Je vous ai fait voir, d'autre part, comment la déhiscence du quatrième ventricule et l'étalement du bulbe avaient eu pour effet de modifier les rapports respectifs des noyaux moteurs et sensitifs. (Se reporter à la figure 5.)

Les colonnes motrices, bases des cornes antérieures, restent placées de chaque côté du sillon médian postérieur, immédiatement sur le plancher du 4e ventricule. Dans le bulbe, elles constitueront le *noyau de*

l'aile blanche interne, noyau moteur de l'hypoglosse (XII) ; plus haut, au niveau de l'*eminentia teres*, elles formeront le noyau moteur du moteur oculaire externe (VI) ; plus haut, enfin, dans la protubérance et dans les pédoncules cérébraux, elles fourniront les fibres du pathétique (IV) et du moteur oculaire commun (III).

Les colonnes motrices, têtes des cornes antérieures, restent définitivement enfouies dans l'épaisseur de la substance réticulée et formeront, d'une façon générale, les noyaux moteurs des nerfs mixtes bulbo-protubérantiels. Dans le bulbe, ce sera le *noyau ambigu*, d'où sortent les filets moteurs du pneumogastrique et du glosso-pharyngien. Dans la protubérance, ce seront les noyaux du nerf facial (VII) et du nerf masticateur (V).

Les colonnes sensitives, bases des cornes postérieures, se trouvent tout naturellement accolées aux noyaux moteurs représentant les bases des cornes antérieures, en dehors et légèrement en arrière d'eux. Elles affleurent le plancher du 4e ventricule, où elles forment le *noyau de l'aile grise*, ou *noyau solitaire*, dans lequel se relaient les fibres du pneumogastrique (X), du glosso-pharyngien (IX) et de l'intermédiaire de Wrisberg (VII).

Plus haut, à cheval sur le bulbe et sur la protubérance, nous les retrouvons sous forme des noyaux propres au nerf acoustique (VIII), noyaux du nerf vestibulaire et du nerf cochléaire.

Les têtes des cornes postérieures, enfin, forment une longue colonne qui n'a pas été interrompue par les fibres arciformes, parce qu'elle est déportée sur les parties latérales du bulbe. Cette longue colonne occupe toute la hauteur du bulbe et de la protubérance, elle appartient en propre au nerf trijumeau (V) (1).

A côté de ces éléments fondamentaux du névraxe, placez maintenant les noyaux propres au bulbe :

Les *noyaux de Goll, de Burdach* et de *Von Monakow* qui n'existent que dans le segment inférieur du myélencéphale, au contact des cornes postérieures, dont elles ne sont, en somme, que les dépendances ;

L'*olive et les noyaux juxta-olivaires*, qui représentent l'ossature du renflement olivaire ;

Les *noyaux de la formation réticulaire* et les *noyaux arciformes*, disséminés dans la substance réticulée et dans les fibres arciformes externes antérieures.

Dès lors, la structure du bulbe, loin de vous apparaître imprécise et désordonnée, vous apparaîtra tout aussi ordonnancée, sinon tout aussi simple que celle de la moelle. Il n'est pas besoin, pour fixer leurs caractéristiques essentielles, de multiplier les coupes. Les trois que nous figurons ici y suffiront, que l'exposé que je viens de vous faire me dispensera de commenter plus longuement. (V. fig.. 8, 9, 10.)

(1) Ces données sur les noyaux d'origine des nerfs craniens ne constituent qu'un aperçu général d'ensemble, et sont, de ce fait, très incomplètes. L'origine réelle des nerfs craniens fera l'objet d'un chapitre spécial, où chacun des noyaux moteurs et sensitifs sera étudié en détail.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A LA MAIRIE DU Xe ARRONDISSEMENT

UN DÉBAT PUBLIC SUR LE « GREC » EN MÉDECINE

Le 21 avril a eu lieu à la mairie du 10e arrondissement un débat sur l'utilité de la connaissance du grec pour faire de bonnes études médicales. La séance était présidée par le doyen de la Faculté de médecine de Lyon, le sympathique professeur Lépine, et le docteur Armbruster, sénateur de l'Aube, eut le premier la parole. Celui-ci, après avoir précisé le but de sa proposition de loi, se déclara solidaire de son regretté collègue Debierre dont l'éloquente intervention amena le vote de son amendement tendant à rendre obligatoire le baccalauréat A pour tout candidat en médecine.

Après ces précisions lumineuses, le Dr Rist, médecin de l'hôpital Laënnec, a exposé un plan d'enseignement préparatoire à l'enseignement médical. Il s'est déclaré partisan de l'étude obligatoire du français, du latin, des sciences, de l'histoire, de la géographie et de notions élémentaires de philosophie ; en ce qui concerne le grec, il a déclaré que son étude était sans intérêt. Toutefois, si les jeunes gens tiennent à faire du grec, ils lui paraîtront peut-être plus instruits.

Cette conférence terminée, une véritable discussion d'une parfaite tenue « académique », s'est engagée au cours de laquelle tous les orateurs ont tenu à faire savoir qu'ils étaient d'un avis opposé à celui du médecin de l'hôpital Laënnec. Le premier, le professeur *Sergent*, a affirmé qu'avant de se spécialiser, le lycéen devait acquérir une culture générale indispensable à la formation du raisonnement et il a ajouté : « Si le niveau intellectuel a baissé, c'est que nos jeunes gens n'ont plus cette culture générale de leurs aînés et que la connaissance de la pensée grecque, des écrivains, des philosophes et des artistes de l'Hellade leur fait totalement défaut. En persévérant dans cette voie, Messieurs, on risque fort un jour prochain de faire échec à la science ; raisonnement d'abord, technique ensuite ! »

M. Sergent a rappelé à M. Rist qu'il avait été autrefois un excellent élève en grec et a résumé ainsi sa pensée : « La meilleure preuve de la vertu de la culture grecque, c'est ta propre culture ! »

Puis *M. Léon Blum*, professeur au lycée Janson de Sailly, a prouvé quelle était en tous points la supériorité, même sur le latin, de l'enseignement du grec, et il a fait remarquer que l'ancien baccalauréat ès sciences comprenait des épreuves sur les deux langues mortes dont une version latine à l'écrit ; en insistant sur le fait que les trois sections du baccalauréat ont le même programme scientifique, il a estimé que M. Rist n'avait pas à trouver insuffisante la culture scientifique donnée au lycée. Au brillant technicien de la pédagogie a succédé un autre technicien, le Dr *Cibrie*, secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux. Celui-ci a annoncé la mise à l'étude d'une nouvelle loi exigeant le latin-grec pour la médecine, réclamée par les assemblées générales des 28.000 médecins français syndiqués. Après ces orateurs qui ont prouvé par la qualité de leur éloquence l'avantage indiscutable des disciplines classiques, j'ai pris moi-même la parole comme membre d'honneur du Comité de l'Association Corporative des étudiants en médecine de Paris. Ayant rappelé d'un mot nos campagnes victorieuses de 1923 et 1929-32 en faveur du baccalauréat classique et souligné mon rôle de journaliste universitaire, j'ai jugé nécessaire de mettre en garde le monde médical contre les dangers qui le menacent, en ces termes :

« Je puis affirmer, Messieurs, que si nous abandonnons le baccalauréat classique, et que nous continuions à accep-

ter le baccalauréat B, demain nous ne pourrons plus repousser l'invasion des primaires. Or B = E. P. S. (*Exclamations.*) J'explique cette formule algébrique que les amateurs de mathématiques ont sans doute résolue, le baccalauréat B moderne = l'école primaire supérieure. (*Approbation.*) On nous attend au tournant, Messieurs, pour nous faire un mauvais coup : attention aux mesures démagogiques et administratives, surtout en ce qui concerne les équivalences du baccalauréat. A la Sorbonne, M. Léon Blum, l'éminent professeur de Janson que je vois devant moi et qui fut un des conseillers techniques de Léon Bérard, ne me démentira pas, à la Sorbonne, dis-je, c'est une pluie d'équivalences ! On y devient docteur sans bachot et sans licence, le doctorat y est une plaisanterie ! Un exemple entre mille, Messieurs : on vient de nommer en province un Recteur d'Académie qui n'est ni bachelier, ni licencié, mais qui serait agrégé et docteur ès lettres, je m'empresse d'ajouter que ses lettres ne sont que de la géographie !

Pensons à toutes les iniquités qui attendent le corps médical.

Messieurs, je vous en supplie, aidez-nous à gagner la partie qui est engagée : après la PREMIÈRE manche gagnée au Sénat grâce à feu Debierre, nous gagnerons la DEUXIÈME si nous sommes unis.

On nous a dit qu'on était CONTRE le grec et POUR les langues vivantes ; les Lettres, ou si l'on préfère les humanités, sont un bloc ; il en est d'elles ce qu'il en est de la Révolution au dire de Clemenceau : il faut les accepter, comme celle-ci, en bloc. Tout se tient en effet dans l'étude de l'antiquité gréco-latine, les Grecs étant en Europe le premier peuple qui ait mis de la clarté dans les idées et de la finesse dans les mœurs ; ils furent nos premiers maîtres en philosophie, en science et, je ne crains pas de le dire, en politique.

Les techniciens des Lettres, professeurs et membres de l'Académie française — dont quelques-uns, on me l'accordera connaissent les Lettres — sont tous d'accord sur ce point, à savoir que Rome victorieuse de la Grèce par les armes a été vaincue par celle-ci moralement. Les deux civilisations de ces deux grands pays se sont enchevêtrées au point que nous n'avons plus la possibilité de les séparer. Nous ne pouvons donc pas étudier le latin sans le grec, et le grec sans le latin.

On nous dit aussi que le médecin devra posséder à fond une langue vivante, mais il y en a une au programme des 3 sections du baccalauréat et je me demande en quoi la connaissance approfondie de ces langues est vraiment utile pour apprendre la médecine. Le médecin qui veut continuer les concours des facultés, ou se spécialiser dans une question plus particulièrement étudiée dans des journaux ou traités étrangers, n'aura qu'à développer sa connaissance de la langue vivante apprise au Lycée. »

Pour terminer cet intéressant débat, le président éloquent et impartial, M. le *Doyen Lépine*, de la Faculté de Médecine de Lyon, a également critiqué les arguments du Dr Rist, déclarant qu'au Conseil supérieur de l'Instruction publique, il fut de « la minorité la plus décidée à combattre pied à pied l'œuvre néfaste de M. François-Albert ». La civilisation française, pour M. le Doyen Lépine, procède intimement des civilisations latine et grecque qui ont permis à l'âme française d'être ce qu'elle est. Il n'a pas craint de « couvrir tous ses collègues du Secondaire injustement attaqués » et a terminé en rappelant que la Grèce reste la patrie de la philosophie et de l'art.

MAURICE MORDAGNE.

THÉRAPEUTIQUE

LA QUERELLE DES SOLUBLES ET DES INSOLUBLES BISMUTHIQUES EST TERMINÉE (1)

Par le docteur P. LEMAY.

L'auteur, après avoir indiqué quelles fluctuations subit dans le temps la vogue des médications nouvelles, conclut que celles qui résistent à cette épreuve sont réellement bonnes.

Il rappelle les reproches que l'on avait cru devoir faire aux bismuths insolubles et montre, en se référant uniquement aux communications faites à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, que, sans exception, ces reproches sont adressés maintenant aux liposolubles (sans que, pour les uns comme pour les autres, on puisse incriminer les produits en particulier, mais seulement des intolérances bismuthiques ou des erreurs de technique).

En définitive, il ne saurait en être autrement car, *d'après les expériences récentes et d'après Levaditi lui-même, les liposolubles sont insolubilisés dans le muscle*, ils sont solubles in vitro mais insolubles in vivo, et ils sont absorbés dans leur presque totalité à l'état d'oxyde, seul capable de donner des albuminates ou bismoxyls. Alors, dit-il, nous n'étions pas si mal inspirés en préconisant dès 1921 l'emploi de l'hydroxyde de bismuth ou Muthanol.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANÉVRISME DE LA CROSSE DE L'AORTE [2]

EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique du malade sera complété par la recherche de tous les stigmates possibles, viscéraux, cutanés, muqueux de la syphilis. On recherchera l'association d'un anévrysme et du tabès fruste, constituant le syndrome de Babinski-Vaquez, enfin les réactions de Wassermann de Hecht pourront donner une confirmation-diagnostic.

ÉVOLUTION

Elle est fatale vers la mort. Celle-ci peut survenir du fait de l'anévrysme lui-même, il peut se rompre et le malade meurt de cette hémorragie foudroyante, qui parfois n'a pas même le temps de s'extérioriser, elle peut se faire dans la trachée, l'œsophage, la veine cave supérieure, le péricarde, la plèvre.

La mort peut survenir d'angine de poitrine, ou encore d'asystolie à type d'insuffisance ventriculaire gauche, ou de dilatation cardiaque totale. La tuberculose pulmonaire peut enfin achever cette douloureuse évolution, car chez ces malades elle est fréquente, torpide, mais évolue vite.

FORMES CLINIQUES

a) *Les ectasies de l'aorte ascendante*, qui donnent le maximum de signes physiques, voussure, retard des pouls radiaux sur la systole cardiaque, compression de la veine cave supérieure avec œdème en pèlerine.

b) *Anévrysme de la portion transversale de l'aorte :* c'est ici que l'on peut voir un signe particulier, décrit par Oliver sous le nom d'abaissement systolique du larynx.

C'est également dans cette forme que survient la compression du récurrent, il peut y avoir aussi retard du pouls radial gauche sur le pouls radial droit.

c) *Anévrysme de la portion descendante :* Il donne surtout de la dysphagie et une névralgie intercostale tenace.

Il faut toujours penser, en présence d'un malade qui se plaint de douleurs dans la région hilaire gauche, ou dans la partie dorsale du rachis, à la possibilité d'une ectasie de l'aorte thoracique, et de son union avec la portion transverse du vaisseau, et rechercher, à la radio, l'évolution naturelle de ces anévrysmes et les nécroses des corps vertébraux avec paraplégie.

DIAGNOSTIC

Il se pose différemment suivant que l'anévrysme est évident ou latent :

1° *Cas évidents.*

L'on ne peut guère s'arrêter à celui d'empyème pulsatile soulevé par les battements du cœur, d'abcès froid thoracique également rythmé par le cœur, ou d'anévrysme du tronc brachio-céphalique, si l'ectasie prédomine du côté droit.

Il faut cependant bien savoir que, dans certains cas, l'erreur est parfaitement possible dans les vieilles poches anévrysmales, où les caillots cruoriques sont devenus fibreux, l'expansivité de la poche peut être diminuée, et le diagnostic peut se poser avec la collection tuberculeuse sternale ou présternale de la même région.

2° *Cas discutables.*

Ils sont de deux ordres :

a) *Cas discutables cliniquement :* ce sont ceux dans lesquels l'attention pourrait être déterminée par des signes fonctionnels dont se plaint le malade.

Il ne faut pas croire à une cause pulmonaire du fait de la dyspnée, de la toux, ou même de petites hémoptysies.

En présence d'une dysphagie, il faut toujours penser à l'anévrysme de l'aorte, aussi bien qu'à un cas œsophagien.

A côté des troubles de compression médiastinale, il faut éliminer les tumeurs du médiastin, les formes lymphadénomes, lymphosarcomes, et la forme médiastinale de la maladie de Hodgkin, le cancer du poumon à forme médiastinale, le kyste hydatique juxta-médiastinal.

b) *Cas discutables radiologiquement :* on a localisé à l'aorte la cause des troubles que présente le malade, la radioscopie montre un élargissement considérable, plus ou moins marqué, du vaisseau, mais l'existence d'une poche anévrysmale n'est pas nette, il est quelquefois très difficile, comme nous l'avons dit, de savoir si l'on doit parler d'anévrysme ou d'aortite avec dilatation fusiforme du vaisseau.

Toutes les transitions existent, et pourtant, il n'est pas indifférent de préciser la limite entre ces cas, parce qu'elle se solde, dans celui de l'ectasie, par un arrêt de mort.

En résumé, terrible complication de la syphilis tertiaire, l'ectasie aortique, parfois évidente, très souvent latente, doit être systématiquement recherchée chez un aortique ou chez un syphilitique, et le traitement spécifique pourra être institué dans la mesure où le permettent l'état des parenchymes hépatiques et rénaux et l'état du myocarde, tout en sachant bien qu'il n'a point de prise sur l'ectasie elle-même, mais seulement sur certaines des douleurs qu'elle fait naître et sur la médiastinite.

(1) *Concours méd.*, 21 fév. 1932.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 34, p. 634.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 30 avril. — MM. Bourgeois, 20; Hillemand et Lambling, 19,30; Basch, 20.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. le docteur Carlo Radonicic, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Zagreb, fera au petit amphithéâtre de la Faculté, à 17 h., deux conférences sur les sujets suivants :

Mardi 10 mai : « La pathologie circulatoire du foie en clinique. »

Jeudi 12 mai : « Nouvelles méthodes d'examens cliniques et radiologiques du foie. »

— MONTPELLIER. — M. Giraud, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, est nommé, à compter du 1er octobre 1932, professeur de pathologie médicale et clinique propédeutique (dernier titulaire : M. Rimbaud).

— TOULOUSE. — Mlle Condat, agrégée près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommée, à compter du 1er mai 1932, professeur de thérapeutique à ladite Faculté (dernier titulaire : M. Dalous).

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LE CANCER, sous la direction du professeur Gustave ROUSSY, directeur de l'Institut du cancer, membre de l'Académie de médecine, par MM. Guy, Leroux, Oberling, Sannié et Verne, chefs de service à l'Institut du cancer; Chastenet de Géry, Huguenin, Mme Laborde, M. Peyre, chefs de service au Centre anticancéreux, et MM. Aman-Jean, Bertillon, Bollack, Foulon, Gutmann, Huet, Nemours, Wickham, chefs de consultations spéciales et assistants au Centre anticancéreux. — Ce cours est destiné aux médecins français et étrangers. Il commencera le vendredi 1er juillet 1932 et se poursuivra tous les jours, matin et soir, jusqu'au 30 juillet inclus.

Il comportera : 1° des conférences théoriques et cliniques qui seront communes à tous les médecins inscrits au cours et qui auront lieu le matin de 11 h. 1/4 à 12 h. 1/4, et le soir de 14 h. 1/2 à 16 h. 1/2; 2° des démonstrations et des manipulations pratiques qui auront lieu tous les jours de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/4 ou à 12 h. 1/2, suivant les jours et suivant les sections A et B, entre lesquelles les auditeurs auront à faire leur choix au moment de leur inscription.

La section A, biologique, comprendra des travaux pratiques et des manipulations de laboratoire. La section B, clinique, comprendra des examens de malades et des manipulations thérapeutiques : traitements par les rayons X, le radium et l'électrocoagulation.

Le nombre de places, dans chaque section, est strictement limité à 20, soit 40 élèves en tout. Le droit d'inscription est fixé à 600 fr. Un certificat-diplôme sera délivré aux auditeurs à la fin du cours, avec mention de la section dans laquelle ils auront été inscrits.

Les médecins inscrits au cours de perfectionnement du cancer pourront utiliser comme moyen de transport un autobus spécial qui fait le service, matin et soir, entre la Faculté de médecine et l'Institut du cancer. Ils pourront aussi, s'ils le désirent, prendre pension pour le lunch à l'Institut du cancer. Les auditeurs du cours sont priés de se munir, à l'avance, d'une blouse et d'un tablier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE. — CONFÉRENCE SUR L'INFLUENCE DES DIVERS ÉLÉMENTS MÉTÉOROLOGIQUES SUR L'ORGANISME DE L'HOMME ET DES ANIMAUX. (Paris, Institut Pasteur, 10 juillet 1932.) — A l'occasion du XVIIIe Congrès d'hygiène, s'est tenue, le 14 octobre 1931 à l'Institut Pasteur, une séance consacrée à l'étude des moyens capables de provoquer des recherches et des travaux qui tendraient à préciser l'influence des divers éléments météorologiques sur l'organisme de l'homme et des animaux. Au cours de cette séance et d'une réunion qui s'est tenue le

9 janvier 1932, il a été décidé qu'une conférence, chargée de jeter les premières bases de cette organisation, se tiendrait à Paris, à l'Institut Pasteur, le dimanche 10 juillet 1932, à 9 h. 30, grand amphithéâtre.

Le programme suivant servira de base aux travaux de la Conférence :

I. « Exposé général de la question. Action des différents éléments météorologiques sur l'organisme », par M. le docteur Lesage, membre de l'Académie de médecine, ancien président de la Société de médecine publique.

II. « Exposé des instruments et procédés scientifiques que la météorologie peut mettre à la disposition de la biologie », par M. le général Delcambre, inspecteur général de l'aéronautique, directeur de l'Office national météorologique.

III. « Bases scientifiques de la statistique. Exposé des méthodes que la statistique peut mettre à la disposition de la biologie », par M. Moine, statisticien du Comité national de défense contre la tuberculose et de l'Office national d'hygiène sociale.

Une discussion pourra s'engager sur ce programme.

Cette première conférence a pour but d'établir une base scientifique pour des travaux qui pourraient porter sur les points suivants et dont les résultats seraient exposés au cours d'une conférence ultérieure : 1° influence sur l'organisme humain bien portant; exemple : chocs du nourrisson, épidémie de Liége, etc.; 2° résultats sur le terrain (réceptivité); 3° influence sur l'organisme déjà infecté (paludisme, etc.) ; 4° influence sur la marche et l'extension des épidémies ; 5° influence sur les microbes ; 6° influence sur les moyens de vaccination.

Il y a lieu pour chacune de ces catégories d'envisager : 1. l'étude historique de ce qui a déjà été fait ; 2. la méthode scientifique à adopter pour servir de base à de nouvelles recherches.

N. B. — Toute la correspondance doit être adressée à M. R. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (XVe).

UN PROJET DE CONGRÈS DE MÉDECINS FRANÇAIS AU CANADA. — Le professeur Roussy annonce dans la *Presse médicale* que l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord vient d'adresser une invitation à l'Association des médecins de langue française qui va tenir à Paris son prochain Congrès, sous la présidence de M. Fernand Bezançon.

Il est certain que cette invitation des Canadiens français sera accueillie avec enthousiasme par les médecins de France pour lesquels toutes les facilités de voyage sont déjà prévues et préparées.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES. — La XIIe ession des Journées médicales de Bruxelles aura lieu du 25 au 28 juin 1932, sous le haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine, et la présidence de M. le professeur Fernand Héger, membre de l'Académie royale de médecine.

Fidèles à leur formule d'enseignement post-universitaire qui, dans les différents pays où elle fut appliquée, rencontra le succès que l'on sait, les Journées médicales comprendront une partie pratique confiée aux médecins des hôpitaux et à leurs collaborateurs, et une partie théorique qui groupera en un faisceau de conférences les noms des personnalités particulièrement marquantes du monde médical international. Parmi ceux-ci : MM. Maranon (Madrid), Danielopolu (Bucarest), Marion (Paris), Michaud (Lausanne), Carozzi (bureau international du travail), Waterman (Amsterdam), Rohmer (Strasbourg), Fruhinsholz (Nancy), Devraigne (Paris), d'Ernst (Genève), Descomps et Giroux (Paris), Mistal (Montana), Debaisieux (Louvain), Delrez (Liége), Tytgat (Gand), Weill (Bruxelles), van den Wildenberg (Anvers), Derscheid (Bruxelles). Quelques conférences seront consacrées à la médecine coloniale et confiées à MM. Colombani (Rabat), le médecin colonel Abbatucci et Blache (Paris), Rodhain et Dubois pour le Congo belge.

La séance inaugurale aura lieu le samedi 25 juin, à 4 h., au Palais des Académies et sera honorée de la présence de la Reine. La conférence a été confiée à un médecin qui est aussi un brillant orateur, le docteur Et. Burnet, délégué de la France à la section d'hygiène de la Société des Nations. Le même soir, au cirque royal, aura lieu, en grand gala, une démonstration d'éducation physique, avec le concours de l'Institut militaire d'éducation physique, qui s'est acquis une réputation mondiale.

Les adhérents aux Journées médicales seront conviés à toutes les séances, fêtes et réceptions, notamment à la représentation de gala qui aura lieu au Théâtre royal de la Monnaie, le 26 juin. Le 27 juin aura lieu le banquet, par souscription, en l'honneur des délégués officiels des gouvernements étrangers.

Les adhésions sont à envoyer au docteur Beckers, secrétaire général, 141, rue Belliard, à Bruxelles. Les cotisations restent fixées à 75 fr. pour les médecins et 50 fr. pour les dames et les personnes les accompagnant.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

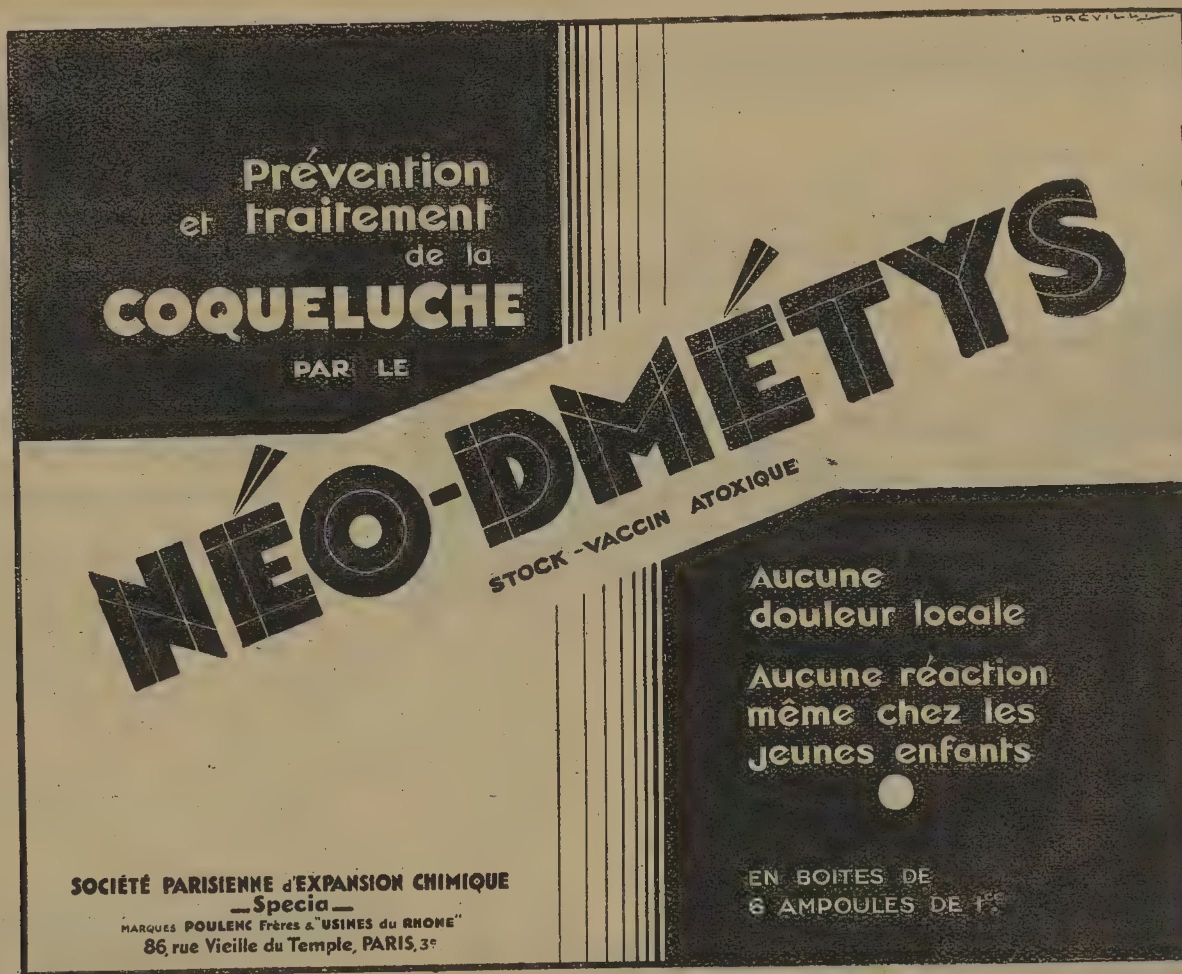
THESES

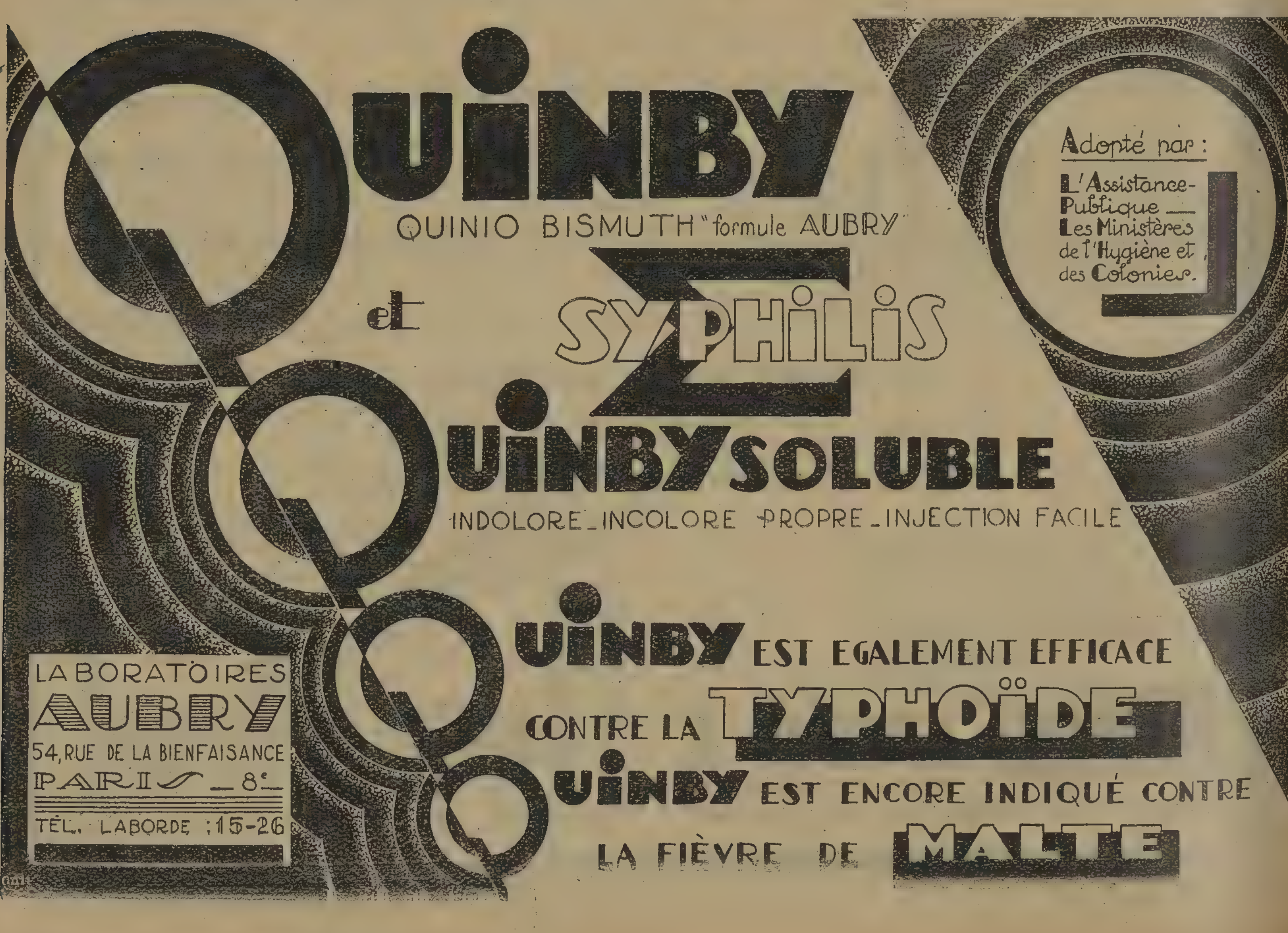
Mercredi 11 mai. — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Couvelaire, Debré, Ecalle. — M. RAKOWER. Le pronostic des diverses formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire et du pneumothorax thérapeutique. — M. LELLOUCH. Fonctionnement de la maternité de l'hôpital Saint-Antoine.

Jeudi 12 mai. — Jury : MM. Jeannin, président ; Lemaître, Lereboullet, Brocq. — M. GUÉDÉ. L'alimentation des nourrissons au cours des infections. — M. LACHÈZE. Contribution à l'étude du tympan artificiel. — M. MACHET. Les fistules bucco-sinusales. — Mlle GUÉTET. Etude du coryza diphtérique.

Samedi 14 mai. — Jury : MM. Balthazard, président ; Guillain, Tanon, Richet. — M. ALAKA MASSOURI. Sténoses pyloriques isolées par ingestion d'acide chlorhydrique. — M. DUBOIS. L'assainissement de l'eau de boisson dans les casernes et dans les camps militaires.

Samedi 12 mai. — (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Brumpt, président ; Henri, Lesbouyriès. — M. MAUBARET. La jaunisse des muletons.


Prévention
et traitement
de la
COQUELUCHE
PAR LE
NÉO-DMÉTYS
STOCK-VACCIN ATOXIQUE
Aucune
douleur locale
Aucune réaction
même chez les
jeunes enfants
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e
EN BOITES DE
6 AMPOULES DE 1cc


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE_PROPRE_INJECTION FACILE
Adopté par :
L'Assistance-Publique
Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE
LABORATOIRES
AUBRY
54, RUE DE LA BIENFAISANCE
PARIS _ 8e
TÉL. LABORDE : 15-26

REVUE GENERALE

CONCEPTIONS ACTUELLES DES AVITAMINOSES [1]

PAR MM.

Michel ALBEAUX-FERNET, Interne des hôpitaux de Paris.

et

Marcel MILLIAU, Elève à l'Ecole du Service de santé militaire.

Avitaminose D. — La carence en vitamine D produit classiquement le rachitisme.

Cette affection est trop connue pour que nous la décrivions ici ; nous rappellerons seulement qu'il faut la considérer comme un trouble de la nutrition générale : les manifestations osseuses ne sont pas isolées ; tous les organes et tous les tissus sont troublés dans leur fonctionnement.

Expérimentalement, le rachitisme est bien dû à l'absence de vitamine D puisque, chez le rat blanc, cette vitamine empêche sa production même avec un régime déficient en phosphore.

Cliniquement, les facteurs entrant dans l'étiologie du rachitisme humain paraissent multiples et il est difficile de préciser l'importance qu'il convient d'attribuer à la vitamine D dans son apparition (Bertoye).

On peut considérer comme des *formes frustes* de l'avitaminose D les premiers stades du rachitisme chez le nourrisson.

Ce prérachitisme ou rachitisme inapparent fut étudié par Schabad en 1910. Cet auteur, en faisant le bilan calcique et phosphoré des rachitiques, put établir que la perte phosphorée calcique en est le premier symptôme. Le dosage du calcium dans les selles et du phosphore dans les urines donne des résultats qui permettent le diagnostic avant les signes radiographiques.

Ceux-ci sont les seconds symptômes révélateurs : ils consistent en un état peigné des régions dia-épiphysaires, notamment de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras.

Puis apparaissent de l'hypotonie musculaire, des troubles gastro-intestinaux, des troubles de l'ostéogénèse : la fontanelle reste largement ouverte, le rebord costal inférieur tend à s'ouvrir ; on observe de la cyphose lombaire, du retard dans l'apparition des dents.

Enfin se montrent les signes caractéristiques : nouures costales, courbure des diaphyses, élargissement des épiphyses.

Certains auteurs se sont demandé si la carence de vitamine D ne jouerait pas un rôle dans l'étiologie des *anémies du premier âge*.

On admet actuellement que rachitisme et anémie n'ont entre eux aucun rapport de cause à effet ; la constatation de ces deux syndromes n'est qu'une coïncidence. Tout au plus, peut-on admettre, avec Marfan, que la coexistence est due à une même cause : les toxi-infections, si communes dans le premier âge.

Par contre, certains *syndromes neuro-musculaires* semblent nettement en rapport avec l'avitaminose D. L. Ribadeau-Dumas, R. Mathieu et Guédé en ont rapporté des exemples.

Avitaminose E. — L'expérimentation sur le rat permet de constater qu'en l'absence de vitamine E, le nombre des spermatozoïdes diminue progressivement chez le mâle.

Chez la femelle en gestation, on observe des hémorragies placentaires, puis la mort des produits de conception.

Chez le fœtus, les tissus générateurs des éléments du sang ne se développent pas (E. Vogt).

Cliniquement, l'avitaminose E est, de toutes les avitaminoses, la plus récemment étudiée ; sans doute, se caractérise-t-elle par la suppression totale ou partielle de l'aptitude à la reproduction sans qu'on puisse encore parler de syndrome clinique précis.

Mouriquand rattache à l'étude des avitaminoses la question de la fixation du calcium. En effet, on ne connaît pas encore de bons calcificateurs et il n'est pas improbable que la décalcification de l'organisme soit une dystrophie par carence.

Telles sont les conceptions actuelles des avitaminoses : elles comportent des déductions thérapeutiques immenses que nous ne pourrons qu'ébaucher ici en insistant sur quelques points récemment acquis.

III. Déductions thérapeutiques. — La meilleure prophylaxie des avitaminoses consiste évidemment dans l'emploi d'une nourriture variée et aussi naturelle que possible.

I. Au point de vue curatif, la conduite à tenir est simple lorsqu'il s'agit d'*avitaminoses franches*.

L'avitaminose A cédera chez l'enfant par l'emploi du lait complet. Il faut savoir que tous les laits ne contiennent pas la même quantité de facteur A ; la richesse d'un lait en vitamine de croissance dépend en effet de la nourriture et du mode de vie des vaches laitières. D'autre part, le traitement par l'huile de foie de morue doit être institué dès les premiers symptômes ; encore faut-il employer une huile de foie de morue contrôlée biologiquement car sa teneur en vitamines est extrêmement variable d'une huile à l'autre. Pour Mouriquand, aucun succédané ne doit être substitué à l'huile de foie de morue ; celle-ci doit être donnée en nature, l'émulsion et la préparation en granulés risquant de détruire par oxydation le principe actif. Certains auteurs emploient cependant des préparations industrielles de vitamine A dont le titrage est fait biologiquement et exprimé en unités Javillier.

Chez l'adulte, l'huile de foie de morue sera utilisée également ; on peut la donner sous forme de globules, en cas de répugnance du malade.

On ajoutera au régime de la viande et du beurre ; notons, à ce sujet, que certaines margarines ajoutées au beurre non seulement ne renferment pas de facteur A, mais encore possèdent une action inactivante vis-à-vis du beurre.

En présence de béribéri ou de pellagre, il faut rééquilibrer le régime en lui ajoutant tout ce qui est susceptible de fournir la vitamine B en quantité assez forte : germes de céréales (maïs, blé, riz cortiqués)

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 35, p. 643.

et surtout levure de bière fraîche. Bien que l'on n'ait pas encore pratiqué le dosage biologique en unités antibéribériques, certaines préparations commerciales paraissent contenir un extrait très riche en vitamine B.

De même, le scorbut sera facilement traité par le jus de citron ou d'orange et plus généralement par les fruits et les légumes frais. La fragilité extrême de la vitamine C n'en permet aucune préparation industrielle. Lesné et Clément ont montré notamment que le jus de raisin, conservé autrement que par l'évaporation à froid, ne contient plus de vitamine C.

Le rachitisme peut être traité soit par les rayons ultra-violets (on irradie ainsi l'ergostérol dont les graisses de l'organisme renferment toujours une certaine quantité), soit par l'huile de foie de morue, soit par les produits irradiés ; le plus actif des stérols reste l'ergostérine de Tanret. Lesné, Clément et Simon, en présence du grand nombre de produits prétendus riches en facteur antirachitique, ont montré la nécessité d'exiger l'emploi d'une unité antirachitique.

Celle-ci se définit ainsi : la plus petite dose quotidienne de substance active qui, administrée pendant 21 jours à de jeunes rats soumis au régime rachitigène, les protège contre l'éclosion du rachitisme.

Il est indispensable d'utiliser un produit de fabrication récente et, pour obtenir un effet thérapeutique certain, il faut donner 100 à 200 unités par jour.

Lesné a montré qu'on peut augmenter la propriété antirachitique du lait de femme en irradiant les seins de la nourrice.

II. La thérapeutique devient plus délicate lorsqu'il s'agit de traiter les *hypovitaminoses :* il faut reconnaître la carence en cause si l'on veut appliquer un traitement spécifique.

La question est d'autant plus difficile que les avitaminoses sont plus frustes ; nous avons vu leur polymorphisme et leurs tests de diagnostic.

Le traitement par la vitamine spécifique n'est cependant pas suffisant : il faut savoir pourquoi l'alimentation est carencée afin d'y remédier.

Un lait peut manquer de vitamines parce que la mère elle-même a une alimentation déficiente.

Nous avons vu que le lait des vaches laitières nourries à l'étable avec des fourrages est moins riche en vitamines que le lait des vaches alimentées en plein air avec de la luzerne et du trèfle.

III. Actuellement, on étend le domaine thérapeutique des vitamines et l'on ne se borne plus à les prescrire dans les états d'avitaminose ou d'hypovitaminose.

Dans la carence en facteur A, on observe une sensibilité particulière aux agents infectieux.

Certains auteurs ont donc cherché à utiliser le facteur A dans la lutte contre les infections ; c'est ainsi que Green et Mellanby ont obtenu, par son emploi, quelques cas de guérison dans l'infection puerpérale.

La vitamine B, par son rôle dans le métabolisme des glucides, pourrait peut-être rendre quelques services dans le traitement du diabète.

De même, la vitamine C semble avoir une influence heureuse sur les anémies, même non scorbutiques.

Mais c'est surtout la vitamine D qui a étendu son champ d'action.

Son pouvoir fixateur du calcium la fait employer dans de nombreux états de déminéralisation.

Scheurlen et Orlowitsch soupçonnent que le rôle primordial, dans le régime de Gerson-Hermannsdorfer-Sauerbruch appliqué à la tuberculose pulmonaire, est joué, non pas par la carence chlorurée sodique, mais par l'apport vitaminé considérable. La calcification des lésions pourrait être aidée par l'emploi de la vitamine D. Levaditi et Loi-Yuan-Po ont d'ailleurs ainsi obtenu la calcification de lésions tuberculeuses expérimentales chez le lapin.

De même, la consolidation des fractures serait accélérée par son action.

Le facteur D présente aussi une efficacité évidente sur le cranio-tabes et l'ostéomalacie du nourrisson, sur la spasmophilie et la tétanie ; dans cette dernière affection, on voit — sous l'effet du traitement — augmenter le calcium sanguin dont le chiffre est toujours abaissé dans la tétanie infantile.

On prescrit encore la vitamine D dans la carie dentaire et dans certains états où l'organisme a besoin d'être calcifié ; c'est ainsi qu'on l'ordonne chez les femmes enceintes pour s'opposer à la décalcification dentaire de la période de gestation et pour favoriser l'ossification fœtale.

Nous signalerons enfin les essais thérapeutiques de l'épilepsie essentielle par la vitamine D ; certains auteurs, Adamson et Cameron en particulier, ont utilisé les vitamines A et D associées à un acide gras iodé dans le traitement préopératoire du goitre exophtalmique : il ne s'agit encore que d'études sans conclusions certaines.

Il en est de même du traitement de certaines intoxications par la vitamine D.

Toutes ces indications sont bien spéciales et la vitaminothérapie doit être faite avec discernement. L'indication posée, on doit prescrire les vitamines en suivant leurs effets et en diminuer ou en augmenter les doses suivant les réactions du malade. Ainsi l'on évitera certains troubles digestifs déterminés par quelques préparations et quelques incidents d'hypercalcémie en réalité exceptionnels. Nous ne pouvons que faire allusion ici à la toxicité, sans doute minime, des stérols irradiés et à quelques observations qui ont fait envisager la possibilité d' « hypervitaminoses ».

Enfin, lorsque l'on doit composer un régime alimentaire — et surtout lorsqu'il s'agit d'un régime assez strict et qui sera suivi pendant longtemps — de même que l'on établit le bilan des glucides, lipides, protides et matières minérales, il conviendrait de s'assurer de sa richesse en vitamines.

Si le régime paraît n'en contenir qu'une quantité insuffisante, il est facile aujourd'hui de le compléter à ce point de vue sans modifier sensiblement sa valeur énergétique.

Les conceptions actuelles des avitaminoses ne sont donc pas de simples notions théoriques ; bien au contraire, elles enrichissent à la fois la clinique et la thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

Une bibliographie minutieuse serait disproportionnée avec les limites de ce court exposé. On ne trouvera ici que des indications portant sur quelques travaux datant de ces trois dernières années. L'ouvrage de Mme L. Randoin et de M. H. Simonnet contient une importante bibliographie jusqu'en 1928 ; nous prions le lecteur de bien vouloir s'y reporter.

G.-L. Adamson et Cameron. Traitement pré-opératoire de la Maladie de Graves par l'association d'un acide gras iodé aux vitamines A et D, *Bull. méd. de Québec*, XXX, janv. 1929, p. 1.

P.-F. Armand-Delille et J. Bertrand. L'ergostérine irradiée dans le traitement du rachitisme, *Gaz. méd. de France*, 15 avr. 1929, p. 83.

P.-F. Armand-Delille. Héliothérapie; Actinothérapie et stérols irradiés. Masson, 1931.

P. Bertoye. Les formes frustes et latentes des avitaminoses chez le nourrisson, Rapport au *VIIe Congrès des Pédiatres de langue franç.*, Strasbourg, 5-7 oct. 1931.

J. Brindschelder. De la dystrophie préscorbutique du nourrisson, *Strasbourg méd.*, 5 mai 1930.

L. Binet et M.-V. Strumza. Le carotène ; son pouvoir hématopoïétique, *La Presse méd.*, n° 3, 9 janv. 1932.

A. Bocquentin. Actions thérapeutiques des stérols irradiés. *Science méd. prat.*, 1929, p. 336.

Briault. Introduction à l'étude des vitamines artificielles, *Th. de Paris*, 1929.

J. Brangher. Le viostérol (ergostérine irradiée) dans le traitement de la tétanie parathyroïdienne, *Journ. of the Amer med. Assoc.*, t. XCIV, n° 7, 15 fév. 1930.

Brouha. Les acquisitions récentes dans le domaine des vitamines, *Liége méd.*, nos 42, 43, 44, 45, oct.-nov. 1930.

J. Cathala. *Pathologie du nourrisson*. Masson, 1931 ; Les anémies alimentaires dans le premier âge, *Sem. des hôp. de Paris*, 15 nov. 1931.

J. Chabrun. Les hypotrophies du nourrisson au delà du 5e mois, *Bull. méd.*, 4 juill. 1931, p. 471.

R. Clément. L'importance des vitamines chez le nourrisson, *Bull. méd.*, 31 janv. 1931, p. 58.

J.-A. Collarzo, P. Rubino et B. Varela. Sobre el mecanismo de accion de la vitamina D. Hypervitaminosis den el perro paratireoprivo, *Arch. de med. in. y espec.*, 13 déc. 1930.

Detchepare. Contribution à l'étude des vitamines. *Th. de Paris*, 1930.

L. Dinkin. Les formes larvées et frustes d'avitaminoses et d'autres états de carence dans la pratique quotidienne, *Méd. Klinik.*, t. XXVI, n° 30, 25 juil. 1930.

Forest et R. Wolf. L'état de précarence dans les avitaminoses A chez le nourisson, Comm. au *VIIe Congrès des péd. de langue franç.*, Strasbourg, 5-7 oct. 1931.

Frontali. Symptômes capillaires dans les formes frustes de scorbut infantile, *ibid.*

G.-L. Hallez. Les fièvres alimentaires du nourrisson, *La Prat. méd. franç.*, oct. 1931, A.

F.-S. Hansman. Administration de vitamines D dans l'insuffisance parathyroïdienne suivant la thyroïdectomie, *The med. Journ. of Australia*, n° 25, 20 déc. 1930.

H.-A. Harris. L'huile de foie de morue et les vitamines dans leurs rapports avec le développement des os et le rachitisme, *Amer. Journ. of the med. Soc.*, t. CLXXXI, n° 4, avr. 1931.

H. Hoff. Intoxication par les sels métalliques et ingestion de vitamines D, *Med. Klinik.*, t. XXVI, n° 42, 17 oct. 1930.

M. Lelong et J. Chabrun. A propos d'un cas de maladie de Barlow. Considérations sur la fièvre préscorbutique, les signes radiologiques et la prophylaxie, *Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, séance du 21 oct. 1930, p. 472. La fièvre scorbutique. *Rev. franç. de pédiatrie*, N° 2, 1931.

P. Lereboullet. Classification des hypotrophies du premier âge, *Clinique et Laboratoire*, n° 7, 20 sept. 1931.

Ed. Lesné et R. Clément. Contrôle biologique et étalonnage des substances renfermant des vitamines, *La Presse méd.*, 3 oct. 1928, p. 1254.

Ed. Lesné, de Gennes et R. Clément. Nécessité d'un contrôle biologique et d'un étalonnage en unités physiologiques des substances renfermant des vitamines, *C. R. de l'Acad. de méd.*, 31 juill. 1928.

Ed. Lesné et R. Clément. Les vitamines dans l'alimentation des nourrissons, *Revue méd. franç.*, déc. 1930.

Ed. Lesné. Les substances irradiées en thérapeutique, *Sem. des hôp. de Paris*, 15 mai 1931, p. 259.

Ed. Lesné et R. Clément. Les vitamines du jus de raisin frais et concentré, Comm. au *VIIe Congrès des pédiatres de langue franç.*, Strasbourg, 5-7 oct. 1931.

Loeper. *Les aliments médicaments*, Masson, édit., 1930.

F. Ludwig et J. von Ries. L'action de lumières diversement colorées sur les hormones et les vitamines, *Schweiz. Med. Woch.*, t. LXI, n° 14, 4 avr. 1931.

Marfan. *Le rachitisme*, Doin, édit. ; — *Clinique des maladies de la première enfance*, 2e série. Masson, 1930.

R. Mathieu et J. Chabrun. La fièvre alimentaire en clinique, Rap. au *VIIe Congrès des Pédiatres de langue franç.*, Strasbourg, 5-7 oct. 1931.

Mellanby et Green. Vitamin A as antiinfective agent ; its use in treatment of puerperal septicemia, *British Med. Journ.*, London, 1er juin 1929, p. 984.

Th. Moore. Note of carotin and vitamin A, *The Lancet*, 9 mars 1929, p. 439.

Th. Moore. The colorimetric estimation of vitamin A, *The Lancet*, 3 août 1929, p. 219.

G. Mouriquand. *Précis de Diététique et des maladies de la nutrition*, Doin, édit. ; Le métabolisme et les fixateurs du calcium chez l'enfant, Rap. au *Congrès des méd. de langue franç.*, Liége, 23-27 sept. 1930 ; — Sur les états de précarence, *La Presse méd.*, 1er févr. 1930.

G. Mouriquand, J. Rollet et Mme Chaix. Précarence et avitaminose A, *Paris méd.*, 3 mai 1930 ; — L'infection et le terrain dans l'avitaminose A, *C. R. de l'Acad. de Méd.*, séance du 14 avril 1931 ; — Action de l'huile de foie de morue stérilisée et conservée en injections sous-cutanées dans l'avitaminose A, *C. R. de la Soc. méd. hôp. Lyon*, séance du 19 mai 1931.

G. Mouriquand. Les dystrophies inapparentes, *La Presse méd.*, 19 sept. 1931, p. 1373.

J. Mouzon. L'ingestion de substances irradiées dans le traitement et dans la prévention du rachitisme, *La Presse méd.*, 30 nov. 1927, n° 75, p. 1453.

Ph. Pagniez. L'état actuel du problème des vitamines, *La Presse méd.*, 12 déc. 1928, n° 99, p. 1582.

G. Prat. Vitamines. Vitaminothérapie. Essais thérapeutiques par des graines germées, *Th. de Paris*, 1930.

Mme L. Randoin et H. Simonnet. Les données et les inconnues du problème alimentaire. La question des vitamines, *Les Presses universitaires de France*, 1928 ; — Les origines, l'état actuel et les applications pratiques de nos connaissances sur les vitamines. *Liége méd.*, juil. et août 1928.

Mme L. Randoin. Recherches sur les vitamines. Recherches sur l'équilibre alimentaire et la nutrition, *Bull. Soc. d'hyg. alim.*, 1930, p. 369 ; — Les origines et l'état actuel de la question des vitamines, *Biologie méd.*, n° 8, oct. 1931.

L. Ribadeau-Dumas, R. Mathieu et Willemin. L'arrêt de croissance des nourrissons du 6e au 8e mois, syndrome

de carence fruste, *Bull. Soc. de pédiatrie de Paris*, 18 fév. 1930.

L. RIBADEAU-DUMAS. Les carences frustes chez l'enfant du premier âge. *La Presse méd.*, 4 fév. 1931, N° 10, p. 161. — Du terrain dans les infections aiguës du nourrisson et de ses modifications sous l'influence thérapeutique, *Sem. des hôp. de Paris*, 28 févr. 1931, p. 97.

L. RIBADEAU-DUMAS, R. MATHIEU et GUÉDÉ. Syndromes neuro-musculaires et avitaminoses, *Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, 16 juin 1931.

A. SCHEUNERT. Les légumes en tant que source de vitamines, *Deut. med. Woch.*, t. LVII, n° 20, 15 mai 1931.

F. SCHEURLEN et A. ORLOWITSCH. Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les vitamines, *Münch. med. Woch.*, t. LXXVII, n° 23, 6 juin 1930.

SCHERMAN et BURTIS. Facteurs influençant l'exactitude des déterminations quantitatives de la vitamine A, *Journ. of. biol. chem.*, 1928, n° 3, p. 671.

N.-J. SPYROPOULOS. Contribution à l'étude et au traitement de l'hypothrepsie des nourrissons, *Arch. méd. des enf.*, 1930.

G. TANRET. Ergostérine irradiée et vitamine D antirachitique, *Paris méd.*, n° 4, 26 janv. 1929, p. 85.

G. TIXIER. Sur les conditions indispensables pour la préparation industrielle de la vitamine D (ergostérine irradiée), *C. R. de l'Acad. de Méd.*, 5 mai 1931.

G. TIXIER. Procédé pratique de dosage en unités antirachitiques de la vitamine D, *C. R. de l'Acad. de méd.*, 28 juil. 1931.

H.-S. THATCHER. Etudes expérimentales de la relation entre la pellagre et l'avitaminose. *Jour. méd. col. Paris*, 28 juil. 1931.

M.-D. TYSON et A.-H. SMITH. Tissue changes associated with vitamin A ; Deficiency in rat, *Amer. Jour. of Pathol.*, janv. 1929, p. 57.

E. VOGT. Fetus und vitamin A, *Munch. Med. Woch.*, 18 oct. 1929, n° 42, p. 1748.

WEILL et MOURIQUAND. *Précis de Médecine infantile*, Doin, édit.

WIELAND. Traitement du rachitisme par les aliments irradiés, *Rev. franç. de Pédiatrie*, janv. 1929.

WOLFF et VERHOFFEGEEN. Carotène et vitamines, *Deutch. med. Woch.*, t. LVI, n° 34, 22 août 1930.

ACTUALITÉS

MISÈRES NOUVELLES : LE KALA-AZAR AUTOCHTONE

Avec son nom à la bizarre consonance, le Kala-azar semblait avant la guerre pouvoir à bon droit être considéré comme un type de ces maux exotiques qui, pour les médecins de la métropole, étaient plutôt objet de curiosité que sujet de préoccupations ou d'études. Dès 1907 cependant, Nicolle avait observé à Tunis un premier cas dont il avait donné la description clinique, établi l'origine parasitaire, identifié et étudié l'agent qu'il avait mis en parallèle avec celui des Kala-azar viscéraux de l'Extrême-Orient, sans pouvoir cependant affirmer leur identité. Rien toutefois ne donnait à croire à ce moment que le Kala-azar allait acquérir droit de cité dans la France métropolitaine.

Cette première étude ayant attiré l'attention, on put les années suivantes, tant en Orient qu'en Occident, reconnaître sur tout le pourtour de la Méditerranée l'existence de « colonies » de la redoutable affection.

Jusqu'en 1918, la France parut indemne. Cette année-là, pour la première fois, MM. Labbé, Ameuille et Targhetta en observèrent deux cas, encore étaient-ils d'importation : deux jeunes Serbes d'émigration récente. En 1922, par contre, MM. d'Œlsnitz, Balestre et Daumas signalent de nouveaux cas, cette fois incontestablement autochtones. Qu'il se soit agi là de la seule voie d'invasion ou que, comme il est plus probable, d'autres voies parallèles aient joué un rôle inaperçu, c'est sensiblement à cette époque que notre pays a perdu son immunité.

Depuis lors, les cas se sont multipliés, hors de France comme en France, juxta-méditerranéens presque toujours, avec d'autant plus d'écho que l'attention des médecins était désormais en éveil. Communications aux sociétés scientifiques, publications de presse se font de plus en plus nombreuses. En 1931, le milieu médical parisien a pris sa part de ces travaux et nul ne peut plus nulle part considérer désormais le Kala-azar comme l'exceptionnelle rareté d'antan (1).

Il semble, à vrai dire, qu'il serait peut-être désirable d'abandonner l'habituelle dénomination de Kala-azar infantile, partiellement impropre ; celle de leishmaniose viscérale autochtone permettrait de tenir un meilleur compte de faits récemment observés.

*
**

Ces circonstances ne peuvent qu'inciter à faire le point et à comparer nos ignorances et nos connaissances présentes avec ce que nous ignorions et connaissions avant la guerre. La lecture du traité de Grall et Clarac fournit un terme précis de comparaison puisque daté de 1911 à peu de temps par conséquent de la découverte de Nicolle.

A cette époque le Kala-azar était considéré comme une affection atteignant les enfants en bas âge, vers 2 ans surtout, de début essentiellement insidieux et sans durée reconnue. A la période d'état, le malade, d'une pâleur porcelainique toute particulière, aux muqueuses pâles et exsangues, très amaigri, présente un abdomen augmenté de volume et tendu, avec ou sans ascite, mais où constamment on découvre une rate dure d'un volume énorme et un foie moins notablement et plus tardivement hypertrophié. La température très habituellement élevée est essentiellement irrégulière et ne peut être comparée à aucun des types fébriles habituellement rencontrés en clinique ; elle s'accompagne d'une tachycardie élevée. Accessoirement, on observe des hémorragies cutanéomuqueuses, des crises subites de dyspnée pouvant à elles seules entraîner la mort. Exceptionnellement le malade guérit, par ses seuls moyens d'ailleurs ; habituellement il s'achemine plus ou moins vite vers la mort que provoquent tantôt les progrès de l'anémie, ou

(1) Dans sa séance du 20 novembre 1931 la Société de médecine et de climatologie de Nice a entendu sur ce sujet une série d'importantes communications de MM. Rumpelmayer et Guiberteau, Carcopino, d'Œlsnitz. Nous aurons souvent à les citer au cours de cet article.

l'une des crises de dyspnée particulières au Kala-azar, tantôt une complication intercurrente.

Le laboratoire dès cette époque avait permis de déterminer les lésions sanguines : anémie habituellement extrême avec leucopénie ; inversion de la formule leucocytaire normale avec prédominance des formes lymphocytaires. On connaissait les lésions de la rate et la présence dans son parenchyme ainsi que dans la moelle osseuse de nombreux parasites habituellement contenus dans des leucocytes mononucléaires et que l'examen du sang seul ne permettait pour ainsi dire jamais de rencontrer.

Dès 1907, Nicolle avait identifié ce parasite comme une leishmania peut-être identique, peut-être très analogue à la Leishmania donovani, agent des Kala-azar viscéraux qui aux Indes frappent l'adulte. Mêmes caractères morphologiques, mêmes caractères de culture.

Le reste de l'étiologie présentait à ce moment bien des lacunes : dans la transmission du Kala-azar on soupçonnait le rôle d'un insecte sans pouvoir davantage préciser ; on tendait à attribuer au chien le rôle d'hôte de passage du virus puisqu'on le retrouvait fréquemment dans son organisme, mais sans pouvoir établir de façon assurée comment se faisait la transmission du germe.

Aussi se trouvait-on désarmé au point de vue prophylaxie. Au point de vue thérapeutique on ne l'était guère moins. Les arsenicaux, atoxyl ou autres, essayés en raison de la place du parasite dans la systématique, avaient complètement échoué. Par ailleurs, la splénectomie avait donné à certains auteurs quelques rares succès ; aussi, en dépit de l'illogisme d'une telle méthode vis-à-vis d'une affection dont on savait le parasite répandu en divers points de l'organisme, se risquait-on jusqu'à nouvel ordre à une solution évidemment imparfaite.

A cette époque on pouvait donc considérer que les données du problème étaient précisées, mais qu'aucune solution n'était trouvée ni même devinée.

***

Si en regard du bilan 1911 nous établissons le bilan 1932, nous pourrons sur bien des points nous trouver engagés à la modestie ; heureusement aussi, nous pourrons juger que le temps écoulé n'a pas été perdu et que les progrès réalisés sont encourageants.

L'ensemble du tableau clinique s'est trouvé confirmé, mais des précisions de détail s'y sont ajoutées.

Ce sont bien les enfants qui sont le plus souvent atteints et aux âges mêmes qu'avaient notés les premiers observateurs. Il faut pourtant noter que le Kala-azar méditerranéen leur avait paru réservé à la seule enfance, contrastant ainsi avec le Kala-azar indien qui touche les adultes. Timpano, d'Œlsnitz et d'autres auteurs ont rapporté un certain nombre de cas ayant trait à des adultes et qu'ils considèrent comme identiques de nature au Kala-azar infantile.

Endémique ou non, importée ou non, et incontestablement due à une transmission de virus, cette affection ne se présente cependant jamais que par cas sporadiques. A tel point même que la contagion familiale n'est jamais observée. Entre plusieurs enfants d'un même foyer un seul est atteint, les autres restent indemnes quelle que soit la promiscuité.

Cette absence d'épidémies familiales est sans doute à rapprocher de ce qu'ont observé Young et Hertig pour les Kala-azar chinois; mais en opposition avec leur constatation touchant l'influence de l'altitude, cette dernière ne paraît jouer aucun rôle sur l'éclosion des Kala-azars autochtones. Rien non plus n'a encore été mentionné qui soit comparable aux périodes d'épidémies légères de 4 ou 5 ans que séparent des silences complets de 10 à 15 ans observés par ces auteurs. Mais il convient naturellement de faire ici toutes réserves, puisqu'un recul suffisant nous fait encore défaut.

L'incubation la plus fréquente semble varier entre 10 et 30 jours ; dans quelques observations cependant on a pu soupçonner une durée beaucoup plus longue et que chez l'adulte en particulier on a pu estimer à 2 années entières.

La période de début est naturellement des plus estompées ; même de nos jours où l'attention médicale est éveillée on ne relève que des signes très vagues : parfois un peu de fièvre, de vagues troubles digestifs, de l'amaigrissement, la perte des forces, d'ailleurs très variables suivant la forme évolutive. Habituellement subaigu, ce début peut chez l'adulte être absolument chronique et la période d'état ne commencer qu'après plusieurs années. Il n'y a jamais là, en somme, que matière à diagnostic rétrospectif.

A la période d'état, les signes principaux ont conservé toute leur valeur. C'est la splénomégalie qui est le grand symptôme, elle est d'autant plus accentuée que l'évolution est plus prolongée, mais est sujette suivant les moments à des variations spontanées en l'un ou l'autre sens qu'il faut connaître pour ne pas les attribuer indûment à l'action du traitement.

Chez l'enfant le teint porcelainique est constant ; il manque au contraire assez souvent chez l'adulte et peut même faire place à une pigmentation bronzée assez particulière.

A noter chez l'enfant la fréquence d'une diarrhée rougeâtre de teinte carotte.

Quant à la température elle est chez l'enfant l'irrégularité même et ne peut ni par son degré ni par son évolution se ranger dans aucun des types établis si la maladie dure assez longtemps, elle peut traverser des périodes d'apyrexie ou même d'hypothermie. La feuille de température n'oriente donc nullement le clinicien non prévenu. A noter l'impuissance complète de la quinine.

Chez l'adulte, la courbe thermique est plutôt polymorphe qu'atypique et peut se confondre avec des types thermiques catalogués. Mais lorsque dans les 24 heures on prend la température plus souvent qu'il n'est classique de faire, on peut découvrir l'existence de plusieurs maxima quotidiens qui ne sont pas sans valeur diagnostique.

La description symptomatique du Kala-azar n'a donc été ni remaniée ni sensiblement complétée. On connaît mieux qu'autrefois en revanche les formes cliniques de la maladie.

Chez l'enfant on connaît une forme aiguë durant de 30 à 40 jours, une forme subaiguë durant de 5 à 12 mois, une forme chronique plus prolongée encore et dont l'évolution peut être entrecoupée de rémissions temporaires plus ou moins longues.

La phase initiale de la maladie est surtout caractérisée par l'élévation thermique et la présence de troubles gastro-intestinaux. L'anémie fait son apparition et progresse jusqu'à être le principal caractère de la période suivante. A ce moment la température est continue et irrégulière, la splénomégalie à son plein développement, l'anémie profonde. L'évolution aboutit à une période de cachexie avec diarrhée amenant la mort que peut hâter parfois une broncho-pneumonie intercurrente.

Chez l'adulte le Kalar-azar autochtone, tel que l'ont vu des auteurs comme d'Agostino, d'Œlsnitz, Timpano, présente une splénomégalie toujours moins énorme que chez l'enfant, la température est moins élevée, parfois rémittente, elle peut même manquer absolument (Olmer), l'anémie également est moins profonde, la pâleur peut faire place à une pigmentation bronzée.

C'est surtout du côté des recherches de laboratoire qu'ont été, au point de vue pathologie, réalisés les progrès. Il convient de reconnaître que les recherches des savants indiens relatives au Kala-azar oriental ont grandement contribué à enrichir nos connaissances dans ce domaine.

Un certain nombre de détails touchant la formule sanguine ont pu être précisés. Chez l'enfant, l'anémie est précoce et intense ; assez rapidement elle atteint un palier entre 3.000.000 et 2.000.000 de globules rouges où elle se maintient assez longtemps. Mais le chiffre des hématies diminue encore par la suite et tombe au-dessous de 2.000.000 ; dans un cas, d'Œlsnitz a trouvé le chiffre exceptionnellement faible de 1.180.000.

Parallèlement, le nombre des globules blancs diminue, s'abaissant parfois jusqu'à 3.000 et même 2.000 par mmc. Le rapport $\frac{\text{globules blancs}}{\text{globules rouges}}$ est abaissé lui aussi et Rogers lui attribue une valeur particulière lorsqu'il s'abaisse au-dessous de 1.500.

La formule leucocytaire est caractéristique : diminution ou même disparition des formes granulaires, polynucléaires de toutes variétés et en particulier éosinophiles et myélocytes ; prédominance énorme des formes non granuleuses au bénéfice des lymphocytes qui, chez l'enfant observé par Rumpelmayer et Guiberteau, ont pu atteindre 100.

Di Capua a décrit chez le nourrisson des détails un peu particuliers : présence d'hématies nucléées, de cellules de Rieder et de Türck, de nombreuses cellules endothéliales avec prolongements protoplasmiques phagocytant les hématies.

Chez l'adulte, les signes hématologiques comme les symptômes cliniques s'estompent un peu : l'anémie est moindre, les hématies ne tombant pour ainsi dire jamais au-dessous de 3.000.000 et pouvant de façon temporaire remonter spontanément à un taux plus élevé. La leucopénie existe, mais la diminution du nombre des polynucléaires est moindre que chez l'enfant ; la prédominance lymphocytaire est aussi moins absolue ; on trouve dans la circulation un nombre appréciable de grands mononucléaires.

Abandonnées à elles-mêmes les choses vont habituellement s'aggravant ; lorsque se produit une amélioration au contraire, on voit les divers signes hématologiques s'atténuer : anémie et leucopénie diminuent, polynucléaires et ésosinophiles reparaissent. A noter ce que d'Œlsnitz appelle la pléthore paradoxale : alors que le sujet se recolorant reprend meilleur aspect on lui trouve encore une formule sanguine plus éloignée de la normale qu'on ne l'attendait vu les apparences.

Les albumines du sang sont modifiées ; dans le Kala-azar autochtone, Benhamou, Gille et Nouchy ont retrouvé les mêmes caractéristiques antérieurement signalées par Brahmachari, Lloyd et Paul dans le Kala-azar indien : diminution des albumines totales du sérum ; augmentation du taux des globulines, euglobuline surtout, augmentation du rapport sérine-globuline. A l'examen en ultra-violet, le sérum sanguin présente un spectre d'absorption très différent de la normale, modification due sans doute aux transforma tions des albumines ou à leur relative disproportion.

Diverses réactions ou techniques de laboratoire ont été également préconisées en ces dernières années dont l'intérêt pratique est très inégal.

L'intradermoréaction avec des extraits alcalins de leishmania peut être observée ; mais on est mal fixé sur sa valeur précise ; pour Chandra-Roy elle serait positive pour toutes les espèces de leishmania sans distinction possible ; pour Buss elle peut au contraire aider au diagnostic de la variété de parasite. En plus de l'inconvénient que présente cette incertitude, il ne semble pas que l'extrait nécessaire soit encore bien courant. Le sérodiagnostic est encore à l'étude ; quant à la déviation du complément elle paraît infidèle (13 succès sur 88 cas pour Cristinia et Caronia).

D'autres réactions basées sur les propriétés chimiques des globulines ont été mises en évidence par Brahmachari dans les Kala-azar indiens. Ils semblent aussi fidèles dans les affections autochtones et comportent sinon certitude du moins forte présomption lorsque positifs.

Le test le plus employé est connu sous le nom de formolleucogelréaction ; il en existe divers procédés diversement désignés, mais tous dérivent des travaux initiaux de Mackie et de Napier (1926) sur le sérum des syphilitiques. Cette réaction paraît fidèle dans le Kala-azar, il faut seulement se garder d'être trop affirmatif pour des cas limites et ne tenir pour positives que les gélifications-opacifications du sérum qui se produisent rapidement (3 à 20 minutes au plus). Cette réaction peut être réactivée par le traitement.

Moins employée est la réaction de Chopra et Gupta qui paraît cependant avoir un grand intérêt : précipitation immédiate et d'une densité caséeuse produite dans le sérum sanguin d'un Kala-azar par l'adjonction d'un sel organique d'antimoine (type Urea-stibamine) à 1-4 0/0. Cette réaction se produit plus vite encore que celle de Brahmachari ; elle a pourtant l'inconvénient d'exiger une quantité un peu plus considérable de sang, tandis que certaines techniques de

formolgelréaction ne demandent qu'une goutte de sérum.

Ces réactions semblent particulièrement précieuses en clinique courante.

D'autres épreuves comportent la certitude, mais n'ont pas une valeur d'usage aussi considérable.

Gasparini, Paradiso ont préconisé la recherche du parasite dans le sang ; sa présence y est pour ainsi dire exceptionnelle à l'examen direct. Mais cet examen est d'une absolue innocuité pour le malade, ce qu'on ne peut dire des autres procédés d'examen parasitologique dans la pulpe hépatique, ganglionnaire, et surtout splénique et dans la moelle des os. Ce sont des techniques fidèles qui permettent avec un grand pourcentage de voir des parasites parfois libres, mais beaucoup plus souvent inclus dans les monocytes ou dans des cellules du tissu réticulo-endothélial qui sont parfois bourrées de leishmania. Mais le risque n'est pas négligeable de ponctionner de façon aveugle des organes qui peuvent se déchirer ou saigner comme la rate, ou des os en plein développement à proximité d'une cavité articulaire comme le tibia à son plateau. Il faut donc ne pratiquer ces épreuves qu'en cas d'absolue nécessité.

Du sang ou une pulpe d'organe peuvent être cultivés (Paradiso). Les résultats sont fidèles, mais peu rapides, il faut 3 jours au moins et parfois 3 semaines pour avoir une culture de leishmania. Il faut de plus un milieu spécial.

Enfin un traitement d'épreuve peut faute de mieux être tenté et lever des incertitudes.

Nos connaissances étiologiques n'ont pas bénéficié autant que le laboratoire des travaux des savants orientaux, les analogies entre germes étant ici plus gênants qu'utiles.

Le domaine géographique reconnu du Kala-azar autochtone est plus étendu actuellement qu'en 1911 ; c'est le pourtour quasi entier de la Méditerranée : îles, Malte, Crète, Sardaigne ; continents, France, Espagne, Portugal, Italie, Macédoine, Tripolitaine, Tunisie, Algérie, Maroc. Il y faut joindre la Russie du Sud et les régions du Tchad et du Gabon.

En France, le littoral méditerranéen entier est lieu de contamination, ainsi que les départements du Gard et de Vaucluse, sans que l'altitude joue aucun rôle.

L'agent infectant déterminé dès le début par Nicolle a vu son rôle confirmé ; c'est un flagellé, proche des trypanosomes, du genre Leishmania.

La Leishmania infantum, agent du Kala-azar autochtone, est morphologiquement identique à la L. donovani, agent du Kala-azar indien. Il siège dans les cellules mononucléaires du sang et dans l'endothélium des organes où il subsiste et se reproduit. On ne connaît pas encore de caractère qui permette de distinguer ces deux parasites ni anatomiquement ni biologiquement. Aussi bien des auteurs admettent-ils une unicité d'espèce que modèlent les hôtes et les climats et dont la virulence varie.

On trouve aussi ce parasite chez l'animal. En Macédoine, Blanc et Caminopetros l'ont trouvé dans le tissu réticulo-endothélial du spermophile, animal très sensible au Kala-azar méditerranéen. Ce qui est plus grave c'est sa présence très fréquente en tous pays chez le chien ; on en a trouvé jusqu'à 80 0/0 de contaminés à Messine. Mais la coïncidence dans le temps ni dans l'espace des leishmanioses humaines et des canines n'est pas prouvée et pour bien des auteurs le rôle du chien demeure encore à prouver.

Comment s'infecte cet animal ? Comment l'homme ? Comment se fait le passage de l'un à l'autre ? On l'ignore encore. Parmi les animaux autrefois soupçonnés, la punaise et la puce paraissent innocentes. Restent la tique du chien (Rhipicephalus sanguineus) et un moustique, le phlebotomus argentipes.

Chez la tique, Blanc et Caminopetros ont trouvé des leishmania. Quant au phlébotome chez qui la leishmania peut en effet évoluer, son rôle d'hôte intermédiaire lui est surtout attribué pour des raisons géographiques. Mais pour l'un comme pour l'autre on ne sait rien des modes de transmission.

La splénectomie a vite perdu la faveur. Il n'existe actuellement qu'un seul traitement qui est médical et un seul médicament bon contre toutes les leishmanioses viscérales : l'antimoine que l'on peut considérer comme un spécifique. C'est là l'acquisition la plus importante qui, en quelques années, a transformé le pronostic du Kala-azar. Zahra Neumann qui observait à Malte une mortalité de 100 0/0 en 1910 l'a vue tomber à 33 0/0, puis à 12 0/0, par l'antimoine selon le mode d'emploi. Il en est de même dans les autres régions.

On a abandonné le tartre stibié employé d'abord pour les sels organiques d'antimoine pentavalent qui sous des dénominations diverses ont fait partout leurs preuves.

L'amélioration est en général très rapide. Une seule cure peut suffire à la guérison dans bien des cas. Les modifications de la formule sanguine et de la splénectomie sont les deux importants signes pronostiques. Les parasites disparaissent, de même que les réactions biologiques. Après une exacerbation passagère du reste inconstante, la fièvre disparaît complètement. L'observation prolongée prouve qu'il y a guérison et réelle et non simple blanchiment ; il est pourtant sage de prescrire après guérison une cure de consolidation.

***

Le traitement est en général bien supporté par l'enfant ; la sensibilité un peu plus grande de l'adulte n'empêche pas chez lui la perfection du résultat. Il a cependant des inconvénients qu'il faut connaître, moins fréquents du reste avec l'antimoine organique.

L'intolérance, qui est un ordre de réduire les doses, se traduit souvent par des vomissements ou par une toux coqueluchoïde incessante et pénible.

Des troubles tardifs ont été observés aux Indes qui semblent rares chez nous ; d'Œlsnitz en a pourtant observé, dans un cas, d'analogues qu'il croit dus à une médication trop prolongée : crise rhumatoïde durable, hépato-splénomégalie douloureuse, éruption pemphigoïde des paumes et des plantes, congestion pharyngolaryngée douloureuse.

Il semble que la prudence dans le maniement de l'antimoine suffise à rendre ces accidents exception-

nels ; ils ne diminuent pas la valeur pratique du médicament.

La thérapeutique du Kala-azar semble donc à peu près au point à l'heure actuelle et permet de réparer le mal. Reste à souhaiter que des progrès correspondants soient réalisés dans la connaissance du parasite et de sa biologie. Seuls ils nous permettront de prévenir le mal et de découvrir les règles prophylactiques que nous ignorons encore totalement.

R. LEVENT.

SOCIETES SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 AVRIL 1932)

Les poisons sympathicolytiques peuvent-ils transformer en une action vaso-dilatatrice l'action vaso-constrictive des amines dont ils n'inversent pas l'action hypotensive ? — M. Raymond HAMET.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 2 MAI 1932)

La mimique des aveugles. — M. G. DUMAS étudie la mimique des aveugles et il estime qu'elle est à base d'imitation.

Si, en effet, un aveugle arrive à réaliser une expression, c'est qu'elle est naturelle. S'il est incapable d'en réaliser une autre, c'est qu'il ne l'a pas vue. Par l'observation de l'aveugle on peut donc vérifier si telle expression est naturelle ou le fruit de l'imitation.

Demande-t-on à un aveugle d'exprimer par son visage la joie, la colère, la peur, on constate que le visage demeure presque immobile, mais que le corps adopte suivant le cas une attitude d'attaque ou de défense.

Les deux aveugles que M. Dumas présentait à l'Académie ont permis de vérifier ce qu'il avançait.

L'étude de M. G. Dumas n'est évidemment qu'une ébauche, mais on peut prévoir que son développement sera de nature à rendre socialement service aux aveugles.

La perte de l'immunité contre la vaccine. — M. Lucien CAMUS présente, au nom de MM. André Sergent et F. Trensz d'Alger, une statistique de 3.242 vaccinations positives éprouvées par une revaccination qui a donné 1.983 résultats positifs, soit une proportion de 60 % de succès.

En condensant dans un tableau succinct les succès par décade, on obtient pour une période de 2 à 50 ans des proportions de succès de 63, 56, 56, 58, 64 %.

Chez les enfants âgés de 3 ans, on constate déjà une assez forte proportion de succès et la proportion des résultats positifs ne varie pas sensiblement de l'enfance à la vieillesse.

Un enseignement d'une importance capitale résulte de ces documents, à savoir : qu'à Alger les deux tiers environ de la population déjà vaccinée étant redevenus sensibles au virus vaccinal, il importe de recommander des revaccinations plus fréquentes.

Comparaison des valeurs curatives de l'hystérectomie et des méthodes radiothérapiques, dans le traitement des épithéliomas cervico-utérins du degré I. — A l'occasion de la communication faite par J.-L. Faure le 12 avril, M. CL. REGAUD et ses collaborateurs de l'Institut du Radium, ajoutant 1926 aux années de leurs statistiques antérieures, font connaître les résultats qu'ils ont obtenus dans le traitement des épithéliomas cervico-utérins.

De 1922 à 1926, 429 cas de tous degrés d'extension ont été traités ; 142 guérisons ont été obtenues (33 %), qui sont jugées maintenant avec un recul minimum de cinq ans. Les auteurs ont compté parmi les échecs 11 femmes mortes de maladie intercurrente et 7 femmes (1,6 %) perdues de vue en état de bonne santé, mais avant l'échéance de cinq ans. De toutes les patientes jugées guéries à la fin de la cinquième année, chez 4 seulement une récidive a été reconnue ultérieurement.

Parmi les cas du degré I (néoplasme paraissant limité au col), 29 ont été traités par le radium seul ; 23 (79 %) ont été guéris ; il n'y a pas eu de mortalité.

La statistique chirurgicale récemment publiée par J.-L. Faure paraît plus brillante, parce qu'elle ne comprend qu'une sélection des meilleurs cas du degré I. Mais si on adopte une définition commune des lésions, on ne trouve plus que 70 % de guérisons à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca.

Les cas du degré II (à la limite de l'opérabilité) ont été à l'Institut du Radium au nombre de 121, et ont fourni 50 guérisons (41 %), en regard de 23 % à la clinique gynécologique.

Les cas du degré III (invasion étendue du paramètre) qui ne sont pas du ressort de la chirurgie, ont encore donné 27 % de guérisons de cinq ans à l'Institut du Radium.

Il résulte de ces faits que, même dans les meilleurs cas, les méthodes radiothérapiques donnent des résultats supérieurs à ceux de l'opération de Wertheim. A égalité de perfection technique, cette opération ne conserve donc plus que de très rares indications.

M. J.-L. FAURE n'est pas d'accord avec M. Regaud sur la classification de ses cas. Il répondra dans une prochaine séance.

Un film chirurgical sonore. — M. le professeur GOSSET présente un film chirurgical sonore comprenant des dessins animés, puis la prise d'une opération d'appendicite. Complété par les commentaires du professeur au fur et à mesure des divers temps, le film constitue une merveilleuse leçon de choses.

M. Gosset, en le présentant, rappelle les films remarquables pris jadis par Doyen, le très beau film d'hystérectomie abdominale totale de J.-L. Faure, et il exprime le vœu que ces films soient utilisés pour l'enseignement.

M. J.-L. Faure, sur la demande qui lui en est faite, projettera son film à l'Académie dans 15 jours.

Le bacille de Koch, virus de sortie. — MM. Jean TROISIER et T. DE SANCTIS MONALDI ont recherché systématiquement depuis un an s'il était possible de déceler le bacille de Koch dans le sang de sujets atteints de maladies évidemment non tuberculeuses.

Ils ont utilisé la technique de Lowenstein et employé un milieu à l'asparagine dérivé du milieu de Petragnani, mais ne contenant pas de peptone.

Dans ces conditions, ils ont pu obtenir des cultures de bacilles tuberculeux typiques dans le sang de trois malades : une pneumonie banale curable, une streptococcie mortelle type Osler, une méningite cérébro-spinale mortelle suppurée à méningocoques A.

Les bacilles tuberculeux obtenus furent identifiés chaque fois comme des bacilles humains franchement virulents pour le cobaye.

Néanmoins, aucun des trois malades ne fit, par la suite, de poussée évolutive tuberculeuse. Le pneumonique fut revu radiologiquement guéri quatre mois après. La maladie d'Osler ne montra à l'autopsie aucune lésion tuberculeuse évidente. Le méningitique mourut d'une pullulation nouvelle de méningocoques A. malgré la sérothérapie spécifique.

Comment interpréter cette bactériémie tuberculeuse à l'occasion d'une maladie aiguë non tuberculeuse ? Les auteurs estiment que chez leurs malades, l'infection aiguë coccique a provoqué la sortie du virus tuberculeux, vivant jusque-là à l'état presque saprophytique dans les organes. Le bacille de Koch, constaté dans ces conditions dans le sang, ne peut être considéré comme l'agent pathogène de la maladie aiguë, mais comme un *virus de sortie* sans valeur pathogène actuelle.

Election de deux correspondants étrangers dans la 2e division (chirurgie). Sont élus : M. le professeur Arcé (de Buenos-Aires) et M. le professeur Gibson (de New-York).

— Dans la dernière séance, M. Le Roy des Barres a fait une communication sur une **artérite oblitérante traitée par la radiothérapie profonde des capsules surrénales, avant l'amputation.** M. ZIMMERN, à ce propos, constate que cette communication appuie heureusement les résultats obtenus par MM. Chavany et Brunet, et par lui-même dans des cas analogues. Il insiste sur l'aspect nouveau que M. Le Roy des Barres a donné à cette question : la radiothérapie surrénale comme temps préparatoire à l'amputation, quand celle-ci est devenue inévitable.

LIVRES NOUVEAUX

Les Evadés de la Médecine (1), par le docteur CABANES.

Il est remarquable que, parmi les personnages qui ont le plus occupé les biographes, il s'en trouve un si grand nombre qui ont débuté par des études médicales. Le fait, explicable en soi, paraît tenir au caractère même de la médecine qui, par le nombre et la variété des connaissances qu'elle suppose, ne peut manquer d'attirer à elle les jeunes intelligences éprises d'universalité. Elle apparaît ainsi comme une philosophie supérieure, ayant sa fin en dehors de toute pratique, et susceptible par conséquent de mener un esprit naturellement distingué aux carrières les plus diverses. Pour citer au hasard, Denis Papin, Locke, Sainte-Beuve, Berlioz ont étudié la médecine. Si différents soient-ils, les « évadés » de la médecine dont nous entretient le regretté docteur Cabanès ont en commun d'avoir eu du talent et souvent du génie. Etudier, en la compagnie d'un écrivain aussi pénétrant, la formation de leur caractère et de leurs aptitudes est un régal de lettré, et l'on peut prédire à cet ouvrage posthume un succès égal à celui de tant d'autres ouvrages, aujourd'hui célèbres, du même auteur.

L. G.

(1) In-8 broché orné de 60 gravures. — Prix : 20 fr. — Paris Albin Michel.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 38. — MERCREDI 11 MAI 1932. 105e ANNÉE. MERCREDI 11 MAI 1932. — N° 38.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique*. — Séance du 3 mai. — MM. Basch, Rachet, Chevalley et Bourgeois, 20.

Classement des candidats : MM. Rachet, Basch et Bourgeois, 20 + 20 = 40; Chevalley, 19,72 + 20 = 39,72.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Thérapeutique chirurgicale.* — Séance du 3 mai. — MM. Ménégaux, 27; Huard, 23; Banzet, 25; Meillère, 26.

Classement des candidats : MM. Ménégaux, 95; Banzet, 90; Meillère et Huard, 89.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en or est décernée à M. le médecin capitaine Contal du 19e corps d'armée.

DÉFENSE NATIONALE. — GUERRE. — Le médecin général Fulconis, chef du Service de santé du Sénégal, est nommé directeur du Service de santé et inspecteur général des services sanitaires de l'Afrique équatoriale française à Brazzaville, en remplacement de M. le médecin général Bouffard, rapatriable.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Robert Kummer, l'urologiste bien connu de Genève. Nous adressons à son père M. le professeur Ernest Kummer, directeur de la clinique chirurgicale de l'hôpital cantonal, l'expression de notre vive sympathie.

CHRONIQUE

OUVERTURE DU COURS DE M. CHARLES NICOLLE AU COLLÈGE DE FRANCE

M. le professeur Charles Nicolle a pris possession mercredi dernier de la chaire de Médecine du Collège de France, chaire illustrée par Laënnec, Claude Bernard, Brown-Séquard et enfin par d'Arsonval.

Lorsqu'il fit son entrée, accompagné de M. Joseph Bédier, administrateur du Collège de France ; de MM. d'Arsonval, Emile Roux, Calmette, Louis Martin, Mayer, il fut accueilli par une ovation. L'amphithéâtre était comble ; dans l'assistance : MM. le professeur Mesnil, le professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de Lyon, et ses collègues Leriche et Mouriquand. Plus loin, Pasteur Vallery-Radot, les professeurs Vaquez, Lemierre, Marchoux ; MM. Comby, Netter, Delépine, Gabriel Bertrand, Fourneau, Chevassu, Jean Troisier, Louis Bazy, Dujarric de la Rivière, Broquet, Poix... Tout en haut de l'amphithéâtre, voici encore Jean-Louis Faure et Lesage ; contre le tambour de la porte d'entrée se tient Léon Daudet. Au pied de la chaire, un groupe compact de Normands venus applaudir leur illustre compatriote : MM. Halipré, Dévé, Petit, Martin, Gascard, Derocque, Payenneville, Hélot, Houdeville (de Rouen), Sorel.

Très ému, M. Charles Nicolle adresse ses premiers remerciements à M. Joseph Bédier et à ses collègues, qui lui ont ouvert les portes du vénérable Collège. Il fait ensuite un magnifique éloge de son prédécesseur immédiat, M. le professeur d'Arsonval, savant illustre et modeste dont l'œuvre rayonne sur toutes les branches de la médecine. Enfin M. Nicolle entre dans le sujet de son cours : *L'Introduction à la carrière de la médecine expérimentale.* Il explique alors comment, au soir de sa carrière, il a tenu à venir apporter aux jeunes le fruit des recherches auxquelles il a consacré sa vie.

Pendant une heure, M. Nicolle tient son auditoire sous le charme. Il parle avec sa simplicité habituelle. Sa leçon, une merveille de clarté, est écrite dans une langue d'une pureté admirable. Je voudrais en donner une analyse même très faible, mais j'entends encore M. Nicolle s'écrier : « Les articles de journaux déforment les travaux et défigurent les idées. » Et puis aussi : « Je n'aime pas les couronnes de papier doré. »

Mon respect et mon admiration pour M. Nicolle me font un devoir de lui obéir.

Je me bornerai donc à citer seulement quelques passages de sa leçon, car ils se rapportent non à des idées, non à des travaux, mais à des maîtres et à des amis qui lui furent chers.

« Il n'est guère de savant qui ne doive sa flamme à un maître », dit M. Nicolle. Aussi envoie-t-il d'abord l'expression de sa gratitude à son père, professeur à l'Ecole de Rouen, qui fut son premier maître ; à son frère aîné Maurice Nicolle, son brillant compagnon d'études.

A Paris, trois hommes surtout l'enthousiasmèrent : Gombault, « le père Gombault » comme nous disions alors, l'anatomo-pathologiste dont tant d'entre nous furent les élèves. Puis, à l'Institut Pasteur, Metchnikoff « à la face de prophète » ; Emile Roux, dont l'exemple montre que « la vérité est plus riche que toutes les affabulations »...

« Ce que ces maîtres ont été pour moi, ajoute M. Nicolle en s'adressant à ses auditeurs, je voudrais l'être pour vous. »

M. Nicolle rappelle encore quelques souvenirs sur son séjour à l'Institut Pasteur, où Pasteur et les siens lui témoignèrent une bonté et une amitié qu'il n'oubliera jamais.

En terminant, il remercie ses amis de Rouen, de Paris et de Tunis de lui avoir donné « ce qu'il y a de plus doux pour l'homme, l'amitié dans la confiance et le sentiment du devoir accompli ».

Les derniers mots de M. Nicolle ont été salués par des applaudissements prolongés. Par sa simplicité sa leçon était en effet digne de celui qui a protégé la France contre le typhus exanthématique, bien digne du chercheur dont les travaux ont éclairé la fièvre ondulante, la fièvre récurrente, le trachome, le Bouton d'Orient, la bilharziose, l'ankylostomiase, toutes les maladies infectieuses...., bien digne encore de celui qui nous a appris à connaître les infections inapparentes, à utiliser les sérums de convalescents, les vaccins microbiens...

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

ÉTUDIANT FIN D'ÉTUDES. Externe de Paris ayant déjà fait remplacements désirerait trouver un poste en campagne pour juillet. — Ecr. M. Gérard, ext., 147, r. Saint-Dominique.

FILLE, SŒUR ET VEUVE de médecin, excellente éducation, cherche situation dans clinique. Recevrait clientèle chez médecin. Prétentions modestes. — Ecrire à Mme Albert Noble, 44, avenue de Suffren, Paris (XVe).

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude des protéines du sérum au cours de la tuberculose pulmonaire chronique (1), par le docteur Anatole SLIOSBERG.

1° Au cours de la tuberculose pulmonaire, le taux des albumines totales n'est que peu ou pas modifié, sauf dans les cas exceptionnels ;

2° Parmi les albumines du sérum, c'est la globuline qui subit les variations les plus importantes ; c'est elle qui constitue l'élément labile des protéines ;

3° Aux formes extrêmes, l'ulcéro-caséeuse évolutive et fibreuse apyrétique, correspondant des valeurs du quotient albumineux caractéristiques : basses dans le premier cas, élevées dans le second. Pour les valeurs intermédiaires de ce quotient, on trouve pêle-mêle toutes les formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire sans qu'il soit possible d'établir entre elles et par ce moyen une classification ;

4° Les variations du quotient, étudiées chez un même sujet, sont plus étendues à l'état pathologique qu'à l'état normal, et cependant le fait qu'elles sont dans l'un et l'autre cas très accentuées ajoute encore à ces difficultés de classification et enlève à l'étude de la protéinémie son intérêt pronostique, d'autant plus que les variations pathologiques ne sont pas parallèles aux variations cliniques ;

5° Rapprochée de l'étude du CO^2 alvéolaire et de la vitesse de sédimentation des hématies, l'évolution de la protéinémie, de technique plus délicate, ne constitue pas un progrès pour le diagnostic des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire et le pronostic évolutif de cette affection.

Les modifications radiologiques au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire par la chrysothérapie (2), par le docteur A. KAPLAN.

L'épreuve radiologique nécessaire pour suivre l'évolution de la tuberculose pulmonaire permet de juger l'efficacité d'un traitement.

Les formes jeunes de la tuberculose sont celles qui tirent le maximum de profit de la chrysothérapie et donnent les améliorations radiologiques les plus frappantes.

En comparant les améliorations radiologiques obtenues au cours de la chrysothérapie avec celles obtenues sans traitement aurique, on observe les analogies et les différences suivantes :

a) Les améliorations radiologiques suivent dans les deux cas un mode d'évolution identique, mais :

b) Au cours de la chrysothérapie, elles s'effectuent plus rapidement (en quelques mois)

c) Et plus fréquemment (25,4 % du nombre total des malades traités = 213).

Les améliorations radiologiques observées au cours de la chrysothérapie peuvent se schématiser ainsi :

a) Un nettoyage des lésions qui s'effacent progressivement et aboutissent soit à un cliché normal, soit à une image de tuberculose fibreuse ;

b) Une rétraction des lésions — en particulier dans la lobule supérieure — de bas en haut et de dehors en dedans ;

c) Des modifications des images lacunaires.

(1) *Th. de Paris*, 1930.
(2) *Th. de Paris*, 1931.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Technique. Indications et résultats (1), par A. CHARRIER et E. LOUBAT, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgiens des hôpitaux.

Le chirurgien n'intervient au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire que dans certains cas bien spéciaux, pour modifier l'état anatomo-physiologique de tout ou partie du poumon, et permettre ainsi une action plus complète ou plus rapide du traitement médical. Le traitement de la tuberculose pulmonaire appartient au médecin; c'est à lui d'apprécier s'il est opportun, à un moment donné, de renforcer sa thérapeutique par la mise en vigueur de l'un des moyens de traitement mis au point par la chirurgie moderne. On comprend donc facilement l'importance de la collaboration médico-chirurgicale toutes les fois qu'il pourra être question d'une intervention opératoire ; phtisiologue et chirurgien doivent fixer d'un commun accord les conditions et le mode de cette intervention : cet ouvrage a été écrit pour leur en faciliter les moyens.

Trois grandes méthodes chirurgicales de collapsothérapie ont fait leurs preuves à des degrés divers, ces trois méthodes sont étudiées dans l'ordre suivant :

1° La phrénicectomie ; 2° la pneumolyse intra ou extrapleurale ; 3° la thoracoplastie.

Le chirurgien peut être appelé à intervenir dans deux catégories de cas, soit qu'il s'agisse de traiter la lésion pulmonaire seule, soit qu'il y ait à traiter en même temps les complications pleurales qui l'accompagnent parfois et qui sont souvent des complications du pneumothorax artificiel. Il y a donc deux ordres d'indication opératoire : 1° *les opérations d'indication pulmonaire ;* 2° *les opérations d'indication pleurale.* Les premières (phrénicectomie, pneumolyse, thoracoplastie), de beaucoup les plus importantes, concernent le véritable traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, ce sont celles que les auteurs ont en vue dans la plus grande partie de leur étude. Ils examinent ces trois grandes méthodes de collapsothérapie chirurgicale avec, pour chacune, l'étude des diverses techniques, des résultats, des indications.

Le traitement chirurgical des infections pleurales chez les tuberculeux pulmonaires, considérées isolément ou dans leur association aux lésions pulmonaires, font l'objet d'un chapitre terminal.

L. G.

Le rôle du sel dans les néphrites. Etude clinique, physiologique et thérapeutique (2), par Léon BLUM et C. VAN CAULAERT.

Les travaux de Widal et de son école expliquaient de façon insuffisante la discordance entre les taux de la rétention chlorurée et celui de la rétention aqueuse, sans doute parce qu'on évaluait en chlorure de sodium tout le chlore recensé et qu'on ignorait le rôle propre du sodium. Léon Blum et ses élèves ont eu l'immense mérite d'avoir, par leurs recherches méthodiques, montré que la rétention hydratante est une rétention chlorosodique, que le sodium seul a le pouvoir hydratant et que la rétention chlorée pure s'accompagne au contraire d'une perte d'eau.

Comparant le bilan du chlorure de sodium, du chlore seul et du sodium seul avec la courbe du poids, les modifications

(1) Un volume de 366 pages avec 168 figures. — Prix : 65 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) Paris, Masson et Cie.

à cet égard dans la composition du sang, celle des liquides interstitiels et des tissus eux-mêmes, l'auteur étudie d'abord les néphrites avec rétention chlorurée et les néphrites avec hypochloruration. Parmi les premières, il en est qui sont hydratantes, chlorurosodées ou chlorurées; il en est d'autres où la rétention chlorée est sèche, et c'est sur ces dernières que l'Ecole de Strasbourg a ouvert des horizons nouveaux. Le rein, dans ce cas, a perdu son pouvoir de concentration pour le chlore, et l'excrétion en est ralentie. Le seuil d'élimination du sodium est abaissé, d'où hyponatiémie et proportion vicieuse entre les éliminations de ces deux corps chimiques. Les arguments proprement physiologiques sont corroborés par de nombreuses observations cliniques.

La rétention chlorée sèche joue parfois un rôle important dans la production de l'urémie, période terminale d'une lutte où l'organisme a épuisé ses moyens de résistance. Il faut ici tenir grand compte de l'abaissement de la réserve alcaline.

Les sanctions thérapeutiques sont, dans ces cas, le régime déchloruré et les diurétiques déchlorurants, les alcalins (citrate de soude) au cas d'urémie et les diurétiques interstitiels (chlorure de calcium).

A ces cas s'opposent les néphrites avec hypochlorémie. Cet état humoral ne tarde pas à provoquer une azotémie qui est due à l'appauvrissement de l'organisme en chlorure de sodium, car c'est lorsqu'ils sont unis que ces deux ions ont l'action la plus efficace sur la rétention azotée, sans doute en relevant une concentration moléculaire du sang trop abaissée. L'altération de la fonction rénale est sans doute secondaire ici à des modifications humorales : perte continue et non réparée de chlorure de sodium.

Ici encore de nombreuses observations cliniques montrent la réalité clinique de ce syndrome au cours des diverses néphrites et l'importance diagnostique et thérapeutique des examens de laboratoire : détermination du chlore plasmatique et mesure de la réserve alcaline en particulier.

Toutes ces importantes acquisitions dans le domaine physiologique ont pour corollaire une revision de la classification des néphrites. C'est le chapitre terminal et le couronnement de cette très belle étude, où la précision et la clarté réussissent à voiler pleinement l'aridité du sujet.

R. L.

Les premiers jours du nouveau-né (1), par Marcel METZGER et André HERAUX.

Concevoir simplement et voir net pour parler clair. Les auteurs de cette étude semblent y avoir pleinement réussi. Tant de points de l'hygiène et de la médecine du nouveau-né ont, dans la meilleure intention, été obscurcis par des exposés trop minutieux, qu'on ne saurait trop louer ceux qui sont complets en demeurant simples.

Une première partie se rapporte au nourrisson normal, enregistrant les menus événements qui marquent les premiers jours et relevant les menus indices dont doivent tenir compte ceux qui ont charge d'âme. Le réglage de l'alimentation est naturellement la grande affaire. De plus, quelques nourrisssons normaux, du fait de leur taille, des incidents qui ont marqué leur naissance, ont besoin de précautions plus particulières.

La pathologie ne perd pas ses droits, même à un âge si tendre, et présente ici des caractères particuliers. L'exposé a pour majeure préoccupation de demeurer pratique ; les syndromes digestifs, les œdèmes, les cyanoses, les diverses infections locales ou généralisées, les hémorragies, les traumatismes obstétricaux et leurs suites, les malformations congénitales sont l'objet d'une deuxième partie.

Une troisième, non moins importante et réussie, étudie le nouveau-né taré du fait de ses ascendants (tuberculose, syphilis surtout, mais aussi grandes infections, cardiopathies, diabète). C'est la partie la plus originale du livre ; mais on ne saurait non plus trop louer une innovation qui consiste en un recueil d'observations cliniques types et de feuilles de température où chaque description théorique trouve une illustration vivante, surenchère de clarté.

C'est donc un petit traité de la médecine des premiers jours, où le praticien mûri par l'expérience verra revivre bien des souvenirs de sa vie professionnelle, mais où il sera heureux de trouver aussi la solution anticipée des nouveaux petits problèmes qu'apporte la suite des jours — heureux d'apprendre encore, comme un jeune.

L. BABONNEIX.

(1) Monographies de pédiatrie et de puériculture. — Paris, Gauthier-Villars.

Hépatites et Cirrhoses (1), par Guy ALBOT, ancien interne des hôpitaux de Paris. Préface du professeur G. ROUSSY.

Cet ouvrage définit la place nosographique de chaque variété d'inflammation hépatique, aiguë ou chronique (cirrhose) en s'étayant à la fois sur les données de l'anatomie pathologique et de la clinique.

L'auteur étudie successivement les hépatites toxi-infectieuses et les hépatites de la stase biliaire au point de vue de leur pathogénèse, de leur morphogénèse, de leurs variétés anatomo-cliniques et fonctionnelles et chaque fois suivant la même méthode : tout d'abord, il envisage la reproduction expérimentale de ces hépatites ; cependant, on n'obtient avec cette méthode que des altérations initiales ; là où l'expérimentation s'arrête, la pathologie humaine continue ; l'auteur réunit les aspects expérimentaux et les aspects nécropsiques grâce à de nombreuses biopsies du foie prélevées à différents moments de l'évolution de ces affections. Toutes ces lésions sont étudiées avec les techniques histologiques les plus fines — graisses, glycogène, mitochondries dont l'iconographie donne un grand nombre d'exemples.

L'ouvrage se termine sur un chapitre de synthèse anatomo-clinique dans lequel sont successivement développés la classification anatomo-clinique des hépatites et des cirrhoses, les syndromes anatomo-cliniques au cours des maladies du foie, c'est-à-dire les grands symptômes et leur expression anatomique, et enfin les rapports qu'on peut entrevoir entre les processus lésionnels et les explorations fonctionnelles.

L. G.

Nouvelle vue d'ensemble sur le Système Réticulo-Endothélial (2), par A. ROUSLACROIX, chargé de cours à la Faculté de médecine de Marseille.

Les nombreux problèmes soulevés par la notion anatomo-physiologique du système réticulo-endothélial sont plus que jamais à l'ordre du jour ; aussi n'était-il pas inutile de mettre au point, pour l'étudiant comme pour le médecin praticien, les divers aspects de cette intéressante question.

La nouvelle monographie présentée par M. Rouslacroix, tout en condensant les excellentes revues générales antérieures, les complète par une analyse sommaire des plus récents travaux et les synthétise par une conception générale personnelle.

L. G.

(1) Un volume de 218 pages avec 56 figures. — Prix : 34 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8 raisin de 64 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Vigot.

LA BACILLÉMIE TUBERCULEUSE ET LA CULTURE DU SANG

Par M. André PHILIBERT.

Le passage du bacille tuberculeux dans le sang est certain. Dès 1866, Villemin, avant la découverte du bacille de Koch, avait pu tuberculiser le lapin par l'inoculation de sang de deux tuberculeux. Dans la granulie d'Empis, la présence du bacille tuberculeux dans le sang, indiquée par l'ordonnance des granulations autour des capillaires, peut être parfois démontrée par l'inoculation du sang au cobaye. On ne saurait comprendre également comment, dans les tuberculoses osseuses, articulaires, rénales, etc., le bacille pourrait arriver à l'os, à l'articulation sans emprunter la voie sanguine.

Le Professeur Landouzy et son école ont pensé que certaines évolutions tuberculeuses aiguës, dont la typho-bacillose est le type, pouvaient être la résultante d'une septicémie bacillaire, le bacille étant d'un type atténué, qui ne se manifestait que tardivement par une localisation folliculaire ou caséeuse.

Son élève, le Professeur Léon Bernard, a même envisagé que cette bacillémie pouvait ne se traduire jamais par des lésions histologiquement tuberculeuses, et aboutir seulement à des lésions inflammatoires simples : la tuberculose non folliculaire.

Par contre, dans la tuberculose pulmonaire chronique, on admettait généralement que le bacille, envahissant primitivement le poumon, y restait cantonné, et ne s'essaimait dans le sang que tout à fait par hasard. Pathogéniquement, la tuberculose pulmonaire n'était pas considérée comme secondaire à une septicémie primitive.

Pourtant, quelques savants, quelques médecins, en particulier à Vienne, le Professeur Loewenstein, soutenaient l'hypothèse de la pathogénie sanguine de la tuberculose pulmonaire.

***

Pour prouver la réalité de la bacillémie tuberculeuse, on a cherché à mettre en évidence le bacille par l'examen direct et l'inoculation au cobaye.

Les méthodes de recherche directe dans le sang, apportées par Jousset (inoscopie), Bezançon et Philibert, Bernard, Debré et Baron, Rist, Armand-Delille et Lévy-Bruhl, Susuki et Takaki, Rosenberger et Kurishage, etc., et la plus récente, celle de Caussimon (5), n'ont pas répondu à l'espoir que l'on fondait sur elles. Elles sont passibles de nombreuses causes d'erreur, ainsi que nous l'avons montré, avec F. Bezançon, ce qui explique les résultats excessifs de l'école américaine et de l'école allemande (Rosenberger et Kurashige) qui trouvèrent le bacille à foison dans le sang de tous les tuberculeux et dans celui d'un tiers des individus sains ! D'autre part elles ne permettent, en se mettant à l'abri de causes d'erreur, de déceler une bacillémie que lorsque celle-ci atteint 1.000 germes au centimètre cube, ainsi que l'a montré expérimentalement Caussimon. Aussi ces méthodes sont-elles abandonnées de tous à l'heure actuelle.

L'inoculation au cobaye reste, en France, le seul critérium auquel on attache une valeur réelle. Or celle-ci ne donne chez les tuberculeux, et cela surtout dans les formes aiguës, les granulies, etc., qu'un faible pourcentage de résultats positifs : 10 % (Nobécourt et Darré (19), 25 % (M. Thiers (28), 30 % (Turquéty (27). Cependant, en faisant état des tuberculoses discrètes du cobaye, tuberculoses localisées, purement ganglionnaires, et même non caséeuses (tuberculose atypique du cobaye de Calmette), on a élargi le cadre des résultats fournis par l'inoculation du sang : Ravaut et Valtis (23), Saenz (26), Mach (14), Ramel (22) ont pu montrer la réalité de ces tuberculoses atténuées par l'inoculation du sang.

L'emploi de cette méthode est troublé par deux faits : la sensibilité du cobaye au sang lui-même, sensibilité qui empêche de lui injecter une quantité supérieure à 10 cm³, par crainte d'un choc mortel ; et d'autre part, par le petit nombre et surtout la moindre virulence des bacilles qui peuvent ainsi avoir perdu le pouvoir pathogène pour le cobaye.

Ainsi cette méthode, malgré son apparente rigueur, risque de faire méconnaître des bacillémies atténuées, « non folliculaires », justement celles-là qu'il serait intéressant de pouvoir dépister.

***

Le seul procédé qui serait exempt de critique, au point de vue de l'isolement du bacille de sang, est la culture qui, jusqu'ici, ne donnait pas de résultats pratiques. Le Professeur Loewenstein, de Vienne, a récemment décrit une méthode de culture sur un milieu spécial qui tend à combler cette lacune. Grâce à ce procédé, Loewenstein (10 à 12) dépiste le bacille tuberculeux du sang, d'une façon précoce, et dans un nombre déjà considérable de cas, puisqu'il a pratiqué 4.000 ensemencements. Ses résultats tendent à modifier complètement nos connaissances sur la septicémie tuberculeuse et à élargir le cadre de cette maladie.

La méthode de Lœwenstein (8 et 9) est la suivante. On recueille aseptiquement 8 à 10 cm³ de sang à la veine du pli du coude, et on le jette immédiatement dans un grand tube renfermant 2 cm³ de solution aqueuse stérile de citrate de soude à 5 %. On centrifuge, et l'on enlève le sérum surnageant à la pipette. On ajoute alors au culot 10 cm³ de solution stérile à 5 % d'acide acétique, pour laquer les globules et éloigner l'hémoglobine. On centrifuge, on décante, et on lave deux fois à l'eau distillée stérile. On ensemence le culot à la pipette, sur six tubes de milieu, de Lœwenstein (1) et quelques heures après, on scelle le bouchon à la cire à cacheter.

---

(1) La formule du milieu de Loewenstein est la suivante. On prépare d'abord une solution ainsi composée :

Phosphate monopotassique	1
Citrate de soude	1
Sulfate de magnésie	1
Asparagine	3
Glycérine	60
Eau distillée	1000

A 150 ou 160 cm³ de cette solution on ajoute 6 gr. de fécule de pomme de terre et 12 cm³ de glycérine, et l'on fait bouillir pendant 1/4 d'heure en agitant fréquemment, puis on maintient 1 heure à 56° pour laisser déposer.

On a préparé 5 œufs entiers (jaune et blanc) agités stérilement

Si l'on n'est pas certain de l'asepsie du prélèvement, on traite le culot par une quantité triple en volume d'une solution à 15 % d'acide sulfurique, on agite, on centrifuge, on décante et on lave deux fois à l'eau distillée.

***

Les résultats apportés par Loewenstein et ses collaborateurs, depuis deux ans, sont des plus impressionnants.

Dans la tuberculose pulmonaire cavitaire progressive, Loewenstein trouve l'hémoculture positive dans 80 et même 90 % (dans la dernière statistique) des cas. Dans un même cas, après retour apparent à la santé, disparition des bacilles de l'expectoration, Loewenstein retrouve parfois encore des bacilles dans le sang.

Dans les tuberculoses uro-génitales, Lichtenstern (13) trouve par la culture du sang, le bacille dans 70 % des cas. L'hémoculture est souvent positive avant que les bacilles soient constatables dans l'urine, et demeure positive, après néphrectomie lorsque la plaie reste fistulisée. Pour Lichtenstern, l'hémoculture négative est le vrai critérium de la guérison post-opératoire.

Dans les tuberculoses cutanées, à l'étude desquelles s'est attaché le Professeur Kren (8 et 9) avec Loewenstein, les résultats de l'hémoculture sont positifs dans 60 à 70 % des cas, globalement. Lupus tuberculeux, gommes cutanées, et aussi les tuberculides, lupus érythémateux, lichen scrofulosorum, acné nécrotique, érythème induré des jeunes filles de Bazin sont, d'après ces homocultures, corollaires de la bacillémie.

Par contre, chez des malades indemnes de tuberculose, syphilitiques, cancéreux, pneumoniques, typhiques, examinés à titre de témoins, l'hémoculture est toujours négative.

Quant aux tuberculoses aiguës, granulie, méningite tuberculeuse, etc., c'est d'une façon constate que Loewenstein isole par la culture le bacille du sang.

Il semble donc, d'après ces seuls résultats de l'école viennoise, que la bacillémie tuberculeuse soit presque constante dans les tuberculoses, même pulmonaires, et même qu'elle soit la cause — initiale ou seconde, — des manifestations cutanées atypiques, qu'on englobe sous le nom de toxi-tuberculides.

Au cours de ses recherches, Loewenstein a fait une autre constatation. Avec Reitter (24-25) d'abord, puis avec Hamburger, Hoptiz, il décèle le bacille tuberculeux dans le sang des malades atteints de rhumatisme articulaire aigu franc généralisé, ou maladie de Bouillaud. Dans 22 cas sur 27, Reitter, dans sa première communication, isole le bacille tuberculeux du sang.

Cette notion a rendu suspecte, pour bien des médecins, la méthode de Loewenstein, et Aschoff en particulier s'est élevé violemment contre la conception de Reitter qui conclut, — d'ailleurs peut-être un peu hâtivement — que la maladie de Bouillaud est due exclusivement au bacille de Koch, qui en serait la cause ; il a d'ailleurs trouvé des bacilles dans l'exsudat articulaire de certains malades.

Nous ne pouvons, ici, qu'effleurer ce problème qui mériterait d'être longuement discuté, du rôle du bacille tuberculeux dans le rhumatisme. On connaît les travaux de Poncet, les observations de Laveran, de Powel : le rhumatisme tuberculeux n'est aujourd'hui contesté par personne : cette forme clinique s'oppose à la forme caséeuse articulaire, à la tumeur blanche. Chaque jour apporte une nouvelle observation où, tantôt dans un rhumatisme chronique déformant, tantôt dans un rhumatisme d'allure banale, une des articulations devient le siège de lésions caséeuses, offrant ainsi un trait d'union entre les deux formes. D'ailleurs, il ne faut pas se hâter de conclure, même dans ces cas, à l'origine exclusivement tuberculeuse des arthrites ; et cette question mériterait des développements qui ne peuvent trouver place ici.

Mais malgré cette extension du rhumatisme tuberculeux, la maladie de Bouillaud restait encore une entité à laquelle nombre de médecins refusent de renoncer.

Aussi les critiques n'ont point manqué pour la méthode de Loewenstein.

Tout d'abord, la plupart des auteurs appliquant sa technique n'aboutissent qu'à des échecs : Maresch, à Vienne, pour les rhumatisants, Holtgrave de Dusseldorf, Holm, à Copenhague, dans la tuberculose pulmonaire.

D'autres, plus heureux, obtiennent des résultats positifs, mais avec un pourcentage bien inférieur à celui qu'apporte Loewenstein. M. Moos (17), à Londres, n'a qu'un cas positif, A. Saenz (26), dans le laboratoire de Calmette, porte son investigation sur 300 échantillons de sang, avec 18 résultats positifs, soit 6 %, Nanu, D. Jonnesco et Stéfanesco (18) n'ont que deux résultats positifs sur 21, Domingo (7), sur 215 ensemencements de 172 malades, a 10 cas positifs (soit 5 %), dont deux sur huit rhumatisants. Mach et Mme Mach (16) obtiennent 6 cas positifs sur 60, soit 10 %, chez des tuberculeux ou des rhumatisants. Nous-même, sur 10 cas — des cas *soupçonnés* tuberculeux — avons eu 10 échecs.

A quoi tient cette différence? Sans aucun doute à la difficulté de la technique, ainsi que Loewenstein l'a fait remarquer. C'est aussi l'opinion de Saenz, et de ceux qui l'ont pratiquée. L'élimination de l'hémoglobine, l'obtention d'un caillot qui soit grisâtre et non noirâtre, l'action de la lumière pendant les manipulations sont autant de difficultés qu'il est très délicat de surmonter. Il est possible aussi, pensons-nous personnellement, que la décantation du sérum élimine nombre de germes.

Une autre objection a été apportée. Les bacilles isolés par Lœwenstein sont-ils réellement des bacilles tuberculeux ? Lœwenstein en apporte la preuve par l'inoculation de la culture obtenue au cobaye. Nous avons eu nous-même, avec le Dr Mach (21), une culture isolée du sang d'un malade atteint de lupus érythémateux, culture initiale isolée par Lœwenstein lui-même: Il s'agissait indubitablement d'un bacille tuberculeux

avec des perles de verre. On les ajoute aux 150 ou 160 cm³ précédents. Puis on ajoute 5 cm³ d'une solution à 2 % de rouge Congo, ou de vert Malachite (ce dernier nous a paru personnellement préférable). On filtre sur gaze stérile et on répartit en tubes, puis on tyndallise deux fois à deux jours d'intervalle, pendant une heure, — **en position inclinée,** à 80 ou 85 degrés. On vérifie la stabilité du milieu en le mettant 48 heures à 37° à l'étuve.

humain, de virulence moyenne, donnant une tuberculose généralisée du cobaye.

Même si la virulence de ces bacilles était minime, ne serait-elle pas comparable à celle, moyenne ou atténuée. que constatent, par l'inoculation directe au cobaye. Paisseau et Vialard (20), Oumansky (4), Debré et Bonnet (6), sang d'une septicémie indéterminée, Ravaut (23), Ramel (22), dans les tubercules cutanés.

Si le bacille isolé du sang des rhumatisants peut être discuté à ce point de vue, il ne semble guère logique d'engager cette discussion, lorsqu'il s'agit d'un granulique, d'un tuberculeux pulmonaire ouvert, d'un tuberculeux rénal auquel on fait une néphrectomie.

Il est donc logique de conclure que la méthode d'hémoculture de Loewenstein — dont la technique doit être améliorée — est un procédé précieux : elle nous a montré en tout cas que la bacillémie était beaucoup plus fréquente qu'on ne le pensait dans toutes les tuberculoses avérées, patentes. Elle nous apporte aussi — contrôlée par l'inoculation au cobaye — la preuve d'états septicémiques tuberculeux « non folliculaires », de manifestations purement inflammatoires, peut-être aussi allergiques (tuberculides), qui sont conditionnés par le bacille tuberculeux.

Bien plus, si comme l'a montré Bezançon, le bacille tuberculeux peut envahir un tissu altéré par une autre cause, comme on en fait la constatation dans le cancer, dans la lympho-granulomatose maligne, bien qu'on ne songe pas à incriminer le bacille de Koch dans l'étiologie de ces affections, ce fait nous montre la fréquence des mobilisations sanguines du bacille dans la tuberculose latente. Véritable « microbe de sortie », alors, le bacille ne crée cependant d'ordinaire ni granulie, ni métastase caséeuse : atténué sans doute, dans sa virulence pour l'homme, il donne une septicémie, une bacillémie bénigne.

Est-ce le même cas pour la maladie de Bouillaud, ou celle-ci doit-elle se ranger, comme le veut Reitter, dans la tuberculose inflammatoire de Poncet ? La méthode de Loewenstein va-t-elle jouer le rôle que la découverte de Koch en 1882, a rempli pour consacrer la justesse des vues de Laennec et de Villemin ?

Quoi qu'il en soit de l'avenir, on peut déjà conclure que la bacillémie tuberculeuse est, sinon constante, tout au moins d'une fréquence beaucoup plus considérable qu'on ne le soupçonnait jusqu'ici, et que le bacille de Koch se révèle vraiment sous un nouvel aspect de sa vie parasitaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. BARON. *Th. Paris*, 1913.
2. L. BERNARD, DEBRÉ et BARON. Présence du bacille tuberculeux dans le sang circulant des tuberculeux, *Ann. Méd.*, 1914, t. I, p. 217.
3. BEZANÇON, M. P. WEIL, J. DELARUE et V. OUMANSKY. Le substratum anatomo-pathologique et bactériologique du rhumatisme tuberculeux, *Pr. Méd.*, n° 34, 27 avril 1932, p. 641.
4. F. BEZANÇON, WEISSMANN-NETTER, OUMANSKY et DELARUE. Lympho-granulomatose maligne et tuberculose, *Pr. Méd.*, n° 35, 30 avril 1932, p. 694.
5. CAUSSIMON. Recherche du bac. tub. dans le sang des tuberculeux pulmonaires, *Pr. Méd.* 1931, n° 24, p. 435.
6. DEBRÉ et BONNET. *Soc. Biol.*, 1er déc. 1928, vol. 69, p. 1691.
7. DOMINGO. Sur la méthode de Lœwenstein dans la bacillémie tuberculeuse, *C. R. Soc. Biol.*, t. CVIII, 7 nov. 1931, p. 619.
8. KREN et LŒWENSTEIN. Hämatogen Entsehung gewisser Tuberculosen der Haut, *Kl. Woch.*, n° 21, 23 mai 1931, p. 974.
9. KREN et LŒWENSTEIN, Zur Pathogense der Haut, Tuberculose und Tuberculide, *W. Kl. Woch.* n° 13, 1931.
10. LŒWENSTEIN. Das Vorkommen der Tuberkelbacillémie bei verschiedenen Krankheiten, *Munch. Med. Woch.* 1931, N. 7, p. 261.
10. LŒWENSTEIN. Die klinische Bedeutung der Tuberkelbacillémie, *Munch. Med. Woch*, 1930, n° 39.
12. LŒWENSTEIN. Die Methodik der Reinkultur von Tuberkelbacillen, *Deutsch. Med. Woch*, 1930, n° 24.
13. LICHTENSTERN. Bazillämie bei Urogenitaltuberkulose, *Munch. Med. Woch*, 1931, n° 12, p. 471.
14. MACH RENÉ. De l'érythrocyanose sus-malléolaire à l'érythème induré de Bazin, *Th. de Genève*, 1929, Payot, édit.
15. MACH (René). La Bacillémie tuberculeuse et les travaux de Lœwenstein, *Suisse romande*, janv. 1931.
16. MACH (René-S.) et MACH (Evelyn). Hémoculture de bacilles acido-résistants par la méthode de Lœwenstein, *C. R. Soc. Biol.*, 5 mars 1932, t. CIX, p. 722.
17. MOOS SCHABACHER. Bloodculture in Tuberculosis, *The Lancet*, 23 mai 1923, and 1130.
18. NANU, D. JONNESCO et C. STEFANESCO. Contribution à l'étude de la bacillémie tuberculeuse par l'hémoculture selon la méthode de Lœwenstein, *Pr. Méd.*, n° 98, 9 déc. 1931, p. 1805.
19. NOBÉCOURT et DARRÉ. Recherches sur la bacillémie tuberculeuse chez les enfants par l'injection de sang au cobaye, *Bull. Soc. Ed. Sc. Tuberculose*, 14 nov. 1923.
20. PAISSEAU. Tuberculose et ultravirus, *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 1927, p. 1461.
21. PHILIBERT et MACH, R.-S. — Etude d'une culture d'un bacille tuberculeux isolé du sang, *C. R. Soc. Biol.*, 5 mars 1930, t. CIX, p. 720.
22. RAMEL. *Rapport au IVe Congrès des Dermatologistes de langue française*, Paris, 27 juill. 1929.
23. RAVAUT, VALTIS et VAN DEINE. Ultra-virus dans le sang d'une malade atteinte de tuberculide, *Bull. Acad. Méd.*, n° 26, juill. 1930.
24. REITTER et LŒWENSTEIN. Akuter Gelenkrheumatismus und Tuberkelbacillemie, *Munch Med. Woch.*, n° 36, 1930.
25. REITTER. Drei Fälle von Gelenkrheumatismus und Tuberkelbacillemie, *W. Kl. Woch.*, mai 1930, n° 19.
26. SAENZ. Valeur diagnostique de l'hémoculture chez les tuberculeux. Sur un bacille acido-résistant isolé du sang d'un malade par hémoculture, *C. R. Soc. Biol*, t. CVII, 18 juill. 1931, p. 1455 et 1457.
27. TURQUÉTY. *Th. Paris*, 1921.
28. M. THIER. *Th. Paris*, 1921.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Considérations cliniques et thérapeutiques sur la blennorragie chez l'homme et chez la femme, par le Dr L. BOULANGER, assistant à l'hôpital d'urologie, membre de l'Association française d'urologie, membre correspondant de la Société d'obstétrique, de gynécologie et d'urologie de Bucarest. Un vol. in-8° de 368 pages, avec figures. — Prix : 40 fr. — Amédée Legrand, éditeur.

A PROPOS DE QUELQUES CAS DE PLEURÉSIES PURULENTES TUBERCULEUSES

Par MM. F. PIÉCHAUD et H. CRAS
(de Bordeaux).

La transformation purulente des épanchements bacillaires séro-fibrineux se rencontre assez fréquemment en clinique. C'est une complication redoutée des épanchements du pneumothorax artificiel, complication qui met le médecin dans une situation d'autant plus embarrassante que la multiplicté des traitements proposés n'est que la signature de leur insuffisance.

Ces pleurésies se signalent dans la plupart des cas par leur apparition insidieuse. Une pleurésie séro-fibrineuse banale s'installe presque toujours avec un ensemble de signes assez démonstratifs ; parfois même à côté de ses épanchements silencieux le pneumothorax se complique d'une réaction pleurale à grand fracas : réaction thermique élevée, point de côté très violent, signes de congestion périhilaire du côté opposé. Au contraire, la transformation purulente est le plus souvent silencieuse, tout au plus s'accompagne-t-elle de légers malaises, de quelques troubles digestifs fugaces. Dans bien des cas, ce sera une trouvaille de la ponction pleurale exploratrice. Ce n'est que secondairement que l'empyème tuberculeux va manifester sa malignité. Encore faut-il ici, avec Muralt et Weiller, d'une part, avec Maurer, d'autre part, considérer d'après l'évolution, deux grands types de pleurésies purulentes tuberculeuses.

***

A. — Dans un premier cas, évolution silencieuse et demeurant telle. Il s'agit d'une pleurésie bénigne, revêtant l'allure de l'abcès froid pleural.

Tel est le cas de Mlle F... Joséphine, âgée de 28 ans, hospitalisée depuis le mois de juillet 1930, dans notre service au Sanatorium Xavier Arnozan. Elle a dû subir un pneumothorax gauche, compliqué dès la onzième insufflation d'une réaction pleurale des plus bruyantes... Ce n'est qu'au bout de quelques mois qu'une ponction exploratrice a montré incidemment la présence d'un liquide purulent. Etat général excellent, mais toutefois il existe une certaine gène respiratoire due à l'abondance de l'épanchement qui dévie le médiastin et oblige à des ponctions espacées. Cette gêne se complique de violentes crises d'asthme... Il s'agit d'une malade scrofuleuse, portant par ailleurs de grosses écrouelles suppurées.

Se rattachant au même type, voici le cas de Mme L... Julie, qui fit, en 1927, une réaction liquidienne à la suite d'un pneumothorax gauche. Il s'agissait d'une pleurésie à poussées successives qui sembla d'abord se résorber par la base selon le processus signalé par MM. Leuret et Caussimon, puis l'épanchement reparut et sa nature purulente fut mise en évidence par l'examen bactériologique : « très nombreux globules de pus, lymphocytose à peu près pure, présence d'éléments acido-résistants granuleux ». Ici le pneumothorax fut néanmoins entretenu pendant deux ans et la malade actuellement est en excellent état. Nous possédons la série des radiographies de cette malade, montrant l'évolution et la résorption de cette pleurésie sans autre séquelle qu'une légère asymétrie thoracique : épanchement puriforme bénin, plutôt qu'empyème proprement dit.

Ainsi évoluent ces abcès froids pleuraux. Pas de signes généraux, pas de signes fonctionnels, sauf lorsque l'épanchement prend des proportions trop considérables. L'accident à redouter alors est la vomique, qui peut obliger à des ponctions.

C'est ce qui se produisit chez Mme L... Marie atteinte d'une pleurésie purulente à la suite d'une pleurésie séro-fibrineuse primitive. Elle a présenté plusieurs vomiques pour lesquelles on a dû la ponctionner. Actuellement, nous avons abandonné toute évacuation, et néanmoins la radioscopie régulièrement pratiquée nous montre un pyo-pneumothorax en voie de résorption.

***

B. — A côté de ces manifestations bénignes, d'autres empyèmes doivent à deux ordres de facteurs leur virulence spéciale.

P... Hélène a fait, en novembre 1927, à la suite d'un pneumothorax artificiel à gauche, une très violente réaction pleurale, dont elle semblait à peu près remise, quand, au bout de quelques mois, l'état général se mit à décliner. Une ponction pleurale ramène un liquide louche avec polynucléaires très abondants, éléments fortement altérés, présence de très nombreux bacilles de Koch libres et phagocytés. Toutes les thérapeutiques furent vaines et la malade fut emportée en quelques mois.

Il s'agissait ici d'une *pleurésie purulente tuberculeuse maligne* par son caractère toxique, infectant, retentissant hautement sur l'état général, différent complètement de l'abcès froid pleural dont nous parlions plus haut.

Le deuxième facteur susceptible d'aggraver un empyème tuberculeux est l'existence d'*associations microbiennes* qui seront alors responsables des phénomènes généraux. L'on sait, du reste, qu'un empyème tuberculeux infecté n'est pas forcément une pleurésie purulente septique, et Bezançon a montré comment de telles associations peuvent rester longtemps silencieuses. Elles constituent cependant des exceptions.

Un de nos malades présentait ainsi une pleurésie purulente tuberculeuse avec staphylocoque associé. Il fit, un jour, une vomique importante qui nous décida à faire pratiquer la pleurotomie. Celle-ci parut amener un bon résultat, les vomiques se réduisirent et s'espacèrent ; la cavité s'assécha, ou du moins, il le parut ainsi à l'examen pleuroscopique. Au bout de quelques jours, le malade se remit à faire des poussées de température. Par un phénomène de propagation assez curieux, sa paroi thoracique peu à peu rongée s'effondrait, venant directement mettre en contact avec la poche purulente une peau amincie, parcheminée. Une hémoptysie foudroyante ne tarda pas à l'emporter, signature du processus ulcérant qui avait fini par détruire, en certains points, le gril costal.

Dans d'autres cas, la pleurésie purulente ne s'infecte que tardivement, témoin cet arbitre de rugby qui, pendant dix ans, figura sur les terrains de sport avec une pleurésie purulente bacillaire. Il fit, un jour, une vomique, à la suite de laquelle son épanchement s'infecta. Immédiatement, s'installèrent des signes généraux graves réclamant une thérapeutique active, on eut recours successivement à l'oléothorax, qui l'améliora quelque temps, enfin à la pleurotomie. La température persista néanmoins et malgré une tentative d'intervention plastique, le malade succomba.

Les ponctions plus ou moins espacées, nécessitées par l'importance de l'épanchement ne vont pas sans entraîner, elles-mêmes, des complications, autres que l'infection secondaire : hémorragie dans la cavité et abcès froid de la paroi.

*
**

Traitement. — On conçoit aisément que la gravité de telles complications ait suscité un grand nombre d'essais thérapeutiques.

Nous reprendrons dans leur étude la division de Muralt et Weiller.

A. Abcès froids pleuraux. — Les avis diffèrent : Dumarest préconise l'abstention sauf nécessité absolue, Al. Pissavy d'accord avec Muralt et Weiller recommande les ponctions évacuatrices suivies d'injections modificatrices. Personnellement, nous sommes assez partisans des idées abstentionnistes de Dumarest. Les cas que nous rapportons au début de cet article montrent cependant que l'abstention est une ligne de conduite prudente, mais parfois difficile à suivre. Quels sont donc les cas où nous devrons nous en départir ?

Une seule indication nous paraît impérative : un accroissement excessif des proportions de l'épanchement amenant une gêne fonctionnelle par trop accentuée ou faisant redouter l'éventualité d'une vomique. Ces cas peuvent, du reste, nous ramener, ainsi que nous venons de l'indiquer, aux pleurésies purulentes d'allure maligne lorsque le liquide, se renouvelant trop rapidement, oblige à des ponctions indéfiniment renouvelées et exposant à une inoculation de la paroi.

Hors ces cas, nous ne ponctionnons jamais une pleurésie purulente à type d'abcès froid pleural, et nous ne savons pas nous en être plus mal trouvés. D'autant mieux qu'il nous est arrivé souvent de les voir lentement régresser vers la résorption.

B. Pleurésies purulentes malignes. — Après une évolution longtemps favorable, la pleurésie purulente peut prendre une allure maligne. Parfois même, c'est sous cette forme qu'elle s'est manifestée dès le début. Il faut alors intervenir.

Dans quel sens ?

Presque tous les auteurs, avec Sergent, repoussent la pleurotomie comme une mesure d'exception. C'est l'opinion que nous voyons exprimée dans la thèse de Thibault qui ne la tentera qu'après échec de l'oléothorax, des ponctions évacuatrices, des lavages de la plèvre ou lorsqu'une association microbienne est responsable des manifestations septiques. Dans la *Presse Médicale*, nous voyons Pissavy classant comme pleurésies malignes celles graves « par la persistance « d'une température élevée, l'altération de l'état gé« néral ou la présence d'une perforation pulmonaire « cliniquement évidente » et ne se rendant à la pleurotomie qu'en dernier ressort, lui préférant même les opérations plastiques. Ainsi Vial Alonso de Santiago est-il partisan de toutes les méthodes de collapsus y compris la thoracoplastie, réclamant toutefois pour cette intervention une certaine élasticité de la paroi ainsi qu'un liquide vierge de bacilles de Koch. Nous verrons, tout à l'heure, dans quelle mesure ces conditions sont réalisables.

Personnellement, nous avons eu dans le service des enfants du Sanatorium Xavier Arnozan, six fois recours à la pleurotomie. Nous n'en pouvons rapporter qu'un seul cas favorable.

Il s'agissait d'une enfant de seize ans, F... Lucienne, qui fit une réaction pleurale, secondairement purulente à la suite d'un pneumothorax droit, épanchement nettement purulent, puisque l'examen cytobactériologique y montrait, avec une réaction lymphocytaire prédominante, des polynucléaires altérés et de très nombreux bacilles de Koch.

L'opération de l'empyème fut décidée et effectuée, le drainage poursuivi pendant quelques semaines et chose remarquable, la guérison fut complète sans fistule. L'image radiologique ne nous montrait plus, six mois après, qu'un voile peu épais, seule trace de la pleurésie. Ce voile nous paraît avoir, à l'heure actuelle, complètement disparu. Notre malade a dû subir, depuis lors, un pneumothorax gauche, également compliqué de réaction liquidienne. Son état demeure néanmoins très satisfaisant.

Nous citions, tout à l'heure, un cas tout à fait différent, celui de Mlle P... Hélène, chez qui on pratiqua l'opération de l'empyème après deux tentatives infructueuses de lavage de la plèvre. Cette dernière fut insuffisante et l'on dut réintervenir quelques jours plus tard. De nouveaux lavages furent tentés par la plaie, au sérum physiologique, à la solution de Dakin, à la solution iodo-iodoruée, à la solution glycérinée d'almatéine à 10 %. Ils n'empêchèrent pas l'évolution fatale.

Voici un cas où toutes les thérapeutiques accessoires ne suffirent pas à assurer le succès de la pleurotomie. Faut-il donc considérer cette intervention comme à repousser de parti pris dans les cas qui nous intéressent ?

Nous ne le pensons pas.

Il est hors de doute que la pleurotomie soit dans la pleurésie purulente tuberculeuse, une intervention d'indications limitées et bien souvent insuffisantes. Néanmoins, nous estimons que si elle apporte une telle proportion d'insuccès, l'époque tardive où on la pratique y contribue pour beaucoup. Le seul fait que nous en puissions rapporter seulement un cas heureux nous autorise à lui accorder une certaine confiance. Nous suivons encore un de nos malades de la région de Libourne qui fit, en 1890, une pleurésie purulente tuberculeuse à la suite d'un pneumothorax spontané. Il fut opéré, guérit parfaitement et put se marier en 1894. Il a mené, depuis, une vie très agitée et nous l'avons vu tout récemment, portant allégrement

soixante ans et des habitudes d'éthylisme dont il ne se cache pas.

Dans les cas où la simple pleurotomie ne suffit pas, nous ne pensons pas que les ponctions répétées avec ou sans lavages eussent donné de bien meilleurs résultats.

Mlle Arm... Germaine a subi un pneumothorax artificiel pour lobite supérieure gauche. Très rapidement s'installe une réaction pleurale très violente, avec forte déviation du médiastin. Au bout de quelques mois, une ponction exploratrice montre un liquide purulent très riche en bacilles de Koch. L'on institue des ponctions successives retirant chaque fois de 600 à 800 centicubes de pus, puis on fait quelques lavages.

L'échec est néanmoins complet et la malade ne tarde pas à mourir en pleine hecticité.

Dans des cas analogues, Muralt et Weiller préconisent à la Section d'études scientifiques de la tuberculose les lavages de la plèvre, rapportant neuf cas avec six guérisons persistantes au bout de cinq ans, les trois cas défavorables ayant été malgré tout notablement améliorés : chute de la température, reprise passagère du poids et de l'état général.

Signalons enfin les méthodes de collapsus prônées par Al. Pissavy, par Vial Alonso. Nous leur reconnaissons une grande valeur estimant qu'elles peuvent seules, en bien des cas, tarir une suppuration pleurale entretenue par la béance d'une cavité aux parois épaissies. A la thoracoplastie utilisée en ce cas, J. Morin et Rautureau proposent de joindre la phrénicectomie dont ils rapportent deux cas heureux, par association avec la pleurotomie.

*
* *

Quelle détermination prendre en présence d'une telle variété de traitements, tous, il faut bien le reconnaître, également incertains ?

Un premier point, si l'on doit intervenir, est de le faire précocement, avant que le malade ait épuisé ses ressources de défense dans l'entretien prolongé d'une fièvre à grandes oscillations, avant que la plèvre se soit trop épaissie...

Il faudra donc, au plus tôt, juger la valeur pour chaque cas particulier, du traitement médical et d'abord de la ponction que nous ferons avec un trocard assez gros, sans aucun appareil d'aspiration, avec un simple tuyau de caoutchouc conduisant à un bocal au pied du lit. L'évacuation est forcément assez longue, mais ce procédé nous paraît le plus sûr. A cette ponction nous pourrons faire succéder des injections modificatrices : 20 cg ou plus d'Allocrysine Lumière, une solution glycérinée d'almatéine à 10 %, la solution iodo-iodorée de Lugol.

Nous avons également utilisé les lavages de la plèvre. Nous les pratiquons très simplement, en adaptant au trocard un embout en fourche permettant d'établir la communication soit avec la solution contenue dans le bock laveur, soit avec le tuyau d'évacuation. L'opération nécessite toujours un certain temps, et il est de toute nécessité de placer le malade dans une position suffisamment confortable. Bezançon, Azoulay et Tournant préconisent pour cette petite intervention un nouveau dispositif dans lequel ils font entrer l'aspirateur électrique. Cette technique permet une plus grande rapidité, mais présente l'inconvénient de ne pouvoir être utilisée que dans un centre chirurgical muni de cet appareillage. Nous employons généralement comme liquide de lavage le sérum physiologique tiède.

*
* *

Le lavage de la plèvre peut en certains cas compléter la pleurotomie. Ceci nous amène à envisager les indications de la chirurgie en matière de pleurésies purulentes tuberculeuses.

A notre avis, il faut y faire appel précocement en présence de toute pleurésie purulente tuberculeuse manifestement infectante, et aussi toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un abcès froid pleural prenant des proportions trop considérables et obligeant à des ponctions répétées.

Nous concevons le traitement de tels syndromes en deux temps essentiels :

— Un premier temps évacuateur qui sera, soit une ponction évacuatrice totale, soit, et toujours lorsqu'il s'agit d'associations microbiennes, la pleurotomie ;

— Un second temps, de réalisation du collapsus par thoracoplastie de complément qui se fait peu de jours après le premier temps. Nous ne demanderons au chirurgien qu'une action fractionnée, réalisant en une première fois la résection de deux ou trois côtes, puis quelques jours après, deux ou trois autres, suivant l'importance de la poche, jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'affaissement idéal par véritable modelage chirurgical de l'hémithorax, aussi complet qu'il le faudra, d'autant moins choquant qu'il sera fait à l'anesthésie locale. D'autant plus parfait que réalisé en plusieurs temps espacés d'une douzaine à une quinzaine de jours, il portera sur tout l'arc costal allant jusqu'à la résection de certaines apophyses transverses ainsi que le désire Maurer (Paris).

A agir de la sorte, nous évitons une des causes d'insuccès rapportées par Vial Alonso, la formation d'une pachypleurite s'opposant au collapsus et créant une fistulisation définitive... celle-ci exposant ultérieurement à des interventions beaucoup plus importantes telles que la décortication pleuro-pulmonaire de Schede-Delorme. On sait, en effet, l'état de ces vieilles pleurésies déshabitées. La plèvre lardacée prend bientôt un aspect vernissé et devient d'une épaisseur considérable. Il faut alors perdre tout espoir de voir la rétraction se produire et d'obtenir la coalescence des feuilles consécutives à l'opération thoraco-plastique.

Quant à la deuxième condition réclamée par Vial Alonso, elle nous paraît excessive et pratiquement irréalisable. Nous avons presque le plus souvent constaté la présence du bacille de Koch dans le liquide d'empyème de nos malades et cette preuve bactériologique ne contre-indique en rien l'action chirurgicale.

Citons comme type de cure réalisée suivant cette ligne de conduite le cas d'un malade de 38 ans réformé en 1918 pour tuberculose fibro-caséeuse, chez lequel fut institué en 1928 un pneumothorax artificiel

pour une série d'hémoptysies. Ce pneumothorax s'est compliqué de réaction purulente pour laquelle une pleurotomie avec résection costale fut effectuée. Il s'agissait d'une pleurésie avec germes associés, staphylocoque doré et micrococcus catharalis. On institue des lavages de la plèvre au Dakin, au sulfate de cuivre en solution très faible, au nitrate d'argent, ainsi que des applications de bactépyo et staphylophage. Devant la persistance de la fistule et l'odeur fétide de l'écoulement, nous avons, après examen radiologique montrant une cavité ovalaire occupant en fer à cheval le tiers inférieur de l'hémithorax gauche, conseillé une thoracoplastie basse fractionnée sous anesthésie locale. Le malade a été considérablement amélioré et poursuit sa convalescence au Sanatorium des Escaldes. Signalons que la fistule n'est pas encore absolument tarie.

Cette observation nous paraît néanmoins intéressante à cause de l'amélioration apportée par l'opération d'affaissement. Il est tout à fait vraisemblable que si celle-ci avait été réalisée plus tôt, au lieu de s'attarder en d'inutiles tentatives de désinfection, on se serait trouvé en face d'une plèvre moins épaissie, et le résultat opératoire eût été à la fois plus rapide et plus complet.

Il n'est donc pas inutile de revenir ici, en conclusion, sur la nécessité d'une décision opératoire précoce en certains cas. Toujours pénible à imposer et à accepter, elle préparera, le plus souvent, l'asséchement et le comblement de la poche pleurale, évitant ainsi toutes les conséquences funestes locales et générales d'une interminable suppuration.

BIBLIOGRAPHIE

R. AMAT. L'oléomoruothorax massif dans le traitement des pyothorax tuberculeux fébriles, *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, 30 mai 1930.

APOSTOLIDES ET HADJISARRANTOS. Traitement du pyopneumothorax tuberculeux au moyen de lavages intrathoraciques, *Paris Méd.*, 1928.

L. BERNARD. La thoracectomie héroïque dans l'empyème ouvert des tuberculeux, *Presse Médic.*, 10 juillet 1925.

L. BERNARD et TRIBOULET. Le traitement des pleurésies purulentes, *Revue de la Tuberculose*, T. 3, 1919, page 386.

BEZANÇON-AZOULAY ET TOURNANT. Nouvelle technique du lavage pleural, *Section d'études scientifiques de la tuberculose*, 13 juin 1931.

BONNIOT. Thoracoplastie d'indications pleurales dans la tuberculose pulmonaire, Rapport au *XIe Congrès de chirurgie*, 1931.

BURNAND. Empyèmes après pneumothorax, *Presse Méd.* 1913, n° 57 ; — Pleurésie septique compliquant un pneumothorax, guérison par l'oléothorax, *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 27, 1924.

CARNOT et BLAMOUTIER. Abcès froid au thorax après thoracenthèse pour pleurésie tuberculeuse, *Paris Méd.*, 13 janvier 1923.

COURCOUX, BERNOUX ET TRUCHAUD. Pleurésie purulente septique compliquant un oléothorax guéri par la thoracoplastie, *Revue de la Tuberculose*, n° 3, 1929 ; — Guérie par thoracoplastie élargie et opération de Schede.

COURMONT. Les épanchements pyoïdes du pneumothorax, *Lyon Médical*, 1921.

DUMAREST, GUILLEMINET ET ROUGY. *Traitement médico-chirurgical des pleurésies purulentes tuberculeuses*, chez Doin et Cie, 1930.

DUNCOMBE. Le traitement des épanchements purulents de la plèvre, *Thèse de Paris*, 1930.

EVERETT K. GEER. Stérile purulent, effusions complicating induced Pneumothorax, *Minnesota Médicina*, vol. X, n° 6, 7 juin 1927, page 361.

GRAVIER ET BOUCHUT. Empyème tuberculeux et Pneumothorax, *Lyon Méd.*, 10 mars 1923.

HAMBERT. Au sujet du traitement des épanchements purulents tuberculeux de la grande cavité pleurale. Une technique de drainage. *Bull. de la Société des Médecins des Sanatoriums*, 2 avril 1930.

JACOT. La pleurésie purulente, complication du pneumothorax artificiel, *Th. de Lausanne*, 1915 ; *Journ. Méd. Franç.*, 15 juin 1912.

ISELIN. Indications et résultats du traitement chirurgical des pleurésies purulentes, *Revue de la Tuberculose*, T. 3, 1929, page 386.

LAMOTHE ET H. BERNARDOU. A propos d'un cas de pleurésie purulente chez le jeune enfant, *Gaz. hebdom. des Sciences médic. de Bordeaux*, 14 novembre 1926.

G. LOUVET. *Traitement des épanchements purulents de la plèvre, consécutifs au pneumothorax thérapeutique. Le drainage discontinu de la plèvre*, Imprimerie Bosc Frères et Riou, 42, quai Gailleton, Lyon 1929.

MURALT ET M. WEILLER. Les lavages de la plèvre dans le traitement des pleurésies purulentes du pneumothorax artificiel, *Press Méd.*, 7 octobre 1925.

MURALT ET WEILLER. Contribution à l'étude du traitement de l'empyème du pneumothorax artificiel par les lavages de la plèvre, *Bulletin Méd.*, n° 42, 7 octobre 1926 ; — Le traitement des pleurésies purulentes malignes par les lavages de la plèvre ; Section d'études scientifiques de la tuberculose, *Revue de la tuberculose*, février 1931.

AL. PISSAVY. Traitement des pleurésies purulentes malignes, *Presse Méd.*, 6 août 1930.

SAUERBRUCH. Traitement du pyopneumothorax, *Braüer's Beiträgez, Kl der Tuberkulose*, LXV, fasc. 2-3, 11 décember 1926.

SERGENT. Le traitement des épanchements purulents tuberculeux de la plèvre, *Arch. médico-chirurgicales. Appareil respiratoire*, tome IV, n° 1.

J. THIBAULT. La pleurotomie dans le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses, *Thèse de Lyon*, 1930.

P. TOUSSAINT. Le drainage des pleurésies purulentes tuberculeuses, *Press Méd.*, 18 juin 1925.

VIAL ALONSO. Chirugie des épanchements pleuraux purulents tuberculeux, *Revista Médica de Chili-Santiago*, an LVIII, n° 10 octobre 1930, page 802.

VIGNARD. Le drainage des pleurésies purulentes, *Presse Méd.*, 9 novembre 1927.

Données actuelles sur l'hormone testiculaire. Modes d'obtention et de caractérisation, par L. CUNY, chef de travaux, et D. QUIVY, assistante au Laboratoire de Physiologie pathologique de l'Ecole des Hautes-Etudes (Collège de France). Un volume de 76 pages. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

« Du bon sens à l'hygiène, l'individu, la famille, la société », par Noël LOYOT. In-8° carré, 154 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, Vigot Frères.

LE DOIGT HIPPOCRATIQUE

Par M. G. CAUSSADE.

Il est impossible actuellement d'établir la pathogénie du doigt hippocratique. Mais en examinant certaines conditions, affections ou infections dans lesquelles cette malformation se développe, il est probable qu'on arrivera à en pénétrer tous les secrets.

Tout d'abord, il faut affirmer, comme toutes les observations en font foi, que le squelette osseux des phalanges et des phalangettes est intact, et que nulle confusion n'est permise avec l'ostéo-arthropathie-hypertrophiante-pneumique, de P. Marie. Seuls les tissus mous sont altérés. Et ici se posent les questions suivantes : Quelles sont ces altérations ? S'agit-il purement d'œdème ? Y a-t-il vraiment un trouble de la circulation périphérique, comme nous le pensons ? Trouble, s'il existe réellement, susceptible d'aider à donner la clé du problème. Y a-t-il aussi des troubles trophiques que tendrait à faire admettre la forme des ongles, qui s'élargissent et figurent, suivant l'expression consacrée, « un verre de montre » ? Quoi qu'il en soit, voici les diverses affections qui peuvent déterminer le doigt hippocratique. Citons : 1° les affections cardiaques surtout congénitales, la maladie bleue, et les rétrécissements acquis de l'artère pulmonaire ; 2° les troubles de l'hématose chez les sujets vivant à de hautes altitudes ; 3° la cirrhose biliaire (Lereboullet), la polypose et l'amibiase intestinales ; 4° et, parmi les affections broncho-pulmonaires, la bronchiectasie, la gangrène pulmonaire et les suppurations prolongées. Il faut ajouter les endocardites infectieuses prolongées et récidivantes. En règle générale, ces différentes affections ne produisent pas fatalement le doigt hippocratique, et, si on établissait une statistique rigoureuse, cette déformation ne se chiffrerait certainement pas au delà de 10 à 20 %, pour chacune d'elles.

On aperçoit déjà les difficultés à établir une pathogénie bien fondée.

Mais d'un grand nombre d'observations, il ressort que l'hématose est troublée ; ce facteur est indéniable. Ainsi Hatzieganu a signalé les doigts hippocratiques unilatéraux dans le membre supérieur droit œdématié et cyanosé, comprimé par un anévrisme de l'artère sous-clavière droite, et du tronc brachio-céphalique. Et, fait important, dans l'un des deux cas, la disparition et même la guérison complète et définitive après un traitement anti-syphilitique pendant 2 ans, furent obtenues.

Donc, il ne s'agit pas d'une lésion irrémédiable ; si la cause ne subsiste pas, la déformation cesse. Il en fut ainsi encore dans une observation de gangrène pulmonaire rapportée par nous avec A. Tardieu dans les bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris en 1924. Sur des clichés radiographiques, nous avons noté et consigné l'évolution parallèle des modifications des doigts et de la lésion pulmonaire ; et, par deux fois, chez le même sujet, dont l'affection a évolué pendant 4 ans, la rémission de l'infection pulmonaire fut bientôt suivie de la régression de l'hippocratisme.

Aussi pourrait-on admettre des lésions congestives ou œdémateuses intéressant les parties molles et la matrice des ongles puisque ceux-ci sont redevenus normaux.

Est-il possible d'étayer sur ces faits une pathogénie ? Non, certainement ; mais il faut en tenir compte dans une certaine mesure. Et M. Béclère a raison d'insister sur le rôle capital des troubles vasculaires de l'hématose, et de l'état de l'artère pulmonaire. En effet, dans la bibliographie consultée par nous, il est souvent question de la dilatation ou de la compression de ce vaisseau. De tous les facteurs envisagés jusqu'ici, ces derniers doivent être retenus. Cependant, comme M. Rist l'a fait judicieusement observer, la bronchiectasie ne trouble la circulation pulmonaire que d'une manière restreinte, et, d'autre part, la suspension presque complète de cette circulation par un pneumothorax thérapeutique, ne provoque jamais l'hippocratisme. Il en est ainsi dans la tuberculose pulmonaire aiguë et chronique.

A titre d'indication, il est permis d'attirer l'attention sur l'infection. Au cours de l'endocardite infectieuse prolongée ou récidivante, M. Gallavardin et son élève Léon Molines ont observé l'hippocratisme dans les conditions suivantes : voici une lésion valvulaire chronique non fébrile, qui évolue, comme le fait est constant, pendant une longue période, sans provoquer aucune déformation des doigts lorsque, à la suite d'une greffe infectieuse, qui se poursuit suivant un type lent et prolongé, l'hippocratisme bi-latéral se constitue progressivement ; pour ces auteurs, il y a d'abord stase et ensuite infection agissant sur les capillaires en général (rate, foie, reins) et particulièrement sur ceux des phalanges. Mais pourquoi, dans certains cas, l'hippocratisme est-il unilatéral, et pourquoi les orteils sont-ils toujours épargnés ?

En résumé, 1° le système osseux est indemne. Seuls sont altérés les tissus mous ; et très certainement il s'agit de troubles capillaires avec œdème ou congestion intéressant la matrice de l'ongle ; 2° dans certains cas, il y a une véritable corrélation, disons même relation, entre l'affection causale (anévrisme, gangrène pulmonaire) et l'hippocratisme (simultanéité des rémissions, des reprises et de la guérison définitive) ; 3° il est surprenant, si on admet, comme tout porte à le croire, des troubles capillaires des extrémités, et ceux de l'hématose, que ceux-ci siègent exclusivement aux doigts et que les orteils soient épargnés ; 4° bien que la pathogénie de l'hippocratisme soit actuellement remplie d'inconnues, il faut néanmoins tenir compte de la stase sanguine pulmonaire et périphérique (doigts hippocratiques unilatéraux par compression veineuse due à un anévrisme de la sous-clavière droite ou du tronc brachio-céphalique) ; 5° l'association de l'infection et de la stase veineuse doit être envisagée. Mais tous les facteurs invoqués (stase, troubles de l'hématose, des circulations pulmonaire et périphérique, altérations ou modifications de l'état de l'artère pulmonaire, infection) sont insuffisants pour permettre d'établir une pathogénie ; entre autres objections à formuler, la suivante est des plus valables : quand tous les facteurs précédents sont réunis, l'hippocratisme est bien loin d'être fatal.

BIBLIOGRAPHIE

1° BÉCLÈRE. — Pathogénie du doigt hippocratique. *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 1932, n° 9, pp. 381-85.

2° RIST, G. CAUSSADE, pp. 1432-33. *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1925, n° 34, à propos de la communication suivante : « Sur un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique ». A. LÉRI, F. LAYANI et POTTIER.

3° J. HATZIEGANU. — Le signe des doigts hippocratiques dans les endocardites lentes et dans les endocardites récidivantes à forme prolongée. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1923, pp. 399-402, n° 9.

4° Déformation hippocratique des doigts dans l'endocardite infectieuse à forme prolongée : *a*) GALLAVARDIN, *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 1921 ; *b*) L. MOLINES. *Thèse de Lyon*, 1920-21.

5° « Deux cas de doigts hippocratiques unilatéraux au cours d'anévrismes de l'artère sous-clavière droite et du tronc brachio-céphalique. » J. HATZIEGANU, *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1923, n° 10, pp. 403-05.

6° Polypose, Amibiase intestinales. *a*) BENSAUDE, P. HILLEMANU et P. AUGIER, *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, séance du 22 janvier 1932, p. 93 ; *b*) BRULÉ et J.-A. LIÈVRE, *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, séance du 22 janvier 1932, p. 99 ; *c*) A. LEMIERRE et J. LEVESQUE. *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, séance du 29 janvier 1932, p. 154.

Hygiène, Nudité, Soleil aux Colonies (1), par le docteur FOUGERAT DE DAVID DE LASTOURS. Préface du professeur TANON, de la Faculté de Paris.

Le docteur Fougerat de Lastour apporte dans son travail, et son expérience personnelle des pays chauds, et de très nombreuses observations, recueillies dans treize pays différents ; *leur simplicité même leur donne toute la rigueur d'une démonstration expérimentale.*

Elles permettent à l'auteur de tracer en quatre paragraphes le tableau de la marche inexorable de la carence solaire, *chez l'indigène*, avec la dénutrition qui en est le résultat et la maladie qui envahit les organismes ainsi appauvris.

D'autres faits montrent, *pour le blanc*, la nécessité de l'insolation hygiénique dans les régions tropicales. A l'encontre du néfaste préjugé trop répandu en France, c'est le plus sûr garant contre l'alcoolisme, le cafard, la folie, les souffrances physiques et morales qui guettent le blanc égaré dans le bled.

« *Allons-nous*, selon la forte expression du docteur Pierre « Lépine, *continuer à subir toutes ces tares morales, tous* « *ces vices physiologiques, tout l'abâtardissement de la race* « *blanche, sous prétexte qu'il est immoral d'être nu ?* »

Heureusement, de l'excès du mal naît un bien : « Nos administrateurs, nos médecins coloniaux, nos missionnaires catholiques eux-mêmes, se rendent, maintenant, compte du danger.

Aux récentes *Journées médicales coloniales internationales de Vincennes*, un vœu en faveur de la libre insolation des indigènes a été adopté à l'unanimité.

L. G.

(1) In-8 raisin de 52 pages avec 16 illustrations. — Prix : 5 fr. — Paris, Vigot frères.

QUELQUES CAS DE TUBERCULES CÉRÉBRAUX CHEZ L'ENFANT

Par L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher).

La description des tubercules cérébraux ne tient, dans les traités de pédiatrie, qu'une place médiocre. Quand on a dit qu'ils restent le plus souvent latents, que, d'autres fois, ils donnent lieu à des convulsions (*tuberculisation chronique du cerveau* de Rilliet et Barthez), on en a fini avec leur étude. Et pourtant, ne méritent-ils pas mieux qu'une simple mention ? Leurs modalités diverses, leur diagnostic et même — osons le dire — leur traitement, ne soulèvent-ils pas des questions du plus haut intérêt ?

***

Cliniquement, les cas que nous avons observés peuvent affecter des allures très différentes et, sans nous dissimuler ce que la classification suivante offre de schématique, nous pouvons distinguer sept formes principales, selon qu'elles sont *éclamptiques*, *hémiplégiques*, *méningitiques*, *cérébelleuses*, *néoplasiques*, « *supposées* » ou *latentes*.

I. FORMES ÉCLAMPTIQUES

En voici un cas typique, que nous avons pu analyser d'autant mieux qu'il s'agissait d'une fillette du service, que nous avions suivie des mois et que nous connaissions, par conséquent, fort bien.

OBSERVATION I. — X..., 14 ans, en traitement aux Enfants-Malades pour péritonite tuberculeuse. Au bout d'un certain temps, son état s'était tellement amélioré qu'on envisagea un départ pour Berck. Soudain, en pleine nuit, sans le moindre phénomène prémonitoire, *convulsions généralisées, incessantes, accompagnées d'hyperthermie.* Mort en quelques heures. A l'autopsie, gros tubercule comprimant les circonvolutions rolandiques gauches.

II. FORMES HÉMIPLÉGIQUES

Nous en avons observé deux cas certains.

OBS. II. — B..., Henri, 3 ans, nous est amené, à M. Roger Voisin et à moi, pour affaiblissement progressif du côté *droit*, survenu sans cause et datant d'une quinzaine. Le professeur Hutinel, auquel nous ne manquons pas de le montrer, nous oriente vers l'idée d'une tumeur cérébrale. Bientôt, en effet, apparaissent des vomissements en fusée, des troubles de l'équilibre, une paralysie faciale *gauche* de type périphérique, puis d'inquiétants phénomènes bulbaires. Nous envoyons l'enfant au professeur Terrien, qui nous répond : « Stase papillaire et, en plus, tubercules choroïdiens. » Quelques jours après, mort par « méningite », sans doute tuberculeuse.

Dans ce cas, deux particularités :

1° L'existence de tubercules choroïdiens, qui nous a permis un diagnostic de nature ;

2° La constatation d'un syndrome de Millard-Gubler, permettant un diagnostic topographique : celui de lésion protubérantielle.

Obs. III. — Une petite fille de 21 mois, K..., Marie, nous est amenée, le 8 janvier 1931, pour *hémiplégie gauche*, survenue après une longue période fébrile, accompagnée d'amaigrissement.

Ce qui frappe le plus, à l'examen, en dehors de l'hémiplégie organique et de la somnolence, c'est la *cachexie* : cette enfant est très pâle, les traits tirés, les masses adipeuses et musculaires ont fondu, la peau, sillonnée de nombreux plis, a perdu son élasticité ; la muqueuse buccale, rouge, de réaction acide, indique l'imminence du muguet.

A la ponction lombaire, lymphocytose et hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien, qui contient des bacilles de Koch.

A l'autopsie, nombreux tubercules de l'encéphale, dont un, plus volumineux, occupe le lobe paracentral droit.

Dans ce cas, nous avons pu, de prime abord, porter un diagnostic exact. A quoi, en effet, attribuer cette hémiplégie gauche, précédée d'une longue période fébrile, sinon à la tuberculose ? C'est ainsi que nous avons été amené à pratiquer une ponction lombaire qui, avant même tout examen nécropsique, a fait, de notre hypothèse, une certitude.

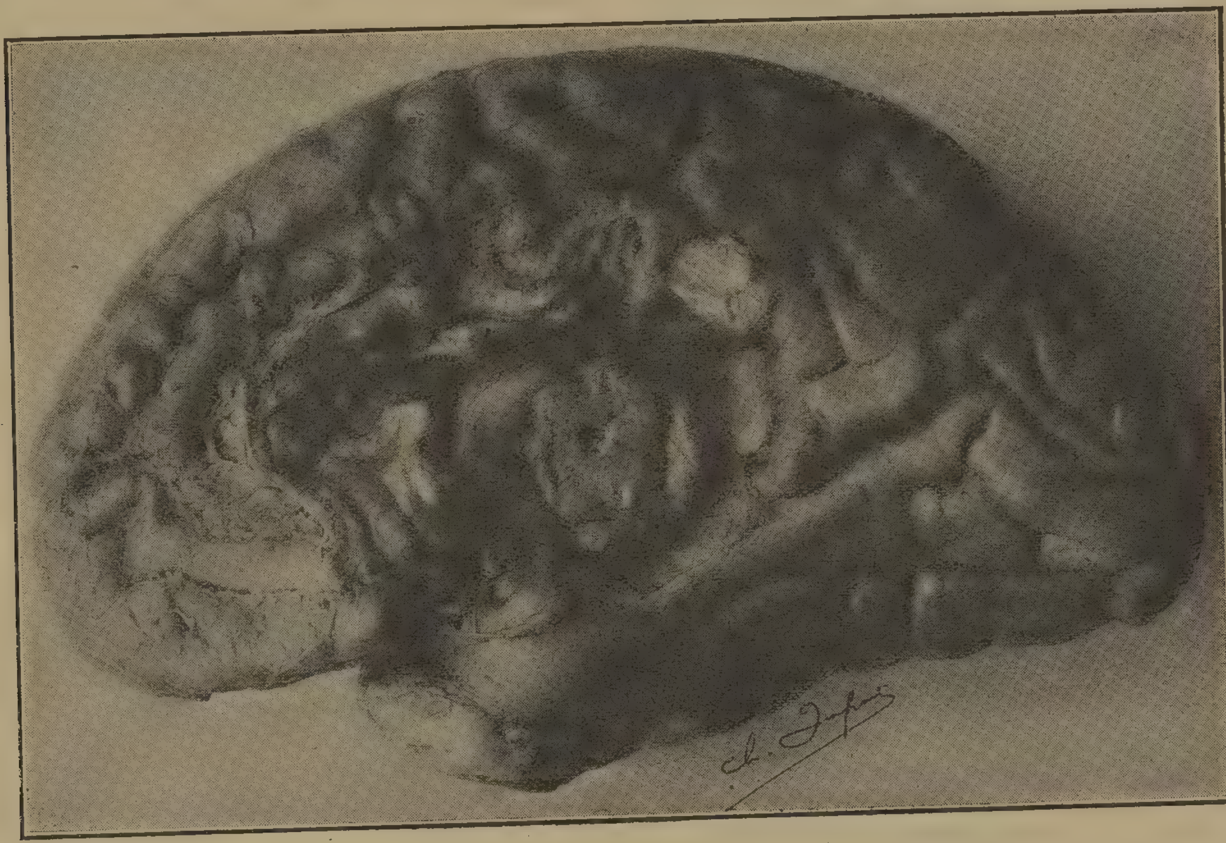


Fig. 1. — *Hémisphère droit.* — Tubercule de la couche optique et de la partie antérieure du corps calleux.

III. FORMES MÉNINGITIQUES

Obs. IV. — M..., Léontine, 19 mois, entrée aux Enfants-Malades le 23 mars 1907, pour *réactions méningées rattachées d'emblée à la méningite tuberculeuse.* N'ont-elles pas été précédées d'une période fébrile assez courte, mais qui s'est accompagnée d'amaigrissement ? L'examen systématique ne montre-t-il pas : 1° au cou, de petits ganglions durs, roulant sous le doigt ; 2° au hile, des signes d'adénopathie trachéo-bronchique ?

A l'autopsie, en plus de la calcification des ganglions du médiastin et de la classique pie-mérite basilaire, on note l'existence de nombreux tubercules cérébraux situés sur l'hémisphère droit occupant, les uns, la partie antérieure du corps calleux, les autres, la couche optique. (*Fig.* 1.)

Ici, et autant qu'on puisse le dire quand il s'agit d'un tout jeune enfant, qu'on n'a pu suivre que quelques jours, aucun symptôme de localisation, mais seulement le tableau de la méningite tuberculeuse, si bien que les tubercules cérébraux ont constitué une trouvaille d'autopsie.

Obs. V. — P..., Georges, 9 ans, entré à l'hôpital Saint-Louis, annexe Grancher, le 8 mars 1932, pour méningite tuberculeuse classique. N'avait-elle pas été précédée d'une période où l'enfant était devenu triste ? Ne lui avait-on pas trouvé, à la radiographie, un voile du poumon gauche ? La seule particularité que révélât l'examen clinique, c'était l'existence d'une amaurose, avec mydriase et immobilité pupillaire à la lumière, que M. Dupuy-Dutemps, appelé en consultation, avait attribuée à un énorme exsudat papillaire, sans dilatation des veines. La mort survint le 14 mars.

A l'autopsie, en plus des lésions basilaires habituelles, on trouva, à la partie antérieure du lobe frontal gauche, une plaque recouvrant la partie moyenne de F^1 et de F^2. Assez étendue, puisqu'elle mesure 6 cm. sur 4, de couleur blanc jaunâtre, mais de limites peu nettes, elle est de consistance ferme et, sur une coupe, s'étale en surface. (*Fig.* 2 *et* 3.)

A noter, de plus, l'existence de nombreuses zones de symphyse entre les deux F^1 surtout à leur partie antérieure.

Quel autre diagnostic porter ici que celui de méningite tuberculeuse en plaque, et comment ne pas signaler l'existence, chez notre malade, de manifestations oculaires, si rares que M. Dupuy-Dutemps a tenu à prélever, sur le cadavre, orbite et nerf optique pour en faire, à loisir, l'examen anatomique ?

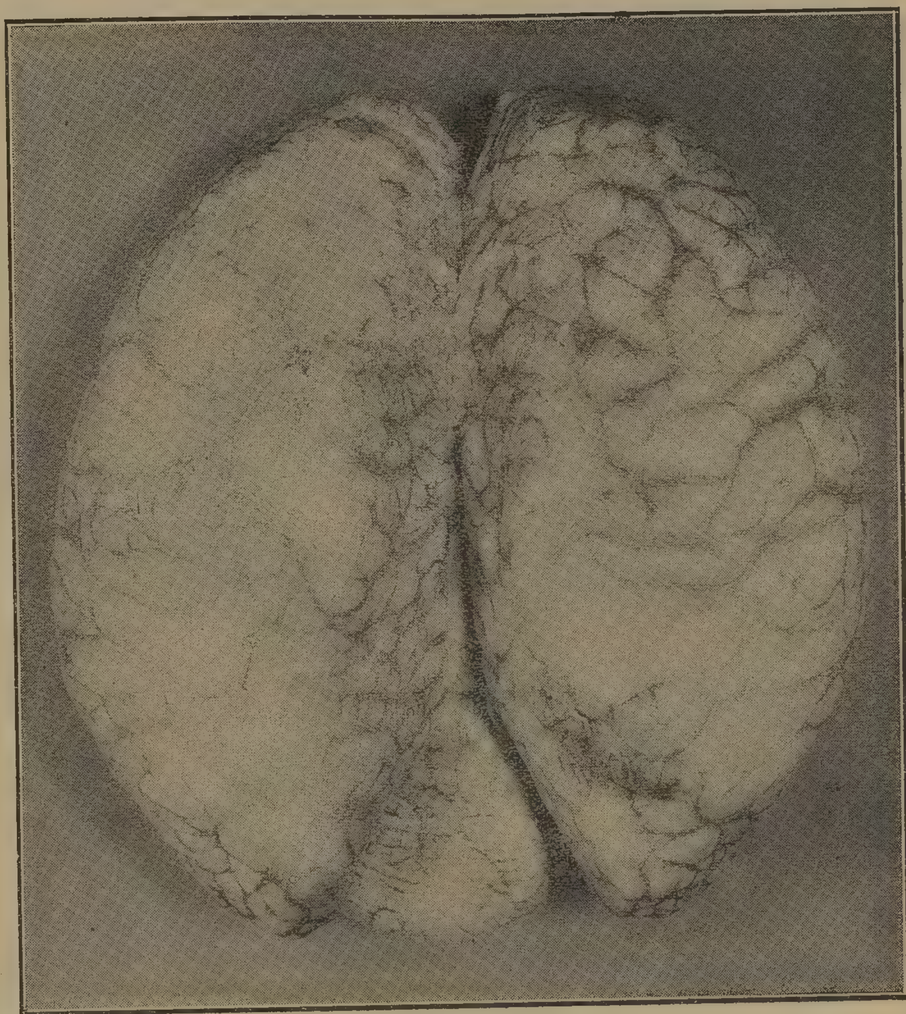


Fig. 2. — *Plaque de méningite occupant la partie antérieure du lobe frontal gauche.* Adhérences entre les faces internes des lobes frontaux.

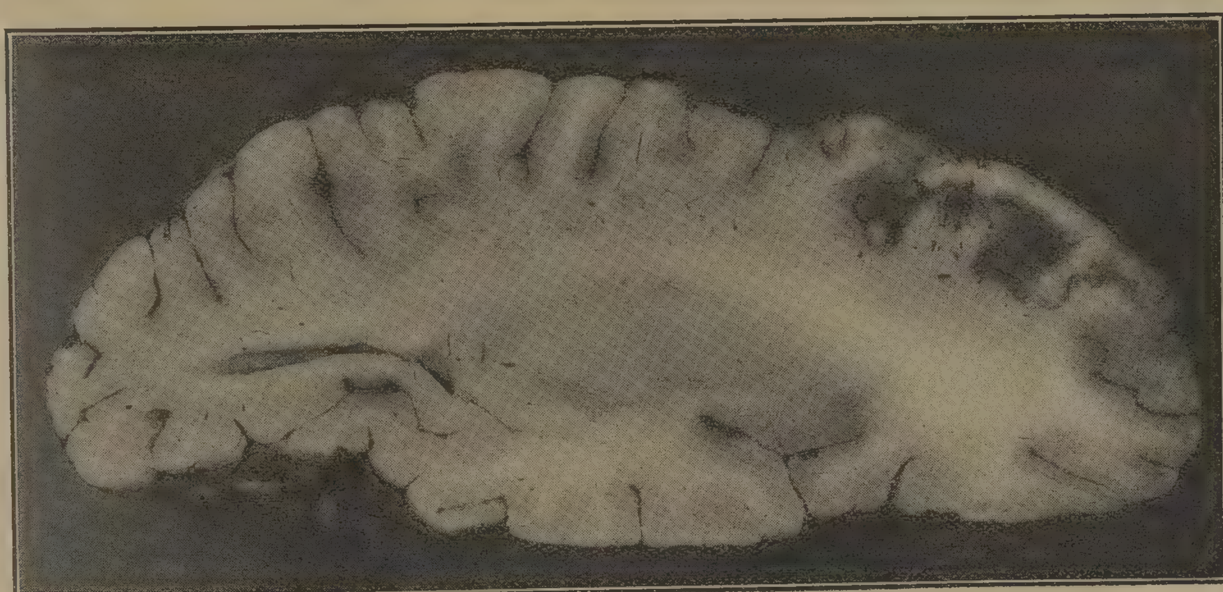


Fig. 3. — *Coupe intéressant la plaque précédente.* — Infiltration tuberculeuse et lésions congestives sous-jacentes.

IV. FORMES CÉRÉBELLEUSES

Obs. VI. — H..., 9 ans, habituellement bien portant, a été pris brusquement, dans l'hiver de 1929, de vomissements. Pendant plusieurs mois, sa santé redevient satisfaisante. Puis réapparition des vomissements et apparition de quelques troubles digestifs, pour lesquels M. Gendron conseille une cure à Châtel-Guyon. M. Aine, appelé à diriger cette cure, est frappé du caractère anormal des manifestations digestives et cherche avec soin, mais en vain, quelque signe permettant de penser à une tumeur cérébrale. En 1930, les phénomènes neurologiques se précisent et l'on voit se développer un syndrome cérébelleux très fruste. M. J. Renault, appelé en consultation, émet l'hypothèse d'un tubercule. En août et en octobre, je vois l'enfant, une fois avec M. Gendron, une fois avec M. Alf. Cayla : en l'absence de toute stase papillaire — l'examen du fond d'œil étant régulièrement pratiqué par M. Onfray — et sur la foi de certains renseignements fournis par la famille, on se demande s'il ne s'agirait pas d'encéphalite, d'autant qu'il y a un peu de fièvre. Ne semble-t-il pas étonnant, d'ailleurs, que la néoplasie — si néoplasie il y a — dure depuis longtemps sans se manifester par quelque symptôme ? On essaye donc un traitement par l'urotropine et par le salicylate de soude : aucun résultat. En décembre 1930, nouvelle consultation, toujours mêmes constatations : existence d'un petit syndrome cérébelleux, avec prédominance légère des signes sur le côté gauche, toujours sans stase papillaire. M. Th. de Martel, appelé par téléphone, arrive aussitôt, partage nos perplexités et demande à prendre l'enfant à sa clinique. Ceci se passait un certain samedi. La veille, rien aux yeux. Le surlendemain, stase papillaire constatée par M. Monbrun. On opère donc sans tarder et l'on tombe sur un tubercule, que l'on s'abstient d'enlever. Les suites opératoires furent bonnes et l'enfant va actuellement aussi bien que possible.

Cas curieux pour plusieurs raisons :

1° Prépondérance, bien connue aujourd'hui, des troubles digestifs ;

2° Confusion possible, pendant un certain temps, avec une encéphalite ;

3° Apparition brusque de la stase papillaire (*stase papillaire aiguë* de MM. de Martel, Monbrun et Guillaume).

Obs. VII. — G..., Ghislaine, 4 ans, envoyée à l'hôpital Saint-Louis, en janvier 1930, pour troubles de la marche survenus progressivement.

Dès l'abord, nous sommes frappé par l'état précaire de la malade et par l'existence, chez elle, d'un syndrome cérébelleux discret : titubation légère, tendance à la chute, dysmétrie. Il existait aussi quelques phénomènes attribuables à une hypertension intracranienne : céphalée, vomissements à type cérébral. Nous sollicitons donc l'avis de M. Dupuy-Dutemps, qui répond : « Fond d'œil douteux, à revoir très prochainement. » Nouvel examen ophtalmologique au bout de quelques jours : énorme stase papillaire. Nous envoyons l'enfant à M. Clovis Vincent, qui confirme notre diagnostic de tumeur cérébelleuse, opère, tombe sur un tubercule, et referme sans y toucher. Envoyée à la campagne, et soumise au traitement reconstituant habituel, la petite malade s'est remise et je l'ai revue récemment en bon état.

Pourquoi, dans ce cas comme dans le précédent, les neuro-chirurgiens se sont-ils abstenus ? Parce que l'expérience a démontré (Cushing) que l'ablation du tubercule est immanquablement suivie de méningite. Remarquons aussi l'innocuité de telles interventions quand elles sont effectuées dans de bonnes conditions, puisque nos deux malades ont guéri sans incident.

V. FORMES A ALLURES NÉOPLASIQUES

Nous en avons déjà cité quelques cas : nous en retrouverons d'autres au chapitre suivant.

VI. TUBERCULES « SUPPOSÉS »

M. Cushing, dont les travaux font autorité en la matière, a proposé d'appeler *tumeurs supposées* les cas où on a toutes les raisons de penser à une tumeur, sans que l'on puisse d'ailleurs préciser son siège. Nous sera-t-il permis de transposer cette expression, plus élégante en anglais qu'en français, et de l'appliquer aux cas suivants, où le diagnostic de tubercule cérébral avait de grandes chances de probabilité ?

Obs. VIII. — L..., Rolande, 8 ans, vue le 13 novembre 1929. Cette fillette, dont la mère présente des signes cliniques de tuberculose discrète, a été atteinte, il y a trois semaines, d'une *hémiplégie droite* ayant débuté par le membre supérieur, et s'étant peu à peu complétée, sans se compliquer d'aphasie. Pas de stase papillaire, pas de surdité, aucune autre constatation, à l'examen neurologique, que : 1° cette hémiplégie spasmodique, et 2° l'existence, depuis quelque temps, de violentes céphalées.

Nous avons perdu de vue cette petite malade, et nous savons, pour l'avoir observé avec M. J. Hutinel, qu'il n'est pas défendu à un tuberculeux d'être porteur d'un gliome cérébral. Toutefois, si l'on tient compte des antécédents, l'existence d'un tubercule cérébral, chez la jeune L., peut au moins être soupçonnée.

Obs. IX. — M..., petite fille de 4 ans. Son père est *mort phtisique*. Depuis juin 1929, sont apparus, chez elle, des symptômes cérébello-vestibulaires : démarche ébrieuse, latéropulsion droite, inclinaison de la tête de haut en bas et de droite à gauche. Les signes propres à l'hypertension intra-cranienne : vomissements, céphalée occipitale, stase papillaire, ne faisaient pas défaut. Nous envoyons l'enfant à M. Cl. Vincent, en lui déclarant qu'il s'agit sans doute d'une tumeur cérébelleuse. Mais il n'a pu décider les parents à l'opération et nous ne savons ce qu'il en est advenu.

Mêmes réflexions que dans le cas précédent. Comment ne pas songer à un tubercule cérébral chez cette enfant qui présente des signes d'hypertension intracranienne et dont le père est mort phtisique ?

Obs. X. — B..., Henri, 6 ans. A la suite de l'ablation des végétations adénoïdes, ce petit garçon, de santé délicate, est pris de convulsions et de vomissements à type cérébral, de céphalée ocipitale. A l'examen, démarche ébrieuse, raideur de la nuque, paralysie des VIe et VIIe paires droites, grosse stase papillaire (Terrien). La réaction de Bordet-Wassermann est négative pour le sang. La mort survint rapidement par phénomènes bulbaires.

Au sujet de ce cas, deux réflexions :

1° Le diagnostic de tubercule cérébral est vraisemblable ; il n'est pas certain ;

2° La tuberculose, — si tuberculose il y a — a été déclenchée par l'ablation des végétations : ce sont là faits bien connus des spécialistes, mais dont il ne faudrait pas exagérer la fréquence.

OBS. XI. — Pierre N..., 17 ans, vu en 1924, avec M. Maurice Lévy, et chez qui, en 1923, apparurent sans cause, peu à peu, les symptômes suivants : céphalées, vomissements à type cérébral, stase papillaire bilatérale avec hémianopsie homonyme gauche (Bourdier). Une trépanation décompressive fut tentée. Au bout d'un certain temps, amélioration prolongée consécutive, semble-t-il, à une cure bismuthique et mercurielle.

Cas bien difficile à interpréter ! Gliome ? On n'est guère habitué à les voir évoluer ainsi. Tuberculome cérébral ? On pouvait y penser, en raison de la présence d'un noyau épididymaire, constaté par nous et vérifié par M. Baumgartner. Ici encore, pourquoi cette régression presque complète de tout accident ? Syphilome ? Il n'y a, en sa faveur, que deux arguments : caractère très faiblement positif de la réaction de Wassermann, disparition de tout accident à la suite d'un traitement spécifique.

VII. FORMES LATENTES

OBS. XII. — Jeanne S..., 7 ans 1/2, entrée dans le service du professeur Hutinel pour cirrhose cardio-tuberculeuse. A l'examen, aucun symptôme d'ordre neurologique, abstraction faite d'une torpeur progressive : « Elle est indolente, apathique, répond mal aux questions qu'on lui pose. » La mort fut le fait d'une scarlatine intercurrente. Les jours précédents, « elle avait refusé de s'alimenter, sa torpeur s'était accrue, mais on n'observait aucun phénomène nerveux : pas de convulsions, de réactions méningées, de paralysie faciale, de phénomènes oculaires ». A l'autopsie, en plus d'une tuberculose généralisée, nous trouvâmes plusieurs tubercules, méningés, cérébraux, cérébelleux. (*Fig. 4 et 5.*)

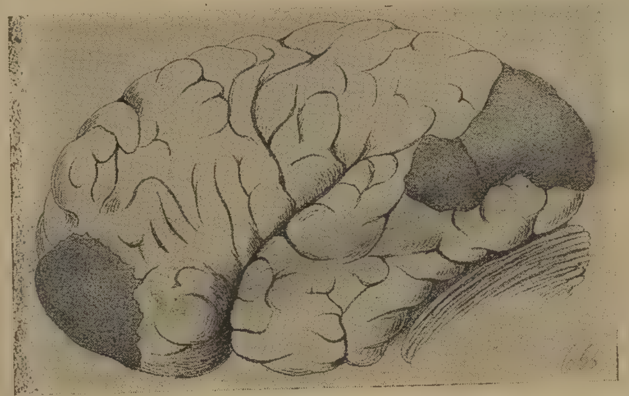


FIG. 4. — *Tubercules de l'hémisphère cérébral gauche* occupant, pour le plus volumineux, le lobe occipital ; pour l'autre, la partie antérieure du lobe frontal.



FIG. 5. — *Tubercules cérébraux, cérébelleux et méningé*, ce dernier situé à droite de la ligne médiane et encore adhérent à un morceau de dure-mère.

Le tubercule méningé, solitaire, des dimensions d'une noisette, s'était creusé une logette à la partie la plus reculée de la face interne de l'hémisphère droit.

Des tubercules cérébraux, intéressant l'hémisphère gauche, le principal couvrait la face externe du lobe occipital, et se prolongeait jusqu'au pli courbe ; un autre siégeait aux confins des faces antéro-externe et inférieure du lobe frontal. A droite, il n'en existait qu'un, volumineux, empiétant, lui aussi, à la fois sur la face inférieure et sur la face externe du lobe frontal.

Quant au tubercule cérébelleux, il était situé sur l'hémisphère droit, et occupait le bord postérieur de la grande circonférence.

Ici, une seule raison de penser à une localisation cérébrale : la torpeur, passible d'ailleurs d'autres explications. Ne pouvait-on l'attribuer à la stase veineuse encéphalique produite par la maladie causale ?

***

Des cas qui précèdent, pouvons-nous tirer quelques conclusions ?

1° Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de cas répondant à la *tuberculisation chronique du cerveau*, telle que la concevaient Rilliet et Barthez.

2° Nos observations personnelles concernent surtout des formes éclamptiques, hémiplégiques, cérébelleuses, méningitiques, néoplasiques et latentes.

3° Les formes où, de par l'ensemble des antécédents et des symptômes, on peut être autorisé à porter le diagnostic de tubercule cérébral sont fréquentes. Leur diagnostic, en l'absence de toute preuve opératoire ou nécropsique, est toujours délicat, rien n'empêchant (L. Babonneix et J. Hutinel) un gliome d'apparaître chez un tuberculeux avéré.

BIBLIOGRAPHIE PERSONNELLE

V. HUTINEL et L. BABONNEIX. Tumeurs cérébrales, in *Les Maladies des enfants*, Paris, 1909, in-8°, t. V.

L. BABONNEIX et G. PAISSEAU. Un cas de cirrhose tuberculeuse, *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, mai 1909.

L. BABONNEIX et R. VOISIN. Sur deux cas de tumeur cérébrale chez l'enfant, *Gaz. des hôpit.*, 26 oct. 1909, n° 122, p. 1519.

L. BABONNEIX et Maurice LÉVY. Tubercule cérébral probable. *Soc. de Pédiatrie*, févr. 1925.

L. BABONNEIX. Tubercules cérébraux chez l'enfant, *La Médecine infantile*, avr. 1925.

L. BABONNEIX. Sur quelques cas de tumeur cérébrale, *Gaz. des hôpit.*, n° 22, 16 mars 1929.

L. BABONNEIX. Quelques cas de tumeur cérébrale chez l'enfant, *Semaine des hôpit. de Paris*, 15 mai 1931.

LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUMEUR BLANCHE DU GENOU DANS LA PETITE ENFANCE

Par M. LANCE,
Assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades.

La tumeur blanche du genou est très fréquente chez le petit enfant. Avec le mal de Pott, et les ostéites souvent à foyers multiples (spina ventosa des os longs de la main et du pied, ostéite du calcaneum, du cubitus, de l'os malaire) c'est la manifestation la plus fréquente de la tuberculose osseuse à cet âge.

Son diagnostic, contrairement à ce qu'on observe pour la tumeur blanche du genou dans l'adolescence et surtout chez l'adulte, est facile. Et cependant nous voyons souvent les élèves hésiter à son sujet. C'est parce qu'elle affecte une forme bien particulière, qu'il faut connaître et dont il faut savoir interpréter les signes.

Dans ces cas, on nous amène l'enfant non parce qu'il souffre, non plus parce qu'il boîte, car tout au plus tire-t-il parfois un peu la jambe quand il est fatigué, mais parce que la mère a remarqué que son genou était très gros.

L'examen nous montre une étendue presque normale des mouvements, et cette mobilisation est d'une indolence la plupart du temps complète. Le genou, un peu chaud à la main, est très gros, la synoviale est bourrée de fongosités, d'une manière tellement régulière qu'elle paraît injectée : tous les culs-de-sac sont remplis, soulevés. A la palpation, cette tuméfaction est dépressible, résistante, et à une main peu experte donne l'impression de fluctuation (1). La rotule est bien soulevée, on la déprime bien sous la pression du doigt, mais sans donner nettement la sensation de choc. Mais ici, c'est encore une nuance. Aussi, bien souvent croit-on à la présence de liquide, et le diagnostic d'hydarthrose est posé.

Cette erreur d'interprétation est importante car, à cet âge, il n'y a guère que deux diagnostics à discuter : la tuberculose ostéo-articulaire, ou l'hérédo-syphilis du genou.

Si nous croyons à la présence d'hydarthrose, la syphilis est possible et en tout cas doit être recherchée.

Cette hypothèse est ici renforcée par l'indolence de l'affection, la liberté des mouvements. De plus ici, tout à fait au début de l'évolution, nous ne trouverons pas l'adénopathie iliaque satellite dont la présence ferait pencher en faveur de la tuberculose, son apparition ne se fait souvent qu'au bout de plusieurs mois (2) ; nous ne trouverons pas plus l'allongement du membre, signe à apparition plus tardive sur lequel insistait mon maître V. Ménard dans la tuberculose du genou.

Nous ne trouverons pas encore les signes radiographiques classiques de la tumeur blanche à la première période : le pincement du cartilage articulaire, l'augmentation de hauteur des épiphyses osseuses, l'ossification prématurée de la rotule, signes qui n'apparaissent qu'au bout de plusieurs mois.

Si donc lors de ce premier examen nous n'avons pas reconnu la présence de l'injection de la synoviale par les fongosités et cru à de l'hydarthrose, le diagnostic reste en suspens ou peut s'aiguiller à faux, à cause de l'indolence, de la conservation des mouvements, de l'absence d'adénopathie et de signes radiographiques vers une hérédo-syphilis du genou.

Or, le diagnostic de cette forme fongueuse est facile à faire dès le début, de manière certaine, au moyen de la radiographie.

Il suffit de demander au radiographe des épreuves faites avec des rayons très mous. Ces épreuves ne donnent pas le détail de la trabéculation osseuse, ici sans importance, mais nous montrent bien les parties molles : contours musculaires, synoviale, amas, fongosités. Il y a longtemps que nous montrons aux élèves du service sur le genou de face et sur le genou de profil de ces petits enfants la synoviale injectée comme au suif par les fongosités. Or cet aspect ne se trouve absolument que de la tuberculose à forme fongueuse et est pathognomonique. Le liquide d'hydarthrose n'est pas opaque aux rayons. L'épaississement de la synoviale que l'on voit dans la syphilis du genou ne donne rien de semblable : c'est un épaississement irrégulier de la paroi même de la synoviale et non une injection en masse de sa cavité.

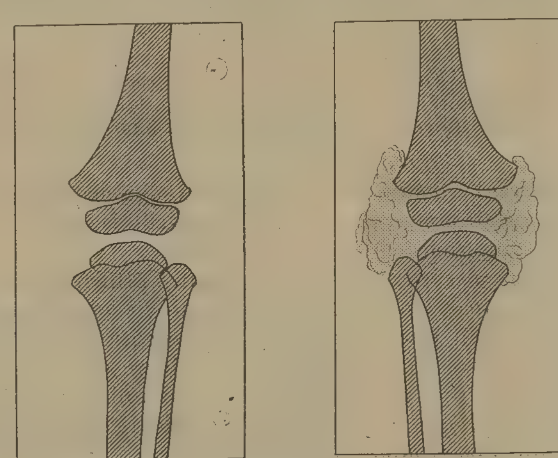


FIG. 1. — *Tumeur blanche chez un enfant de trois ans.* — Calque de radiographies des deux genoux réduites au tiers.

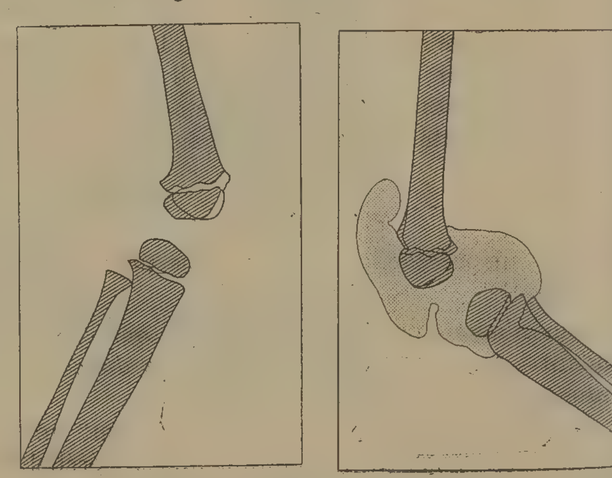


FIG. 2. — Profil des deux genoux.

(1) Voir au sujet de cette fausse fluctuation la 14e leçon de A. Broca sur l'arthrite fongueuse du genou, voir *Tuberculose chirurgicale*, Paris 1925, p. 199.

(2) Voir LANCE. Adénopathies satellites dans les ostéites et ostéo-arthrites tuberculeuses des membres, *Association française de chirurgie*, XXVIIIe Congrès, Paris 1919, p. 760-790, 2 tableaux.


TRAITEMENT
DES TROUBLES DUS A
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
ET DES
ANGIOSPASMES
PAR LA
GLYCOCARPINE
NITRATE DE PILOCARPINE
Littérature et échantillons sur demande adressée à
Spécialités Pharmaceutiques : C. Dalin. 49, Quai St Vincent LYON

Cette opacité aux rayons mous des masses fongueuses dans les synoviales articulaires n'est naturellement pas spéciale au genou et on peut la retrouver dans d'autres articulations, en particulier au cou-de-pied, au coude, toutes les fois que les fongosités forment une masse considérable. Comme on le voit surtout dans la petite enfance. Mais c'est au genou, en raison de la grande étendue de la cavité, que l'image se montrera la plus nette et qu'on la trouvera le plus souvent.

Nous pensions que cet aspect était bien connu et décrit. Avec étonnement nous n'avons pas vu le fait signalé dans les auteurs classiques et les travaux sur la tuberculose osseuse, même les plus récents. C'est ce qui nous a engagé à signaler ici ce point du diagnostic dans la forme fongueuse de la tumeur blanche du genou de la petite enfance.

ACTUALITÉS

LE CHLORYDRATE DE CHOLINE

Contre la tuberculose, notre impuissance thérapeutique relative ne nous permet de négliger aucune arme, et les plus récentes n'ont pas fait oublier les anciennes ; l'action conservatrice ou restauratrice du terrain demeure de première importance.

Les recherches de ces dernières années sur la cholestérine des humeurs, celles qui ont porté sur les humeurs des tuberculeux ont trouvé un point de contact.

Un certain nombre d'auteurs, Carles et Leuret en particulier, ont cru pouvoir, chez les tuberculeux, noter un certain parallélisme entre la cholestérinémie — ou cholestérolémie — et certains aspects évolutifs.

D'une manière générale, le tuberculeux serait hypocholestérinémique ; mais dans les formes fibreuses localisées ou non il existerait de l'hypercholestérinémie, susceptible toutefois de fléchir si les lésions tendaient à progresser ou à changer de caractère. Evolution analogue, avec d'autres chiffres, dans les formes ulcérocaséeuses localisées. Pour des lésions même étendues mais stationnaires et non fébriles, la cholestérine demeure relativement élevée. Dans les formes extensives, au contraire, la cholestérinémie s'abaisse, quelle que soit l'étendue des lésions et dans une certaine relation apparente avec l'état général et la température, marquant par de nouveaux abaissements l'éclosion de foyers nouveaux ou l'approche de la fin.

Certains auteurs ont, d'autre part, noté que la cutiréaction était plus évidente et plus précoce chez des sujets à taux élevé que chez ceux à taux bas.

Il était donc logique de chercher à préciser l'influence sur le terrain de la teneur de l'organisme en cholestérol.

Carles et Leuret, comparant chez diverses espèces animales les taux de la cholestérine, considèrent que la résistance au bacille de Koch de chacune de ces espèces paraît proportionnée aux chiffres obtenus. Une constatation du même ordre avait été faite en médecine humaine : pour certains cliniciens, les sujets les plus résistants à l'infection bacillaire paraissent les pléthoriques, les obèses, les lithiasiques, tous ceux que le langage courant dénomme arthritiques et dont l'hypercholestérolémie est une des caractéristiques humorales. Divers auteurs considèrent aussi que l'étude de la cholestérinémie fournit un élément utile pour le pronostic. Par ailleurs, on connaît le pouvoir antitoxique général de la cholestérine et plus particulièrement son pouvoir inhibiteur sur les effets de la tuberculine.

On pouvait donc avec logique supposer que le maintien ou la restauration d'une cholestérolémie normale pouvait donner à l'organisme une résistance qu'aucun procédé de vaccination ne permettait de réaliser dans le cas de l'infection tuberculeuse.

Des recherches ultérieures conduisirent Carles et Leuret à penser que le maintien de l'équilibre du rapport glycémie/cholestérolémie était un élément important dans la résistance à la bacillose.

Mais il ne pouvait être question d'administrer de la cholestérine en nature : mal tolérée per os, elle ne peut être donnée à dose suffisante par voie sous-cutanée.

En 1924, ces auteurs constatèrent que chez l'animal les injections de chlorhydrate de choline, corps existant normalement dans l'organisme, régularisaient la glycémie et élevaient la cholestérinémie. Il était donc logique d'en essayer les effets chez l'homme. On pouvait le faire d'autant plus volontiers que les lipoïdes biliaires, sous forme de paratoxine, avaient été employés déjà par Lemoine et Gérard, à la fois comme antitoxiques et antibacillaires.

L'administration de la choline est des plus aisées ; la tolérance locale et générale paraît bonne. L'unique mode d'administration est une solution aqueuse ou glycosée isotonique contenant deux centigrammes par dose.

Il n'est jamais indiqué de les pratiquer quotidiennement, sous peine d'exposer à des accidents congestifs au niveau des lésions. Le chlorhydrate de choline s'élimine en effet avec une certaine lenteur : 48 heures sont nécessaires à la disparition des 2 centigrammes de chaque dose, et des injections plus fréquentes conduisent à une certaine accumulation.

On ne doit donc faire d'injection que tous les deux ou tous les trois jours. Par contre, aucune interruption n'est nécessaire pendant toute la durée du traitement actif. A l'avis de Carles et Leuret, le médicament n'est pas un antibacillaire, mais une sorte d'adjuvant apporté à l'organisme pour remplacer des éléments déficients et dont la consommation est quotidienne. La nécessité en est donc quotidienne comme pour l'insuline.

Le traitement doit être continué sans intervalle de repos jusqu'à ce qu'on ait obtenu les résultats cherchés ou jusqu'à ce que tout espoir d'efficacité ait dû être abandonné. On ne doit cependant pas s'attendre à en constater immédiatement les effets ; c'est, en moyenne, après un minimum de traitement de deux mois qu'on peut voir s'amorcer les heureux effets du traitement et se faire une opinion sur son utilité. Il faut donc ne pas se décourager trop vite.

Dans les cas heureux, lorsque la guérison paraît obtenue et que les effets du traitement se maintiennent, on peut cesser la médication continue, mais il est bon de faire à intervalles réguliers, qui peuvent s'espacer peu à peu, des cures d'entretien qui consolident les résultats acquis.

Dans les cas qui réagissent favorablement, Carles et Leuret ont observé un relèvement parfois rapide de l'état général, avec amélioration de l'appétit et du sommeil, la régularisation et l'abaissement de la température, l'augmentation du poids. Le fonctionnement digestif s'accélère et s'améliore, la tension artérielle se relève. L'examen du sang montre une glycémie normale, l'élévation et la stabilité du taux de la cholestérine ; le nombre des globules rouges augmente, la formule leucocytaire se modifie : les lymphocytes diminuent en nombre tandis qu'on voit s'élever la quantité des mononucléaires et des éosinophiles.

Lorsqu'il s'agit d'une tuberculose externe, on voit parfois se produire une légère poussée congestive locale, en particulier au niveau des ganglions qui augmentent de volume et dont le pus peut prendre un caractère hématique.

Mais lorsque la posologie est correcte, ces phénomènes disparaissent vite et les lésions régressent. De même on voit une action trophique favorable au niveau des fistules ou des plaies tuberculeuses atones.

La qualité de tels résultats n'est pas négligeable. Les pères de la méthode les auraient observés avec une fréquence qui mérite aussi considération. Dans leur communication de février 1931 à l'Académie de Médecine, ils apportaient à l'appui de leurs conclusions 331 cas de bacilloses viscérales ou externes de localisations les plus variées. Les effets favorables auraient, selon les formes, atteint un pourcentage variant entre 22 % dans des tuberculoses pulmonaires ulcéreuses évolutives, et 40 % guérisons cliniques, recul durable ou stabilisation durable. Les lésions pleurales et les bacilloses chirurgicales seraient parmi les plus dociles à la choline.

Il ne semble malheureusement pas que d'autres auteurs aient obtenu autant ni aussi bien. Les principes mêmes de la méthode n'ont pas été non plus à l'abri de la critique : l'hypocholestérinémie des tuberculeux est loin d'être un fait constant ; la choline ne produit pas toujours l'hypercholestérinémie marquée et durable que l'on attend. Manceau, enfin, considère que les variations de la cholestérine dépendent de facteurs nombreux, parmi lesquels il faut faire place au poumon et à la surrénale.

Il n'est que juste, par ailleurs, de reconnaître les avantages de la méthode. Aucune contre-indication du fait de la forme clinique n'existe à proprement parler : légères ou graves, évolutives ou fibreuses, toutes permettent, quel que soit l'effet terminal, une tolérance aisée. Pas non plus de contre-indication due à l'âge.

La seule contre-indication relative provient du terrain et ne fait qu'engager à une surveillance attentive. Les hépatiques en général, et spécialement les lithiasiques, les femmes enceintes, les artérioscléreux sont déjà avant le traitement des hypercholestérinémiques habituels. On devra donc les surveiller à cet égard de façon périodique et régulière pour ne pas aggraver la tare préexistante. Même conduite à tenir en ce qui concerne la glycémie chez les diabétiques, en raison de l'action de la choline sur le métabolisme des sucres. Il ne paraît pas que ce soient là de bien graves difficultés en pratique.

Il faut par contre mettre à l'actif de la méthode la facilité qu'il y a de l'associer au plus grand nombre des autres traitements de la tuberculose : hygiéniques, diététiques, médicamenteux ou biologiques.

Il n'est d'exception que pour la chimiothérapie en ce qui touche la chrysothérapie ; la contre-indication d'une association choline et or est absolue. On ne tarde pas en effet à voir se produire une stomatite érythémateuse intense que ne produit aucun des deux médicaments employés séparément, et qui est due à une élimination massive de médicament par voie buccale. On doit donc séparer en un intervalle de six semaines au moins les cures par ces médicaments.

Cette précaution, d'observation habituellement facile, permettra donc de continuer l'étude d'une médication à laquelle on ne peut dénier un certain intérêt.

Même en tenant compte de la difficulté qu'il y a de se faire une opinion en thérapeutique antituberculeuse, tous les nouveaux médicaments, et la choline parmi eux, méritent attention, malgré la richesse apparente — pauvreté réelle — de l'arsenal thérapeutique.

R. LEVENT.

Le rhume des foins, par le docteur FORTIER-BERNOVILLE, in-8° raisin, 80 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Marcel Vigné.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DU TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DES AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES CHEZ LES ENFANTS

Par le docteur J. VERNET.

En raison de leurs propriétés antiseptiques, les balsamiques sont employés depuis longtemps dans le traitement des affections pulmonaires. La thérapeutique retient surtout la créosote et ses dérivés et, parmi eux, le thiocol, qui a l'avantage de n'être pas toxique et qui est très bien toléré par les voies digestives. Il a, de ce fait, une place tout indiquée en thérapeutique infantile au cours des bronchites aiguës et chroniques pour modérer la toux et modifier l'expectoration.

Par les efforts qu'elle nécessite, la toux fatigue le petit malade et empêche tout repos et tout sommeil. D'autre part, l'enfant déglutit ses crachats et résorbe ainsi des produits chargés de microbes et de toxines, ce qui peut entraîner des troubles gastriques souvent graves.

Dans la plupart des cas, quand il ne s'agit pas de toux spasmodique, en donnant quelques centigrammes de thiocol par jour, on voit ces symptômes s'atténuer, puis disparaître. La muqueuse bronchique s'assèche sans être congestionnée et, par son pouvoir bactéricide, le thiocol s'oppose à la pullulation microbienne et supprime les troubles de gastro-entérite parfois si tenaces.

Nous employons de préférence aux cachets ou aux comprimés une forme liquide, le sirop « Roche » au thiocol, bien accepté des petits malades qui sont particulièrement sensibles à la saveur d'un médicament. On peut le donner par cuillerées à café soit pur, soit mélangé à une tisane. La dose moyenne est d'une à quatre cuillerées à café au-dessous de 10 ans, de quatre à six, au-dessus. En dehors d'un épisode aigu, on peut, sans inconvénient, à doses moindres et à intervalles réguliers, l'utiliser chez les sujets fragiles, qui font des poussées successives dégénérant en bronchite chronique. De même, au cours des affections susceptibles de complications pulmonaires, comme désinfectant des voies respiratoires, il sera bon de l'administrer à titre préventif.

Dans les formes latentes, torpides, de tuberculose, en particulier dans les formes ganglio-pulmonaires, le thiocol donne aussi des résultats très encourageants. Chez nombre de petits malades qui font des bronchites à répétition ou qui ont à leur actif une cortico-pleurite, une pleurésie sèche ou avec épanchements, on constate que ces accidents de réaction broncho-pneumonique sont en rapport avec une adénopathie trachéo-bronchique, plus au moins discrète, que révèlent l'examen clinique et la radio. Il y a là un danger de complications pour le présent, et, si on admet que la tuberculose de l'adulte n'est que le réveil d'une lésion de l'enfance, un danger pour l'avenir. Même en l'absence de tout signe évolutif, il est sage de prescrire la vie au grand air le plus possible, le repos, une alimentation bien réglée. Comme adjuvant de cette thérapeutique hygiéno-diététique, le sirop au thiocol antibacillaire et reconstituant ne peut que favoriser la défense de l'organisme. Il stimule l'appétit, il facilite le travail de l'estomac et fait disparaître les troubles digestifs si fréquents chez ces malades et dont l'importance n'est pas négligeable. On observe une amélioration de l'état général, surtout sensible quand l'enfant présentait l'aspect dit scrofuleux, mais réelle aussi dans les formes florides. On le donnera de préférence aux repas ou avant les repas en prolongeant la cure avec des périodes d'interruption.

Ce médicament permet de réaliser sans inconvénient l'imprégnation créosotée progressive préconisée systématiquement autrefois et encore aujourd'hui bien souvent dans la tuberculose pulmonaire. Il faut bien savoir que les malades atteints de lésions non congestives retirent un bénéfice certain de l'emploi judicieux de ce médicament qui a fait ses preuves, non seulement chez les adultes, mais aussi chez les vieillards et les enfants.

NOTES POUR L'INTERNAT

LUXATION ANTÉRO-INTERNE DE L'ÉPAULE

ETIOLOGIE

La plus fréquente des luxations. S'observe surtout chez l'adulte.

Chez le vieillard, c'est l'épiphyse humérale supérieure qui cède ;

Chez l'enfant, c'est l'épiphyse humérale inférieure.

Causes prédisposantes. — L'extrême mobilité de l'articulation scapulo-humérale.

— L'emboîtement insuffisant de la tête dans la glène.

Causes déterminantes. — Traumatisme.

— *Le plus souvent indirect :* chute sur la main ou le coude, le bras étant écarté du corps.

— Plus rarement direct : chute ou coup à la face postérieure de l'épaule.

Mécanisme. — Suivant que le traumatisme est direct ou indirect, le mécanisme est différent.

a) *Choc direct :* La tête humérale étant en rotation externe, la partie antérieure de la capsule tendue se rompt sous la poussée de la tête refoulée d'arrière en avant.

b) *Choc indirect :* 1° *L'abduction s'exagère :* la tête fait effort à la partie inférieure de la capsule entre le sous-scapulaire et le petit rond (point faible). La capsule se déchire en bas et en avant ; le versant supérieur du col anatomique s'engrène sous le pôle inférieur de la glène (donc initialement luxation sous-glénoïdienne).

2° Le bras sous l'effet de son poids retombe ; la tête toujours en rotation externe, remonte sous l'action des pectoraux en avant et en dedans.

Suivant la résistance de la *bande d'arrêt de Farabeuf* (constituée par les ligaments gléno-huméraux, surtout le ligament supérieur) et des muscles péri-articulaires, plusieurs éventualités vont se produire :

1° La bande d'arrêt résiste. — La tête en remontant agrandit la déchirure capsulaire en haut et en dedans.

La capsule articulaire est décollée au niveau de sa continuité avec le périoste du col de l'omoplate (Décollement sous-scapulo-périosté).

Le bord postérieur du col anatomique répond au bord antérieur de la cavité glénoïde.

La tête est en rotation externe ; la coulisse bicipitale regarde en dehors.

C'est la *luxation extra-coracoïdienne*, type rare et incomplet.

2° La bande d'arrêt cède ; les muscles résistent partiellement. — C'est la luxation extra-coracoïdienne, type le plus fréquent. La capsule est déchirée : brèche oblique sous le ligament gléno-huméral moyen.

Le sous-scapulaire est déchiré partiellement ; les muscles postérieurs ne présentent pas de lésions.

Le bord postérieur du col anatomique répond à la lèvre antérieure du bourrelet glénoïdien.

La coulisse bicipitale regarde en avant et en dehors ; la tête est en rotation externe.

C'est la véritable luxation.

3° Les muscles cèdent aussi. — Ce sont les luxations intra-coracoïdiennes.

Le muscle sous-scapulaire est déchiré largement ; les muscles postérieurs sont plus ou moins dilacérés.

Le bord postérieur du col repose sur la fosse sous-scapulaire.

L'humérus est en rotation interne : la coulisse regarde en avant et en dedans.

4° *Dans la luxation sous-claviculaire*, rare d'ailleurs, tous les freins qui retenaient la tête sont rompus. Elle devient alors sous-claviculaire.

Le bord postérieur du col répond au gril costal ; la tête est en rotation interne.

Lésions associées. — *Osseuses :* fractures associées, surtout des tubérosités ou du col chirurgical.

Nerveuses : lésions radiculaires ou tronculaires variables, portant en premier lieu sur le circonflexe.

Vasculaires : compression simple le plus souvent.

Ces complications dominent toute la question du pronostic.

SYMPTOMES

Nous prendrons pour type la luxation sous-coracoïdienne de l'épaule. Après le traumatisme, le blessé se présente dans l'attitude classique : avant-bras fléchi, soutenu par la main saine, la tête inclinée du côté malade.

La douleur a été vive au début, mais s'est atténuée. L'impotence fonctionnelle est absolue.

SIGNES PHYSIQUES

I. *A l'inspection.* — L'examen se fera de face, de profil. Le sujet nu jusqu'à la ceinture.

On constate :

1° du gonflement au niveau de l'épaule, mais surtout :

2° *des déformations :* A) *de face :*

1) Aplatissement du moignon de l'épaule ;

2) Coup de hache externe au-dessus des insertions humérales du deltoïde, avec saillie exagérée de l'acromion (signe de l'épaulette) ;

3) L'axe prolongé du bras ne tombe plus sur la glène mais en dedans d'elle, dans le sillon delto-pectoral.

4) *Le bras est en abduction.*

Le coude est écarté du corps et le blessé ne peut pas le rapprocher.

et rotation externe : L'épitrochlée regarde en avant.

B) *De profil.* — Saillie anormale du sillon delto-pectoral souvent sensible déjà de face chez les sujets maigres et peu musclés, mais beaucoup plus nette à jour frisant.

(*A suivre.*)

Exploration fonctionnelle des voies biliaires et chirurgie, par L. Bérard, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, et M. P. Mallet-Guy, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon. Un volume de 362 pages avec 86 figures. — Prix : 68 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Au départ de Paris, de Lyon et de Marseille les voyageurs de 1re classe, de couchettes et de lits-salon peuvent obtenir, en retenant leur place d'aller, qu'on réserve également leur place de retour.

Cette location spéciale est mise à l'essai :

— A Paris, gare de Lyon et agence P.-L.-M., rue Saint Lazare, 88;

— A Lyon, gare de Perrache et agence Bellecourt;

— A Marseille, gare Saint-Charles et bureau P.-L.-M., 17, rue Grignan.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

DEUIL NATIONAL

En ouvrant la séance de l'Academie de médecine, M. Meillère, président, a prononcé l'allocution suivante :

« Mes chers collègues,

La France est en deuil. L'odieux attentat qui a coûté la vie au Chef de l'Etat nous impose le triste devoir de rendre à sa mémoire un suprême hommage.

Au nom de l'Académie, j'adresse à Madame Doumer, si éprouvée par ce nouveau malheur, nos très vives condoléances et l'expression de notre respectueuse sympathie. »

En quelques mots émus, M. Arcé (de Buenos-Aires), membre correspondant, s'associe au nom de ses collègues étrangers et de tous les intellectuels argentins au deuil de la France.

La séance a été levée en signe de deuil.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Sont nommés : MM. Rachet, Basch et Bourgeois.

— DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (avant acceptation). — Jury : MM. Mathieu-Pierre Weill, Nobécourt, Halbron, Lévy-Valensi, Cathala, Rathery, Louis Ramond, Monier-Vinard, Boidin, Lereboullet, Lenormant.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Sont nommés : MM. Ménégaux et Banzet.

— Un concours pour la nomination à la place de médecin en chef du sanatorium de Labruyère (Oise) sera ouvert le lundi 6 juin 1932, à 17 h., à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

Le registre d'inscription sera ouvert du mercredi 18 mai 1932 au mercredi 25 mai inclusivement, de 15 à 18 h., à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION DU PREMIER DEGRÉ. — Une session pour les concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine s'ouvrira le 7 novembre 1932 pour les catégories ci-dessous désignées; le nombre des places est fixé ainsi qu'il suit pour l'ensemble des facultés dans chaque catégorie :

Catégorie A. — Anatomie (3 places).
Catégorie B. — Histologie (2 places).
Catégorie C. — Histoire naturelle médicale et parasitologie (2 places).
Catégorie D. — Bactériologie (2 places).
Catégorie E. — Anatomie pathologique (2 places).
Catégorie F. — Physiologie (3 places).
Catégorie G. — Chimie (3 places).
Catégorie H. — Physique (3 places).
Catégorie I. — Médecine générale (10 places).
Catégorie J. — Chirurgie (10 places).
Catégorie J *bis*. — Ophtalmologie (3 places).

Catégorie J *ter*. — Oto-rhino-laryngologie (2 places).
Catégorie K. — Obstétrique (3 places).
Catégorie L. — Histoire naturelle pharmaceutique (2 places).
Catégorie M. — Pharmacie (2 places).
Catégorie N. — Chimie générale pharmaceutique et toxicologie (3 places).

Un arrêté ultérieur fixera les dates de chacun de ces concours.

Les registres d'inscription seront ouverts dans les secrétariats des académies du 7 juillet 1932 au 7 septembre 1932 inclus.

Nota. — La création de deux catégories supplémentaires, l'une de pharmacologie et matière médicale, l'autre de médecine légale, au concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine, est actuellement envisagée. Dans l'éventualité de leur création, les candidats à chacune de ces deux catégories bénéficieront, à titre exceptionnel, de délais d'inscription réduits qui seront indiqués le moment venu.

MARINE MARCHANDE. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine (laboratoire d'hygiène), le 14 juin 1932.

Les dossiers des candidats devront être adressés, dès maintenant, au ministère des Travaux publics et de la Marine marchande (services du travail maritime et de la comptabilité), 3, place de Fontenoy, Paris (VIIe).

ÉCOLE DE PERFECTIONNEMENT DES OFFICIERS DE RÉSERVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA RÉGION DE PARIS. — Programme des exercices pratiques communs aux quatre écoles qui auront lieu au grand amphithéâtre de la Sorbonne, 47, rue des Ecoles, aux dates et heures ci-après :

Dimanche 22 mai 1932, à 9 h. 30. Exercice pratique par M. le médecin colonel Schickelé, chef de la section technique du Service de santé : « Exercice sur le fonctionnement des évacuations secondaires dans l'intérieur du territoire. »

Dimanche 29 juin 1932, à 9 h. 30. Exercice pratique par M. le médecin commandant Sabrie, de la section technique du Service de santé : « Les évacuations sanitaires par eau. »

MÉDECINS PARISIENS DE PARIS. — Le 26 avril 1932, eut lieu aux Champs-Elysées le 41e dîner sous la présidence du docteur Pierre Prost. Celui-ci, qui fut l'inspirateur de cette Amicale puis son premier secrétaire général, était particulièrement qualifié pour faire l'historique de ses huit années d'existence; il évoqua éloquemment les présidences de ses notoires prédécesseurs.

A la demande des joyeux convives, le docteur Dartigues, l'un des présidents honoraires présents, salua l'avènement du nouveau président en une de ces improvisations savoureuses dont il a le secret.

Assistaient à ce dîner : MM. Baillière, Bayle, Blondel, Bongrand, Boussi, Bouteron, Boutet, Brunerye, Croquefer, Dartigues, Dufour, Fège, Gellet, Guebel (père), Guebel (fils), Guillemin, Mlle Lévy, MM. Luys, Molina, Moullet, Noël Peron, Pitsch, Pierre Prost, Quiserne, Schaeffer, Sée, Thuillant, Valentin, Verchère.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, qui compte présentement 217 membres, écrire au secrétaire général : M. Jules Bongrand, 6, rue Villaret-de-Joyeuse, Paris (XVIIe).

BANQUET DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le douzième banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu le samedi 28 mai 1932, à 19 h. 30, dans les salons de l'hôtel Lutétia, sous la présidence du docteur Ch. Flandin, médecin des hôpitaux.

Un bal suivra le banquet de 22 h. 30 à 2 h.

Les parents et amis des membres du S. M. S. y sont cordialement invités, ainsi que les étudiants en médecine, civils et militaires (internes des hôpitaux et médecins stagiaires du Val-de-Grâce).

Pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements, s'adresser au siège du Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente.

CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE (hôpital Laennec). — M. le professeur Maurizio Ascoli étant souffrant, la conférence qu'il devait faire le 18 mai, dans le service de M. le professeur Léon Bernard, est remise à une date ultérieure.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec une vive émotion la mort de notre confrère et ami le docteur Léopold d'Arbois de Jubainville, médecin consultant à Brides-les-Bains, décédé accidentellement près de Fréjus ; — Nous apprenons aussi la mort de M. le pharmacien général Breteau, du cadre de réserve, membre de l'Académie de médecine depuis 1929, décédé au Val-de-Grâce. Ses obsèques auront lieu samedi 14 mai, à 11 h., à la chapelle du Val-de-Grâce.

RENSEIGNEMENTS

A CÉDER, dans le Sud-Est à 8 kilomètres d'un grand centre, poste de médecin propharmacien, avec grande belle maison (garage et dernier confort moderne), bénéfice annuel 60.000 fr. pouvant être doublé. — S'adresser à M. Maxudian, 4, rue Marcel Renault, Paris (XVIIe).

DOCTEUR-INTERNE de moins de trente ans, nationalité française, est demandé par l'établissement départemental de Dury-les-Amiens. Traitement annuel en espèces : 15.000 à 18.000 fr. Logement, chauffage, éclairage et divers avantages en nature. — Adresser demande au directeur avec indications : situation de famille, diplômes, titres, etc.

LE JEUDI 9 JUIN 1932

à 14 h. 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication d'une FOURNITURE D'ARTICLES DE PANSEMENTS nécessaires au service des hôpitaux et hospices civils de Paris pendant six mois, à partir du 1er juillet 1932.

Cette fourniture comprend des articles de coton cardé et coton hydrophile, gaze mousseline apprêtée et sans apprêt.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, 3, avenue Victoria, bureau n° 8, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures. Les échantillons-types sont déposés au Magasin central des hôpitaux, 89, boulevard de l'Hôpital.

Dépôt des demandes d'admission jusqu'au mercredi 1er juin 1932.

REVUE GENERALE

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES

FRACTURES FERMÉES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE L'HUMÉRUS

Par M. LUCIEN DAVID,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les progrès de l'examen clinique, et en particulier les résultats affirmatifs de la *radiologie* — la connaissance exacte du mode d'ossification de l'extrémité inférieure de l'humerus, — la démonstration enfin des divers mécanismes probables de la fracture, ont fait de la question l'une des plus approfondies actuellement de la chirurgie courante. Cependant, l'abondance même de ces connaissances semble avoir été un écueil à la clarté de l'exposé clinique : tendance s'est manifestée à individualiser trop nettement des tableaux multiples ; le schéma a un peu trop empiété sur la vérité clinique. Il semble, en particulier, que l'on ait voulu trop superposer à des lésions osseuses définies des aspects cliniques définis. En réalité, il faut bien savoir que s'il est aisé le plus souvent de poser cliniquement le diagnostic de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, il est au contraire très fréquemment délicat, *par ce même examen clinique immédiat*, de poser un diagnostic rigoureux des lésions : siège exact du trait, direction, irradiations, arrachements osseux parcellaires ne seront bien souvent que précisions d'examen radiologique. C'est pourquoi, restant dans le domaine de la clinique immédiate, il nous semble que 2 aspects généraux sont pratiquement réalisés, sous lesquels peuvent se grouper d'emblée tous les types :

I. *Les fractures extra-articulaires*, où le trait de fracture respecte l'articulation — et dont les types dominants sont : la fracture supra-condylienne de l'humérus, et en second lieu la fracture de l'épitrochlée.

II. *Les fractures articulaires* au contraire — soit articulaires d'emblée — soit, pourrait-on dire secondairement, par irradiation du trait.

Un *syndrome articulaire* sur lequel nous insisterons plus loin va permettre de présumer fortement, dès l'abord, du caractère articulaire des lésions, mais un examen complet minutieux, *dominé par la radiologie*, permettra *seul* d'en préciser la nature exacte (réserve faite des cas souvent nets d'emblée de fracture du condyle externe).

La réalité clinique de cette discrimination des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus est confirmée encore par la *différence totale des pronostics fonctionnels* à poser dans l'un et l'autre groupes, nous le verrons.

D'autre part, si les aspects cliniques des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus sont multiples, en réalité *trois* types les dominent par leur fréquence extrême : *Fr. supra-condylienne, Fr. de l'épitrochlée, Fr. du condyle externe*. C'est pourquoi nous ne ferons que signaler les autres formes, *exceptionnelles*, ou même rarissimes.

Enfin, la différence totale de leur évolution, différence liée à l'absence de cartilage de conjugaison, à la fertilité moins grande du périoste, doit faire encore étudier à part *les fractures de l'adulte*.

A. — **Fractures de l'enfant.** — I) FRACTURES EXTRA-ARTICULAIRES. — 1° *La fracture supracondylienne de l'humérus.* — L'une des fractures extra-articulaires domine par sa fréquence extrême, c'est la fracture supra-condylienne de l'humérus avec déplacement, dans sa forme habituelle de fracture « par extension » de Kocher.

a. *Symptômes.* — Il s'agit d'un enfant de 4 à 10 ans, en général, qui est amené d'urgence à l'hôpital : soit après une chute sur la paume de la main, l'avant-bras étant en extension sur le bras, soit, mais plus rarement, après une chute sur la main, l'avant-bras étant en flexion sur le bras. Il se plaint d'une *douleur* extrêmement vive dans la région du coude. Il a *immobilisé* son membre dans l'attitude classique des traumatisés du membre supérieur sur laquelle nous n'insisterons pas. Toutefois, des caractères bien spéciaux se greffent sur cette attitude banale lorsque l'enfant est vu précocement, avant l'apparition du gonflement — et ces caractères vont, dans bien des cas, imposer d'emblée le diagnostic.

Le bras paraît, en effet, souvent nettement raccourci. De face, son extrémité inférieure est élargie. Mais surtout, de profil, on note une augmentation souvent énorme du diamètre antéro-postérieur du coude. Augmentation due à la fois, comme le montre la suite de l'examen, aux déplacements osseux, et au gonflement traumatique qui déjà s'installe. On voit nettement saillir *en avant* l'extrémité inférieure de la diaphyse fracturée, *en arrière* le bloc emphysaire rétropulsé. D'autres fois, une déformation latérale correspondant au bloc épiphysaire en décèlera la *translation* en dehors ou en dedans.

Vu par en arrière, enfin, le coude déborde franchement le plan postérieur du bras. Au-dessus de la saillie olécranienne, le tendon tricipital détendu s'incurve sous les téguments.

La palpation sera faite avec une douceur et une minutie extrêmes ; d'autant que le gonflement la rendra bien souvent plus délicate et par suite plus longue à effectuer, plus difficile aussi à interpréter. Enfin, il faut compter avec la gène habituelle de tout examen chez un enfant qui souffre.

Tout le long des saillies osseuses antérieure et postérieure, le doigt révèle une ligne de points douloureux exquis qui affirment la fracture. Mais surtout on recherchera systématiquement *le signe capital* des fractures supra-condyliennes de l'humérus, *la conservation des rapports normaux des trois saillies osseuses du coude :* épicondyle, pointe de l'olécrane, épitrochlée.

Dans l'extension, ils sont sur une même ligne horizontale.

Dans la flexion à angle droit, ils sont dans un même plan frontal.

Il n'y a aucune modification de ces rapports, puisque le trait de fracture passe *au-dessus* du bloc épiphy-

saire. Cette constatation écarte définitivement l'autre grosse lésion du coude à laquelle on aura pu songer, la luxation, dans laquelle au contraire les rapports sont, nous le verrons, bouleversés.

L'évidence des symptômes proscrit absolument la recherche douloureuse et parfois dangereuse des mouvements anormaux et de la crépitation osseuse. D'ailleurs, malgré soi, au cours de l'examen, on provoque des mouvements de *latéralité* accentués.

C'est à dessein que nous rejetons si tard ecchymose et gonflement, qui ne sont pas toujours symptômes de la première heure.

Le gonflement apparaît dans les heures qui suivent le traumatisme.

Il est souvent considérable, masquant bientôt toute déformation caractéristique dans un épais bourrelet *circulaire*.

L'ecchymose typique n'apparaît que vers le deuxième, troisième jour. C'est *l'ecchymose linéaire tardive de Kirmisson*, plus ou moins nette, barrant la face antérieure du bras, juste au-dessus du pli du coude. Son caractère tardif lui fait perdre de sa valeur pratique : la netteté des signes cliniques, l'examen radiologique systématiquement pratiqué ont, en effet, affirmé déjà le diagnostic. Il faut d'ailleurs bien insister sur la rareté relative de cette ecchymose caractéristique. Ce que l'on observe le plus souvent. c'est une ecchymose *précoce*, due à la fois à la contusion tissulaire et à la rupture osseuse, — et la préexistence même de cette ecchymose précoce rendra plus floue l'ecchymose tardive si elle se produit.

b. *Radiologie*. — Il est de toute nécessité de radiographier dans *deux* plans : face et profil. Ce n'est qu'à titre exceptionnel, devant les symptômes très peu nets d'une fracture à déplacement minime que l'on fera une radio du coude opposé.

De face. On voit l'aspect en fourche du fragment diaphysaire, — le contour, concave en haut, du fragment épiphysaire.

La clarté osseuse extrême traduit bien cette *zone sus-trochléenne de fragilité* de la palette humérale sur laquelle on a insisté comme facteur dominant des fractures.

On apprécie enfin le degré de déplacement latéral du fragment inférieur.

De profil. C'est la saillie antérieure du fragment diaphysaire, la rétropulsion du bloc épiphysaire et son glissement en arrière du fragment précédent.

L'extrême obliquité d'un trait de fracture, une ascension très considérable du bloc épiphysaire seront les éléments du pronostic de contention de la fracture que l'on appréciera. Enfin on recherchera la possibilité d'irradiation du trait de fracture, de propagation articulaire.

c. *Evolution normale*. — Bien réduite, bien contenue, non compliquée, la fracture évolue chez l'enfant vers une consolidation rapide, en 15 à 20 jours. Mais il faut insister sur la nécessité de ne rien affirmer du pronostic tardif. On sait, en effet, la possibilité, même dans ces formes qui d'emblée ont paru d'évolution excellente, d'apparition de troubles fonctionnels graves : phénomènes d'arthrite post-traumatique, cals exubérants, ostéomes. C'est pourquoi, même si l'on est sûr de la réduction exacte de la fracture, il est de toute importance de *réserver ces éventualités* et de ne pas promettre à coup sûr aux parents un coude fonctionnellement et esthétiquement parfait.

d. *Complications*. — Réserve faite de complications non caractéristiques de ce siège précis : reproduction sous plâtre, paralysie de Volkmann, réserve faite de l'ostéome du brachial antérieur que l'on observe aussi bien dans les autres lésions du coude, et que pour cela nous étudierons à part — certaines complications sont spéciales à la fracture supra-condylienne.

Elles sont *liées au déplacement osseux* important — essentiellement à la projection en avant de la fourche diaphysaire.

D'emblée il faut insister sur l'extrême rareté de complications immédiates, et cette rareté nous autorisera à ne faire que les citer sans en appuyer les tableaux cliniques. Rappelons donc la possibilité de lésions immédiates vasculaires (art. humérale) ou nerveuses (surtout médian et cubital, plus rarement radial), et la nécessité par suite de rechercher systématiquement, chez tout fracturé du coude, l'état du pouls radial, — la motilité et la sensibilité des territoires nerveux sous-jacents au foyer de fracture.

Bien plus fréquentes au contraire sont les complications secondaires et tardives.

1. Le cal hypertrophique. — La fracture de l'enfant lèse un périoste jeune, en pleine activité ; c'est ce qui explique la fréquence de cals hypertrophiques au cours de l'évolution de fractures qui semblaient s'acheminer vers une guérison rapide. Cette activité périostique est encore exacerbée par le massage et la mobilisation passive — d'où la nécessité de *proscrire formellement* ces manœuvres. La mobilisation active doit seule, nous le verrons, rétablir peu à peu la fonction du membre.

Quoi qu'il en soit, le cal exubérant va se révéler radiologiquement, puis cliniquement. On voit peu à peu, vers le dixième jour de la réduction environ, se dessiner l'ombre de la coulée osseuse qui cicatrise la fracture. Mais cette ombre bientôt s'élargit sur la radio de face, bombe en avant sur la radio de profil. C'est d'abord une opacité à contours flous peu nets. Puis des traînées plus foncées se dessinent, traduisant le travail d'ossification et, en peu de temps, le cal osseux hypertrophique est constitué. Il faut insister sur la rapidité extrême de cette évolution : souvent, dès le dixième, douzième jour, un butoir osseux est nettement visible.

En même temps, la palpation va pouvoir révéler la prolifération osseuse dont on sent plus ou moins nettement la saillie irrégulière en s'efforçant de suivre la surface humérale par le palper profond, ou en pinçant de haut en bas l'épaisseur de la diaphyse entre deux doigts.

Un double processus a contribué à la naissance de ce cal : la persistance à un certain degré de la saillie antérieure du fragment diaphysaire, la dilacération d'un périoste qui ne demandait qu'à proliférer.

La présence de ce butoir osseux limite gravement les mouvements de *flexion* de l'avant-bras sur le bras. Le cal est d'autant plus bas naturellement que le trait

de fracture est plus bas situé. La gêne fonctionnelle est *extrême dans les cals très voisins de l'interligne.* Elle est d'autant moins marquée que le butoir est plus haut situé.

Tel est donc le résultat *immédiat* fonctionnellement grave des cals hypertrophiques. Mais tout différent est, dans la plupart des cas, l'évolution ultérieure. L'évolution se fait en effet vers une *amélioration progressive*, amélioration d'autant plus rapide, d'autant plus complète que l'enfant est plus jeune. Dans de multiples cas, le trouble de la flexion va disparaître totalement — et cela est dû à deux évolutions parallèles :

a) le *modelage progressif du périoste* qui entraîne peu à peu une diminution du volume du cal, diminution que l'on suit sur des radios successives ;

b) et surtout *l'ascension du cal* par suite de l'accroissement normal de la longueur du membre. Il suffit d'une élévation de 3 à 4 centimètres pour que disparaissent les troubles fonctionnels graves d'un butoir osseux bas situé : la flexion va pouvoir redevenir normale.

En résumé donc, rappelons la gêne immédiate importante de la flexion, mais le caractère favorable au contraire du pronostic ultérieur. Il faut savoir attendre le résultat final de cette évolution, patienter des mois avant de décider une intervention qui, chez un enfant, sera plus souvent néfaste que favorable. « Le temps fait souvent mieux que le chirurgien » a-t-on dit (Mouchet).

2. Les complications nerveuses secondaires sont le résultat du cal hypertrophique. Ce sont d'ailleurs, il faut le savoir, des complications tout à fait rares. Les nerfs atteints sont essentiellement médian et radial, ce dernier moins fréquemment. Le nerf est soit englobé dans le cal, soit élongé, tendu en corde de violon sur le chevalet osseux.

C'est souvent tardivement que surviendront les symptômes, quelques mois et même, mais plus rarement dans ce type de fracture, quelques années après le traumatisme. Devant des troubles dans les territoires nerveux (douleurs, paralysies, troubles trophiques) apparus sans étiologie nette il faudra penser à rechercher dans les antécédents une fracture de l'humérus. D'autre fois, c'est très rapidement que s'installent les signes dont le diagnostic ne souffre alors pas de difficulté. Nous n'insisterons pas sur les caractères cliniques, banaux en eux-mêmes, de ces lésions nerveuses ; ce qui leur donne leur individualité c'est leur origine fracturaire.

Le pronostic est très délicat à poser, très souvent d'ailleurs favorable : soit que l'on ait laissé se poursuivre l'évolution (en dehors des cas d'englobement dans le cal), et que l'on ait attendu le remaniement osseux, soit que l'on soit intervenu. Mais, dans tous les cas, il faut insister sur *l'importance capitale des examens électriques répétés* : c'est sur eux que l'on suit *l'évolution* de la lésion nerveuse. C'est sur leur comparaison que va s'étayer le *pronostic*. Rappelons, pour terminer l'étude de ces lésions nerveuses, le problème qui se pose en présence d'une réaction partielle de dégénérescence lors de lésions déjà anciennes. S'agit-il d'un état de dégénérescence persistant ? S'agit-il au contraire d'un commencement de réparation de la lésion nerveuse ? Seuls les examens électriques répétés et comparés permettront de le résoudre.

3. L'ostéome du brachial antérieur. — Nous ne ferons qu'en rappeler l'existence, car il n'est pas spécial aux types bien limités de fracture que nous étudions ici. On peut l'observer, en effet, dans tous les traumatismes violents et les fractures de la région du coude. Cliniquement, on sent peu à peu se constituer, dans l'épaisseur du muscle brachial antérieur, sans adhérence à l'os, une masse dure, ovoïde ou irrégulière, indolente, gênant la flexion parfois. La radio en confirme l'existence et le siège musculaire. Rappelons que l'on ne doit pas intervenir sur un ostéome avant qu'il soit parvenu à maturité, c'est-à-dire que son ombre radiologique corresponde à son volume clinique.

Tel est donc le tableau des fractures supra-condyliennes fermées typiques. A part, sont des formes atypiques, tout à fait exceptionnelles :

a. La fracture dite « par flexion » où les lésions, dues à un mécanisme inverse, sont exactement inverses des précédentes. C'est une forme rarissime ;

b. Les fractures sans déplacement ou a déplacement minime, dans lesquelles les points douloureux exquis prennent une importance capitale et doivent être recherchés minutieusement, dans lesquelles enfin la radio sera un appoint indispensable au diagnostic ;

c. Les fractures supra et intra-condyliennes en T, caractérisées par un trait typique de supra-condylienne sur lequel se greffe un trait descendant intra-articulaire. Les signes articulaires que nous verrons plus loin, souvent d'ailleurs discrets, sont associés aux signes de la fracture banale. Le pronostic fonctionnel est nettement aggravé de la participation articulaire.

2° *Fracture de l'épitrochlée.* — Elle vient après les fractures supra-condyliennes et du condyle externe, et déjà est une fracture relativement rare. Le tableau en est beaucoup moins net. *L'impotence* est encore marquée : l'enfant immobilise son bras lésé. *La supination* surtout est douloureuse si on cherche à la provoquer. C'est sur *la face interne* du coude que l'on trouve tuméfaction et ecchymose. Cette dernière souvent peu étendue, d'autres fois plus diffuse, s'étirant plus ou moins bas le long du bord interne de l'avant-bras. S'agit-il d'une entorse grave ou d'une fracture ? C'est un diagnostic difficile. Il faut s'efforcer de percevoir le petit fragment épitrochléen en pinçant entre deux doigts la portion interne de la palette humérale. On y arrive quand le gonflement n'est pas trop considérable. C'est là une des seules fractures où la difficulté du diagnostic autorise la recherche de la mobilité anormale et de la crépitation.

Mais surtout *s'impose un examen radiologique* de face et de profil qui affirme le diagnostic. De plus, il permet :

a) d'apprécier le degré d'abaissement et de déjettement du fragment épitrochléen attiré par le ligament latéral interne ;

b) de préciser la situation de ce fragment, son interposition possible entre l'humérus et le corone qui conduirait à une thérapeutique spéciale ;

c) de voir si le trait de fracture est entièrement extra-articulaire ou, au contraire, gagne, obliquement en bas et en dehors, la cavité articulaire, élément capital d'un pronostic ultérieur.

L'évolution se fait souvent vers une mauvaise consolidation, vers la pseudarthrose — plus rarement le fragment épitrochléen reste isolé — indépendant, à la face interne du coude. Quoi qu'il en soit, l'évolution, sous l'influence du traitement simple que nous verrons, se fait très rapidement vers une *guérison fonctionnelle* totale.

A côté de ces formes simples, il en est que viennent aggraver des complications :

Immédiatement : c'est l'association à une *luxation du coude* en arrière, — c'est la possibilité d'une *interposition* du fragment rendant cette luxation très difficilement réductible.

Mais c'est *la lésion possible du nerf cubital* qui domine, et de beaucoup, le pronostic. Il faut systématiquement en rechercher les symptômes. Pour certains cette lésion serait due au traumatisme direct du nerf au cours de l'accident, pour la plupart à la blessure du nerf par la bascule du fragment fracturé.

Dès le premier examen, elle est révélée par des troubles marqués dans le territoire du nerf. Le blessé se plaint de douleurs anormalement intenses — de fourmillements, de crampes. Plus rarement, il présente un syndrome typique de paralysie cubitale. *Le pronostic* est très délicat à poser : il dépend de l'importance, difficilement appréciable, de la lésion nerveuse qui va de la contusion simple fréquente, à la dilacération du nerf, exceptionnelle. C'est là encore les examens électriques répétés qui par leur comparaison permettront seuls de poser un pronostic.

Enfin, très tardivement, peut survenir une paralysie cubitale par compression, irritation du nerf par un cal épitrochléen volumineux ou coincement du nerf dans une gouttière épitrochléo-olécranienne rétrécie par le cal.

Nous ne ferons que citer *la fracture de l'épicondyle.* Ses signes sont ceux que nous venons de décrire à la fracture de l'épitrochlée ; mais, naturellement, c'est cette fois à la face externe du coude qu'ils se trouvent.

Là encore, le diagnostic est souvent très délicat avec les arrachements ligamentaires graves ; là encore la radiologie est indispensable pour déterminer, de façon indubitable, la lésion.

II) Les fractures articulaires. — Ce qui caractérise les fractures articulaires, c'est la difficulté souvent grande de préciser, cliniquement et immédiatement, la nature exacte des lésions auxquelles on a affaire. Si, en effet, la propagation articulaire du trait fait de la fracture un tableau assez spécial, véritable syndrome articulaire, ce tableau ne varie que peu avec les variétés du traumatisme. C'est pourquoi, et nous y avons déjà insisté, c'est facilement le plus souvent que l'on pose le diagnostic de fracture articulaire. C'est au contraire avec de grosses hésitations presque toujours, avant l'examen radiologique systématique, que l'on peut décider d'une lésion osseuse ou d'une autre.

Parmi ces fractures, la fracture dite du condyle externe, domine par sa fréquence toutes les autres variétés. Elle est aussi fréquente ou presque que la supra-condylienne ; de plus, elle revêt souvent une allure clinique bien particulière qui en rend le plus souvent le diagnostic aisé. Tout au contraire, les autres variétés sont rares. C'est donc ce type que nous étudierons tout au long, ne faisant que citer les autres dont les signes particuliers sont en réalité plus radiologiques que cliniques.

Quels sont les éléments du syndrome articulaire ?

1) *Le gonflement* qui est souvent extrêmement considérable ; d'autres fois au contraire plus discret, l'hémarthrose étant relativement bridée par la capsule.

2) *La douleur* spontanée et provoquée *au niveau même* de l'interligne articulaire. Contrairement à son siège plus élevé dans la fracture supra-condylienne.

3) Enfin et surtout *l'impotence totale du coude.* C'est là le signe capital. Il montre de façon absolue la lésion de cette articulation dans laquelle toute tentative de flexion est impossible et douloureuse à l'extrême.

La constatation d'une douleur exquise de l'interligne, d'un bloquage total de l'articulation, doivent faire penser d'emblée au trait articulaire. On recherche les signes de la fracture la plus fréquente, celle du *condyle externe :*

C'est une fracture particulière à l'enfant. Elle tire toute sa gravité du fait que le trait de fracture oblique en bas et en dedans *traverse* toute l'épaisseur du cartilage de conjugaison dont il rompt la continuité : c'est cette *blessure du cartilage qui est à l'origine des graves complications ostéogéniques* possibles de cette fracture.

a) *Caractères cliniques.* — Quoi qu'il en soit, cliniquement, il s'agit d'un enfant amené après une chute sur le coude ou sur la main. Comme dans le cas précédent, il se plaint d'une douleur vive, d'une impotence extrêmement étendue du coude.

La flexion est voisine de l'angle droit — toute tentative de mobilisation est rendue impossible par l'acuité de la douleur.

Quant au *gonflement*, il est le plus souvent moins accentué que dans une supra-condylienne. Il est, en outre, plus bas situé, au niveau même du pli du coude, et non au-dessus de lui — plus systématisé — essentiellement marqué à la face externe de l'articulation. C'est d'ailleurs sur cette face externe que s'étend l'ecchymose. C'est là encore que la palpation va révéler les points douloureux exquis. On s'efforcera, lorsque la déformation due à l'hématome ne sera pas trop accentuée, de *rechercher la présence de la portion externe fracturée de la palette humérale.* C'est une recherche rendue difficile encore par la défense de l'enfant. Pour Ombredanne, la constatation de crépitation osseuse au cours de cette manœuvre est un signe péremptoire. Mais il faut bien insister sur la rareté extrême de cette constatation.

On peut apprécier de plus à la fois un *déjettement en dehors* du fragment et un *recul* plus ou moins accentué du condyle externe sur la palette humérale.

Il est relativement fréquent aussi de constater une *rotation* plus ou moins importante de ce fragment, pour ainsi dire toujours rotation externe.

L'étude des *mouvements provoqués* montre leur limitation à l'extrême. Si l'extension est le plus souvent relativement peu douloureuse, flexion, et surtout prono-supination sont impossibles.

b) *Caractères radiologiques.* — Ils sont de toute netteté. Là encore il faut systématiquement faire deux épreuves.

1) *De face.* On voit, barrant en clair l'ombre de la palette humérale le trait de fracture. Il naît au bord externe de l'os un peu au-dessus du rebord supérieur de l'épicondyle, se dirige obliquement en bas et en dedans, décrivant une arche qui vient se terminer dans la gouttière trochléenne dont elle sépare les deux versants, isolant ainsi le condyle externe chirurgical. Ce condyle externe isolé est lui-même traversé par le cartilage de conjugaison. On apprécie le degré de déjettement en dehors du fragment, la direction enfin des os de l'avant-bras.

2) *De profil.* C'est l'image, caractéristique pour Ombredanne, des *deux ergots clairs* qui échancrent en arrière l'ombre humérale. L'encoche supérieure correspond au trait de fracture, l'encoche inférieure au cartilage de conjugaison.

c) *Evolution.* — Il faut insister sur la *difficulté de la contention* en bonne place des fragments — et même si la réduction a été bonne il faut bien savoir que le pronostic fonctionnel est cependant réservé. Fracture articulaire, la fracture du condyle externe sera suivie, toujours de raideur plus ou moins prolongée de l'articulation, souvent de phénomènes d'arthrite post-traumatique plus ou moins accentués. C'est dire que là plus encore que dans toute autre variété, il ne faut pas affirmer sur un résultat immédiat excellent, un pronostic tardif parfait.

d) *Complications.* — En effet des complications peuvent s'observer, avec, en vedette, les *troubles de l'ostéogénèse :*

Ils sont essentiellement liés au traumatisme du cartilage de conjugaison, en pleine activité chez le petit blessé. Ce cartilage va voir sa croissance retardée ou excitée d'un côté, d'où la déviation.

L'origine conjugale même de ces déformations explique que ce soient des déformations progressives et très tardivement fixées.

Pour apprécier ces troubles, il faut examiner le membre supérieur en extension. A l'état normal il existe, pour ainsi dire, dans tous les cas, un certain degré de *cubitus valgus physiologique :* c'est-à-dire que, en extension, l'avant-bras fait avec le bras un angle obtus de 170° environ ouvert en dehors. *La fermeture* de cet angle est réalisée par le *cubitus valgus pathologique.* Au contraire, la *déviation inverse* de l'avant-bras sur le bras, *cubitus varus*, réalise un angle obtus ouvert en dedans.

Dans la fracture du condyle externe, ce que l'on observe le plus fréquemment, c'est le *cubitus varus.* A son sujet, se sont élevées des discussions étiologiques. Si beaucoup en font la résultante de la lésion du cartilage, d'autres, et en particulier Ombredanne, considèrent cette déformation comme due au cal de la fracture et non au trouble d'accroissement du cartilage. Pour ces derniers, le cubitus varus est le résultat du comblement du trait de fracture par un cal volumineux qui fixe l'écartement souvent marqué et difficilement réductible, du condyle externe et du reste de l'extrémité osseuse.

Il semble que ni l'une ni l'autre de ces deux théories n'englobe tous les cas, que l'une et l'autre peuvent être à l'origine de ces déformations ; c'est pourquoi il est de tout intérêt de distinguer :

a) *un cubitus varus d'emblée ou primitif,* dû au cal fixant la déviation initiale, *cubitus varus rapidement fixé ;*

b) *un cubitus varus ostéogénique vrai,* dû à la lésion du cartilage de conjugaison, cubitus varus qui, au contraire, étendra son évolution sur des mois ou des années.

Le cubitus varus n'a que peu d'importance fonctionnelle. Il n'entraîne pas de diminution de force musculaire. Il n'entraîne qu'exceptionnellement la subluxation en dedans du nerf cubital trop à l'aise dans sa gouttière ostéo-fibreuse élargie.

Le *cubitus valgus* au contraire, auquel tous les auteurs sont d'accord pour donner une origine ostéogénique, va menacer grandement le cubital. En effet, la déviation progressive du cubitus en dehors se fait, pour ainsi dire, autour d'un axe sagittal passant par le cubitus un peu au-dessous de l'interligne. Toute déviation de la diaphyse en dehors entraîne un déjettement de l'olécrane en dedans. On conçoit donc que le nerf cubital puisse être *tendu* sur le bord interne de l'olécrane ou bien progressivement *coincé* dans sa loge, entre le crochet osseux épitrochléen en dedans qui le retient, et le bord interne de l'olécrane qui, peu à peu, bascule. Un certain degré d'adaptation de la loge du nerf, d'une part, la lenteur de progression du cubitus valgus ostéogénique vrai, d'autre part, expliquent le caractère extrêmement tardif des troubles nerveux. C'est, en effet, des *années* après le traumatisme (5 ans, 10, 20 et même 40 ans) que l'on voit apparaître les signes de la compression cubitale. Nous ne reprendrons pas ici la clinique des phénomènes d'irritation ou de paralysie du nerf. Ce qui importe essentiellement, c'est d'en bien saisir le mécanisme, c'est aussi de bien suivre la filiation nette des lésions : fracture du condyle externe, cubitus valgus, lésion cubitale.

Tel est l'aspect de la fracture du condyle externe et des complications qui peuvent l'accompagner : arthrite post-traumatique, déviations ostéogéniques, lésions du cubital.

Les autres fractures articulaires sont tout à fait *exceptionnelles.*

Dans toutes des signes font présumer du caractère articulaire des lésions, nous l'avons vu, mais ils sont impuissants, à eux seuls, à en affirmer la nature.

Il nous faut citer :

1) *La fracture du condyle interne*, qui détache un fragment interne homologue du condyle externe. Tous les signes de fracture sont à la face interne du coude. Le diagnostic peut en être délicat avec une fracture importante de l'épitrochlée à prolongement intra-arti-

culaire. Enfin, presque toujours, il existerait un certain degré de cubitus varus.

2) *La fracture diacondylienne*, rarissime : un ensemble de signes articulaires et, à la radio, l'image d'un trait horizontal rasant les rebords cartilagineux supérieurs du condyle et de la trochlée.

3) *La fracture isolée du condyle* ou le décalottement cartilagineux du condyle. Le choc a en quelque sorte scalpé le condyle de son revêtement de cartilage. Elle est tout à fait exceptionnelle aussi, mais grave par suite du corps étranger intra-articulaire qu'il faudra aller extirper nécessairement.

4) *La fracture isolée de la trochlée* dont on a cité des observations.

5) Enfin rappelons la possibilité tout à fait rare du *décollement épiphysaire*. Il ne peut se produire que chez le tout jeune enfant. Après 3 ans, il n'y a plus de décollement épiphysaire pur, car le coin diaphysaire a pénétré étroitement l'épiphyse. Il simule cliniquement une fracture du condyle externe. Il y aurait, dit-on, une crépitation obscure assez spéciale à la palpation ; mais surtout, à la radio, un *seul tracé clair*, celui du cartilage, et non le double ergot de la fracture.

(*A suivre.*)

IXe CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

Madrid, 15-18 mars 1932 (1)

TROISIÈME QUESTION

CHIRURGIE DE L'ŒSOPHAGE

1. *Résumé du rapport de M. Bircher (Aarau).* — Le rétablissement par voie opératoire d'un œsophage fonctionnant bien grâce à une technique actuellement très perfectionnée et dans des cas bien indiqués, peut être considéré comme une opération tout à fait conseillable. Différentes méthodes sont à notre disposition qui donnent toutes des résultats satisfaisants. La technique la plus simple, la moins dangereuse, utilisée dans ces dernières années, est la dermato-œsophagoplastie. A côté d'elle se trouve, comme également peu dangereuse, la coloplastie. La jéjunoplastie comporte des conditions compliquées et est entachée d'une mortalité sensiblement plus élevée.

Les plastiques gastriques constituent une opération tellement dangereuse qu'elles ne doivent être envisagées que dans des cas exceptionnels.

2. *Résumés des rapports :* a) *de M. Grégoire (Paris)* b) *de M. J. Jiano (Bucarest).* — A. — *Etat actuel de la chirurgie de l'œsophage.*

Tout progrès en chirurgie dépend de trois conditions :

a. Des acquisitions nouvelles dans les moyens d'exploration ;

b. Des acquisitions nouvelles en pathologie ;

c. Des acquisitions nouvelles en thérapeutique.

Depuis trente ans, la chirurgie de l'œsophage a fait, à ce triple point de vue, des progrès considérables.

L'application de la radiologie et de l'endoscopie à la chirurgie de l'œsophage a transformé les moyens d'exploration, a permis de découvrir en temps utile des affections jusque-là méconnues, a autorisé le traitement intra-œsophagien d'affections qui ne nécessitent plus l'emploi du bistouri.

Un progrès en amène un autre. Du jour où l'on a pu étudier sur l'écran l'ombre de la cavité œsophagienne, ou voir directement cette cavité à travers le tube endoscopique, il devint possible d'observer des affections généralement méconnues.

La pathologie s'est augmentée de trois chapitres nouveaux : l'ulcère de l'œsophage, les diverticules de l'œsophage, les dilatations idiopathiques de l'œsophage.

L'endoscopie a permis de traiter directement, par voie intra-œsophagienne, un certain nombre d'affections, comme les corps étrangers de l'œsophage, certains rétrécissements, le cancer, pour lesquelles les indications de la chirurgie sanglante sont devenues beaucoup moins fréquentes.

La technique opératoire s'est perfectionnée dans les moyens d'aborder l'œsophage médiastinal, du moins au niveau de son segment inférieur. Les procédés extraséreux ont permis d'éviter le danger de l'infection de la plèvre et du péritoine.

Enfin, la technique opératoire s'est augmentée d'une opération nouvelle, qui est la constitution d'un néo-œsophage préthoracique.

B. — 1. Les sténoses totales de l'œsophage diagnostiquées par la radiologie, l'endoscopie et l'épreuve colorimétrique, trouvent dans l'œsophagie dérivatrice une ressource thérapeutique importante.

2. Les sténoses cicatricielles serrées, à allure progressive, intolérantes à la dilatation rétrograde ou sans fin ainsi qu'à l'électrolyse, peuvent bénéficier largement des bienfaits de l'œsophagoplastie dérivatrice.

3. A l'heure actuelle, la méthode d'œsophagoplastie dérivatrice qui a prouvé sa valeur sur une grande série d'observations, est la méthode Lexer-Blauel-Wullstein.

4. En ce qui concerne l'œsophagoplastie avec le côlon tube gastrique ou par transposition de l'estomac, ces méthodes ingénieuses, qui font honneur à leurs promoteurs, peuvent servir à l'occasion.

5. Au point de vue situation du néo-canal, l'œsophagoplastie préthoracique doit être préférée aux interventions directes sur l'œsophage, qui sont d'une gravité exceptionnelle.

6. Dans l'état actuel de la technique, nous croyons que les opérations dérivatrices doivent être réservées aux sténoses cicatricielles. Les sténoses cancéreuses trouvent tout leur bénéfice dans une bonne gastrostomie.

7. Les cas réservés à l'opération dérivatrice doivent être bien choisis, à la suite d'une collaboration intime entre le chirurgien et le spécialiste, afin d'éviter la formation d'un nouvel œsophage quand l'ancien peut encore fonctionner suffisamment.

3. *Résumé du rapport de M. Lusena (Gênes).* — Dans les blessures, la radiographie de contraste et l'œsophagoscopie ne sont pas conseillables. Le traitement consiste en une suture en deux plans qui, lorsqu'elle est difficile ou lorsque les résultats sont douteux, doit être complétée par la gastrostomie.

Dans les brûlures graves, le sondage précoce n'est pas conseillable. On doit toujours le tenter, au contraire, dans la période de néoformation conjonctive pour prévenir la sténose. Dans les sténoses, la dilatation graduelle est le traitement d'élection ; il est efficace dans la grande majorité des cas. Quand il y a imperméabilité absolue et perma-

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Suite. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 32, p. 587, et n° 34, p. 627.

nente, on fera, après la gastrostomie, la plastique préthoracique de préférence par un procédé dermato-intestinal. La plastique intestinale pure réussit mieux encore, mais il convient de s'assurer de la vitalité du transplant non pédiculé.

L'extraction des corps étrangers doit se pratiquer dans la majorité des cas avec l'aide de l'œsophagoscopie. L'extraction avec le crochet se fait rarement (pièces de monnaie). Quand l'extraction œsophagoscopique est contre-indiquée ou lorsqu'elle risque d'échouer, il convient de pratiquer une intervention sanglante.

Le traitement d'élection des diverticules pharyngo-œsophagiens est l'extirpation en deux temps par la méthode de Mayo.

Dans la plupart des cas de mégaœsophage primitif, l'hyperdilatation au niveau de l'hiatus donne de bons résultats. L'intervention sanglante a de rares indications et, s'il faut la pratiquer, il est préférable de faire l'œsophago-gastrostomie abdominale ou l'œsophagolyse avec hiatotomie.

Le traitement du carcinome au début, cervical et abdominal, consiste dans la résection complète et peut être conseillé. Pour le carcinome thoracique, cette règle trouve son application difficile. La radiumthérapie peut être conseillée.

4. *Résumé du rapport de M. Zaaijer (Leiden).* — Dans ce rapport sont traités les sujets principaux de la chirurgie de l'œsophage, surtout au point de vue thérapeutique.

Cancers de l'œsophage. — Chaque thérapie ne donnant que peu de résultat, le traitement chirurgical ne doit pas être abandonné. Un diagnostic précoce est de première importance.

Déformations congénitales. — Même chez les enfants nouveau-nés, il faut établir par un examen minutieux un diagnostic exact de la déformation, étant donnée, dans quelques cas rares, la possibilité d'un traitement effectif. La fistule congénitale œsophago-trachéale est inguérissable ; en ce cas, il ne faut pas faire une gastrostomie.

Diverticules. — Comme traitement des diverticules cervicaux, l'opération en un temps devient de plus en plus l'opération de choix. En l'effectuant, il faut drainer largement.

Les diverticules thoraciques en général n'ont fait le sujet que de quelques communications, d'ailleurs souvent très intéressantes.

Corps étrangers. — L'extraction des corps étrangers est effectuée de plus en plus avec l'aide de l'œsophagoscope. Mais l'évacuation chirurgicale, et spécialement l'œsophagotomie cervicale, ne doit pas être totalement abandonnée.

Rétrécissements organiques bénins. — Ils doivent être traités aussitôt que possible par différentes méthodes. Il est désirable et possible d'éviter de grandes opérations graves ; l'œsophagoplastie antéthoracique ne doit plus être nécessaire, bien que les diverses méthodes aient donné de bons résultats et des guérisons fonctionnelles permanentes.

Rétrécissements fonctionnels. — *Véritables spasmes* : Il faut éviter surtout l'erreur de prendre un spasme pour un rétrécissement carcinomateux. En outre, il faut toujours penser à la possibilité qu'un spasme secondaire cache une autre maladie.

Cardiospasmes. — Dans la plupart des cas, cette affection n'est pas un spasme, mais une insuffisance fonctionnelle de l'appareil dilatateur du cardia. Pour cela, le nom « *achalasie du cardia* » (Hurst) est préférable.

Le traitement consiste en :

1° Lavage, sondage et alimentation par tube ;
2° Dilatation forcée avec appareils divers (dilatateur de Plummer ou de Starck) ;
3° Traitement chirurgical (en premier lieu l'opération de Heller).

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(séance du 10 mai 1932)

Après l'allocution de M. le Président que nous reproduisons en première page et qui reflète si bien la tristesse de tous les médecins de France, la séance est levée en signe de deuil.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(séance du 11 mars 1932)

Peut-on diagnostiquer un état d'anaphylaxie chez l'homme par la transmission des anticorps anaphylactiques de l'homme à l'animal (anaphylaxie passive) ? — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric, Mme A. Hugo et M. Paul Giroud apportent les résultats de leurs recherches sur l'anaphylaxie passive entreprises d'une façon systématique depuis trois ans.

Leurs premières expériences de transmission des anticorps anaphylactiques de l'homme à l'animal ont été faites en utilisant le lapin. Les auteurs montrent, en s'appuyant sur une expérimentation de plus de 300 cas, que le lapin peut être sensibilisé avec une quasi-certitude, mais que le test du choc anaphylactique chez cet animal doit être recherché, après l'injection seconde, non dans les phénomènes cliniques mais dans l'allure de la chute de pression artérielle.

Sans nier la possibilité de la transmission des anticorps anaphylactiques de l'homme à l'animal, il semble aux auteurs que ce phénomène est difficilement réalisable et que des erreurs d'interprétation peuvent être commises. Ce n'est donc pas une épreuve d'une utilité pratique pour le diagnostic des états anaphylactiques chez l'homme.

Considérations cliniques et anatomiques sur un cas de rhumatisme cardiaque primitif. — MM. Ch. Laubry, J. Walser et J. Lenègre. — Cas de rhumatisme cardiaque primitif chez un sujet jeune dont le passé semblait indemne de toute affection rhumatismale et chez qui se développa une insuffisance cardiaque irréductible. Les seuls symptômes objectifs consistaient en un souffle mitral discret suivi d'un bruit de rappel, rythme qui pendant longtemps donna l'illusion d'un bruit de galop et fit penser pendant quelque temps à une myocardie.

Une discussion minutieuse permit de rapporter l'affection aux rhumatismes. Tous les tonicardiaques ayant échoué, l'hypothèse d'une symphyse fut agitée et l'opération de Brauer pratiquée. Elle fut bien supportée mais ne donna aucun résultat.

L'autopsie montra l'existence d'une myocardite scléreuse diffuse, transformant le tiers inférieur du cœur en un vaste placard scléreux. La nature rhumatismale fut affirmée par l'examen histologique.

La posologie et le mode d'emploi du stovarsol sodique dans la paralysie générale. — MM. Sézary et Barbé rappellent que l'activité du stovarsol sur la syphilis et les spirochétoses est relativement faible par rapport à celle du 914. Ils donnent comme règles formelles de ne pas dépasser la dose de 1 gramme par injection, de 3 grammes par semaine, de 21 grammes par série, de ne jamais appliquer ce traitement aux sujets atteints de troubles de la vision, d'être très prudent chez les tabétiques et les alcooliques et de surveiller attentivement l'état de la vue des malades pendant toute la durée des injections.

Transfusion sanguine dans les hémoptysies tuberculeuses. — MM. Ch. Richet fils, Tzauck, Joly. Cette pratique a été souvent suivie de succès. Dans trois cas, il s'agissait d'hémoptysie rappelant les anévrysmes de Rasmunes. Dans ces trois cas, les auteurs ont observé une amélioration de l'état général : le donneur était un ancien tuberculeux ; il y a donc là un essai d'immuno-hématothérapie.

Deux observations de mal épileptique arrêté par les injections d'acétylcholine. — M. de Gennes. Deux observations d'état de mal épileptique grave dans lesquels l'injection de 20 centig. d'acétylcholine apporte une sédation remarquable et presque immédiate. Ces observations sont intéressantes par la contribution qu'elles fournissent à la théorie de l'ischonne cérébrale par vaso-spasme, à la base du mécanisme des accès.

Complications nerveuses de la varicelle. — M. Marfan rappelle qu'il a publié en 1893 le premier cas de paralysie de type poliomyélitique d'origine varicelleuse. Plus tard, il a observé un cas d'ophtalmologie nucléaire typique. Il n'y a plus aucun doute sur la nature de complications polymorphes de la varicelle : encéphalite, poliomyélite, méningite névrite.

A propos du traitement de l'état du mal épileptique par les injections d'acétylcholine. — MM. Paquien, Plichet, Decourt. Dans deux cas, résultat très favorable. L'acétylcholine semble bien un médicament qui mérite de prendre place dans le traitement immédiat des crises subintrantes d'épilepsie.

(SÉANCE DU 18 MARS 1932)

Embolies gazeuses survenues sans insufflation de gaz au cours de pneumothorax artificiels. — MM. J. Valtis, F. Triboulet et J. Polacco apportent les observations de deux malades chez lesquelles sont survenus, après une tentative infructueuse de remplissage de pneumothorax artificiels des accidents liés à des embolies gazeuses.

Dans un cas, il s'est agi d'aspiration spontanée d'air atmosphérique par l'aiguille. Dans l'autre cas, l'aspiration de gaz paraît liée à la déchirure d'adhérences et des vaisseaux qui y étaient contenus.

Sur quelques particularités cliniques de la tachysystolie auriculaire (Flutter). — MM. Laubry et Van Bogaert signalent deux signes cliniques nouveaux :

1° Inégalité apériodique et désordonnée du pouls relevable à la palpation du pouls, à l'auscultation artérielle et à l'oscillomètre ;

2° Rythme à 3 temps transitoire, tantôt dédoublement du premier bruit, tantôt galop présystolique, tantôt galop protodiastolique.

Le doigt hippocratique. — M. Caussade rappelle qu'il est prouvé que le système osseux est indemne : tous les facteurs invoqués (stade, troubles de l'hématose et des circulations pulmonaires et périphériques, altérations de l'artère pulmonaire, infections), sont insuffisants au point de vue pathogénique : quand tous des facteurs précédents sont réunis, l'hippocratisme est loin d'être fatal.

Hémoptysies provoquées par corps étranger des voies aériennes. — MM. Flandin et Poumeau-Delille. Observation d'un homme de 24 ans, présentant des hémoptysies

sans cause apparente, survenant à l'occasion d'un effort musculaire. L'examen radiologique a montré la présence d'une aiguille enclavée dans le lobe supérieur gauche.

Diabète bronzé avec infantilisme et dépilation. — MM. Marcel LABBÉ, BOULIN, PÉTRESCO discutent l'origine de la sidérose, éliminent l'hyperthémolyse, l'hyperhépatie, le disfonctionnement des sidérocytes et admettent l'hypothèse de la rétention ferrique par insuffisance sécrétoire de la cellule hépatique.

Paludisme et leucémie myéloïde. — M. AUBERTIN. On peut voir la leucémie myéloïde se greffer sur une splénomégalie paludéenne non seulement de longues années après la disparition du paludisme, mais aussi peu d'années après les débuts de celui-ci. Il y aurait lieu d'étudier les lésions de la rate palustre au point de vue de la réaction myéloïde ainsi que les réactions myéloïdes du sang chez les paludéens anciens.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE DÉBAT SUR LE « GREC » EN MÉDECINE

Dans le numéro du 4 mai, j'ai exposé ce qu'avait été le débat consécutif à la conférence du Dr Rist, à la mairie du 10e arrondissement, conférence organisée par M. Bertier, directeur de la revue *L'Education*. Les paroles prononcées par le Dr Rist furent empreintes de cette éloquence que possèdent seuls les gens qui ont fait leurs humanités. Aussi suis-je très heureux de pouvoir reproduire aujourd'hui les principaux passages de la réponse qui fut faite par M. le professeur Sergent et que celui-ci a bien voulu nous faire parvenir.

INTERVENTION DU PROFESSEUR ÉMILE SERGENT

« Puisque aucune main ne se lève pour répondre à l'invitation de M. le Président, je me résigne à prendre la parole le premier.

Je crois que personne ne me contredira si je dis que la conférence de mon collègue et ami Rist nous apporte, par sa belle tenue littéraire, le meilleur argument que nous puissions invoquer contre sa thèse.

Tu as été, mon cher ami, un brillant élève ; tu ne serais pas ce que tu es si tu n'avais pas été bercé dans les bras des « belles humanités ».

Je veux bien admettre que l'étude du grec, poussée comme elle l'était de notre temps, n'est pas indispensable. Mais je crois qu'elle ne nous a pas nui. J'ai eu des premiers prix de thème et de version grecs ; toi aussi, sans doute. Pour ma part, je n'en rougis pas. Est-ce que l'étude du grec nous a empêchés de poursuivre en même temps d'autres études et d'apprendre d'autres langues ? Ne savons-nous pas tous que tu parles et que tu écris le français avec la plus délicieuse et la plus fine élégance, et que cependant tu parles l'anglais, l'allemand, et, sans doute, l'italien et l'espagnol avec autant de précision et de correction ?...

Sans entrer dans le vif du débat, que ta conférence a clairement exposé, je terminerai en disant que la campagne contre le grec n'est qu'un début et que, si elle réussit, elle sera suivie à brève échéance d'une campagne contre le latin. Que deviendra notre profession lorsqu'elle sera envahie par la pléthore des primaires ?

N'est-il pas suffisamment pénible déjà d'entendre la lecture d'une observation prise par un de nos élèves actuels ? Ne sommes-nous pas fondés à déclarer que le niveau de culture générale de nos étudiants est bien inférieur à ce qu'il était avant la réforme du baccalauréat ?

« Faire des humanités », c'est apprendre à apprendre et à comprendre ; c'est défricher et labourer le champ pour les semences de l'avenir. »

Les médecins qui liront les réflexions du maître de l'hôpital de la Charité, y trouveront des directives qu'ils ont le devoir de ne pas oublier, et dont ils useront, je l'espère, pour nous aider à défendre la culture générale de plus en plus menacée. MAURICE MORDAGNE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 17 mai. — Jury : MM. Balthazard, président ; Brindeau, Carnot, J.-L. Faure. — M. BLUZAT. Thrombophlébite dite par effort. — M. JAFFRE. Diagnostic médico-légal des comas. — M. Paul FALEUR. Etude sur la môle hydatiforme et les avantages du curettage comme moyen de traitement. — M. BARRIER. Essai sur l'atonie gastrique.

Mercredi 18 mai. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Gosset, Leveuf, Mathieu. — Mlle CORBILLON. Etude de l'énurésie dans ses rapports avec l'hérédo-syphilis. — M. FUCHS. De quelques constatations anatomo-cliniques sur les lésions traumatiques des ménisques interarticulaires du genou à propos de 12 cas de ménisques opérés.

Jeudi 19 mai. — Jury : MM. Pierre Duval, président ; Terrien, Gatellier, Velter. — M. PITOIS. Torsion du testicule. — M. ALLAVHERDI BEKIAN ACHOT. Traitement chirurgical et plastique de la paralysie faciale périphérique.

Jury : MM. Léon Bernard, président ; Bezançon, Gastinel, Chabrol. — M. RONCE. Essai sur la psychologie des tuberculeux pulmonaires. — Mlle CHATELLIER. L'homme, les hommes.

Les Auberges de France et le Club des Sans-Club

Nous venons de recevoir l'édition 1932 des *Auberges de France*, publiée par le Club des Sans-Club. L'initiative de ce groupement, qui comprend les plus grands noms de la Presse, des Lettres et des Arts, mérite d'être signalée, car elle tend à faire connaître les recoins gastronomiques de nos routes avec une vigilance et des précisions vraiment déconcertantes. Aucun palace ou hôtel classé, mais la table insoupçonnée d'obscures auberges, présentée dans ses moindres détails.

Le Club est arrivé à se constituer ainsi un vaste circuit d'étapes. Il le surveille et en encourage la prospérité naissante grâce en partie à la collaboration de ceux qui roulent avec *Les Auberges de France*. En effet, par la possession de ce livre, dont le prix de 20 francs tient lieu de cotisation et la couverture de carte d'adhérent, on devient membre du Club pour l'année.

A ce titre, on bénéficie d'abord d'un accueil privilégié dans les auberges marquées CSC, et on est certain ensuite que réclamations, suggestions ou éloges trouveront leur écho immédiat, puisque toutes les prospections sont recommencées à nouveau chaque saison.

Jamais, dans le domaine touristique, une telle organisation n'avait pu même être envisagée.

Ajoutons, détail important au point de vue gastronomique, que près de 200 médecins font partie du Club (42, rue de Trévise, Paris), que patronne le doyen de nos grands cuisiniers, A. Escoffier.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-81

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er octobre 1932, à MM. Hovelacque et Verne, agrégés près la Faculté de médecine de Paris.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

DÉFENSE NATIONALE. — MARINE. (Réserve.) — *Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux Savidan et Moulinier.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 2e classe Mazé et Dehan.

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — Le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, fixé par arrêté du 31 octobre 1930, modifié par les arrêtés des 1er avril 1931 et 7 janvier 1932, est prorogé pour une période de trois mois au moins, à compter du 1er avril 1932.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES DE MARSEILLE. — La chaire de chimie, de pharmacie et de toxicologie est déclarée vacante à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, pour compter du 1er janvier 1933. (*J. O.*, 8 mai 1932.)

VOLUME JUBILAIRE DU PROFESSEUR ROGER. — Au moment où M. le professeur Henri Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a quitté sa chaire de physiologie, ses élèves ont été désireux d'entreprendre l'édition d'un volume jubilaire composé uniquement d'articles signés par eux, et qui lui serait offert en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance.

Ce volume est maintenant presque terminé, il contiendra 43 articles et aura environ 240 pages.

Le prix de souscription au volume est de 100 francs; prière d'adresser les souscriptions, dès maintenant, à M. G. Masson, trésorier de la souscription, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe). Compte chèques postaux, Paris 599.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES HOPITAUX. — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TECHNIQUE DES HÔPITAUX. — Siège : hôpital municipal et universitaire de Francfort (Allgemeine Stædtische und Universitæts-Krankenanstalten, Frankfurt am Main, Süd 10, Eschenbacherstr, 14).

Durée : du 29 septembre au 8 octobre 1932.

Droit d'inscription : 30 marks pour le cours entier ou 5 marks par journée prise isolément.

Adresser les inscriptions, de préférence avant le 1er juillet 1932, au Geheimrat Dr Alter, 5, Moorenstrake, Düsseldorf, Allemagne.

L'hôpital municipal se charge de procurer le logement.

Les cours sont organisés d'après le principe que le professeur doit apprendre en même temps qu'enseigner et l'auditeur enseigner en même temps qu'apprendre.

Ils se composent de leçons d'une durée maximum de quarante-cinq minutes, de démonstrations, de visites et de discussions.

Programme. — Jeudi 29 septembre : L'éclairage et la ventilation, la stérilisation et la désinfection à l'hôpital. MM. les docteurs Dujarric de la Rivière (Paris), Konrich, professeur (Berlin).

Vendredi 30 septembre : Le recrutement du personnel soignant et ses examens de capacité. Mlle Christiane Reimann (Genève), Mlle Delagrange (Paris), M. le docteur Alter (Dusseldorf).

Samedi 1er octobre : La standardisation de l'administration de l'hôpital et le contrôle qu'elle exerce sur sa propre gestion. MM. le directeur L. Urwick (Genève), les docteurs Frey, directeur d'hôpital (Berne), Cleyndert, directeur d'hôpital (Delft).

Dimanche 2 octobre : visites.

Lundi 3 octobre : La physiothérapie. MM. les docteurs Iredell, professeur (Londres), Grober, professeur (Jena), Jakimiak, directeur d'hôpital (Varsovie), Strassburger.

Mardi 4 octobre : L'alimentation des malades et le transport des repas dans l'hôpital. MM. les docteurs Oster, directeur d'hôpital (Strasbourg), von Soos (Budapest), Wirth, directeur d'hôpital (Francfort).

Mardi 5 octobre : Le linge, la buanderie, le linge infecté. Mme H. Bouwmeester, directrice d'hôpital (Hellendoorn), MM. M. K. M. Nielsen, directeur d'hôpital (Copenhague), Krischer, directeur (Berlin).

Jeudi 6 octobre : Les rayons X et le radium à l'hôpital. MM. les docteurs Holfelder, professeur (Francfort), I. H. D. Webster (Londres), Tomanek (Prague).

Vendredi 7 octobre : Les fautes de construction des hôpitaux. MM. H. Distel (Hambourg), H. Cederström (Stockholm), sir John Burnet (Londres), Albert (Zlin).

Samedi 8 octobre : Le rôle préventif de l'hôpital. MM. les docteurs Frank G. Boudreau, Comité d'hygiène, Société des Nations (Genève), Th. Gruschka (Aussig), René Sand (Paris et Bruxelles).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie générale de l'appareil urinaire et chirurgie de l'appareil génital de l'homme, en dix leçons), par M. le docteur P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 23 mai 1932, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

CROISIÈRE DES GRANDES VACANCES EN MER BALTIQUE. — Le succès de la Croisière du *S/S Mexique* aux Canaries, dont divers journaux de la grande Presse ont entrepris de faire le récit, et les nombreuses demandes qui n'avaient pu être satisfaites pour ce voyage, ont encouragé le Comité des Croisières médicales françaises à entreprendre son second grand voyage pendant les grandes vacances de 1932.

S'attachant à poursuivre un but confraternel et désintéressé, le Comité des Croisières médicales françaises ne s'est pas adressé à une agence de voyages, mais a fait affréter directement pour lui le *S/S Cuba* de 14.000 tonnes, un des plus récents paquebots à mazout de la Compagnie générale transatlantique.

Le *Cuba* partira du Havre le 14 juillet pour les fjords de Norvège les plus caractéristiques : Koperwick, Bergen, Le Songfjord, Gudwangen, Baihoim, Ioen et Oslo la capitale.

Après avoir touché l'île de Gotland à Visby, le *Cuba* mouillera deux jours à Stockholm avant de gagner la Finlande si peu visitée, où les deux escales de Abo et de Wiborg permettront une excursion au lac Saima, le plus beau du monde, et aux chutes de l'Imatra.

Mettant le cap sur Leninegrad, le *Cuba* terminera son beau voyage par les escales de Tallinn, Dantzig, Copenhague, pour être de retour au Havre le 4 août.

Le professeur Chasles, qui a vécu longtemps dans les pays nordiques et en Russie, a bien voulu se charger de la partie littéraire et anecdotique du voyage. En quelques causeries très documentées, il rappellera pendant les jours de traversée la légende, l'histoire et la civilisation des pays parcourus.

Organisé sous le patronage du Doyen de la Faculté de médecine de Paris et de nombreux doyens et professeurs des facultés de Paris et de province, le second voyage du Comité des Croisières médicales françaises a pu être établi dans des conditions exceptionnellement avantageuses. Le nombre des passagers est limité à 200 premières à partir de 3.500 fr. pour un voyage de 22 jours.

Quelques places de seconde sont réservées plus spécialement aux jeunes pour 2.700 fr.

Le Comité a le plaisir d'annoncer aux élèves des hôpitaux qu'il les fera bénéficier d'une réduction de 50 p. 100 sur les places de la classe de seconde.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité des Croisières médicales françaises, 9, rue Soufflot, à Paris. Téléphone : Odéon 20-63.

Les demandes seront classées d'après leur ordre d'inscription.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Briend (de Rennes), Cailleteau (de Saint-Philbert de Grandlieu), Fraisse (de Nice), Kayser (de Luxembourg), Le Hir, médecin lieutenant des troupes coloniales; Lhept (de Lescar), Marchais (de Carhaix), Pesme, médecin commandant en retraite, décédé à Versailles; Rigal, conseiller général de Chevreuse; Chevalier-Joly qui, avec presque toute sa famille, a été victime de l'affreuse catastrophe de Lyon.

Le service de santé en campagne (1)

La nouvelle instruction sur l'organisation et le fonctionnement du service de santé de l'armée en campagne (1) est datée du 11 décembre 1930, et vient de paraître chez les éditeurs Charles Lavauzelle et Cie.

Elle est destinée, en attendant l'abrogation et le remplacement du règlement sur le fonctionnement du service de santé en campagne (Vol. N° 82), à codifier et assembler en un tout homogène les instructions et additifs successifs qui ont paru au cours de la guerre et jusqu'à ce jour.

On voit tout l'intérêt que présente l'apparition de cette instruction qui devient immédiatement nécessaire à tous les militaires qui voudront être au courant d'une question aussi importante.

En particulier, tout le personnel du service de santé de l'active et des réserves, les états-majors, les élèves et les candidats des écoles militaires sont dans l'obligation de connaître le plus tôt possible la réglementation nouvelle.

(1) En vente chez les éditeurs. — Prix : 4 fr.; franco par poste, 4 fr. 45. — Paris, chèque postal 88-49.

LE VENDREDI 17 JUIN 1932

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, à l'adjudication sur soumissions cachetées, des fournitures d'*herboristerie, droguerie, produits chimiques et préparations pharmaceutiques, produits pour laboratoires et matières colorantes*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant le deuxième semestre 1932.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi, et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au samedi 4 juin 1932.


FORTOSSAN
IRRADIÉ
CIBA
LE FORTOSSAN
IRRADIÉ
totalise l'action de
l'ergostérol irradié
(Vitamine D)
et du phosphore
végétal
assimilable
LE FORTOSSAN
IRRADIÉ
est soumis à un
contrôle chimique
et biologique
lui assurant une
activité maxima
constante

LIVRES NOUVEAUX

Les Tumeurs des os. Tumeurs bénignes. Tumeurs malignes. Tumeurs à cellules géantes. Kystes osseux. Dystrophies ostéokystiques (1), par MM. J. Sabrazès, professeur à la Faculté de Médecine, chef au Centre Anticancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest; G. Jeanneney, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien adjoint au Centre Anticancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest, et R. Mathey-Cornat, électro-radiologiste des Hôpitaux, chef de Laboratoire au Centre Anticancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest.

On trouvera dans ce livre l'*étude clinique, anatomo-pathologique, radiologique* des tumeurs des os et des affections qui peuvent les simuler.

Les auteurs ont pu, grâce aux acquisitions importantes dont s'est enrichie cette question au cours des dernières années, grâce aussi au matériel d'étude du Centre Anticancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest, faire bénéficier le lecteur d'une moisson de documents nouveaux.

L'exploration radiologique, l'anatomie et l'histologie pathologiques, la séméiologie clinique, la thérapeutique chirurgicale et radiothérapique trouvent ici un développement conforme à l'évolution de la science médicale contemporaine.

Sur le terrain de la *nosologie*, cette question des *Tumeurs des os* a été, tant en France qu'à l'étranger, véritablement rénovée et l'on ne saurait étayer à l'heure actuelle un diagnostic correct sans avoir présentes à l'esprit les bases d'une *classification* adaptée. Ainsi le chirurgien, le médecin, le radiothérapeute, pourront-ils être guidés dans la conduite à suivre souvent difficile en présence d'un malade.

L'exposé des auteurs procède par une série de monographies dont chacune répond à un type clinique anatomo-pathologique et radiographique spécial de tumeur osseuse. À chaque chapitre le lecteur pourra se reporter pour la discussion et l'étude des cas observés en clinique. C'est dans ce but que la partie relative à *l'exploration radiologique du squelette et au diagnostic radiologique différentiel*, a été particulièrement développée. De même les discussions relatives aux indications thérapeutiques opératoires, roentgenthérapiques, curiethérapiques et biochimiques.

La reproduction, pour chaque chapitre, de nombreuses illustrations photographiques, microphotographiques, des radiographies et des pièces opératoires permet une lecture aisée du texte; à chacune des radiographies a été adjoint un schéma qui en facilite la lecture et l'interprétation.

Les problèmes qui se posent tous les jours au médecin et au chirurgien, à l'anatomo-pathologiste et au radiologiste, en présence des affections du squelette, sont discutés dans cet ouvrage, d'une part sous l'angle de la consultation; d'autre part, à la lumière des données scientifiques dont s'est enrichie, tout récemment, la pathologie osseuse.

Un index bibliographique, ne contenant pas moins de 966 références, permettra aux chercheurs de se renseigner exactement sur tel ou tel point à propos duquel ils désireront obtenir des précisions.

L. G.

(1) In-8 de 437 pages avec 165 figures. — Prix : 80 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'ACRODYNIE INFANTILE [1]

Par M. P. LEREBOULLET,
Professeur d'hygiène et de clinique de la première enfance à la Faculté de médecine de Paris.
Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

Les hasards de la clinique m'amènent à vous parler aujourd'hui d'une affection qui a beaucoup retenu l'attention des pédiatres depuis quelques années, *l'acrodynie infantile*. On donne ce nom à une maladie, probablement infectieuse, du névraxe, frappant presque exclusivement les enfants au-dessous de quatre ans, et caractérisée cliniquement par l'association de troubles psychiques très particuliers et de troubles nerveux, surtout vaso-moteurs et sécrétoires, prédominant aux extrémités des membres. En raison de sa rareté relative et d'un certain polymorphisme symptomatique, cette affection est la cause de fréquentes erreurs de diagnostic et partant, de pronostic et de traitement ; c'est pourquoi il importe de la bien connaître. Elle soulève d'ailleurs d'intéressants problèmes d'étiologie et de pathogénie.

L'acrodynie a été beaucoup étudiée, surtout depuis 1920, et les cas observés paraissent s'être multipliés depuis quelques années. S'agit-il d'une maladie nouvelle ? Il semble bien que non. Il y a des maladies qui paraissent nouvelles, parce qu'on les connaît mieux et que l'on sait mieux en faire le diagnostic : telle l'appendicite aiguë ou chronique, à laquelle on ne pensait guère jadis et dont la pathologie s'est constituée depuis une trentaine d'années. Il en est d'autres qui *réapparaissent* après une longue phase de latence, comme l'encéphalite épidémique, que l'on a retrouvée en 1917 (von Œconomo, Cruchet, Netter), mais qui avait déjà été observée anciennement par Bouteille (de Manosque), Dubini et d'autres. Il en est enfin, comme la grippe, qui procèdent par vastes épidémies meurtrières, survenant *périodiquement*, ainsi qu'on a pu le voir en 1891 et en 1919, qui alors ravagent le monde (on a parlé de vingt millions de morts en 1919 et 1920) et qui, ensuite, ne persistent plus qu'à l'état de cas isolés ou de faibles épidémies vite éteintes.

Il en est probablement ainsi de l'acrodynie, qui paraît avoir déjà été observée en France il y a plus d'un siècle (en 1828). Pour nous en tenir aux faits actuels, cette affection n'a guère fait son apparition en France que depuis une dizaine d'années, mais il est certain qu'elle a été observée auparavant en d'autres points du globe par divers médecins, au moins dans ses formes frustes, et décrite par eux sous des noms variés. La première relation connue est celle de Selter au Congrès de Cassel en 1903, concernant 8 cas de « *trophodermato-neurose* » observés dans la Ruhr, à Sölingen. La description de Selter s'appliquant trait pour trait à l'acrodynie, l'identité des deux affections ne fait pas de doute : « La maladie, dit Selter, se développe chez des fillettes de dix-huit mois à trois ans et demi ; elle se manifeste par de la tristesse, une sorte d'angoisse et éventuellement par une perte progressive du langage avec des troubles psychiques (hallucinations, coprophagie, délire pendant le sommeil, etc.). En outre, on relève des sueurs et leurs conséquences : sudamina, chute de l'épiderme, peau humide, visqueuse ; les pieds et les mains sont gonflés, rouges, et le plus souvent sont sentis froids..., les patients présentent du prurit... La maladie évolue favorablement, dans un délai de quelques semaines ou de quelques mois. »

Cette communication de Selter resta sans lendemain; ce n'est que onze ans plus tard qu'un médecin australien, Swift (d'Adélaïde) décrivit sous le nom d' « *erythrœdème* » la même affection dont les cas se multiplièrent dans cette région au point que M. Comby crut pouvoir lui donner le nom d' « erythrœdème australien ». On la nomma alors *maladie de Swift*.

A la même époque (1928), l'acrodynie fait son apparition dans l'Amérique du Nord, avec les publications de Bilderback, de Weston, de Byfield et d'autres. En Europe, le premier cas est signalé à Londres par Parkes Weber, mais les recherches les plus importantes sur la question sont dues à Emil Feer (de Zurich) qui publie une série de travaux très intéressants, à la suite desquels la « *maladie de Feer* » est observée un peu partout, surtout en Amérique, en Allemagne et en Angleterre.

En France, le premier cas publié d'acrodynie paraît être celui que M. Debré et Mlle Petot ont rapporté en octobre 1924 à la Société de Pédiatrie de Paris, sous le nom de « syndrome de Morvan », il s'agissait d'un enfant de quatre ans qui présenta pendant quelques mois des douleurs et des fourmillements intenses des extrémités, des troubles psychiques, de l'agitation avec insomnie et finalement des troubles trophiques graves allant jusqu'à la gangrène et à la mutilation consécutive des doigts. En 1925, M. Haushalter et son élève Hœchstetter, dans la région de Nancy, étudient « un syndrome particulier constitué chez l'enfant par des altérations psychiques et des troubles neurovégétatifs » ; en 1926, MM. Janet et Dayras à Paris, et MM. Péhu et Ardisson, à Lyon, rapportent, sous des noms divers, des observations analogues ; M. Péhu, dans un travail très important, donne à l'affection son nom d' « *acrodynie* », en la rapprochant des faits observés jadis par Chardon en 1828. Cette désignation courte et expressive a fait fortune (1).

Depuis, les cas se multiplient, et il est impossible de les rapporter tous ; parmi les observations les plus importantes, je citerai seulement celles de M. Woringer en Alsace, de M. Bézy à Toulouse ,et enfin, celles de M. Rocaz qui, dans le Sud-Ouest de la France, a pu suivre en peu d'années 32 cas d'acrodynie. M. Rocaz vient de faire paraître une étude très complète de la question et sa remarquable monographie me servira souvent de guide au cours de cette leçon (2).

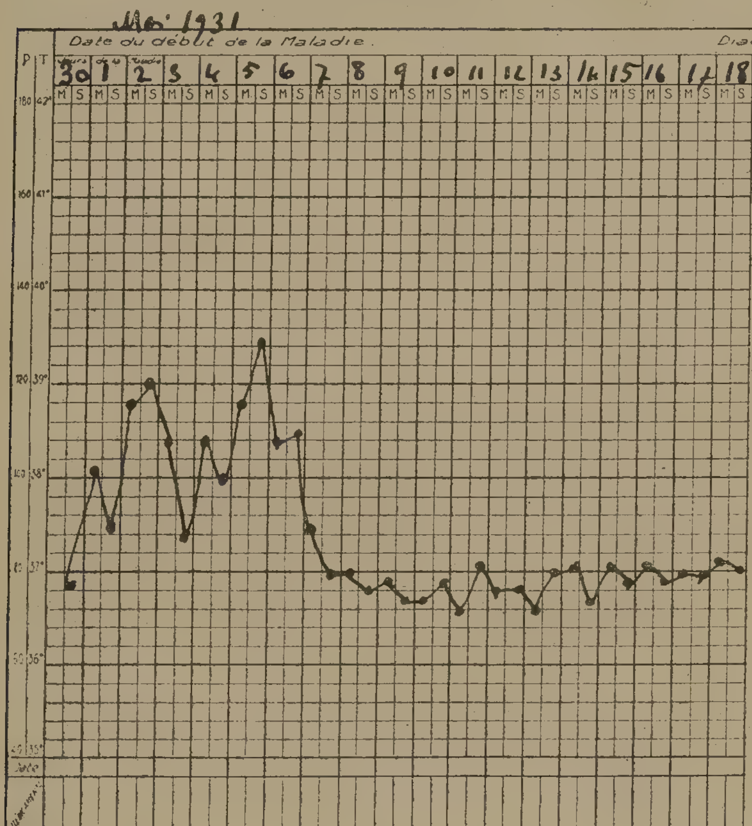
Il y a donc, à l'heure actuelle, des centaines d'observations d'acrodynie, et l'on peut dire que cette affection est désormais bien connue, au moins au point

(1) Leçon faite en décembre 1931, à la Clinique Parrot, Hospice des Enfants-Assistés, et recueillie par M. P. Baize, chef de clinique du service.

(1) Péhu et Ardisson. L'acrodynie de l'enfance. *Paris Méd.*, novembre 1920.

(2) Rocaz. *L'acrodynie infantile*, G. Doin, 1932. On trouvera dans cette importante publication la bibliographie complète de la question.

de vue clinique. Remarquons en passant que si le nom d' « acrodynie », qui tend de plus en plus à se généraliser, est commode en raison de sa brièveté, ce n'est néanmoins pas un terme parfait, car il comporte un sens trop précis (ἄκρος, extrémités : ὀδύνη, douleur) : le syndrome douloureux est en effet bien loin de constituer toute la maladie, et les altérations du psychisme sont au moins aussi importantes. Il eût été préférable, à cet égard, d'employer un mot sans signification étymologique bien précise, comme sont, par exemple, pour d'autres affections, les termes de « Tabès » ou de « Parkinsonisme ».



Il y a quelques semaines, les hasards de la clinique ont amené dans nos lits du pavillon Pasteur un petit malade atteint d'acrodynie infantile, chez lequel nous avons été d'abord fort embarrassés pour porter un diagnostic. Au surplus, voici résumée l'observation de cet enfant que je vais vous montrer dans un instant :

Il s'agit d'un garçon de vingt et un mois, Jacques Gl..., dont le développement avait été jusqu'ici normal et le passé sans histoire, et qui nous a été amené le 20 octobre dernier, parce que, depuis une dizaine de jours, il était devenu grognon, irritable, refusait de marcher et de s'alimenter, transpirait beaucoup et avait sensiblement maigri (de près d'un kilogramme). Le 3 novembre, l'enfant nous est confié au pavillon Pasteur par le Dr Heiser et y est mis en observation. La surveillante et les infirmières, qui voient l'enfant jour et nuit, confirment les dires des parents et des médecins, l'enfant est agité, dort peu ou mal, s'alimente très difficilement, présente des sueurs abondantes ; il ne s'intéresse à rien, refuse de jouer, se tient le plus souvent couché en chien de fusil, crie et pleure comme s'il souffrait quand on le met debout dans son berceau.

L'examen, rendu difficile par l'indocilité de l'enfant, montre un notable amaigrissement, surtout au niveau des membres inférieurs ; les viscères abdominaux et thoraciques, la gorge, les oreilles paraissent normaux, il n'existe aucun signe de rachitisme, ni signes méningés, ni troubles digestifs (hormis un peu de constipation), en somme aucun symptôme objectif qui permette d'expliquer l'anorexie, l'amaigrissement et l'état nerveux de l'enfant.

On envisage l'hypothèse d'une *méningite tuberculeuse* au début, en raison des modifications du caractère et de l'amaigrissement, mais deux cutiréactions à la tuberculine restent négatives, et une ponction lombaire, pratiquée quelques jours plus tard, montre un liquide céphalo-rachidien normal [2 éléments au m/m^3, albumine 0 gr. 25, Wassermann négatif]. On discute ensuite la possibilité d'une *infection d'origine digestive*, en raison de la constipation, d'un certain degré de fétidité et de décoloration des selles et de l'état fébrile ; on soulève l'hypothèse de troubles liés à *l'éruption dentaire*, mais aucun de ces diagnostics n'est satisfaisant.

C'est alors qu'apparaissent de nouveaux symptômes qui, rapprochés des signes précédents, permettent de rattacher les troubles présentés par notre petit malade à l'acrodynie infantile. L'élément nouveau essentiel, c'est l'apparition, quelques jours après l'entrée à la clinique, au niveau des jambes et surtout des pieds, d'*une éruption érythémateuse*, accompagnée de *sueurs* abondantes et d'un *prurit* tel que l'enfant ne cesse de frotter ses pieds l'un contre l'autre et de les *gratter*. De plus, l'enfant *souffre* manifestement, car il crie dès qu'on le pose sur ses pieds ; déjà, quelques jours auparavant, sa mère avait remarqué qu'il se plaignait quand on le chaussait. En même temps, l'hypotonie du début s'est accrue, et l'enfant ne peut plus se tenir debout.

Le prurit et la rougeur ne sont d'ailleurs pas localisés uniquement aux membres inférieurs ; l'enfant gratte également ses mains, qui sont le siège d'un *œdème rosé* et de *sueurs* abondantes.

Actuellement, ces symptômes ont presque entièrement disparu, mais il est apparu une *desquamation* importante, se faisant par larges lambeaux et rappelant celle de la scarlatine ; vous en voyez encore les traces sur les mains et surtout sur les pieds de l'enfant qui est devant vous. Pendant toute cette évolution, il y a eu *de la fièvre*, d'abord au voisinage de 39°, puis en plateau autour de 38°, enfin descendue en lysis à la normale, tandis que le pouls, très rapide au début (à 140) se ralentissait progressivement.

Avec mon collaborateur M. Bohn, j'ai traité cet enfant par le *gardénal* (0 gr. 02, et par l'*urotropine* (0 gr. 50) et surtout par les injections d'*acétylcholine* au taux de deux centigr. tous les deux jours. Ce traitement a donné une amélioration rapide et remarquable : les troubles psychiques ont presque disparu, le sommeil est revenu, le poids augmente de nouveau

et vous voyez l'enfant actuellement presque complètement guéri.

De cette observation qui s'est déroulée pour ainsi dire tout entière sous vos yeux, je rapprocherai deux autres, dont l'une a été suivie par moi au mois d'octobre 1926, c'est-à-dire peu de temps avant que MM. Janet et Dayras et M. Péhu aient publié leurs cas — et l'autre, plus récemment, par mon collaborateur et ami, M. Lelong.

La première observation, que j'ai signalée à la Société de Pédiatrie de Paris le 19 octobre 1926 (1), concernait un enfant de dix-huit à vingt mois, qui m'avait été amené pour du prurit, des troubles vaso-moteurs, des douleurs, de la desquamation des pieds et des mains, de la salivation, de l'agitation, surtout nocturne, contrastant avec de la somnolence diurne ; en raison de ce dernier symptôme, on avait, au diagnostic initial de « méningite », substitué celui d' « encéphalite ». A cette époque, la notion d' « acrodynie » n'était pas encore répandue en France, et c'est rétrospectivement, en entendant les communications de MM. Janet et Dayras et de MM. Péhu et Ardisson, que j'ai fait le véritable diagnostic ; dès cette époque, en raison de l'intrication de signes encéphalitiques et acrodyniques, j'émettais l'hypothèse d'une maladie à germe neurotrope, voisin de celui de l'encéphalite. « Il est probable, ajoutais-je, que c'est dans une localisation encéphalique commandant l'atteinte du sympathique et tout l'ensemble des troubles qu'il faut chercher l'explication de ce syndrome impressionnant. » C'est une conception semblable qui actuellement rallie l'ensemble des suffrages.

L'autre observation a été suivie par M. Lelong et par moi-même au cours de l'année dernière, à l'époque de Pâques, elle se rapproche de la précédente par la difficulté du diagnostic initial. Il s'agissait d'un enfant de cinq ans chez lequel on avait porté le diagnostic de « polynévrite des membres inférieurs » en raison de douleurs, d'une démarche titubante, de l'abolition des réflexes et de l'hypotonie musculaire ; ces symptômes étaient apparus quelques semaines après une angine rouge avec température à 38°3. Mais il n'y avait pas de paralysie vélopalatine, l'enfant avait été vacciné à l'anatoxine, et son Schick était négatif ; il ne s'agissait donc pas d'une paralysie diphtérique. Au reste, une quinzaine de jours après le début des phénomènes précédents, de nouveaux symptômes apparurent : fièvre à 39°, *érythème généralisé scarlatiniforme*, *sueurs* très abondantes, amaigrissement, *troubles psychiques* consistant en hallucinations, délire, excitation. En même temps, les phénomènes parétiques ou polynévritiques s'étaient étendus aux 4 membres, réalisant une véritable quadriplégie flasque.

Les diagnostics portés avaient été ceux de « myopathie aiguë », de « polynévrite de cause indéterminée » ; nul doute cependant qu'il ne s'agît d'une acrodynie, laquelle a guéri sans médication spéciale ; l'enfant que j'ai revu, il y a un mois environ, est actuellement en excellent état de santé.

(1) P. LEREBOULET. *Soc. de Pédiatrie*, octobre 1926.

Vous voyez donc que l'acrodynie, pour rare qu'elle soit, n'est pas absolument exceptionnelle en clinique; tôt ou tard, vous pouvez être à même d'en faire le diagnostic, et c'est pourquoi il me paraît utile de reprendre devant vous les principaux traits de cette affection.

L'acrodynie est avant tout une *affection des jeunes enfants* : sur 165 observations réunies dans la thèse de M. Servel de Cosmi (1), 22 se placent de 6 à 12 mois, 58 de 1 à 2 ans, 41 de 2 à 3 ans et 22 de 3 à 4 ans ; le reste, soit 22 cas, s'échelonne de 4 à 14 ans. La statistique de M. Rocaz, portant sur 39 cas, donne des résultats analogues. On voit donc que l'acrodynie a une prédilection marquée pour les sujets âgés de *moins de 4 ans*. Ceci ne veut pas dire qu'on ne puisse l'observer après cet âge, et lors de l'épidémie d'acrodynie qui frappa la région parisienne en 1828 et qu'ont étudiée Chomel, Genest, Chardon jeune et d'autres, les adultes et les vieillards étaient plus atteints que les enfants. M. Haushalter a observé un cas à 11 ans, et M. Péhu un autre à 14 ans, mais ce sont là des faits exceptionnels. L'influence du *sexe* paraît négligeable et il en est probablement de même pour celle des *saisons ;* cependant Feer, M. Woringer, M. Servel de Cosmi pensent que l'acrodynie est plus fréquente en hiver et au printemps (il en est de même de l'encéphalite épidémique).

La répartition géographique de l'affection est plus intéressante ; elle revêt souvent en effet *une allure épidémique*, procédant par petits foyers isolés, ainsi qu'ont pu l'observer M. Rocaz dans la région de Bordeaux, et M. Péhu aux environs de Chalon-sur-Saône. La fréquence de l'acrodynie semble plus grande dans certains pays (Europe Centrale, Amérique du Nord, Australie) mais cela tient peut-être à ce qu'elle y a été connue plus tôt et par conséquent plus facilement diagnostiquée.

La maladie ne semble pourtant pas contagieuse, en dépit de quelques cas, assez discutables d'ailleurs, de transmission de frère à sœur et entre cousins, rapportés par M. Kuiper, et par M. Ledoux (de Besançon). Enfin, on a souvent signalé l'apparition de l'acrodynie après une rougeole, une grippe, un embarras gastrique, etc. Ces affections sont trop banales, et pour certaines d'entre elles le diagnostic est trop imprécis, pour qu'on leur attribue un rôle étiologique quelconque. Plus intéressante est la *rhino-pharyngite*, avec état saburral et fièvre, qui marque assez souvent le début de la maladie, et qui pourrait fort bien être la porte d'entrée de celle-ci, comme on l'observe dans la poliomyélite ou dans l'encéphalite épidémique. Au reste, je vous préciserai plus loin les rapports qui unissent l'acrodynie à ces deux affections.

Le *début* de l'acrodynie est toujours très insidieux et progressif ; la maladie peut, en effet, commencer par n'importe lequel des symptômes qui formeront par leur réunion à la période d'état, un ensemble si caractéristique ; aussi le diagnostic est-il rarement posé à cette période. Le plus souvent, après un épisode fébrile, étiqueté, suivant les cas, « rhino-pharyngite » ou « embarras gastrique » les *troubles du caractère*

(1) SERVEL DE COSMI. L'acrodynie infantile. *Th. de Paris*, 1930.

attirent les premiers l'attention. L'enfant devient triste, grognon, indifférent, parfois irritable, coléreux, voire méchant, et ces modifications contrastent avec l'état antérieur du sujet ; le sommeil disparaît souvent dès cette période. D'autres fois, les *troubles moteurs* sont marqués dès le début ; l'enfant accuse une fatigue inhabituelle, se fait porter, tient mal sur ses jambes ; ou bien ce sont des *douleurs* qui attirent l'attention : brûlures et fourmillement des mains et des pieds, arrachant des plaintes aux petits malades. Plus rarement enfin, ce sont des *manifestations cutanées* avec hypersécrétion sudorale aux mains et aux pieds, avec engelures faciles ou bien encore c'est un syndrome banal d'*anorexie* avec amaigrissement et altération de l'état général, qui ouvrent la scène clinique. C'est dire combien la reconnaissance de la maladie à cette phase est chose difficile ; les erreurs de diagnostic sont de règle.

Mais en quelques semaines, parfois quelques mois, les troubles se multiplient, l'ensemble nosologique se complète, et le diagnostic devient alors facile quand on connaît les symptômes de la maladie. *A la période d'état*, en effet, l'acrodynie comporte un ensemble de troubles *nerveux, cutanés, cardio-vasculaires* et généraux caractéristiques que je vais passer en revue devant vous avec quelque détail.

Les TROUBLES NERVEUX sont d'une importance capitale, et au premier rang, il faut placer *les altérations du psychisme ;* celles-ci sont en effet constantes, précoces, et impressionnent profondément l'entourage des enfants ; leur constatation, chez des sujets âgés de moins de 4 ans, doit éveiller dans l'esprit du médecin l'idée de l'acrodynie.

Le plus souvent, l'enfant acrodynique est abattu, indifférent, voire prostré ; il cesse de jouer, de parler, de sourire même. Silencieux, morose, il reste immobile, accroupi dans un coin, ou la tête enfouie dans son oreiller ; le visage s'empreint d'une tristesse de plus en plus marquée, et le regard peut prendre une pénible expression de souffrance ou de détresse. Le petit malade ne répond plus à l'appel de ses parents, ne semble pas les reconnaître, ou montre à leur égard des sentiments hostiles qui contrastent avec son affectivité antérieure. Le caractère devient irritable, coléreux, voire méchant : « Ma petite-fille, disait la grand'mère d'une des malades de M. Rocaz, a véritablement l'air d'un chien enragé ».

Avec ces phénomènes dépressifs si particuliers, alternent *des périodes d'excitation* pendant lesquelles l'enfant présente de l'agitation, des fugues, des perversions étranges. La petite malade de MM. Janet et Dayras avait des accès de colère d'une violence extrême, au cours desquels elle déchirait sa chemise, se roulait à terre, mordait ceux qui l'approchaient, s'arrachait les cheveux, se frappait le front contre le mur, au point que l'internement avait été conseillé à plusieurs reprises. Même tableau chez une fillette de 2 ans et demi observée par M. Rocaz. Sans être aussi agité, l'enfant que je viens de vous présenter s'arrachait aussi les cheveux et les avalait.

Il est difficile d'apprécier l'importance des troubles intellectuels chez des enfants aussi jeunes : cependant la diminution évidente de l'attention, le mustime ou au contraire les paroles incohérentes répétées avec une monotonie inlassable par certains enfants, les hallucinations angoissantes, soulignent leur importance. Enfin, *l'insomnie nocturne*, tenace, prolongée, pendant des jours ou des semaines, rebelle à toute thérapeutique, complète cet ensemble symptomatique ; elle s'accompagne parfois de somnolence diurne (ainsi que l'ont remarqué M. Rocaz et MM. Janet et Pierrot, et que je l'ai observé moi-même en 1926) au point de ressembler d'assez près à l'encéphalite épidémique.

Les *troubles sensitifs* sont presque aussi importants que les modifications du caractère ; ce sont eux qui justifient le nom d' « acrodynie » donné à la maladie. Ils n'existent guère en effet qu'*aux mains et aux pieds* et consistent en sensations subjectives souvent très pénibles : sensations de *fourmillements* ou de corps étrangers au niveau des paumes ou des plantes, témoin cette fillette observée par M. Rocaz qui se plaignait « d'avoir des cailloux dans ses souliers » ; — sensations de chaleur, *de brûlure*, que les enfants déjà grands accusent nettement, et qui expliquent pourquoi les sujets trempent volontiers leurs mains dans l'eau froide, et pourquoi ils placent leurs mains sur le linge frais, sur le fer de leur lit, ou leurs pieds sur le carreau froid d'une chambre ; — sensations de *prurit* intense, entraînant la friction, le grattage ou la morsure fréquente des paumes et des plantes, et l'attention bizarre que certains enfants accordent à ces parties de leur corps.

La photophobie, la céphalée, les douleurs abdominales font également partie des troubles subjectifs fréquemment notés dans l'acrodynie, et dont l'intensité, pendant de longues semaines, peut faire de la vie de l'enfant un véritable martyre. Quant aux troubles objectifs de la sensibilité, difficiles à mettre en évidence à cet âge, ils consistent en zones d'hypo ou d'anesthésie, ou parfois d'hyperesthésie.

Les *troubles moteurs* sont constants : simple fatigabilité au début, ils s'accentuent peu à peu au point de rendre la marche titubante, difficile, ou même impossible. Liés pour une part aux troubles sensitifs (l'enfant semblant marcher sur des épingles), ces troubles de la marche, analogues à ceux des myopathies, dépendent surtout de l'*hypotonie*, frappante et constante dans l'acrodynie. Cette hypotonie est surtout marquée à la nuque et aux membres inférieurs, mais elle peut atteindre les muscles du tronc, et même les 4 membres, comme dans l'observation de van Bogaert et comme dans le cas que j'ai vu avec M. Lelong. Elle a fait décrire une *forme paralytique* de l'acrodynie, forme improprement appelée myélitique par Mlle Frouin, et explique, avec les douleurs et l'état de prostration, les *attitudes si particulières et si curieuses* des enfants : assis sur leur lit, la tête appuyée sur les genoux relevés, ou accroupis à la turque, parfois pliés en deux, la tête entre les jambes, ou allongés sur le ventre pendant de longues heures. A l'hypotonie se joignent une *fonte musculaire* plus ou moins rapide et généralisée, et de la diminution ou même de l'abolition des réflexes tendineux ; les réactions électriques paraissent la plupart du temps normales.

Parmi les autres troubles moteurs plus rarement observés sont : le *tremblement* (Feer, Emerson, Jager),

les *myoclonies* (Nobécourt et Pichon, Péhu, Devic et Daujat), les *convulsions* enfin (Deuber, Péhu).

Les TROUBLES VASO-MOTEURS ET TROPHIQUES ont une importance très grande et constituent une triade caractéristique avec les troubles psychiques et les troubles sensitifs ; ils prédominent largement aux extrémités.

L'hypersécrétion sudorale est presque de règle ; elle est parfois extraordinairement abondante, toujours marquée, tenace, procédant par poussées, provoquant des éruptions miliaires ou vésiculo-papuleuses, ou des érythèmes morbilliformes ou scarlatiniformes, souvent très prurigineux, qui peuvent en imposer pour une fièvre éruptive, de l'eczéma, une simple pyodermite. Cette sudation peut n'intéresser que *les extrémités* ; elle y est, en tout cas, toujours prédominante, y provoque la macération de l'épiderme et joue un rôle dans l'apparition des troubles cutanés que je vais maintenant vous exposer.

Ces troubles consistent essentiellement en un *gonflement* et *une rougeur spéciale* des pieds et des mains, qui s'ajoutent aux troubles sensitifs pour former un véritable syndrome acro-pathologique (R. Debré). C'est cet aspect spécial de la peau qui a fait donner à l'acrodynie le nom d' « érythrœdème » (Swift), de « pink disease » (Clubb), de « raw beef hands and feet » (Snowball), etc. Cet aspect est d'ailleurs typique : les extrémités sont gonflées, « succulentes » ; la peau est lisse et tendue comme dans les engelures, presque toujours humide et couverte de sueurs froides. Sa couleur est rose-vif ou rouge clair ; elle ne prend pas le godet, mais se décolore momentanément par la pression. Au bout d'un certain temps, elle présente une *desquamation* assez analogue à celle de la scarlatine.

A ces manifestations, d'apparition assez tardive, peuvent se joindre des accès de cyanose transitoire des extrémités ; des troubles des phanères et surtout des ongles (qui deviennent cassants et peuvent tomber) ; enfin, des phénomènes de *gangrène cutanée*, pouvant aboutir à des mutilations importantes des doigts et qui ne sont pas sans analogies avec la maladie de Morvan ; ces faits ont été rapportés par Feer, par Parkes Weber, et plus récemment par M. Debré et Mlle Petot. Ils sont fort heureusement tout à fait exceptionnels.

L'importance de ces manifestations nerveuses fait penser que le *liquide céphalo-rachidien* doit réagir fréquemment au cours de l'acrodynie ; cependant jusqu'à ces derniers temps, et sur la foi de ponctions lombaires pratiquées à une période avancée de la maladie, on a affirmé que le liquide céphalo-rachidien gardait sa composition normale. Nos connaissances sur ce point doivent être revisées, puisque M. Rocaz, M. van Bogaert, *au début* de cas d'acrodynie ont trouvé une réaction lymphocytaire nette avec augmentation de l'albumine (0,50 à 0,70). Dans une observation de mon service publiée récemment par mes collaborateurs Marcel Lelong et Jacques Odinet, le liquide céphalo-rachidien contenait, à une première ponction lombaire 45 éléments au mmc, presque tous des lymphocytes, et des ponctions successives montrèrent la diminution rapide — avec quelques fluctuations — de cette leucocytose.

Il ne semble donc pas douteux qu'il puisse y avoir, dans l'acrodynie, au moins au début de l'évolution, un certain degré de réaction lymphocytaire, témoin d'une atteinte méningée qui reste cliniquement latente ; par contre, la glycorrachie reste normale.

Les symptômes nerveux sont, de beaucoup, les manifestations les plus importantes de l'acrodynie ; cependant, il en est d'autres dont il importe de souligner l'intérêt : tels sont *les troubles cardio-vasculaires*, sur lesquels ont beaucoup insisté les auteurs étrangers (et surtout Feer), et, en France, M. Robert Debré et ses élèves, pour lesquels ils sont « pathognomoniques, constants, précoces et durables ». Ils consistent en une *tachycardie régulière*, à 140, 160 ou même 200, persistant pendant le sommeil ; la tension artérielle serait toujours augmentée, à 15 ou 20, et cette hypertension constituerait, d'après Feer, « le signe le plus constant de la maladie ». Ces phénomènes cardio-vasculaires ont été retrouvés par M. Woringer et par M. Turquety, et nous avons aussi observé la tachycardie chez notre petit malade ; néanmoins, ce symptôme ne nous paraît pas avoir l'importance qu'on lui a attribuée.

Le *sang* présente de *l'hyperglobulie* (Brückner, van Bogaert) et surtout une *polynucléose* assez forte, oscillant entre 12.000 et 25.000. — On observe aussi très souvent des *adénopathies*, les unes manifestement banales et liées aux lésions de grattage et à l'infection cutanée, les autres survenant à titre primitif, et plus ou moins généralisées, parfois considérables comme dans l'observation de M. Debré, Mlle Hébert et Gardinier. Parmi les symptômes accessoires, je vous citerai encore certains troubles digestifs, parmi lesquels l'*anorexie*, parfois sévère et justifiant le gavage, et une *soif intense* sont les plus constants ; — l'oligurie et l'albuminurie, assez fréquentes ; — la chute des dents, etc. De tous ces symptômes, certains, comme la soif et l'oligurie, tiennent sans doute pour une large part à l'exagération de la sécrétion sudorale.

Pour en terminer avec les symptômes si nombreux et si divers de l'acrodynie, *l'altération de l'état général* de ces malheureux enfants qui souffrent, qui ne dorment pas, qui s'alimentent mal, est un fait capital. *L'amaigrissement* est de règle, mais le poids se rétablit vite à la convalescence. *La fièvre est rare*, ou peu marquée, sauf peut-être à la période initiale de la maladie (comme dans nombre de cas de poliomyélite) ; quand elle existe, elle peut dépendre d'une *complication* : infectieuse, cutanée, pulmonaire ou urinaire.

L'ÉVOLUTION de l'acrodynie est essentiellement subaiguë ; le syndrome met des semaines à se constituer, et persiste alors *pendant plusieurs mois*, avec des paroxysmes plus ou moins nets, pendant lesquels les phénomènes douloureux, les sueurs, les manifestations psychiques s'exagèrent. Entre ces paroxysmes, on peut observer des rémissions parfois assez longues (acrodynie paroxytique de M. Pierre Bézy). Finalement, les phénomènes morbides décroissent et régressent en quelques semaines, la durée totale de l'affection s'échelonnant *sur 4 à 5 mois en moyenne*. Il faut d'ailleurs compter avec des rechutes possibles, bien que rares. *La guérison* est la terminaison habi-

tuelle de l'acrodynie ; elle s'opère sans séquelles, sauf au cas de mutilations digitales ou autres, heureusement rares. Lorsque la mort survient, elle se produit du fait de l'épuisement progressif des petits malades, ou plus souvent d'une complication, en particulier de la broncho-pneumonie intercurrente. Dans l'ensemble, la mortalité, assez variable suivant les observations, ne dépasse guère 7 0/0.

Je viens de vous décrire *la forme typique* de l'acrodynie ; il faut convenir que ce n'est pas la plus fréquente, les symptômes que je viens de vous énumérer se rencontrant rarement au complet chez un même malade. Une connaissance plus approfondie de la maladie a montré la fréquence *des formes frustes ou incomplètes ;* comme beaucoup de ces formes ne sont individualisées que par la prédominance d'un symptôme ou d'un groupe de symptômes, je me bornerai à vous les rappeler sans m'y appesantir outre mesure.

C'est ainsi qu'on a isolé des *formes nerveuses* où les manifestations cutanées manquent ou sont d'apparition tardive et fugace, les unes *complètes* où se retrouvent les signes cardinaux : troubles du caractère, crises douloureuses, hypotonie, insomnie, anorexie, attitude et faciès particuliers ; — les autres *dissociées*, monosymptomatiques. Parmi ces dernières, je citerai les *formes mentales* (Debré, Rocaz, Janet et Dayras), les *formes motrices* (f. myoclonique, et surtout f. paralytique que je vous ai déjà signalée), les *formes sensitives*, etc. — On peut encore décrire des *formes cutanées*, constituées par *des éruptions disséminées* (f. morbilliformes et scarlatiniformes dans lesquelles les symptômes nerveux sont au second plan) *ou localisées* uniquement aux extrémités, ou par des manifestations *gangréneuses et mutilantes* simulant le panaris de Morvan ; — des *formes ganglionnaires* — une *forme oculaire* avec conjonctivite, qui fut fréquente au cours de l'épidémie de 1828-30. Suivant l'évolution enfin, on peut décrire des formes rapides, paroxystiques, prolongées, à rechutes, etc.

Il ne me paraît d'ailleurs pas très utile de multiplier ces formes cliniques, ni d'élargir indéfiniment le cadre de l'acrodynie infantile. Dans les cas atypiques, faute d'un critère biologique qui manque encore, *le diagnostic* ne peut être établi que par l'apparition à un moment donné d'un ou plusieurs des symptômes cardinaux, même atténués. A cet égard, le syndrome acro-pathologique, même ébauché, les troubles psychiques, les troubles cardio-vasculaires, ont une importance de tout premier ordre. On pourra, à titre purement mnémotechnique, se rappeler la formule de Bilderback, où les symptômes essentiels de l'acrodynie sont schématisés, grâce aux six mots suivants, qui, tous, commencent (en anglais) par P : *Pain* (douleur), *Pink* (rose), *Pelling* (desquamation), *Prostration*, *Perspiration* et *Parœsthesia*.

Il m'est impossible de passer en revue toutes les erreurs de diagnostic auxquelles peut donner lieu l'acrodynie ; c'est au début, lorsque le syndrome est encore incomplet, que ces erreurs ont le plus de chances de se produire : alors, et selon les cas, les troubles nerveux peuvent faire croire à une poliomyélite, à une paralysie diphtérique, à une myélite, à des troubles médullaires d'origine Pottique, à une méningite tuberculeuse, à une encéphalite. Plus tard, les troubles cutanés peuvent donner le change avec une scarlatine, une maladie de Hogdkin, de l'eczéma ou des pyodermites banales ; les troubles vaso-moteurs peuvent en imposer pour un syndrome de Morvan, une syringomyélie, la maladie de Raynaud, le syndrome de Weir-Mitchell, etc. Je vous cite toutes ces affections, parce que les erreurs de diagnostic qu'elles représentent ont été effectivement commises par des médecins, et non des moindres. En fait, pour les éviter, *il suffira de penser à l'acrodynie* et de se rappeler qu'elle peut avoir désormais sa place dans la nosologie de chaque jour.

Nos *connaissances anatomo-pathologiques* sur l'acrodynie ne sont pas fort avancées, puisque cette affection se termine presque toujours par la guérison ; d'autre part, nombre d'autopsies sont incomplètes. Néanmoins, Byfield, Paterson et Greenfield ont signalé, entre autres altérations, une infiltration cellulaire diffuse des cornes antérieures de la moelle ; Kernohan et Kennedy ont constaté des lésions dégénératives des noyaux gris de la base du cerveau. Les observations les plus intéressantes sont celles de Francioni et Vigi qui, chez un enfant de 4 ans, ont trouvé des *lésions dégénératives des cellules de la région infundibulo-tubérienne,* ainsi que de l'hyperpigmentation et des manchons lymphocytaires périvasculaires *dans les ganglions de la chaîne cervicale du sympathique.*

La rareté de ces constatations anatomiques laisse encore dans l'obscurité *la pathogénie* de l'acrodynie. Il n'est même pas certain que l'acrodynie infantile actuelle soit la même que celle qu'observèrent, il y a un siècle, Chomel, Genest et Chardon, bien que MM. Péhu et Ardisson n'hésitent pas à les rattacher étroitement l'une à l'autre. C'est que l'acrodynie de 1828, évoluant comme une épidémie massive, frappait tous les sujets, et même les vieillards plus que les enfants ; d'autre part, sur les quelques 40.000 cas qui furent suivis à l'époque parmi la population parisienne, aucune observation ne relate les troubles psychiques si particuliers. Au reste, l'identité des deux affections fût-elle prouvée, la pathogénie de l'acrodynie n'en serait pas éclaircie.

On a voulu voir dans l'acrodynie une maladie *d'origine alimentaire*, soit par intoxication, soit par carence, et il est certain qu'elle affecte, avec *l'ergotisme* et surtout avec *la pellagre*, plus d'un point de ressemblance. Mais, dans la pellagre, les circonstances étiologiques, la longue durée de l'évolution, les troubles psychiques plus rares et différents, le caractère sec, squameux, de l'érythème des extrémités qui prédomine d'ailleurs au dos de la main, différencient nettement cette affection de l'acrodynie infantile. Celle-ci ne se confond pas non plus avec *l'intoxication arsenicale chronique*, en dépit de symptômes communs : comment admettre en effet que tous les enfants acrodyniques soient atteints d'arsenicisme ?

En réalité — et la plupart des pédiatres sont maintenant d'accord sur ce point — l'acrodynie infantile apparaît actuellement *comme une maladie infectieuse,*

probablement due à un virus neurotrope, consistant essentiellement en troubles du système neuro-végétatif, et liée à l'atteinte des noyaux gris infundibulo-tubériens et du centre mésocéphalique du sympathique. La réalité de cette conception, défendue par Kuiper, Péhu et Mestrallet, M. Bézy, M. Rocaz, M. Ledoux, M. Janet, et que j'ai moi-même soutenue depuis 1926. est prouvée par l'analyse minutieuse des symptômes cliniques, où s'entremêlent des signes de vagotonie (dépression, sueurs, salivation, refroidissement des extrémités) et de sympathicotonie (agitation, insomnie, tachycardie, hypertension artérielle) — et par les constatations anatomiques que je vous ai rapportées précédemment. Les auteurs qui n'acceptent pas la nature infectieuse de l'acrodynie objectent l'absence habituelle de fièvre et de réaction du liquide céphalo-rachidien ; mais je vous ai montré que ces symptômes existaient au début et, du reste, ils peuvent manquer au cours de l'évolution d'affections indiscutablement neuro-infectieuses, comme la poliomyélite ou la névraxite épidémique.

Quelle est la nature du virus de l'acrodynie ? Se confond-il avec le virus de l'encéphalite épidémique ? Nombre d'auteurs, et surtout MM. Kuiper, Ledoux, Devic et Danjat, Rocaz, Leenhardt, Chaptal et Henriet, ont signalé des cas de coexistence des deux affections, ou de transmission dans les deux sens ; moi-même, ainsi que je vous l'ai dit précédemment, j'ai noté, dès 1926, l'intrication de symptômes acrodyniques et encéphalitiques chez un même malade. Il y a donc une parenté indiscutable entre ces deux affections ; personnellement (et c'est aussi l'opinion de MM. Péhu et Jarricot) je pense que nous sommes, avec la poliomyélite, l'encéphalite et l'acrodynie, en présence *d'affections dues à des virus neurotropes très voisins*, frappant chacune avec prédilection certains centres du névraxe, et susceptibles dans certains cas d'évoluer parallèlement.

C'est très vraisemblablement dans ce sens que s'orienteront les conceptions ultérieures sur l'acrodynie, car seule une hypothèse de cet ordre rend compte de son polymorphisme clinique, très comparable à celui de la névraxite épidémique. Encore est-il nécessaire que des constatations biologiques plus nombreuses viennent l'étayer quoique vraisemblablement distinctes. L'atteinte des mêmes régions des centres nerveux par de tels virus explique qu'au cours de l'acrodynie puissent apparaître certains symptômes de l'encéphalite et vice-versa.

Dans l'ignorance où nous sommes encore de la véritable nature de l'acrodynie — car les considérations précédentes ne sont que des hypothèses — *le traitement* ne peut guère être que symptomatique. On a employé *l'atropine* (Feer) contre la vagotonie et le *tartrate d'ergotamine* (Debré et Cosmi) contre les troubles sympathicotoniques. Dans l'hypothèse d'une infection, on a eu recours à *l'urotropine* (per os et en intraveineuses) et à *la trypaflavine*. En fait, ces médications n'ont donné que des résultats inconstants, ou discutables, dans une affection où la guérison est la règle.

On doit surtout s'efforcer de *désinfecter le rhinopharynx* par les moyens appropriés (Rodda et les Américains ont même préconisé l'amygdalectomie) ; — de tenir la peau propre ; — *d'alimenter l'enfant* et de lutter contre l'anorexie ; — en un mot, de mettre le petit malade dans les meilleures conditions hygiéniques possibles pour éviter la dénutrition et les complications infectieuses secondaires.

Certains symptômes nerveux, comme la douleur, l'insomnie, l'excitation, sont améliorés par *le gardénal*, à condition de donner celui-ci à doses suffisamment élevées. Les grands poudrages au talc, les lotions vinaigrées, l'application de pâtes à l'oxyde de zinc, diminuent le prurit. Une des meilleures thérapeutiques actuelles de l'acrodynie est constituée par *l'application des rayons ultra-violets* (Sweet, Nobécourt, Péhu, Janet, etc.) qui diminuent beaucoup la sécrétion sudorale et stimulent l'état général.

Enfin, tout récemment, MM. Marcel Lelong et Odinet, dans mon service, puis MM. Nobécourt et Kaplan ont employé, avec d'excellents résultats, les injections *d'acétylcholine* au cours de l'acrodynie, et obtenu une rétrocession remarquable et rapide des symptômes les plus pénibles de cette affection ; l'acétylcholine, efficace et inoffensive, semble également avoir donné de bons résultats chez le petit malade que je vous ai présenté au début de cette leçon.

Tels sont les moyens dont nous disposons actuellement contre l'acrodynie ; leur mise en œuvre permet de soulager ces petits malades, chez lesquels on pourra d'ailleurs porter, dans l'immense majorité des cas, un pronostic favorable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 MARS 1932)

Sur la mise en réserve de la vitamine A. dans le foie de certaines espèces animales. — MM. H. SIMONNET et André BUSSON montrent que la teneur du tissu hépatique en vitamine A. déterminée sur un même sujet (chien) avant et après ingestion de carotène s'élève d'une manière très marquée. Ils donnent les raisons pour lesquelles, à côté d'une surcharge passagère, il existe une véritable mise en réserve dans le foie qui ne se produit pas dans d'autres organes (poumon, rein).

Le foie du rat possède une propriété analogue, le foie du cobaye en paraît dépourvu.

Sur un foyer de spirochétose ictéro-hémorragique dans l'île de Syra. — Infectiosité comparée des rats de Syra, du Pirée et d'Athènes. — MM. P. LÉPINE, J. CAMINOPETROS et PAGONIS ont recherché le spirochète de l'ictère hémorragique chez les rats capturés dans l'île de Syra, où l'on avait observé au cours de l'été dernier un certain nombre de cas d'ictère infectieux. Alors que 6 rats provenant de Syra ont tous été trouvés infectés (constatation des spirochètes à l'examen direct ou transmission de l'ictère au cobaye), cette même recherche a été totalement négative chez 120 rats du Pirée, port en relations journalières avec Syra et chez 13 rats d'Athènes. L'infection massive des rats de Syra atteste l'existence d'un foyer de spirochétose ictéro-hémorragique dans cette île, où la contamination directe de l'homme semble avoir été réalisée.

Présence du virus du typhus exanthématique chez les puces des rats d'Athènes et du Pirée. — MM. P. Lépine, J. Caminopetros et G. Pangalos, poursuivant leurs recherches sur l'endémicité du typhus exanthématique en Grèce, ont recherché la virulence des puces du rat. Ils montrent que, parmi les puces récoltées sur les rats d'Athènes et du Pirée, *Xenopsylla cheopis* et *Leptopsylla musculi*, qui forment 96,8 % des puces rencontrées, sont avec une extrême fréquence infectées par le virus du typhus exanthématique. Il suffit d'inoculer au cobaye, par voie intrapéritonéale, le broyat de 12 puces appartenant à l'une ou l'autre de ces espèces, pour déterminer à coup sûr l'apparition d'un typhus exanthématique typique, remarquable par sa courte incubation et par l'intensité de ses symptômes. Leurs expériences, qui n'excluent pas la possibilité d'infection des autres pulicidés, rendent *Xenopsylla cheopis* suspecte de jouer un rôle de premier plan dans la transmission du typhus du rat au rat, et probablement du rat à l'homme.

Spirochétose ictérohémorragique expérimentale du singe. — MM. Erber et J. Michaut ont inoculé des singes (*Macacus cynomolgus*) par diverses voies, avec des cultures du spirochète de l'ictère hémorragique ou avec le produit de broyage de foie de cobaye spirochétosique. Le singe fait une maladie inapparente. Les résultats sont bien dus au spirochète d'Inada : le crochet thermique au 4e jour, dans certains cas la rechute, l'anémie, l'hyperleucocytose, l'augmentation de volume du foie, le séro-diagnostic positif viennent bien signer l'action spécifique du germe.

Des singes témoins ont été injectés avec du foie de cobaye neuf et n'ont présenté aucune réaction thermique, sanguine ou clinique ; leur sérum n'agglutinait le spirochète de l'ictère hémorragique ni avant ni après l'inoculation. Un autre témoin, inoculé avec une souche de spirochète aquicole non pathogène, n'a pas réagi ; cependant, son sérum a agglutiné fortement la souche homologue et à un taux très faible le spirochète d'Inada. Les deux réactions étaient négatives avant l'expérience.

Il s'agissait d'une souche de *Spirochaeta iecterohemorragiae* dont la virulence pour le cobaye était atténuée. Les auteurs pensent que la même souche, redevenue virulente, leur permettra de compléter le tableau clinique de l'infection par l'apparition des hémorragies et de l'ictère.

Le B.C.G. peut-il se multiplier dans l'organisme ? — M. C. Ninni conclut de ses expériences que le B.C.G. qui, à défaut d'un milieu de culture mieux approprié, avait été considéré jusqu'à présent comme un microbe dont l'organisme se débarrasse en quelques mois, peut, dans quelques conditions particulières, se multiplier dans les ganglions lymphatiques qui l'hébergent.

Il est facile de vérifier ce fait en inoculant les organes suspects de contenir quelques bacilles B.C.G. vivants dans les ganglions cervicaux du cobaye et en recherchant ces bacilles après 5 à 8 jours, soit par l'observation microscopique des frottis, colorés par la méthode de Ziehl, soit par culture dans les milieux à l'œuf et à l'asparagine, soit, mieux encore, par culture dans le jaune d'œuf entier.

Etude d'une culture d'un bacille tuberculeux isolé du sang par Lœwenstein. — MM. René S. Mach et André Philibert ont examiné une culture, souche originelle, isolée par le professeur Lœwenstein de Vienne, du sang d'un malade atteint d'un lupus érythémateux. La morphologie, les réactions tinctoriales, les caractères de culture et le pouvoir pathogène chez le cobaye, leur permettent de conclure qu'il s'agit d'un bacille tuberculeux, de virulence atténuée, mais donnant cependant des lésions généralisées indiscutables.

Hémoculture de bacilles acido-résistants par la méthode de Lœwenstein. — MM. René S. Mach et Evelyn Mach étu-

dient les résultats qu'ils ont obtenus par la culture de 100 échantillons de sang provenant de 80 malades du professeur Lemierre. Sur 60 cas de tuberculose pulmonaire, ils ont obtenu 6 fois des résultats positifs. Sur 5 cas de rhumatisme polyarticulaire aigu ayant tous les caractères de la maladie de Bouillaud et sans aucune lésion pulmonaire apparente, ils ont 2 fois des résultats positifs. 16 témoins atteints d'affections diverses n'ont donné aucune culture positive.

Les auteurs soulignent le fait qu'ils ont obtenu des bacilles acido-résistants à l'examen microscopique des produits de raclage des cultures, mais aucune colonie macroscopique. Ils font remarquer que ces recherches n'autorisent encore aucune conclusion sur l'étiologie du rhumatisme polyarticulaire aigu, avant qu'on soit fixé sur les propriétés biologiques des bacilles qu'ils ont isolés.

Observations complémentaires sur la prise conditionnelle de la greffe du lymphosarcome (lymphadénome massif du poumon) de la souris. — MM. L. Mercier et L. Gosselin établissent :

1° Que l'origine des greffons n'intervient pas dans la prise conditionnelle de la greffe chez les souris de leur élevage. L'organisme souris est seul déterminant de la prise ou de la non-prise. D'autre part, leurs observations montrent bien que la prise conditionnelle de la greffe est un caractère familial.

2° Que les souris de leur élevage, réfractaires conditionnelles à la greffe du lymphadénome, sont susceptibles de cancérisation spontanée, qu'il s'agisse d'un épithélioma de la peau ou d'un lymphosarcome.

Ultrafiltration et pouvoir protecteur des immun-sérums antitrypanosomes. — MM. L. Nattan-Larrier et B. Noyer. — Des membranes de collodion imperméables à l'alexine et à l'hémolysine naturelle antimouton du sérum humain, sont également imperméables à la substance antitrypanosome de l'immun-sérum du lapin. Au contraire, des mêmes membranes se laissent traverser par la substance protectrice et par la substance curative antitrypanosome du sérum humain normal.

Sur la paralysie diphtérique expérimentale. Moyens d'étude. — MM. C. Ramon, Robert Debré, P. Uhry. — Jusqu'ici, on reprochait aux paralysies obtenues chez l'animal de différer sensiblement des paralysies humaines ; les premières seraient plus précoces, presque toujours, sinon généralisées et mortelles sans relation bien nette avec le point d'inoculation ; les secondes, qui apparaissent tardivement, sont en général incomplètes, limitées souvent au siège de l'infection et n'entraînent la mort que dans un nombre restreint de cas. Or, on peut provoquer, à volonté et d'une façon très régulière, des paralysies qui demeurent localisées à l'endroit de pénétration de la toxine ou bien qui se généralisent, des paralysies qui se terminent par la mort ou la guérison après s'être traduites par des symptômes en tous points identiques à ceux enregistrés en clinique humaine. Les essais exposés, tout en apportant la démonstration sans restriction du rôle du poison de Roux et Yersin dans les complications nerveuses de la diphtérie, font connaître un moyen simple, pratique, donnant toutes facilités pour étudier la paralysie diphtérique dans ses différentes manifestations.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(Séance du 12 février 1932)

A propos de la syphilis infundibulaire. — M. Léopold-Levi revendique les droits de l'hypophyse en pathologie, et signale le mémoire de Galuppi sur les troubles hypophysaires par hémorragie traumatique de la pituitaire. Il rappelle un cas personnel de syndrome adiposo-génital hypophysaire aigu, avec selle turcique considérable, à la suite d'une chute d'avion.

A propos de la fausse maigreur. — M. Léopold-Levi demande qu'on ne confonde pas la *fausse maigreur*, syndrome se rapprochant de l'état normal, avec la maladie de Barraquer qui n'en est qu'une caricature exceptionnelle. Il continue à interpréter l'obésité et la fausse maigreur, comme un trouble hypophysaire, la graisse étant chez la femme un caractère indifférentiel plutôt que sexuel.

Création de laboratoires. — M. Molinery met aux voix un vœu pour la création de laboratoires de physico-chimie, de biologie appliquée à la clinique auprès des stations thermales et climatiques françaises. Le vœu est adopté.

Névralgies rachidiennes rebelles. — MM. L. et M. Fildermann présentent une malade du service du professeur Laignel-Lavastine, guérie de névralgies rachidiennes rebelles par leur méthode des injections d'huile iodée dans les trous de conjugaison.

Hypertension moyenne solitaire. — M. Sedillot présente un malade atteint d'hypertension moyenne solitaire chez lequel un souffle d'insuffisance aortique vient de s'installer. M. Sedillot soutient que l'hypertension moyenne solitaire est une affaire « vasculaire » et qu'elle est le *syndrome clinique de la perte de l'élasticité des artères grosses et moyennes.*

A propos du néo-interventionnisme en tuberculose osseuse. — M. Raphael Massart distingue les tuberculoses chez l'enfant et chez l'adulte et rappelle que chez l'adulte, l'école d'Ollier a toujours été partisan des interventions. A la formule de Berck, il préfère celle des Lyonnais qui distinguent: les tuberculeux qu'il faut opérer, les tuberculeux qu'il est permis d'opérer, les tuberculeux auxquels il ne faut pas toucher. Et il conclut qu'avec une technique rigoureuse, on obtient des guérisons chirurgicales des tuberculoses.

M. F. Masmonteil est du même avis que M. Massart et conseille les interventions précoces.

M. André Treves insiste sur la distinction entre la tuberculose de l'enfant qui guérit par l'immobilisation et l'héliothérapie, et celle de l'adulte justiciable plus fréquemment de la chirurgie. L'ouverture de foyers tuberculeux reste dangereuse pour la fonction et pour la vie du malade.

NOTES POUR L'INTERNAT

LUXATION ANTÉRO-INTERNE DE L'ÉPAULE[1]

Palpation. — Elle va montrer deux signes capitaux :

1° *La glène est vide.*

Si l'on palpe en effet au-dessous du bord externe de l'acromion, le doigt ne rencontre pas en avant la résistance de la tête humérale comme du côté sain (mais se souvenir que la tête n'occupe normalement que la partie antérieure de la loge sous-acromiale).

2) *La tête humérale est dans l'aisselle.*

En effet, on sent dans l'aisselle une masse arrondie, lisse, résistante, non douloureuse, faisant corps avec la diaphyse humérale et suivant les mouvements de rotation imprimés au coude.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 38, p. 722.

3) Enfin, les mouvements d'abduction et de rétropulsion sont possibles. Les mouvements de propulsion et surtout *d'adduction sont impossibles.*

4) Pour terminer, explorer systématiquement la sensibilité du moignon de l'épaule et le pouls radial (recherche des complications).

Ce sont là les signes classiques de la luxation de l'épaule, tels qu'on pourrait les constater chez des sujets maigres et peu musclés. Mais si le blessé est gras ou a une musculature épaisse, les signes ne sont pas évidents.

On se basera sur :

La vacuité de la glène.

La saillie anormale antérieure.

La désaxation du bras.

L'abduction irréductible.

Tous signes qu'on recherchera par comparaison avec le côté sain, et l'on demandera :

Une radiographie. Elle permettra d'affirmer et le diagnostic et la réduction, en éliminant les lésions osseuses associées.

EVOLUTION

1° *La luxation est réduite :* en l'absence de complication osseuse, vasculaire ou nerveuse, il peut persister longtemps encore des douleurs, un peu de limitation des mouvements, surtout de l'abduction.

Test de guérison : faire mettre la main derrière la tête.

De plus, on peut voir survenir :

— Des *récidives* (luxation récidivante) ;

— Des *complications tardives :* raideurs, atrophie musculaire, péri-arthrite scapulo-humérale.

2° *La luxation n'a pas été réduite.* Elle devient alors une luxation ancienne. Caractérisée par :

Anatomiquement. — a) *La capsule.* — Cicatrisation de la déchirure capsulaire, mais avec rétraction globale qui obture la glène.

b) *Les masses musculaires.* — Les muscles sus et sous-épineux sont désinsérés. L'action des muscles antagonistes, les adducteurs du bras, tend à mettre celui-ci en adduction permanente.

c) *Le squelette.* — Formation d'une néocotyle au contact de la tête humérale déplacée,

— érosion du rebord glénoïdien antérieur,

— aplatissement de la tête humérale.

Cliniquement. — Les signes sont ceux de la luxation récente, mais plus faciles à constater étant donné :

L'atrophie musculaire,

La disparition des phénomènes douloureux et inflammatoires.

La luxation ancienne tend progressivement *vers l'irréductibilité.* Elle peut être fonctionnellement peu gênante du fait de l'adaptation spontanée.

On n'interviendra que si la limitation des mouvements est importante et gênante, surtout à droite,

— si la luxation tend à se compliquer.

FORMES CLINIQUES

a. **Luxation irréductible.** — Soit irréductibilité temporaire par contracture musculaire cédant à l'anesthésie générale.

Soit irréductibilité vraie : fracture associée ou interposition tendineuse (long biceps).

b. **Luxation récidivante.** — Caractérisée anatomiquement par :

Lésion de la capsule : qui est agrandie et lâche ; la distension capsulaire est souvent consécutive au décollement capsulo-périosté du rebord glénoïdien antérieur.

Lésions osseuses. — Malformation de la tête, souvent congénitale ; « humérus varus » véritable : tête en hachette, en hallebarde.

Lésions musculaires. — Muscles postérieurs affaiblis avec tonicité prédominante des antérieurs qui tendent à reproduire le déplacement.

Du reste, ces luxations récidivantes sont assez souvent bilatérales : on retrouve les malformations osseuses, à la radiographie, des deux côtés.

Cliniquement. — Luxation peu douloureuse, se produisant à l'occasion des mouvements habituels du bras et se réduisant facilement.

La luxation récidivante diminue notablement la valeur fonctionnelle du membre supérieur.

COMPLICATIONS

Elles sont extrêmement importantes à rechercher, avant toute manœuvre de réduction, car elles règlent entièrement le pronostic.

1. *Vasculaires.* — Rarement déchirure de l'artère ou de la veine axillaire.

Elle donne un gros hématome de l'aisselle, avec signe de compression : le pouls radial disparaît, avec quelquefois syndrome ischémique.

Le plus souvent, *simple compression* des vaisseaux exercée par tête humérale déplacée : pouls disparaît ou s'affaiblit.

Si la luxation n'est pas réduite : œdème persistant, amyotrophie, gangrène parfois.

2. *Osseuses.* — Rarement fracture de la cavité glénoïde de l'acromion ou de la clavicule.

Deux types de fracture fréquents :

A. Fracture totale : *du col chirurgical.* La fracture succède à la luxation.

Etiologie. — Survient surtout dans les grands traumatismes et chez les vieillards (fragilité osseuse).

Cliniquement. — *A l'inspection :*

Gros gonflement,

L'axe normal du bras est conservé,

L'ecchymose du bras et du thorax est précoce et considérable.

A la palpation :

Douleur exquise,

Le fragment perçu dans l'aisselle est irrégulier et ne se mobilise pas avec les mouvements du bras.

L'adduction du bras est possible. Surtout, il y a impossibilité de réduction.

La radiographie confirme le diagnostic et montre un trait irrégulier séparant la tête luxée de la diaphyse.

En définitive, la réduction sanglante s'impose. Il est souvent difficile de conserver la tête. Le pronostic fonctionnel est très réservé.

B. Fracture partielle. *Fracture des tubérosités.*

Le plus souvent du trochiter.

Cliniquement, douleur exquise au niveau de la tête humérale.

Le lendemain apparaît l'ecchymose à la partie supérieure du bras.

Après la réduction, qui est difficile, douleur et gêne de l'abduction.

Evolution. Résultats éloignés moins bons, en raison d'un certain degré d'arthrite de l'épaule.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — M. le docteur Magendie a été nommé, après concours, chirurgien adjoint des hôpitaux et affecté à l'hôpital Saint-André.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Poitiers. — Un concours pour l'emploi de chef de clinique chirurgicale sera ouvert devant l'Ecole de médecine de Poitiers le 16 novembre 1932.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Les candidats devront s'inscrire avant cette date au secrétariat de l'Ecole.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Picard, reçu deuxième au concours de médecin d'asiles de 1932, a été nommé médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir), en remplacement de M. le docteur Loup, appelé à un autre poste.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Assemblée générale annuelle. — Cette assemblée aura lieu le dimanche 5 juin 1932, à 14 h., dans la salle des séances de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des sociétés locales et les membres de la Presse médicale invités.

Le soir, banquet à Lutetia (boulevard Raspail), sous la présidence de M. le professeur Surmont (de Lille), président de la Société locale des médecins du département du Nord. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant, avant le 3 juin, leur adhésion et le prix du banquet (50 fr.) à M. le docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe). Chèques postaux : Paris 186-07. Téléphone Littré 61-43.

ASSOCIATION NATIONALE DES CAMARADES DE COMBAT. — Le samedi 21 mai 1932, à 17 h., dans l'amphithéâtre de l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot, à Paris, aura lieu une réunion consacrée à la *contribution des anciens combattants à la lutte scientifique contre les fléaux sociaux*.

La réunion sera présidée par M. le professeur Balthazard.

Orateurs :

Paul Galland, au nom de la Confédération nationale des anciens combattants : Du rôle des anciens combattants dans la lutte contre les fléaux sociaux.

Docteur Cuvier : Biologie et thérapeutique du cancer.

Docteur André Jacquelin : De la place du pneumothorax dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — Séance du Conseil d'administration du 3 mai 1932. — La filiale canadienne de l'A. D. R. M. exprime le désir que, à l'occasion du quatrième centenaire de la découverte du Canada par Jacques Cartier, les différentes sociétés françaises envoient des représentants au Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord qui se réunira en septembre 1934. Elle émet en particulier le vœu que le Congrès français de médecine y tienne ses assises. M. Besançon, président de la session de 1932, s'engage à appuyer cette proposition auprès de ses collègues lors de leur réunion en octobre 1932.

Après discussion il est décidé qu'au Comité composé des membres du bureau du Congrès de médecine et au Comité de direction de l'Association des médecins de langue française, on adjoindra pour défendre le projet quelques autres personnalités parisiennes, les professeurs Balthazard, Hartmann, Roussy et Sergent.

Lecture de lettres du professeur Cortes Llado et du recteur de Séville, remerciant l'A. D. R. M. de l'accueil qu'elle a fait aux professeurs et médecins espagnols venus à Paris.

Nomination comme membres du Conseil du professeur Laignel-Lavastine, en remplacement du regretté professeur

Teissier, et de M. Desfosses, rédacteur en chef de la *Presse médicale*.

Election de nouveaux membres : M. Cortes Llado, professeur de clinique chirurgicale à Séville ; M. Rodino, agrégé (de Séville) ; et M. Pera, agrégé (de Séville).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Démonstrations pratiques de technique biologique*, par les professeurs Baudouin et Noël Fiessinger, avec le patronage des professeurs Roussy et Lemierre, et avec la collaboration des agrégés H. Bénard, Gastinel et Oberling.

Ces démonstrations ayant pour but de fixer à la fois les détails techniques et les bases de l'application pratique commenceront le 13 juin 1932 dans le laboratoire de pathologie générale, à 15 h., et continueront chaque jour dans les laboratoires spécialisés.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 300 fr.

Seront admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants inmatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

COURS DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX. — CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — *Cours de perfectionnement* du professeur PORTMANN, avec la collaboration de MM. les professeurs Dupérié, Leuret, Petges, Réchou, Teulières, du professeur Sourdille, de l'Ecole de médecine de Nantes, de MM. les professeurs agrégés Aubertin, Delmas-Marsalet, Jeanneney et Papin, et de MM. les docteurs Despons, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et Berger, chef de clinique, du lundi 4 juillet au samedi 16 juillet 1932.

Essentiellement pratique, ce cours comprend l'exposé des questions de pathologie ou de thérapeutique à l'ordre du jour, l'examen fonctionnel complet de l'audition et de l'appareil vestibulaire, des séances de médecine opératoire, de laboratoire, de broncho-œsophagoscopie, d'anesthésie locale. Les assistants reçoivent une description particulière de chaque intervention, la voient en projection ou en cinéma, l'exécutent eux-mêmes sur le cadavre, la suivent enfin, pendant l'exécution sur le vivant.

Les malades sont groupés par affection, de façon à pouvoir examiner la même maladie à des stades différents et en cours de traitement.

Le service comprend des salles d'adultes hommes et femmes et des salles d'enfants : la pathologie et la chirurgie spéciale y sont développées avec un soin particulier.

Chaque assistant est initié individuellement aux diverses méthodes d'examen et de traitement et reçoit à la fin du cours un diplôme délivré par la Faculté.

Prière de s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, à Bordeaux. — Droit d'inscription : 300 fr.

COURS DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG (nouvelle Clinique oto-rhino-laryngologique). — COURS DE PERFECTIONNEMENT DU PROFESSEUR GEORGES CANUYT. — *La chirurgie oto-rhino-laryngologique. Technique opératoire et thérapeutique chirurgicale chez l'adulte et chez l'enfant.* — Ce cours aura lieu du jeudi 21 juillet au dimanche 31 juillet.

Pour tous les renseignements, s'adresser au professeur G. Canuyt, nouvelle clinique oto-rhino-laryngologique, hôpital civil, Strasbourg.

VOYAGE MÉDICAL AU CANADA ET AUX ÉTATS-UNIS. — Le Comité des voyages d'étude et Congrès de l'*Univers médical*, placé sous la présidence d'honneur du professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, organise son deuxième voyage au Canada et aux Etats-Unis.

Ce voyage, comme celui d'août 1931, comportera une partie touristique très intéressante à travers le Canada et les Etats-Unis, et une partie scientifique : visite des principaux hôpitaux, des facultés, etc., où les médecins seront reçus par les notoriétés médicales américaines, en particulier les doyens des facultés de Washington, Philadelphie, New-York, etc. Il sera possible, en outre, de participer aux Journées médicales d'Ottawa qui ont lieu du 6 au 8 septembre.

Départ de Paris le 17 août, retour à Paris le 18 septembre. Voici les grandes lignes de l'itinéraire : Cherbourg, Québec, Montréal, Toronto, Lac Ontario, Chutes du Niagara, Chicago, Washington, Philadelphie, New-York, Montréal, Cherbourg.

Le prix du voyage est fixé, du départ de Paris au retour à Paris, à 16.650 fr. avec passage en 1re classe et à 12.950 fr. avec passage en classe « touriste ».

Tous renseignements et brochure illustrée, renfermant le récit du voyage de l'an dernier, sur demande à la direction technique des voyages et congrès de l'*Univers médical*, 33, avenue de l'Opéra, Paris. Tél. Opéra 01.80.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Phélippot (de la Bastide), Bert (de Caudéran), Grimard (de Gauriac), Carlos E. Kohly, directeur de la *Revista medica cubana*. Le docteur Kohly était le fondateur de l'Association de la Presse médicale cubaine. Il fut l'un des animateurs de la Fédération latine. C'était un éminent et charmant confrère que nous aimions à revoir à nos réunions. Nous adressons à son fils le docteur Carlos M. Kohly-Ruiz l'expression de notre vive sympathie.

RENSEIGNEMENTS

A CÉDER, dans le Sud-Est à 8 kilomètres d'un grand centre, poste de médecin propharmacien, avec grande belle maison (garage et dernier confort moderne), bénéfice annuel 60.000 fr. pouvant être doublé. — S'adresser à M. Maxudian, 4, rue Marcel Renault, Paris (XVIIe).

INTERNE EN MÉDECINE demandé à l'asile d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente) ; 12 inscriptions exigées. Traitement annuel : interne-étudiant, 4.000 fr. ; interne-docteur, 6.500 fr. avec avantages en nature suivants : nourriture, logement, chauffage, éclairage, blanchissage. — S'adresser au directeur.

COPIES A LA MACHINE scient. et litt. Spéc. thèses. Exéc. impec. Trad. all. — Mlle Bernard, 5, r. Guy-Patin, Paris (Xe).

LIVRES NOUVEAUX

Traité de Technique opératoire oto-rhino-laryngologique (1), par Georges PORTMANN, professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique à l'Université de Bordeaux ; publié avec la collaboration de MM. H. RETROUVEY et Jean DESPONS, oto-rhino-laryngologistes des Hôpitaux ; Paul LEDUC, anesthésiste, et G. MARTINAUD, ancien chef de Clinique, assistants à la Clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Les traités de technique opératoire sont souvent présentés avec un luxe de détails qui en rend la lecture difficile et fait disparaître les points importants de l'acte chirurgical. Le lecteur qui cherche avant tout des renseignements pratiques se perd dans des descriptions utiles sans doute, mais pas indispensables, et ne trouve pas la ligne de conduite simple et clairement exposée qu'il désire.

Or, ce choix est parfois difficile, la description d'un procédé ne permettant pas toujours d'en apercevoir les avantages et les inconvénients.

Rompant avec les habitudes consacrées, le professeur Georges Portmann expose dans cet ouvrage, par le texte et par l'illustration, ses techniques personnelles et les interventions qu'il pratique et qu'il enseigne chaque jour.

Pour chaque affection, il expose une intervention, sans phraséologie inutile. Il donne l'essentiel de ce qu'il faut savoir pour mener l'opération à bien, depuis les soins qui précèdent l'intervention jusqu'à la guérison définitive.

(1) Grand in-8 de 866 pages avec 467 figures et 2 planches hors texte en couleurs. — Prix : broché, 290 fr. ; relié, 330 fr. ; relié en 2 volumes (pour l'étranger), 350 fr. — Paris, Masson et Cie.

Suivant le désir qu'il exprime dans sa préface, son livre est bien un « livre parlé » ; on croit, en parcourant les pages, voir l'opération se faire sous les yeux.

Le lecteur trouvera dans ce Traité, outre les procédés personnels à l'auteur, des techniques classiques ou modifiées dans quelques points de détails.

Pour chaque opération, c'est toujours la même méthode d'exposition : définition, indications, contre-indications, préparation du malade, anesthésie, instrumentation, technique, qui comprend tour à tour l'éclairage, la position du chirurgien ou des aides, la position du malade, la préparation du champ opératoire, enfin l'intervention. Celle-ci est décrite par temps opératoires successifs, chacun d'eux étant éclairé d'une figure extrêmement démonstrative représentant la région opératoire telle que la voit le chirurgien. Puis ce sont les incidents, les complications qui peuvent survenir au cours de l'intervention, les soins depuis le jour de l'opération jusqu'à la guérison, les accidents post-opératoires, précoces ou tardifs. Les renseignements pratiques les plus minutieux sont décrits avec un soin tel que le praticien ne peut plus être embarrassé. Lors d'un cas difficile, il pourra puiser dans ce traité des informations précises sans lesquelles il ne lui serait pas possible d'entreprendre une opération à laquelle il est peu accoutumé.

Aucune méthode chirurgicale moderne n'est laissée de côté. Depuis les opérations les plus banales, comme l'adénoïdectomie, ou l'amygdalectomie totale jusqu'à la trépanation du labyrinthe, l'ouverture du sac endolymphatique, la laryngectomie totale et la pharyngectomie.

L'illustration reproduisant les différentes phases de l'acte opératoire occupe, dans cet ouvrage, une place de premier plan, elle comprend 467 très belles figures formant planches, et 2 planches hors texte en couleurs.

L. G.

REVUE GENERALE

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES FRACTURES FERMÉES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE L'HUMÉRUS [1]

Par M. LUCIEN DAVID,
Interne des hôpitaux de Paris.

B. — **Fractures de l'adulte.** — Les fractures de l'adulte méritent une mention séparée. En effet, il s'agit presque toujours de fracture supra-condylienne typique. Bien plus rarement de fracture de l'épitrochlée ou du condyle externe.

Chez l'adulte, le cartilage de conjugaison a disparu, la croissance est achevée. De même, la lésion frappe un périoste en activité ralentie : d'où l'absence de déviations ostéogéniques vraies, la possibilité seule de cubitus varus dit *primitif* par cal ; d'où encore l'absence de prolifération périostique énorme.

Ce butoir osseux, quand il existera, sera dû presque uniquement à *la saillie antérieure de la diaphyse incomplètement réduite,* mais par contre, ce *butoir osseux* sera chez l'adulte d'un pronostic fonctionnel extrêmement grave, en dehors d'une intervention, car, une fois constitué, il est définitif. Il n'y a pas comme chez l'enfant ce « modelage » périostique progressif que nous avons vu, il n'y a pas non plus d'ascension du butoir puisque la croissance de l'os est achevée.

En dehors de ces points si particuliers et qu'il faut bien isoler, la clinique de ces fractures est sensiblement la même que celle des fractures de l'enfant. Rappelons seulement que la quasi-totalité des formes observées sont des fractures supra-condyliennes. Enfin, dès ici une conclusion pratique s'impose : les interventions sanglantes pourront être d'indications bien plus fréquentes que chez l'enfant, elles ne seront pas vouées aux troubles ostéogéniques post-opératoires.

Diagnostic. — Le diagnostic de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus est facile. Plus délicat est le diagnostic de la variété de fracture à laquelle on a affaire. Nous y avons longuement insisté plus haut. Nous n'aurons ici en vue que le diagnostic différentiel.

Deux cas en pratique :

A) *Il y a un gros déplacement.* — D'emblée on doit penser à la supra-condylienne, mais il faut éliminer : *la luxation du coude en arrière* moins fréquente chez l'enfant que la fracture. Là aussi il y a grosse déformation. Mais plus bas située : la palette humérale saille en avant, mais *au niveau du pli du coude* et non au-dessus comme dans la fracture. L'avant-bras paraît très raccourci de face, comme s'il avait pénétré dans le bras.

Mais c'est surtout la palpation qui affirme le diagnostic. Il est inutile de s'appesantir sur tous les signes différentiels que l'on sait, un seul les vaut tous : c'est celui qu'il faut rechercher d'emblée, systématiquement, c'est lui qui affirmera la luxation de façon absolue : c'est la *dissociation des rapports osseux du coude :* épitrochlée, épicondyle et olécrane, en flexion ne sont plus dans le même plan frontal, en extension ne sont plus dans le même plan horizontal.

Une seule réserve à faire : *le décollement épiphysaire pur* réalise cette dislocation des rapports. Mais sa rareté extrême n'influe que peu sur la valeur diagnostique extrême de ce symptôme.

Ainsi donc le diagnostic est facile dans ces cas typiques vus précocement, mais il pourra être plus délicat si le blessé a été vu tardivement avec un coude tuméfié, ou si, et c'est encore plus difficile, une luxation est associée à la fracture. On s'efforcera de dissocier cliniquement les symptômes des deux lésions concomitantes et la radio, toujours faite, confirmera le diagnostic.

B) *Il n'y a que peu de déplacement.* — Il est fréquent que, dans ce cas, on ne pense pas d'emblée à la fracture, mais à des lésions moins graves du coude. Facilement on élimine la *contusion simple.* Plus délicat est le diagnostic d'*entorse grave* avec une fracture de l'épitrochlée ou du condyle interne. Il faut d'ailleurs savoir que le ligament a pu, non se rompre, mais arracher son insertion osseuse, réalisant ainsi une fracture de l'épitrochlée.

Il s'agit donc d'une fracture ; est-ce bien une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus ? C'est alors l'examen systématique des extrémités osseuses voisines qui fera écarter le diagnostic de fracture de l'olécrane, de fracture de la tête radiale, de fracture de Monteggia. Cet examen, minutieusement conduit, doit toujours faire localiser facilement la lésion au niveau de l'humérus. C'est pourquoi nous ne ferons que citer ces diagnostics sans en approfondir les éléments.

Traitement. — A. CHEZ L'ENFANT. — Ce doit être essentiellement un *traitement orthopédique.*

Les interventions sanglantes doivent être l'extrême exception, et encore dans les cas où l'on a cru devoir les pratiquer souvent elles se sont montrées peu favorables, sinon nuisibles.

Un autre point doit être mis en valeur à nouveau, c'est la nécessité de proscrire absolument massage et mobilisation passive qui n'ont pour résultat que d'exacerber les proliférations périostiques et conjugales.

I. *Fracture supra-condylienne typique.* — a. *Traitement orthopédique.* — La réduction doit se faire sous anesthésie générale. Deux aides sont nécessaires pour effectuer commodément la manœuvre.

Le premier prend l'avant-bras à pleine main et tire verticalement pour amener le fragment épiphysaire remonté à sa hauteur normale .

Le second aide assure la contre-extension en empaumant le bras au niveau de son tiers supérieur.

Cette manœuvre doit être menée avec force, mais sans brusquerie ni à-coup. La descente du fragment inférieur peut demander quelques minutes — parfois 10 minutes même — il faut savoir l'attendre, en continuant une traction régulière qui fera céder la contraction musculaire.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 39, p. 727.

Quand cette descente est effectuée, et l'on en a parfaitement la sensation exacte avec un peu d'habitude, l'opérateur repousse d'arrière en avant le fragment inférieur, pour le ramener dans le prolongement du fragment diaphysaire. En même temps, il assure la flexion à angle aigu de l'avant-bras sur le bras, flexion qui accole les fragments rapprochés déjà. En effet, et on y a insisté, la flexion à angle aigu est la seule position qui puisse donner une réduction satisfaisante, en raison même du mode de production de la fracture et, dans cette position, coroné et tête radiale font attelle en avant, tandis que triceps et olécrane remplissent le rôle d'attelle postérieure.

Il peut arriver que la réduction ne soit pas obtenue du premier coup. Il faut recommencer alors la manœuvre, en *insistant sur le premier temps de traction* qui a pu être insuffisant. Quant au déplacement latéral, il est réduit au cours de la traction en extension.

La réduction obtenue, il faut fixer le membre dans cette position par un appareil plâtré.

Deux types sont couramment employés :

La gouttière plâtrée banale qui englobe bras et avant-bras par leur face postérieure et sur laquelle nous n'insisterons pas.

Le collier plâtré de Broca : il est constitué par une attelle circulaire faite d'une bande plâtrée qui décrit un anneau autour des deux segments du membre supérieur mis en flexion aiguë. L'attelle est placée au niveau du tiers moyen du bras et de l'avant-bras. Elle empêche de façon absolue toute ouverture de l'angle de flexion, et surtout elle a un avantage capital : *elle laisse libre le coude*, d'où plus grande facilité de la surveillance clinique et des examens radiologiques qui suivront la réduction.

Dans sa forme classique que nous venons de décrire, le collier, toutefois, peut dans certains cas avoir tendance à glisser vers le bas, quand le gonflement va disparaître. On remédie à cet inconvénient en décrivant au cours de l'enroulement de la bande un ou deux trajets en huit de chiffre autour du bras et de l'avant-bras, qui fixent de façon sûre l'appareil (Trèves).

Il faut endormir l'enfant jusqu'à siccité du plâtre pour éviter les mouvement intempestifs du réveil dans un appareil encore fragile.

On contrôle radiologiquement la réduction, au moins par deux examens : le premier après la réduction, le second vers le cinquième jour. On vérifie essentiellement la disparition de l'angulation antérieure des fragments.

Vers le quinzième jour, le plâtre est enlevé. La consolidation est suffisante. Alors commence une période de réparation fonctionnelle qui peut être longue et qui doit être l'œuvre du seul blessé, par la *mobilisation active*.

Dans les formes sans déplacement, dans les fractures incomplètes, le bras sera mis simplement en écharpe pendant 10 jours environ. Toutefois, certains auteurs conseillent, même dans ces fractures, l'immobilisation plâtrée classique de 15 jours.

b. *Traitement sanglant*. — Il doit être une exception rarissime chez l'enfant. Il n'y donne, en effet, que des résultats bien peu favorables. La voie transolécranienne est employée.

Dans certains cas, on effectue une ostéosynthèse temporaire : la réduction est ainsi obtenue dans des cas où cliniquement elle était impossible ou non maintenable. Mais le résultat fonctionnel est bien peu encourageant : il y a toujours raideur du coude après l'intervention sanglante, souvent même ankylose, parfois enfin graves troubles ostéogéniques.

Chez l'enfant il vaut mieux savoir attendre : le remaniement spontané des lésions est tellement important que le résultat fonctionnel est souvent excellent là où au début il semblait s'annoncer défavorable.

II. *Fracture de l'épitrochlée*. — Dans la plupart des cas l'immobilisation relative suffit. Dans une écharpe, l'avant-bras, dans un pansement ouaté, est maintenu en flexion. L'immobilisation plâtrée préconisée par quelques-uns, autrefois surtout, ne donne pas de meilleur résultat de réduction et tend à enraidir le coude, à retarder la reprise normale de la fonction articulaire.

Dans le cas où s'associent luxation et fracture, il faut en tout premier lieu réduire la luxation et l'on est alors ramené au traitement d'une fracture banale.

Dans des cas plus graves enfin, l'épitrochlée complètement luxée est venue coincer l'articulation, en s'immisçant entre humérus et cubitus. On est alors contraint d'intervenir chirurgicalement, d'extirper le fragment épitrochléen. Les raideurs persistantes sont fréquentes après l'intervention. Mais, d'autre part, on ne cite qu'à titre exceptionnel des cas où les manœuvres externes ont pu désenclaver le fragment épitrochléen.

III. *Fractures du condyle externe*. — Le traitement en est plus délicat encore. On sait que le résultat tardif dépend pour une part capitale de la qualité de la réduction. Or, la réduction est extrêmement difficile et, même heureusement réalisée, la contention des fragments pose un nouveau problème. Là encore il faut étudier :

1° *Le traitement orthopédique*. — C'est celui qu'il faut appliquer dans tous les cas chez l'enfant. L'intervention sanglante dans la fracture du condyle externe, comme dans le supra-condylien doit être exception.

Anesthésie générale. Repérage du fragment condylien. Il est souvent très malaisé à réduire. On s'aidera de la supination de l'avant-bras et de sa mise en flexion qui relâchent les muscles épicondyliens. En enserrant fortement la base du bras on mettra en contact le plus intimement possible les deux fragments. Il est commode, quand c'est possible, de guider sa réduction par le contrôle radioscopique.

La réduction une fois effectuée, on immobilise le bras et l'avant-bras en flexion dans une gouttière plâtrée : cette gouttière sera taillée de manière à présenter sur son bord externe une nette saillie qui, appliquée étroitement sur la face externe du coude, fera obstacle à toute déviation importante du fragment condylien par en dehors. Rappelons que si la majorité des auteurs fixent l'avant-bras en flexion et *supi-*

nation, d'autres préfèrent combiner flexion et *pronation*.

La durée d'immobilisation est de 15 jours. L'enfant sera ensuite livré à lui-même. La mobilisation active doit là encore seule agir. Massage et mobilisation passive auraient peut-être là même de plus graves inconvénients qu'ailleurs, car les lésions sont en pleine articulation.

Il faut d'ailleurs savoir que, même bien traitées, le pronostic de ces fractures articulaires doit être très réservé. Nous en avons vu plus haut les éléments de gravité. Rappelons toutefois que l'on peut voir survenir une déformation ostéogénique grave, imprévisible, inévitable en dépit d'une réduction aussi parfaite que possible.

Dans les fractures sans déplacement, une simple écharpe suffit, maintenant le coude pendant 8 jours environ.

2° *Traitement sanglant.* — Exceptionnel parce que de résultats décevants. Il ne serait admis à la rigueur que dans des cas absolument irréductibles par manœuvres externes. Il expose à l'ankylose, à des troubles extrêmement sérieux de l'ostéogénèse, dus aux corps étrangers d'ostéosynthèse implantés en plein os de croissance. Nous ne nous attarderons donc à décrire ici les méthodes d'intervention, vissage ou extirpation, nous les verrons plus loin au traitement des fractures de l'adulte.

De même, il est impossible de poser de façon formelle les indications thérapeutiques des fractures atypiques que nous avons dû citer. Leur rareté en fait des cas d'espèce. Ce que l'on trouve, ce sont des observations isolées et non une règle applicable toujours. Toutes ces fractures, d'ailleurs, revêtent un pronostic fonctionnel grave, de leur nature articulaire même, plus grave encore lorsque l'intervention sanglante s'impose formellement — comme dans le décalottement cartilagineux du condyle — pour extirper le corps étranger intra-articulaire.

B) Chez l'adulte. — C'est là encore, avant tout, le traitement orthopédique qui prime.

Dans la supra-condylienne, il est le plus souvent relativement aisé. Mais il importe de le faire aussi parfait que possible : en effet, une prolifération périostique y est peu à craindre et, si l'on obtient un bon résultat immédiat, on peut affirmer presque à coup sûr un pronostic ultérieur excellent. La déformation capitale sur laquelle il faut attacher tous ses soins est la saillie antérieure du fragment diaphysaire. La radio doit montrer une diaphyse rectiligne ou une saillie antérieure seulement minime.

L'immobilisation sera plus longue, un mois environ.

Si la fracture est compliquée (lésion vasculaire ou nerveuse), si elle est irréductible, on peut chez l'adulte intervenir chirurgicalement :

On aborde le foyer par en avant le plus souvent s'il s'agit d'une lésion vasculo-nerveuse. On reconnaît d'abord et on traite cette lésion : ligature de vaisseaux, suture nerveuse. On traite ensuite la fracture proprement dite, soit par simple réduction sanglante, soit par ostéosynthèse.

En cas d'irréductibilité simple, il vaut mieux aborder le foyer par voie postérieure. L'os est en effet très superficiel. Il n'y a que peu de dangers vasculo-nerveux, contrairement à ce qui se passe dans la voie antérieure. Un seul écueil à éviter, mais seulement dans les formes bas situées de la fracture, le nerf cubital. On aborde la région par la voie transolécranienne (Alglave) : l'écartement des fragments olécraniens donne plein jour sur le foyer. C'est alors une ostéosynthèse, mais dont le matériel est discuté. Pour les uns, et surtout quand la fracture est nettement oblique, vissage des fragments. Pour d'autres, fixation par agrafes. Assez fréquemment on sera contraint de retirer ultérieurement ce matériel d'ostéosynthèse.

Les résultats sont assez satisfaisants chez l'adulte. Il semble qu'en pratique, toutefois, ils ne sont pas meilleurs que ceux d'une bonne réduction orthopédique quand elle est possible.

La fracture du condyle externe. — Nous ne ferons que rappeler le traitement orthopédique typique que nous avons décrit et qui toujours doit être tenté en premier.

La difficulté ou l'impossibilité de la réduction, le désir d'éviter toute déviation de l'axe antibrachial pousseront souvent à intervenir.

Là encore, une préparation minutieuse de la peau est condition indispensable du succès opératoire.

La plupart interviennent par voie transolécranienne que nous avons vue plus haut. Le fragment externe est fixé au reste de la palette humérale par une vis transversale, perforant de part en part l'épiphyse.

Dans les cas très rares de fractures sus et intra-condyliennes, on solidarise par un second vissage le condyle ainsi reconstitué à la diaphyse humérale.

Une mobilisation rapide évite l'ankylose.

Enfin, pour éviter le traumatisme du nerf cubital par le cal ou par le matériel d'ostéosynthèse, certains terminent par un déplacement du nerf en avant de l'épitrochlée.

Telle est donc la part bien plus importante chez l'adulte du traitement chirurgical qu'autorisent l'activité périostique *normale, l'absence* de cartilage de conjugaison, facteurs de butoirs osseux et de déviations ostéogéniques.

Traitement du butoir osseux. — 1. *Chez l'enfant* : Rappelons-le, abstention prolongée. Attendre la fin du remaniement osseux qui le plus souvent rendra l'intervention inutile.

2. *Chez l'adulte* : Faire sauter toute la butée osseuse qui resterait indéfiniment sans changement. Régularisation modelante.

Traitement du cubitus varus. — C'est l'ostéotomie.

Traitement du cubitus valgus et de ses complications nerveuses. — Plusieurs méthodes sont en présence :

1. Libération simple du nerf.
2. Creusement d'une néo-gouttière épitrochléo-olécranienne.

Et surtout :

3. Ostéotomie cunéiforme supra-condylienne interne de l'humérus : supprimant le valgus, elle supprime la compression nerveuse.

4. Transposition du nerf cubital au-devant de l'épitrochlée.

Toutes ces méthodes donnent des résultats satisfaisants quand elles ne sont pas mises en œuvre trop tardivement. Quand les troubles nerveux sont déjà accentués, il faut faire suivre l'intervention d'un traitement physique (massage, électricité, bains chauds) prolongé qui aide pour beaucoup la récupération fonctionnelle.

Telles sont donc les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, dans leurs trois formes dominantes. Dans toutes, nous l'avons vu, le pronostic est extrêmement délicat à poser dès l'abord : ses éléments de gravité sont multiples : fracture de l'enfant ou de l'adulte, lésion ou non du cartilage conjugal ou d'un périoste exubérant, traumatisme extra ou intra-articulaire, tous points *dont il faut faire le bilan.*

Rappelons enfin que chez l'enfant, même si les circonstances paraissent d'emblée extrêmement favorables, il ne faut à aucun prix affirmer une évolution vers une guérison totale, mais au contraire toujours ménager la possibilité de ces complications si spéciales et si peu évitables : cal hypertrophique, déviations ostéogéniques.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages de fond. — A. BROCA. *Leçons cliniques de chirurgie infantile*, 5e à 10e leçon comprise.

JEANBRAU. Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. *In Précis Pathologie Chirurgicale*, T. VI (9 agrégés).

A. MOUCHET. Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. *Th. de Paris*, 1898.

OMBREDANNE. *Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile.*

TRÈVES. *Th. de Paris*, 1911.

I. Clinique. — A. BROCA. 5e leçon : frac. supracondylienne ; 7e leçon : frac. du condyle externe ; 8e leçon : fractures de l'épitrochlée.

CLAVELIN. Les fractures isolées du condyle huméral. *Revue Chir.*, 1923, N° 1.

P. CHUTRO. Les fractures de l'extrémité inf. de l'humérus chez les enfants. *Th. de Buenos-Ayres*, 1904.

COULON. *Traité clinique et pratique des fractures chez les enfants.*

DEHAIS. Les fractures de l'extrémité inf. humérus. *Th. de Paris*, 1894.

JUDET. *Traité des fractures des membres.*

KIRMISSON. Valeur de l'ecchymose linéaire dans les fractures supra-condyliennes de l'humérus. *Soc. de Chir.*, 1911. 2. *Revue Internationale de Médecine et Chirurgie*, 1908.

KOCHER. *Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus.*

LECENE et HUET. *Chirurgie des os et articulations des membres.*

A. MOUCHET. Les fractures du coude chez l'enfant. *Le Médecin praticien*, 16 févr. 1909.

MULLER. *Th. de Lyon*, 1904.

V. TRINCI (Florence). Etude radiologique des fractures du coude chez les enfants. *Archives Orthopédie*, N° 5, 1911.

VON SAAR. Les fractures par éclatement du condyle huméral. *Bulletin de clinique chirurgicale.* Nov. 1912.

II. Complications. — BERARD et MULLER. *Complications nerveuses dans les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. Soc. Chirurgie Lyon*, 17 nov. 1904.

BERGERET. Un cas de cubitus varus traumatique. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 5 juin 1918.

A. BROCA. *Leçons cliniques de chirurgie infantile* ; 6e leçon : *Complications de la fracture supra-condylienne* ; 9e leçon : *Complications nerveuses précoces des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus* ; 10e leçon : *complications nerveuses tardives.*

A. BROCA-A. MOUCHET. Complications nerveuses des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. *Rev. de Chir.*, 1899, p. 701.

CAHIER. Ostéome du brachial antérieur. *Soc. de Chir.*, 4 déc. 1902.

DESTERNE. Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. *Bull. et Mémoires Soc. de Méd. de Paris*, 14 janv. 1910.

DROUARD. Luxation et subluxation du nerf cubital. *Th. de Paris*, 1895.

FASIANI. Paralysie tardive du nerf cubital consécutive à une fracture du condyle huméral. Transposition du nerf. Guérison. *Minerva Medica*, 30 juin 1926.

R. GRÉGOIRE. Paralysie tardive du nerf cubital après fracture du condyle externe de l'humérus. *Bull. Soc. Nat. Chir.*, 1924, N° 6.

A. MOUCHET. Paralysie tardive du cubital à la suite de fracture du condyle externe. *Journ. de Chir.*, 1913.

HUET. *Revue Neurologique*, N° 9, 1909.

MAUCLAIRE. Cubitus varus et valgus. In *Nouv. Traité de Chir.*, Le Dentu Delbet, t. XXXIII.

OMBREDANNE. Fracture de l'épitrochlée et engagement du fragment dans l'interligne articulaire. *Soc. de Chir.*, 26 févr. 1913.

POLICARD et B. DESPLAS. Contribution à l'étude anatomique des ostéomes musculaires. *Lyon Chir.*, 1917, N° 3.

RIEFFEL. Cubitus varus et valgus. *Revue d'orthopédie*, 1er juillet, 1er août, 1er nov. 1897.

SAVARIAUD. Les complications nerveuses des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez les enfants. *Arch. gén. de Méd.*, 1903.

SPILLMANN. *Bull. de la Soc. de Chir.*, Paris 1875.

VACQUERIE. Complications nerveuses des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. *Th. de Paris*, 1902.

VIALLE. Ostéome du brachial antérieur. *Soc. de Chir. Lyon*, 4 déc. 1902.

Diagnostic et traitement. — ABADIE-PELISSIER. Fracture supra-condylienne vicieusement consolidée. Traitement par résection modelante. *Revue Orthopédie*, 1er juillet 1911.

Appareillage actuel des fractures de l'humérus. *Congrès de Chir.*, Paris 1925.

J. BAUMGARTNER (Genève). — Extension continue dans le traitement des fractures supracondyliennes de l'humérus chez les enfants. *Revue Médicale de Suisse Romande*, 1921, N° 4.

H. BILLET. Fracture isolée du condyle huméral. Résection de ce condyle. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1921, p. 613.

CHARRIER-D. PETIT-DUTAILLIS. Traitement opératoire des fractures sus et intercondyliennes de l'humérus chez l'adulte. *Journ. de Chir.*, t. XXIV, 1924, N° 6.

DUPUY DE FRENELLE. 1) De l'appareillage actuel des fractures de l'humérus. *Paris Chir.*, 1925 ; 2) vissage des épiphyses fracturées. *Paris Chir.*, 1925.

LAMBOTTE. Chirurgie opératoire des fractures.

LEVEUF-GIRODE-MONOD. *Traitement des fractures et luxation des membres.*

LECÈNE et HUET. *Chirurgie des os et des articulations des membres.*

LECÈNE et LERICHE. Thérapeutique chirurgicale, t. I.

CH. LENORMAND et M. LEBRUN. Deux cas d'ostéosynthèse

pour fractures du coude compliquées de luxation. *Presse Méd.*, 1921, N° 5.

MAC LEAN. Traitement sanglant des fractures du coude. *Extrait de Clinique chir.*, Leipzig, sept. 1911.

MAYET. Thérapeutique des fractures du coude chez l'enfant. *Soc. des Chirurgiens de Paris.*

A. MOUCHET. Traitement des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez les enfants. *Journ. Méd. et Chirurgie*, 1923, p. 305.

REDARD. Du traitement de la paralysie cubitale consécutive aux fractures anciennes de l'extrémité inférieure de l'humérus chez les enfants. *Congrès de Chir.*, Paris, 1910.

VOEKLER (Magdebourg). Diagnostic et traitement des fractures du coude. *Clinique Médicale*, mars 1913.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 MAI 1932)

Vaccination de l'homme contre la fièvre jaune. — MM. A. W. SEELARDS et J. LAIGRET. Cette communication, apportée par M. Charles Nicolle, semble bien indiquer que la vaccination de l'homme contre la fièvre jaune est réalisable. Elle serait réalisée, actuellement, au mieux, avec deux injections successives du virus-souris : la première représentant 1 cm³ d'une dilution de cerveaux de souris à 1/10.000e, la seconde 1 cm³ d'une dilution à 1/100e. Dans les conditions où MM. Seelards et Laigret ont opéré, ces doses ont été parfaitement supportées. Avec les auteurs, on peut penser que les résultats apportés pourraient servir de base à des essais de vaccination de la population dans les régions où la fièvre jaune reste menaçante.

(SÉANCE DU 9 MAI 1932)

La fièvre récurrente hispano-africaine. — MM. Charles NICOLLE et Charles ANDERSON apportent une nouvelle preuve de la spécificité individuelle des spirochètes de la fièvre récurrente hispano-africaine.

La détermination des types du virus aphteux. — M. Joseph LIGNIÈRES.

Transmission de l'homme au cobaye (après passage par le rat) du virus typhique toulonnais (typhus endémique bénin des navires de guerre. — MM. MARCANDIER et Robert PIROT.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 17 MAI 1932)

M. le PRÉSIDENT fait part de la mort de M. le pharmacien général Pierre Breteau, membre titulaire dans la Ve section et M. Gabriel Bertrand donne lecture du discours qu'il a prononcé à ses obsèques.

Traitement du cancer du col de l'utérus. — M. J.-L. FAURE. Dans la dernière séance, M. Regaud, répondant à la communication de M. J.-L. Faure, est venu soutenir la supériorité de la curiethérapie sur l'opération, dans le cancer du col utérin, non seulement dans les cas mauvais et dans les cas médiocres, ce que M. Faure ne conteste nullement, mais encore dans les « *bons cas* » où M. J.-L. Faure enregistre 90 % de guérisons définitives.

M. J.-L. Faure montre que, dans la classification chirurgicale, qu'il emploie depuis 15 ou 20 ans, les « *bons cas* », c'est-à-dire les cas bien mobiles, correspondent exactement aux degrés 1 et 2 de la Commission de Genève, adoptée par M. Regaud.

Or, dans la thèse du Docteur Fermoselle, à laquelle le Dr Regaud s'est tout naturellement reporté pour sa discussion, il y a une cause d'erreur, qui est à l'origine de la divergence de vues qui sépare M. Regaud de M. J.-L. Faure et qu'il est nécessaire de rectifier. Le Dr Fermoselle a introduit dans sa thèse une série de « *cas moyens* », acceptable au point de vue anatomo-pathologique, mais inadmissible au point de vue chirurgical. En chirurgie, il n'y a pas de « *cas moyens* » : il y a les « *bons cas* » bien mobiles — dès que la mobilité devient douteuse, — le cas devient médiocre.

Or M. le professeur Regaud a cru devoir introduire dans sa discussion cette série de « cas moyens » que M. J.-L. Faure avait laissée de côté.

M. J.-L. Faure s'est reporté aux observations elles-mêmes, et il a constaté que dans cette série de « cas moyens », il y avait en réalité à peu près une moitié de « *cas bons* » et l'autre moitié de cas médiocres qui, au point de vue chirurgical, doivent être complètement séparés.

Et dans ces deux moitiés, la première a donné 87,5 % de guérisons durables, alors que la seconde n'a fourni que des récidives.

M. Regaud ayant incorporé dans la discussion ces « *cas moyens* » qui, par la large part qu'ils contiennent de cas médiocres, faussent toute la statistique des « *bons cas* » — en avait conclu tout naturellement à la supériorité de la curiethérapie.

Or il n'en est rien — car si l'on ajoute à la série des « *bons cas* », sur laquelle portait exclusivement l'argumentation de M. Faure dans sa dernière communication, les bons cas de cette série de cas dits moyens, les guérisons définitives par l'opération s'élèvent toujours à un peu plus de 90 %.

Or le pourcentage de guérisons de l'Institut du radium s'établit ainsi :

Degré 1 : 79 %, ce qui est déjà très beau ;
Degré 2 : 41 % ;
Degrés 1 et 2 réunis 150 cas : 73 guérisons, 48,66 %.

En réalité, gardons-nous du fétichisme des chiffres. Dans les cas médiocres et mauvais, la curiethérapie est très supérieure à la chirurgie. Dans les « *bons cas* », chirurgie et curiethérapie donnent l'une et l'autre des résultats magnifiques, avec cependant une supériorité pour la chirurgie. Elles doivent s'associer au lieu de se combattre et M. J.-L. Faure demande au professeur Regaud de marcher avec lui la main dans la main. Ce qui, encore une fois, domine tout, c'est la précocité du traitement. Faisons donc l'éducation du public.

Discussion. — M. GOSSET rappelle que la question a passé par trois phases : la phase chirurgicale illustrée par J.-L. Faure, la phase de l'association chirurgie-curiethérapie, enfin, la phase de la curiethérapie qui doit tout à Regaud. Et résolument, il pense que la chirurgie doit céder le pas à la curiethérapie dans le traitement du cancer du col.

M. J.-L. FAURE se borne à rappeler la statistique de M. Robert Monod qui donne 80 % de guérisons par traitement chirurgical, et 48 % de guérisons par la curiethérapie.

M. J.-L. FAURE fait ensuite projeter le beau film qu'il a fait exécuter en 1922 sur une opération d'hystérectomie large.

Le rhumatisme, maladie sociale. — M. DESGREZ, au nom de M. MOLINERY, lit une communication sur le rhumatisme, maladie sociale, et son traitement crénothérapique. L'auteur, après avoir donné les statistiques publiées par un très grand nombre de pays, n'a pas de peine à démontrer combien sont lourdes les charges sociales que crée le rhumatisme par rapport aux assurances et par rapport au gain familial. Le traitement hydrominéral est celui qui est préconisé par tous les groupements sociaux, c'est donc une application du thermalisme social qu'il faudra instaurer dans nos diverses stations et le plus tôt possible.

Dans un second mémoire, M. Desgrez précise comment M. Molinery prévoit le rôle des assurances sociales dans le développement de l'utilisation de nos stations climatiques et thermales. L'Allemagne, l'Italie, la Tchécoslovaquie, l'U. R. S. S. sont entrées résolument dans cette voie.

Dans une note additionnelle, M. Molinery publie un essai bibliographique consacré à la si intéressante question des camps thermaux et des colonies thermales et climatiques.

La double sonde duodénale. — MM. le professeur H. SURMONT et René BUTTIAUX (Lille) exposent les résultats obtenus par *l'emploi de la double sonde duodénale dans l'étude étiologique et la thérapeutique des cholécystites.* Cet appareil du volume approximatif d'une sonde d'Einhorn, stérilisable comme elle, a été imaginé par MM. Buttiaux, Piette et Chavy, du service des maladies de l'appareil digestif de l'hôpital Saint-Sauveur. Il est constitué par deux sondes emboîtées l'une dans l'autre. La sonde intérieure dite *de prélèvement* n'est débouchée que lorsque l'on s'est assuré par la sonde extérieure, ou *de regard* que l'olive est bien dans le duodénum et baignée du liquide que l'on désire étudier : BileA, bile B ou bile C par exemple.

Ce qui prouve que cette méthode *donne bien une bile aseptique et pure*, c'est que, chez le *sujet sain*, le prélèvement s'est montré stérile 8 fois sur 9 tubages, que chez le *sujet pathologique*, la bile a été trouvée stérile 14 fois sur 32 ; que dans les *cas pathologiques*, la sonde intérieure ne donne habituellement qu'une seule espèce microbienne, la sonde extérieure plusieurs, où dominent les levures et les saprophytes et où on ne retrouve pas toujours les agents recueillis par la sonde de prélèvement.

« *Résultats bactériologiques.* — Dans les 18 ensemencements positifs, les auteurs ont trouvé : « Streptocoques : 4 ; B. dysentériques : 3 ; staphylocoques dorés : 2 ; pneumo-bacilles : 2 ; colibacilles : 2 ; entérocoques : 2 ; tétragène 1 ; salmonellas : 1 ; streptothrix : 1. Nous voyons dans ce tableau, la fréquence plus particulière des streptocoques et des B. dysentériques. Les premiers ont été incriminés, par Rosenco, comme agents très fréquents des cholécystites. La présence des B. dysentériques (Flexner), dans les biles a été signalée il y a longtemps, par Vincent et Marbaix. Le colibacille ne nous a pas paru se retrouver avec la fréquence signalée par de nombreux auteurs. Son rôle, déjà contesté, nous apparaît secondaire.

Les *auto-vaccins* préparés à la suite de nos prélèvements et administrés le plus souvent par la bouche ont été utilisés dans 12 cas avec 9 succès et 3 insuccès dont deux dans des cholécystites à streptocoques. Il y a donc là des résultats très encourageants dans les cas où il n'y a pas d'indication urgente d'un traitement chirurgical. »

Autres communications :

Entérite algide spirochétienne. — MM. DELAMARRE et GATTI.

Chordome cervical chez un chien. — MM. BALL et AUGER.

Cécité morphologique. — M. G. MILIAN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 6 AVRIL 1932)

M. Pierre DUVAL a le regret d'annoncer le décès de M. Silhol (de Marseille).

Rupture de la rate. — M. CHEVRIER rapporte un cas de rupture splénique sans aucune contracture.

Plaie de la jambe. Troubles trophiques consécutifs. Résection d'un névrome et autogreffe nerveuse. — M. ROUX-BERGER rapporte ce travail de M. Lasserre, de Bordeaux. En raison de troubles trophiques dus à la section du nerf tibial postérieur, il réséqua un névrome du bout central. Suture nerveuse par une autogreffe prélevée sur ce nerf tibial postérieur. Guérison maintenue au bout d'un an.

Echinococcose alvéolaire du foie. — Ce travail, de MM. Martin (de Lyon) et Tisserand (de Bordeaux) est rapporté par M. ROUX-BERGER. Les auteurs en rapportent quatre observations. Il faut songer à cette maladie rare en présence d'une hépatomégalie, en général avec ictère, conservation d'un bon état général et d'un appétit normal ou même exagéré. M. Roux-Berger décrit les aspects anatomo-pathologiques de l'affection et insiste sur les phénomènes d'infection secondaire. Le traitement chirurgical se borne à une laparotomie exploratrice ou à un drainage d'un foyer infecté.

Kyste du mésentère compliqué de volvulus. — M. PICOT rapporte ce travail de M. Reinhold. Opérant pour occlusion, il découvrit un yste mésentérique qu'il dut réséquer en bloc avec l'intestin grêle adjacent et adhérent. Six ans après, le malade était en bonne santé. A ce propos, l'auteur étudie l'évolution et le traitement de ces kystes mésentériques.

M. MOURE a observé un cas de rupture de kyste mésentérique. L'énucléation fut possible.

Traitement des pieds bots invétérés de l'adulte. — M. MATHIEU opère ces cas par résections correctrices dans les articulations de torsion, sans toucher à la tibio-tarsienne.

M. MAUCLAIRE conseille, avant ces interventions, une injection de sérum antitétanique.

M. SORREL discute des incisions à employer.

Traitement des hémorragies massives pour ulcères gastro-duodénaux. — M. Pierre DUVAL a dû opérer un malade pour hémorragies duodénales répétées. Dès ouverture du duodénum, un jet de sang saute à la figure. Arrêt de l'hémorragie. Transfusion durant la fin de l'intervention. Décès. M. Pierre Duval se demande si la formule n'est pas : transfusion massive et intervention après cette transfusion. Mais la difficulté est d'apprécier la gravité d'une hémorragie. M. Pierre Duval pose le problème et l'étudie d'après des statistiques. Mais c'est sur l'expérience des chirurgiens qu'il faudrait pouvoir étudier la question.

M. MOURE a laissé mourir une malade d'hémorragies répétées. Par contre, il a obtenu un succès dans un cas d'hémorragies répétées qui l'ont déterminé à intervenir.

Bistouri électrique et cancer. — M. CUNÉO considère qu'on doit passer à distance du cancer. Dans ce cas, le colmatage n'a pas d'intérêt. Dans les cas où l'on opère en contact du néoplasme, il peut avoir de l'intérêt.

M. MOURE estime que, lors d'une section autour d'un cancer, la pièce circonscrite a tendance à se vider, et peut-

être cette tendance à se vider dans la plaie est-elle moins nette lorsque la section est colmatée.

M. Heitz-Boyer estime aussi qu'il faut distinguer les cas.

Traitement des salpingites. — M. Brocq envisage le traitement des salpingites chez les femmes jeunes avec un esprit conservateur. Il faut attendre longtemps pour affirmer la stérilité, et les indications opératoires sont très rares.

Présentations de malades :

M. Thalheimer. — Pseudarthrose de jambe traitée par sympathicectomie périfémorale. Consolidation de la pseudarthrose. Guérison maintenue six mois après.

M. Fèvre. Plaie du poumon. Hémorragie menaçante. Résection pulmonaire. Guérison.

M. Chevrier. Fibro-chondromatose du bras opéré. Très belle pièce qui siégeait dans le prolongement du biceps.

(Séance du 13 avril 1932)

M. Pierre Duval, président, prononce l'éloge funèbre de M. Ricard.

Artériographie. — M. Gosset rapporte le travail de Dos Santos sur ce sujet. Après de nombreux essais sur la substance à injecter, il emploie actuellement le thorium. Les résultats sont intéressants dans les tumeurs, et dans le contrôle des sutures vasculaires.

Sténose traumatique de l'intestin grêle. — M. Sorrel rapporte ce travail de M. Oberthür. C'est trois semaines après l'accident que les signes de sténose amenèrent à l'intervention. Une anse adhérente au fond du Douglas fut libérée. On pratique la résection intestinale de deux segments rétrécis suivie d'anastomose bout à bout. Guérison simple.

Torsion des kystes de l'ovaire chez l'enfant. — MM. Sorrel et Elbin ont eu l'occasion d'opérer deux cas de torsion des kystes de l'ovaire chez des fillettes. Dans l'un des cas on était intervenu pour appendicite aiguë. Guérisons.

M. Leveuf a opéré un kyste de l'ovaire dermoïde tordu chez une fillette de vingt et un mois. Dans un autre cas, il trouva un épithélioma de l'ovaire.

Indications de la néphro-urétérectomie totale ou subtotale. — M. Papin insiste en particulier sur les voies d'abord de l'uretère pelvien. L'uretère peut être enlevé avec le rein ou en deux segments. L'incision supérieure est celle de néphrectomie. L'incision médiane sous-ombilicale est la meilleure pour atteindre l'uretère pelvien. Les indications de la méthode sont les reflux vésico-urétéral, dilatations urétéronéphrétiques, calculs de l'uretère, tumeurs de l'uretère et du bassinet.

Angio-fibrome caverneux de la région lombaire. — M. Auvray a opéré une énorme tumeur de neuf kilogs qui siégeait dans la région lombaire et était ulcérée. L'hémorragie fut formidable. Le malade succomba. M. Auvray conseille pour de tels cas l'embrochement du pédicule de la tumeur pour assurer l'hémostase centrale et des ligatures à la Heidenhain au pourtour de la tumeur.

M. Leveuf a observé une tumeur analogue encore plus volumineuse.

Traitement des salpingites. — M. Mocquot considère que c'est la fréquence des grossesses après les salpingites qui doit être envisagée dans la discussion en cours. La grossesse est plus fréquente après les salpingites puerpérales qu'après les salpingites gonococciques. Les rétroversions avec salpingites donnent bien des déboires et les tentatives conservatrices ne doivent être traitées qu'avec précaution.

Présentation de malades :

M. Leveuf présente un grand garçon qui a subi une résection secondaire précoce vers le cinquantième jour. Le résultat est excellent, la diaphyse fémorale s'étant rapidement reconstituée.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(Séance du 19 avril 1932)

Hyperkératose palmo-plantaire familiale. MM. Jean Hutinel, H. Diriart et H.-G. Dreyfuss présentent un enfant de 10 ans atteint d'hyperkératose palmo-plantaire symétrique absolument typique. Ils ont pu relever dans la même famille 26 autres cas de cette affection et notent à ce propos qu'elle frappe aussi bien les hommes que les femmes et qu'elle se transmet indifféremment par hérédité paternelle ou maternelle.

Un nouveau cas d'encéphalite de la rougeole. — M. L. Babonneix, Mlle Riom et Wilm présentent un nouveau cas d'encéphalite rubéolique, avec hémiplégie droite et aphasie, survenu chez une petite fille de 3 ans.

Un cas de maladie de Chauffard-Still. — MM. R. Debré, Robert Broca et Mlle Crémieu-Alcan rapportent l'observation d'une enfant de 3 ans chez qui la maladie de Still a débuté par les articulations de la colonne cervicale. Le diagnostic ne fut possible qu'après apparition des déformations caractéristiques des autres articulations.

Tumeurs métastatiques consécutives à un gliome de la rétine. — MM. Monthus et Favory présentent un enfant de moins de deux ans opéré l'an dernier d'un gliome de la rétine et chez qui sont apparues récemment des métastases du périoste des os du crâne et des membres inférieurs.

Un cas d'acrodynie mutilante. — M. R. Debré rapporte l'histoire d'une enfant ayant présenté à 7 ans d'intervalle deux atteintes d'acrodynie ; la première atteinte avait eu un caractère mutilant ; après la seconde, on note la persistance de séquelles importantes consistant en chute des dents, acrocyanose et retard du développement intellectuel.

Trois observations d'acrodynie infantile. — M. R. Marquezy et Mlle D. Ronget rapportent trois cas d'acrodynie infantile ayant présenté quelques particularités cliniques :

Dans le premier cas, il s'agissait d'une acrodynie typique et classique avec phénomènes douloureux et vaso-moteurs.

Dans le second cas, les troubles psychiques ont précédé les troubles moteurs et pendant toute l'évolution a persisté une fièvre continue.

Dans le troisième enfin, les signes nerveux et vaso-moteurs sont restés au second plan mais ont néanmoins rendu possible le diagnostic de cette forme fruste.

Les auteurs insistent sur la constance de la fièvre dans ces trois cas : ils y voient une preuve de la nature infectieuse de la maladie.

Un cas de malformation congénitale du cœur. — M. R. Marquezy, Mlle D. Ronget et M. Bousoulade présentent un enfant chez qui l'on entend un double souffle de la région précordiale. Ils éliminent l'hypothèse d'une insuffisance aortique ou d'une persistance du canal artériel pour

conclure à la coexistence d'une communication interventriculaire et d'une insuffisance pulmonaire.

Un cas de névralgie sus-orbitaire guéri par l'ionisation. — MM. Fèvre et Duhem présentent un enfant de 11 ans atteint depuis une chute sur le front d'une névralgie sus-orbitaire avec douleur intolérable l'empêchant de se peigner et même de se laver. La guérison fut obtenue après treize séances d'ionisation au nitrate d'aconitine.

Cholécystite gangreneuse au cours de la scarlatine. — M. A. Mouchet communique une observation de M. Delage (d'Alès) rapportant un cas de cholécystite survenue au cours de l'évolution d'une scarlatine et dont la symptomatologie rappelait celle d'une appendicite sous-hépatique. L'auteur pratiqua une cholécystostomie qui fut suivie de guérison.

Calcul de la vessie. — M. Lesné présente un calcul vésical de 18 grammes découvert fortuitement au cours d'un examen radiologique dans la vessie d'une fillette soignée depuis plusieurs mois pour pyélonéphrite bacillaire. L'intervention chirurgicale amena une guérison rapide.

Traitement du prurigo strophulus par les injections intradermiques de peptone de Witte. — MM. R. Mathieu, Gaston Lévy et Lautmann ont obtenu chez des enfants atteints de prurigo strophulus d'excellents résultats thérapeutiques par l'association d'un régime alimentaire convenablement choisi et d'injections intra-dermiques de peptone de Witte. Ils ont en particulier abrégé la durée des crises prurigineuses. Ces résultats favorables s'opposent à ceux que donne le même traitement chez l'adulte atteint d'urticaire.

Un cas de rougeole abortive. — M. R. Broca a observé chez un enfant de 9 ans une rougeole s'étant manifestée uniquement par un signe de Koplick, une éruption très fugace et une élévation de température à 40° pendant 24 heures. Il croit que cet enfant a acquis sous le couvert de l'immunité passive maternelle un certain degré d'immunité active par contact à l'âge de 2 mois avec un frère aîné atteint lui-même de rougeole.

Deux cas de méningite ourlienne primitive. — M. G. Boulanger-Pilet a observé deux cas de méningite ourlienne primitive ayant soulevé des problèmes diagnostiques et pathogéniques intéressants.

La première, caractérisée par une simple réaction méningée avec 0 gr. 40 d'albumine et 60 lymphocytes par millimètre cube précéda de 48 heures la tuméfaction parotidienne.

La seconde, simulant une méningite tuberculeuse avec dans le liquide céphalo-rachidien 1 gr. 50 d'albumine et 200 lymphocytes, précéda de 3 jours le gonflement parotidien.

Ces deux méningites évoluèrent vers la guérison en une semaine et ne laissèrent à leur suite aucune séquelle.

Un cas de tuberculose hypertrophique du cæcum chez l'enfant. — MM. Grenet, Levent et Mourrut rapportent l'observation d'un enfant de 2 ans 1/2 atteint simultanément d'adénite sous-maxillaire tuberculeuse et de tuberculose hypertrophique du cæcum. A l'autopsie, ils trouvè-

rent des lésions de tuberculose intestinale absolument typiques et fourmillant de bacilles de Koch ; par contre, les ganglions médiastinaux étaient indemnes, ce qui fait penser à l'origine digestive de la maladie.

Deux cas de malformation congénitale des voies biliaires. M. Rocher (de Bordeaux).

A propos de l'indice céphalique. — M. Hallé relate un très intéressant travail de M. Godin (de Nice) concernant l'hérédité de l'indice céphalique et ses variations pendant l'année d'éclosion de la puberté dans les deux sexes.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(séance du 3 mars 1932)

Troubles vaso-moteurs unilatéraux dans un cas d'hémiparkinsonisme post-encéphalitique. — MM. Tinel, Eck et Schiff présentent une hémiparkinsonienne, chez laquelle il existe, tant au bras qu'à la jambe, du côté malade, une acrocyanose avec refroidissement, engelures et ulcération. L'analyse physiologique du cas sur les tracés montre, du côté malade, une diminution du pouls, qui témoigne d'un angiospasme ; l'atonie et la paralysie vaso-dilatatrices des capillaires, qu'on met en évidence par l'élévation, puis par l'abaissement des bras; enfin l'exaltation de certains réflexes sympathiques (pilo-moteurs et sudoripares).

Statistique opératoire sur les tumeurs de l'acoustique. — M. Cl. Vincent a opéré, dans le cours de l'année dernière, 10 malades atteints de tumeur de l'acoustique. Deux sont morts, l'un d'hémorragie, l'autre de pneumonie post-opératoire (c'était un homme âgé). Deux malades sont plutôt aggravés, les symptômes cérébelleux s'étant accentués. Cinq autres, qui sont présentés à la Société, sont satisfaits de l'opération et ont repris une activité plus ou moins normale. L'auteur énumère les causes d'accidents ou d'insuccès de ces opérations : la situation des tumeurs à la base du cerveau, à cheval sur l'étage moyen et sur l'étage postérieur, la vascularisation extrêmement riche des tumeurs dures dont on ne peut entamer la capsule, leurs connexions avec le cervelet, avec la protubérance, avec le bulbe, avec le vago-spinal, enfin, avec le confluent sous-arachnoïdien de la base.

Gliome kystique du lobe pariétal opéré et guéri. Valeur séméiologique de l'atrophie musculaire dans les lésions pariétales. — MM. Georges Guillain, D. Petit-Dutaillis et L. Ruquès présentent une femme de vingt-neuf ans, chez laquelle le diagnostic de tumeur du lobe pariétal s'imposait en raison de l'existence d'un syndrome d'hypertension intracranienne et d'une hémiplégie progressive avec hémianesthésie thermique et astéréognosie. L'intervention fit découvrir un kyste gliomateux du lobe pariétal, d'où 130 centimètres cubes de liquide furent extraits par ponction ; trois jours après, la paralysie et les troubles de la sensibilité avaient disparu en totalité.

Les auteurs insistent sur l'atrophie musculaire présentée par la malade ; discrète au bras et à l'avant-bras, elle était très accusée à la main, où elle s'accompagnait d'une paralysie complète des interosseux palmaires, d'une ébauche de griffe du cinquième doigt et de modifications de la peau ; l'aspect ainsi réalisé rappelait tout à fait celui des amyotrophies spinales. Déjà signalée par Silverstein, cette amyotrophie semble présenter une valeur séméiologique réelle pour le diagnostic des lésions du lobe pariétal.

Un cas d'atrophie progressive du cervelet. Le phénomène de l'hypertonie statique chez les cérébelleux. — MM. J. Lhermitte et J. de Massary. Chez une malade atteinte depuis quatorze ans d'une affection progressive du cervelet, (vraisemblablement une atrophie), les auteurs mettent en lumière un phénomène curieux : l'exagération excessive de la réaction statique, c'est-à-dire l'hypertonie musculaire considérable provoquée par la station debout, contrastant avec la diminution du tonus dans le décubitus dorsal. Non seulement les réflexes antagonistes n'ont pas disparu, non seulement on ne constate aucun phénomène de passivité, mais encore, aussi bien dans la station bipède que dans l'attitude quadrupédale, tous les muscles des membres, du tronc et du cou sont vigoureusement contractés toniquement. Etant donné l'absence de tout autre symptôme en rapport soit avec l'appareil strié, soit avec le système pyramidal, il est probable que cette hypotonie statique fait partie de la symptomatologie cérébelleuse. D'ailleurs, chez l'animal décérébellé depuis un certain temps, on constate, comme l'a montré Rademaker, un phénomène identique. S'agit-il d'un phénomène directement en rapport avec une destruction du cervelet lui-même ou des appareils qui lui sont annexés ? On sait, par les travaux de Guillain et de ses collaborateurs, que la lésion des olives bulbaires s'accompagne volontiers d'une augmentation du tonus, à tel point que les sujets ressemblent plus à des striés qu'à des cérébelleux. Dans le cas présent, l'hypertonie statique, contrastant avec l'hypotonie du décubitus, justifie l'hypothèse d'une altération mixte olivo-cérébelleuse.

Crises oculogyres post-encéphalitiques. Influence de la position de la tête dans l'espace sur l'intensité du spasme oculaire. — MM. Raymond Garcin, Israel et Bloch-Michel, grâce à l'emploi d'une table-bascule qui permet le déplacement de la tête et du corps dans l'espace (éliminant ainsi l'influence des réflexes toniques profonds du cou), ont constaté chez une encéphalitique, par des examens répétés, qu'il existait au cours de la crise certaines positions de la tête dans l'espace qui permettaient l'abaissement volontaire transitoire du regard, abaissement impossible dans les autres positions. Le relâchement transitoire du spasme oculaire semble, ici, provoqué par l'intervention de réflexes toniques d'origine labyrinthique, probablement otolithique. Analysant les conditions d'extériorisation du phénomène, les auteurs croient pouvoir conclure à l'organicité du fait observé.

Hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique avec liquide de ponction lombaire clair. Vérification opératoire. Guérison. —MM. Heuls et Guilmain (présentés par M. Fribourg-Blanc) rapportent le cas d'un homme de quarante-six ans qui, à la suite d'un violent traumatisme temporo-pariétal gauche, présenta une quadriplégie avec contracture en extension des membres inférieurs, syndrome méningé et signes de compression intracranienne. Bien que le liquide céphalo-rachidien fût limpide, les auteurs portèrent le diagnostic d'hémorragie méningée, car l'épreuve de Quekenstedt-Stockey était négative, et l'on pouvait penser à un blocage du liquide céphalo-rachidien par engagement des olives cérébelleuses dans le trou occipital. Une trépanation décompressive, avec ponction de la dure-mère, permit d'ailleurs de retirer localement un liquide hémorragique. A la suite de cette intervention, le malade guérit ; la ponction lombaire fournit alors un liquide céphalo-rachidien rosé, l'épreuve de Quekenstedt-Stookey étant devenue positive.

A propos d'un cas de nanisme hypophysaire (tumeur de la poche de Rathke) traité et considérablement amélioré par la radiothérapie. — MM. Roussy, Bollack et Pages apportent des renseignements complémentaires à l'observation d'une jeune fillette atteinte d'un syndrome de nanisme hypophysaire par tumeur de la poche de Rathke. Cette malade a déjà été présentée à deux reprises à la Société de neurologie (décembre 1928 et janvier 1930). On notait chez elle un arrêt de développement avec infantilisme, une atro-

phie papillaire totale à droite et une hémianopsie progressive à gauche. Un traitement par radiothérapie pénétrante a déterminé au bout de six mois un arrêt, puis une rétrocession légère, mais nette des symptômes observés chez cette malade.

A l'heure actuelle, c'est-à-dire plus de trois ans après le traitement qui n'a pas été repris, l'arrêt du processus néoplasique persiste. De plus, la malade grandit et augmente de poids assez régulièrement (alors qu'en novembre 1929, elle mesurait 1 m. 245 et pesait 28 kg. 500, en janvier 1932 elle mesure 1 m. 32 et son poids est de 30 kg. 500).

Il ne s'agit nullement d'opposer ce résultat à ceux qui sont obtenus par la chirurgie, mais bien de montrer qu'à l'heure actuelle, on ne peut plus considérer comme fondées les règles établies au début de la radiothérapie des tumeurs. En effet, une tumeur développée aux dépens des vestiges du canal pharyngo-hypophysaire (poche de Rathke) qui était considérée à tort comme essentiellement radio-résistante, en raison de sa structure épithéliale malpighienne, peut être parfaitement arrêtée pendant longtemps par la radiothérapie. Cette constatation montre combien le problème de la radiosensibilité et de la radiorésistance des tumeurs en général, des tumeurs cérébrales ou hypophysaires en particulier, est complexe, et se modifie suivant les progrès de la technique.

A propos d'un cas de syringomyélie avec galactorrhée et iléus post-opératoire. — MM. G. Roussy, Chastenet de Géry et Mosinger rapportent un cas de syringomyélie typique avec troubles viscéraux caractérisés par : 1° une galactorrhée qui persistait depuis trois mois, bien que la ménopause fût survenue trois ans auparavant. La galactorrhée s'accompagnait de douleurs dans le sein gauche ; — 2° un iléus aigu consécutif à une hystérectomie subtotale pratiquée pour fibrome utérin, et qui entraîna la mort cinq jours après l'opération.

A l'autopsie, il n'existait aucun signe d'infection péritonéale : la distension n'intéressait que l'estomac et le grêle, le gros intestin étant collabé. La moelle présentait une syringomyélie cervico-dorsale avec destruction presque complète de la substance grise cervicale, exception faite du noyau antéro-interne et du noyau antéro-externe de la corne antérieure et d'un segment des cornes latérales. Le principal centre végétatif de la moelle, le tractus intermediolateralis, subsistait donc en partie. Par contre, les noyaux végétatifs péri-épendymaires avaient disparu.

Au niveau du sein, on a relevé une sclérose ancienne, avec hyperplasie évolutive et sécrétion, et avec dilatation notable des galactophores.

En ce qui concerne le mécanisme de l'iléus post-opératoire, les auteurs insistent d'abord sur l'importance des centres végétatifs médullaires, mise en évidence par cette observation, ainsi que sur la fréquence de l'atonie intestinale notée dans les lésions aiguës de la moelle.

Les auteurs insistent ensuite sur le rôle important joué par l'épine irritative, en l'espèce l'hystérectomie abdominale.

Quant à la pathogénie de la galactorrhée, ils concluent à son origine nerveuse centrale.

Papillome des plexus choroïdes du quatrième ventricule simulant une tumeur de l'acoustique. — MM. G. Guillain, D. Petit-Dutaillis, I. Bertrand et J. Lereboullet rapportent l'observation d'une malade de quarante-sept ans, chez laquelle un papillome s'est développé aux dépens des plexus choroïdes du quatrième ventricule. On retrouvait chez cette malade tous les signes cliniques d'une tumeur de l'acoustique localisée à droite avec sa chronologie habituelle ; l'examen vestibulaire corroborait pleinement les données de la clinique. L'intervention montra qu'il s'agissait en réalité d'un papillome des plexus choroïdes, situé au niveau du récessus latéral, qui se prolongeait vraisemblablement dans le quatrième ventricule. Les auteurs montrent la rareté de cette variété histologique de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, dont ils n'ont retrouvé que deux autres observations dans la littérature : ils font remarquer aussi que, malgré son développement primitivement extra-nerveux, cette tumeur a d'emblée produit des troubles auditifs ; la chronologie des symptômes n'a donc pas une valeur absolue pour le diagnostic de tumeur de l'acoustique.

Astéréognosie pure par lésion corticale pariétale traumatique. — MM. Georges Guillain et Pr. Bise rapportent une observation d'astéréognosie autonome pure, sans troubles de la sensibilité périphérique, qui a été déterminée par une lésion corticale pariétale limitée, réalisée par une balle de revolver au cours d'une tentative de suicide. Ce cas leur a paru intéressant à mentionner, certains auteurs ayant soutenu l'opinion que l'on n'observe jamais de perte du sens stéréognostique avec intégrité des autres modes de la sensibilité. Une analyse psycho-physiologique minutieuse, à l'aide de tests spéciaux, leur a permis de préciser que, chez leur malade, l'astéréognosie n'est imputable ni à un trouble des sensibilités périphériques, ni à une perturbation de l'identification primaire (ou des perceptions élémentaires), ni à une perte de la dénomination verbale (identification symbolique), ces fonctions étant correctes ; les phénomènes observés sont plutôt en rapport avec un trouble des fonctions de synthèse, de représentation mentale des objets.

Arachnoïdites spinales consécutives à la méningite cérébro-spinale à méningocoques. — MM. G. Guillain et J. Sigwald. La méningite cérébro-spinale à méningocoques ne provoque d'arachnoïdite spinale qu'à titre exceptionnel chez deux malades présentés. Cette infection méningée, contrôlée bactériologiquement, était survenue un et deux ans auparavant ; la symptomatologie clinique de l'arachnoïdite n'avait présenté aucun point particulier ; seule, la ponction lombaire montrait l'existence de xanthochromie du liquide céphalo-rachidien, ainsi que d'une dissociation albumino-cytologique, symptômes rares dans les arachnoïdites, d'après Stoockey. Dans une de leurs observations, l'injection de lipiodol faite pour préciser l'aspect et le niveau de l'arachnoïdite eut un résultat heureux, en améliorant la paraplégie présentée auparavant par le malade.

Modifications des chronaxies neuro-musculaires à la suite de l'intoxication bulbocapninique du chat dont on a enlevé l'écorce cérébrale. — MM. G. Marinesco, O. Sager et A. Kreindler. Chez l'animal dont l'écorce a été enlevée d'un seul côté, on trouve, pendant l'intoxication, que le rapport entre les chronaxies des muscles antagonistes est inversé du côté opposé à la décortication et est égalisé du même côté. Chez l'animal dépourvu de toute écorce cérébrale, la bulbocapnine n'augmente pas le rapport normal entre les chronaxies des muscles antagonistes comme chez le chat normal, mais elle augmente simplement les valeurs sur le muscle. Il se produit un hétérochronisme entre le nerf et certaines fibres du muscle, et, pour les auteurs, cet hétérochronisme est l'indice d'une action sous-corticale du toxique.

Bégaiement et réflexes conditionnels. — MM. G. Marinesco, O. Sager et A. Kreindler.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Jury : MM. les docteurs Le Lorier, Funck, Rudaux, Vignes, Lemeland, Moreau, Chevrier.

Lecteurs : MM. les docteurs Cleiz et Ravina.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Versailles. — Un concours pour la nomination de huit internes en médecine (quatre titulaires, quatre provisoires) aura lieu les vendredi 24 juin et samedi 25 juin 1932, à 9 h. du matin.

La durée de l'internat est fixée à quatre ans, divisés en deux périodes de deux années; l'autorisation de l'administration et l'avis favorable des chefs de service sont nécessaires pour accomplir la seconde période. Une année supplémentaire peut être accordée exceptionnellement par l'administration, après avis favorable des chefs de service.

Les internes (titulaires et provisoires) sont nourris, logés, chauffés et éclairés; les internes titulaires reçoivent, en outre, un traitement annuel de 4.000 fr. et une indemnité pour voyages à Paris de 300 fr. par an.

Un prix annuel de 100 fr. (fondation de Bizy) et deux prix biennaux, l'un de 600 fr. (fondation Despagne), et l'autre de 680 fr. (prix du docteur de Fourmestraux) ont été institués en faveur des internes les plus méritants.

Par autorisation de l'Université de Paris, les élèves de troisième et quatrième année (A. R.) et quatrième et cinquième année (N. R.) d'études médicales peuvent faire, comme internes à Versailles, le stage hospitalier exigé par la Faculté de médecine.

Les candidats au concours devront se faire inscrire au secrétariat, à l'hôpital civil. Le registre d'inscription sera clos le 14 juin 1932.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Agrégation. — Les dates des compositions des concours de l'agrégation des facultés de médecine, qui s'ouvriront le 7 novembre 1932, sont fixées ainsi qu'il suit :

Première composition le 7 novembre 1932 et deuxième composition le 8 novembre 1932 : anatomie, histologie, histoire naturelle médicale et parasitologie, bactériologie, anatomie pathologique, médecine générale, chirurgie, chimie, physique.

Première composition le 9 novembre 1932 et deuxième composition le 10 novembre 1932 : physiologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, obstétrique, histoire naturelle pharmaceutique, pharmacie, chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Les compositions auront lieu dans chaque faculté, conformément aux dispositions de l'article 13 de l'arrêté du 6 avril 1929. Chaque composition sera faite dans une séance particulière d'une durée de quatre heures, de 8 à 12 heures.

— Paris. — M. André Lemierre, professeur de bactériologie, est transféré, à compter du 1er octobre 1932, dans la chaire de clinique des maladies infectieuses, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, en remplacement de M. Pierre Teissier, décédé.

— La chaire de bactériologie de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

— Lyon. — La chaire de clinique ophtalmologique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est déclarée vacante.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique médicale propédeutique de la Charité. (Professeur : M. Emile Sergent.) — Le cours de perfectionnement sur la tuberculose, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, aura lieu du 13 juin au 9 juillet inclus.

(*Voir la suite des* « Informations », *p. 785.*)

CHRONIQUE

LES VOIX LATINES

CONFÉRENCE DE M. LE PROFESSEUR SERGENT

Sous les auspices de l'U.M.F.I.A., ou Union Médicale Latine, le mercredi 11 mai, dans la très belle salle de l'Institut Océanographique, le Pr Sergent a fait une magnifique conférence sur le Canada, où il a séjourné et enseigné à trois reprises. La conférence avait lieu sous la présidence de S. Exc. Ph. Roy, Ministre Plénipotentiaire du Canada, aux côtés duquel se trouvaient MM. Desy, Firmin Roz et de nombreux membres de la colonie canadienne. Dans la très grande assistance, nous avons reconnu : M. Miguel de Anchorena, Attaché d'ambassade de la République Argentine; S. E. le Dr Miroslav Spalaïkovitch ; le sénateur Gaston Menier ; le baron de Fontenay ; M. Le Provost de Launay ; M. Guillemin, membres du Conseil Municipal de Paris ; les professeurs Léon Bernard, Lereboullet, J.-L. Faure, Clerc, Terrien, Legueu, Roule ; les Médecins Inspecteurs généraux Boyé, Cadiot, Emily, Guiton, les docteurs Lian, Chevassu, Basset, Dartigues, Molinéry, Dausset, Noir, Pitsch, Chauvois, Chaillous, Jayle, Desfossés, Rivière, Montagné, Peyré, Vitoux, Cambiès, Thibault ; Mmes Sergent, J.-L. Faure, Legueu, Terrien, Chevassu, Jayle, Desfossés, F. Roz ; MM. P. Malméry, Jodin, Cordobar ; Mlle S. Roule.

Le Dr Dartigues, président-fondateur de l'U.M.F.I.A., qui est l'inspirateur de ces conférences, a adressé quelques mots pour présenter la personnalité du Pr Sergent et a montré sur un planisphère représentant les terres de la Latinité, la place que tenait le Canada.

M. le professeur Emile Sergent souligne l'action bienfaisante de l'U.M.F.I.A. et de son fondateur Dartigues, et remercie le Président, S. Exc. Philippe Roy ; puis il indique qu'il tentera d'exposer ses impressions avec l'esprit d'un clinicien, habitué à observer et à tirer de ses constatations des interprétations et des directives.

Il s'attache tout d'abord à exprimer l'émotion d'un Français débarquant au pied du rocher de Québec. Ah ! ces premiers contacts avec ces hommes qui portent des noms si français, dont l'accent évoque celui de Normandie et dont l'accueil est si cordial ! « Ne sommes-nous pas vos cousins ? » Mais combien sera triste, et sévère, le lendemain, la promenade sur les plaines d'Abraham, où se joua et se perdit la dernière bataille qui, malgré l'héroïsme de ses troupes, arracha à la France une colonie si pleine d'avenir !

En un bref raccourci, M. Sergent rappelle l'histoire du Canada, depuis sa découverte jusqu'à nos jours. Il met en relief la grandeur de l'exemple donné par les Canadiens-Français qui, vaincus et isolés de la Mère-Patrie, ont lutté sans fléchir autour de leurs clochers pour conserver leur religion, leur langue, leurs écoles. *Canadiens avant tout, passionnément Canadiens,* ils sont cependant restés Français, dans leur mentalité, dans leur formation, tout en devenant de fidèles et loyaux citoyens anglais. Avec les Canadiens-Anglais, ils forment aujourd'hui un bloc étroitement uni, qui a su réaliser et obtenir l'autonomie du Canada.

La médecine canadienne-française a subi les influences de ces étapes historiques. Après avoir été française sous l'ancien régime, elle a péniblement végété après la défaite, puis, peu à peu, par sa fidélité aux traditions, elle a reconquis son indépendance et, renouant ses liens avec l'ancienne Mère-Patrie, elle a constitué ses deux grands centres universitaires de Québec et de Montréal, si magnifiquement organisés.

Si la médecine canadienne-française, dans la province de Québec, s'unit à la médecine canadienne-anglaise, elle constituera un bloc contre lequel se brisera le flot montant d'influences étrangères.

Après la belle conférence du Pr Sergent, le Dr Jutras, Président de l'Association des Etudiants Canadiens à Paris, exprima, au nom de ses camarades, la reconnaissance de la jeunesse canadienne, et des chansons de la Vieille France furent entonnées par les jeunes Canadiens de la Cité Univrsitaire de Paris, et eurent un grand succès.

L. G.

NOTES DE PRATIQUE

LA DÉSODORISATION DES LEUCORRHÉES FÉTIDES

La fétidité des écoulements vaginaux est un symptôme courant de l'épithélioma utérin ; on l'observe dans la métrite sénile, où la leucorrhée est abondante. L'emploi du pessaire peut provoquer également de semblables écoulements. De même à la suite d'hystérectomies vaginales, après des amputations du col, on constate que des pertes fétides accompagnent l'élimination de debris sphacélés.

Il est relativement facile à l'heure actuelle de traiter efficacement les malades atteintes de ces leucorrhées. On utilise à cet effet les badigeonnages de la muqueuse, ou les injections à l'eau oxygénée, à la liqueur de Labarraque ; mais l'antiseptique qui donne les résultats les plus rapides est, sans conteste, l'aldéhyde formique en solution savonneuse ou Lusoforme. Ce produit représente le moyen pratique d'utiliser le formol sans ses inconvénients habituels ; sa réaction légèrement alcaline augmente encore son pouvoir bactéricide et désodorisant, en permettant la dissolution des concrétions muqueuses et dépôts d'origine catarrhale enveloppant et protégeant les bactéries. On prescrit une injection matin et soir avec deux litres d'eau bouillie, additionnée de deux cuillerées à café de Lusoforme, en recommandant d'utiliser une faible pression pour éviter tout traumatisme. Rapidement l'odeur s'affaiblit et 4 à 5 jours suffisent pour obtenir la disparition complète de la fétidité. Cependant, dans la métrite sénile on n'obtient pas toujours d'aussi rapides résultats. Mais, d'une façon générale, la désodorisation du vagin et des pertes fétides, même utérines, s'obtient facilement par ces lavages ou injections abondantes de Lusoforme à 1 %.

RENSEIGNEMENTS

INTERNE EN MÉDECINE demandé à l'asile d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente); 12 inscriptions exigées. Traitement annuel : interne-étudiant, 4.000 fr. ; interne-docteur, 6.500 fr. avec avantages en nature suivants : nourriture, logement, chauffage, éclairage, blanchissage. — S'adresser au directeur.

INFORMATIONS

(SUITE)

HÔPITAL MARITIME DE LIDO (VENISE). — TROISIÈME COURS DE THALASSOTHÉRAPIE (1er juin 1932). — A l'hôpital maritime a lieu chaque année un cours d'héliothalassothérapie théorique et pratique auquel peuvent participer médecins et dames assistantes sanitaires aspirantes aux postes d'infirmières spécialisées.

Les cours durent environ dix jours chacun, avec cinquante leçons par le directeur de l'Ecole, le directeur de l'hôpital et les médecins chefs de services de l'hôpital. Les leçons seront complétées d'exercices pratiques de clinique, laboratoire, orthopédie, médecine opératoire, etc., et par des conférences de personnalités italiennes et étrangères portant sur des arguments de médecine et de thérapeutique climatologique.

Les auditeurs des cours jouiront des facilités accordées par les chemins de fer italiens à l'occasion de l'Exposition internationale d'art à Venise (50 p. 100 du prix normal des billets).

Dans l'intérêt des participants aux cours il a été convenu avec l'hôtel Wagner de Lido que la pension complète serait de 24 lires par jour et par personne.

L'administration municipale de Venise renonce, vis-à-vis des inscrits aux cours, à exiger l'impôt de séjour.

LA PROPRIÉTÉ SCIENTIFIQUE AU THÉATRE. — Un médecin français abandonne sa clientèle pour se livrer à des recherches scientifiques. Il y laisse sa fortune. Naturellement, en France, personne ne fait attention à ses travaux. L'article 3 de la loi du 5 juillet 1844 lui interdit, d'ailleurs de breveter les remèdes qu'il a trouvés, ce qui permet à un groupement étranger de s'en emparer et de gagner ainsi des millions, tandis que ce docteur sera réduit à accepter un modeste emploi de radiologue dans un hôpital, et que sa fille devra s'engager comme secrétaire dans une usine où elle ne tardera pas à s'éprendre d'un jeune inventeur qui n'est guère mieux favorisé que son père.

Ce jeune homme la quittera pour aller tenter la chance en Amérique, et après mille péripéties gagnera une petite fortune dont les agents du fisc s'empresseront de le dépouiller à son retour en France.

Ecœuré, cet inventeur va s'embarquer pour des pays lointains lorsqu'à la dernière scène un télégramme lui apprend qu'une firme américaine lui propose une somme importante à titre de transaction pour ses brevets. Il sauvera à la fois la fille et le père qui, ayant subi une grave opération, pourra enfin quitter son dangereux emploi de radiologue.

Cette pièce, traitée dans le style âpre de Becque et de Mirbeau et interprétée par d'excellents artistes en tête de qui se place Chamarat de l'Odéon, 1er prix du Conservatoire, intéressera certainement les médecins qui sont invités spécialement à la soirée du vendredi 27 mai, à 20 h. 30.

M. le docteur Foveau de Courmelles prononcera une allocution avant le lever du rideau.

Se faire inscrire, dès que possible, au théâtre Fontaine, 25, rue Fontaine, Paris (IXe). Téléphone : Trinité 10-31.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ghislain Houzel (de Paris), Gérard Bert (de Bordeaux), Grimard (de Gauriac).

CENTENAIRE D'ALFRED FOURNIER

CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE DÉFENSE SOCIALE CONTRE LA SYPHILIS

Les fêtes du Centenaire du Professeur Alfred Fournier (1832-1914) organisées par la Ligue Nationale Française contre le Péril vénérien, de concert avec la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, la Société française de Prophylaxie sanitaire et morale, la Société médicale des Hôpitaux de Paris, la Société française d'Histoire de la Médecine et l'Union internationale contre le Péril vénérien, se sont déroulées à Paris, du dimanche 8 mai au jeudi 12 mai 1932, avec un éclat remarquable, malheureusement assombri par la mort tragique de M. Paul Doumer, Président de la République, sous le haut patronage de qui elles devaient avoir lieu. Au cours de ces journées de deuil, les cérémonies officielles qui avaient été d'abord prévues n'ont pu avoir lieu, mais l'hommage rendu au Maître incontesté de la syphiligraphie contemporaine ne manqua pas pour cela d'émouvante grandeur. Présidées avec sa maîtrise et sa courtoisie habituelles par M. Hudelo, Médecin honoraire de l'Hôpital Saint-Louis, secondé par l'activité inlassable de M. Sicard de Plauzoles, Directeur général de la L.N.F.C.L.P.V., les fêtes du Centenaire et les réunions scientifiques de la Conférence Internationale de défense sociale contre la syphilis, organisée à cette occasion, groupèrent les plus hautes autorités médicales et les syphiligraphes les plus éminents du monde entier dans un même hommage de vénération et de respectueux attachement à la mémoire du Maître disparu.

Le dimanche 8 mai avait eu lieu au Ministère de la Santé publique l'assemblée générale de l'Union Internationale contre le Péril vénérien, sous la présidence de M. le Professeur Ehlers (de Copenhague).

Le lundi 9 mai, à 9 heures, eut lieu l'inauguration de l'*Institut Alfred Fournier*, construit par les soins de la L.N.F.C.L.P.V., 25, boulevard St-Jacques. Ce superbe édifice doté de tous les perfectionnements de la technique moderne, groupe sous le contrôle de la L.N.F.C.L.P.V. un *Dispensaire modèle de prophylaxie*, un *Laboratoire central de Sérologie*, un *Laboratoire de Syphilis expérimentale*, enfin un *Laboratoire de contrôle des Médicaments* dépendant de l'Académie de Médecine. On sait qu'il est, d'autre part, destiné à abriter ultérieurement l'*Ecole de Sérologie de la Faculté de Médecine de Paris*, l'*Administration générale de la Ligue* et qu'il servira d'*école de stage* pour les infirmières du Service Social.

M. le Docteur Queyrat, Président de la L.N.F.C.L.P.V., M. le Professeur Balthazard, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, M. le Professeur Achard et M. le Docteur Camus, Membres de l'Académie de Médecine, prirent tour à tour la parole au nom de la Ligue, de la Faculté de Médecine et de l'Académie de Médecine, pour retracer l'œuvre d'Alfred Fournier et rappeler le plan de défense sociale dont il avait été le premier auteur.

La *Conférence Internationale de Défense Sociale contre la Syphilis* fut déclarée officiellement ouverte par M. Hudelo, Président de la Conférence, qui donna ensuite la parole à M. Darier, représentant la Ligue Internationale des Sociétés de Syphiligraphie, puis à M. le Professeur Ehlers, représentant l'Union Internationale contre le Péril vénérien. Après l'exposé des plans de l'Institut par M. Sicard de Plauzoles, et la visite de l'Institut, les congressistes se séparèrent et se réunirent de nouveau à 14 heures au Musée de l'Hôpital Saint-Louis.

Le programme de la Conférence était consacré exclusivement à la *Syphilis nerveuse*. Aucune question ne pouvait mieux mettre en valeur l'œuvre magistrale d'Alfred Fournier qui, le premier, montra le rôle de la syphilis dans le tabès et la paralysie générale et pressentit les problèmes actuels à une époque où les moyens de laboratoire dont nous disposons aujourd'hui faisaient totalement défaut. L'ordre du jour envisageait :

1. *Le diagnostic précoce et la pathogénie des Syphilis nerveuses acquises et héréditaires.* — Rapporteurs : MM. Ravaut, Dujardin, Mario Truffi.
2. *La prophylaxie des Syphilis nerveuses.* — Rapporteurs: M. Wagner von Jauregg, Henri Claude, Nicolau.
3. *L'importance médico-sociale des Syphilis nerveuses.* — Rapporteurs : MM. Cavaillon, Milian, Sicard de Plauzoles.
4. *Le Service social dans la lutte contre la Syphilis.* — Rapporteurs : Mme Getting et M. Louste, MM. Spillmann, Jadassohn, Mme Neville Rolfe.

C'est à l'étude de ces rapports et des communications annexes que furent consacrées les journées des 9, 10 et 11 mai 1932.

***

JOURNÉE DU 9 MAI

Diagnostic précoce et pathogénie des syphilis nerveuses acquises et héréditaires.

Rapport de M. Ravaut (de Paris).

Dès le début de son travail, M. Ravaut montre que la microbiologie n'étant pas encore susceptible de nous renseigner, la clinique et l'étude biologique du liquide céphalo-rachidien représentent les deux méthodes dont nous pouvons disposer pour établir le diagnostic précoce de la syphilis nerveuse.

I. Signes précoces permettant de reconnaître cliniquement le début de la S. N. — A. Au début de la syphilis. — Ce sont surtout des manifestations d'origine méningo-vasculaire, pouvant retentir secondairement sur le parenchyme ou les nerfs périphériques : *méningite diffuse* sans localisation spéciale, *ictus*, *hémiplégies*, *paraplégies*, *myélites précoces*, *hémorragies méningées*, *paralysies des nerfs craniens*, *radiculo-névrites*, etc.

L'auteur insiste sur un certain nombre de signes cliniques rarement recherchés à cette période et qui soulignent cependant la fréquence des atteintes méningées dès les premiers stades de la syphilis. Ils portent :

a) *sur le nerf optique* : congestion et œdème de la papille, décelables à l'ophtalmoscope,

b) *sur le nerf auditif* : troubles auditifs et vertigineux avec nausées et nystagmus (Ramadier) tantôt très discrets et passant inaperçus, tantôt associés à d'autres lésions (paralysie des nerfs craniens, syndromes basilaires, signes de méningo-vascularite, etc.),

c) *sur certains réflexes* : modifications des réflexes de défense, cutanés ou tendineux, coïncidant le plus souvent avec des algies diverses (Lortat-Jacob).

Les troubles subjectifs, si fréquents au début de la syphilis, sont d'une interprétation plus délicate : *céphalée*, *dépression nerveuse*, *asthénie*, *insomnie*, *neurasthénie* (Fournier), *troubles sensoriels*, *névralgies diverses*, *troubles psychiques* ou *mentaux*, etc.

B. Au cours de la syphilis. — Ce sont des symptômes *d'ordre objectif* (abolition des réflexes achilléens, troubles sphinctériens, paralysies oculaires, signe d'Argyll-Robertson, troubles du fond de l'œil, etc.) ou *d'ordre subjectif* (né-

vralgies persistantes, algies s'accompagnant d'hypo ou d'hyperesthésie à topographie radiculaire). Ici encore les *troubles psychiques* ou *mentaux* isolés, sans manifestations objectives, prêtent à discussion.

C. Chez les enfants atteints de syphilis héréditaire peuvent se voir des *accidents précoces* (méningites aiguës ou plus souvent subaiguës, se traduisant par des signes d'hypertension du liquide céphalo-rachidien, des paroxysmes convulsifs, des lésions oculaires ou auriculaires, etc.) et *des accidents tardifs* (hémiplégie infantile, maladie de Little, épilepsie, manifestations nerveuses, organiques, psychiques, mentales de tout ordre (Babonneix).

Les symptômes cliniques d'une S. N. demeurée jusque-là latente peuvent apparaître à la suite de *maladies intercurrentes, de troubles de l'état général*, et surtout d'*interventions thérapeutiques* choquantes pour le système nerveux ; l'exemple le plus frappant en est donné par les *neuro* ou *méningo-récidives*.

II. Réactions précoces du liquide céphalo-rachidien. — Les plus importantes de ces réactions sont :

a) *les réactions cellulaires quantitatives et qualitatives* (lymphocytes, plasmocytes, etc.) ;

b) *les réactions de Bordet-Wassermann et de floculation;*

c) *la réaction et le dosage global des albumines.*

Selon la façon dont elles se groupent, on peut les diviser en deux grands groupes :

a) *réactions complètes* caractérisées à la fois par la présence de cellules en plus ou moins grand nombre, des réactions de fixation et de floculation positives, l'hyperalbuminose.

Elles sont, d'après M. Ravaut, *l'indice de lésions méningo-parenchymateuses plus ou moins intenses, selon la prédominance de tel ou tel de leurs éléments ;*

b) *réactions incomplètes* constituées par un seul ou plusieurs éléments, mais jamais au complet et différemment associés.

La réaction est purement cellulaire : elle est alors, d'après M. Ravaut, l'indice de l'atteinte du système méningo-vasculaire.

La réaction est purement albumineuse : elle est l'indice de lésions parenchymateuses sans participation directe des méninges (dissociation albumino-cytologique de Sicard), parfois aussi de processus en voie d'extinction (albuminose résiduelle).

Les réactions de fixation et de floculation sont positives sans cellules, sans albuminose ; cas très rare.

De légères réactions cellulaires, même avec un léger degré d'hyperalbuminose, sans réaction de fixation et de floculation positive, peuvent être considérées comme *nulles* et impliquent seulement la mise en observation des malades.

Les réactions de fixation positives ont par contre une signification presque absolue.

Enfin l'*étude des réactions de fixation et de floculation du sang accentue quand elles sont positives la valeur des réactions du liquide céphalo-rachidien, mais négatives, elle ne les diminue en rien tant il est fréquent de constater une réaction négative dans le sang alors qu'elle est positive dans le liquide céphalo-rachidien.*

M. Ravaut insiste sur les *réactions latentes* du liquide céphalo-rachidien, sans signes cliniques, décelables uniquement par la ponction lombaire. Elles peuvent être observées chez *les malades ponctionnés systématiquement dès le début de la syphilis* et évoluent tantôt vers la guérison complète (*forme biologique latente*), tantôt vers la syphilis nerveuse grave, hémiplégie, tabès, P. G., etc (*forme préclinique latente*). Comme il est impossible, en fait, d'en prévoir l'évolution, elles commandent dans tous les cas l'institution d'un traitement énergique.

Elles peuvent encore être observées chez *des malades ponctionnés au cours de la syphilis*, tantôt reliquats des réactions précoces, tantôt réactions tardives proprement dites. Mais ces dernières sont relativement rares et d'autant moins fréquentes que le malade a été mieux et plus précocement traité.

III. — Valeur comparée des signes cliniques et biologiques pour le diagnostic précoce de la S. N. — Exceptions mises à part, *les signes biologiques précèdent les signes cliniques, parfois d'un très long temps, et représentent par suite l'élément le plus précieux pour le diagnostic précoce de la S. N.*

IV. Comment poser pratiquement le diagnostic précoce de la S. N. La valeur pronostique d'une réaction négative du liquide C. R. — *Le diagnostic précoce de la S. N. doit être posé dès sa période biologique. Il importe donc de pratiquer systématiquement l'analyse du liquide céphalo-rachidien.*

L'idéal serait d'analyser périodiquement le liquide C. R. afin d'en saisir les diverses altérations dès leur apparition. En raison des difficultés auxquelles on se heurte dans la pratique et le malade n'acceptant généralement qu'une seule ponction, M. Ravaut conseille de la pratiquer *vers la fin de la troisième année*, époque qui donne le plus de garantie pour l'avenir et où elle doit être de règle.

Une *réaction positive* complète ou partielle, même sans signes cliniques, prouve une lésion du système nerveux qui doit être traitée.

Par contre une *réaction négative* à la fin de la troisième année, chez un malade jusque-là bien traité et dont la réaction du sang est également négative, a toutes les chances de le rester.

V. Pathogénie de la S. N. — L'étude pathogénique de la syphilis nerveuse montre que l'infection du système nerveux se réalise surtout dans les premiers stades de la maladie. Les lésions initiales peuvent atteindre soit isolément le système méningo-vasculaire (Nageotte, Cl. Vincent, Tinel, etc.), soit simultanément les méninges et le parenchyme. Pour Ravaut les atteintes purement parenchymateuses d'emblée, retentissant secondairement sur les méninges (Sézary, Sicard), sont possibles, mais non prouvées.

Trois grands facteurs paraissent diriger l'évolution de la S. N. ; ils sont en rapport avec le *virus*, le *terrain*, mais surtout *avec l'influence du traitement initial*.

En résumé, il existe, à côté de la S. N. clinique, une S. N. latente, inapparente, que la ponction lombaire seule peut mettre en évidence et qui, après une phase de latence plus ou moins longue, peut ou disparaître sans laisser de trace ou continuer d'évoluer et préparer le lit de la S. N. clinique.

La prophylaxie de la S. N. dépend d'un diagnostic et d'un traitement précoces et c'est de ce côté, faute de mieux, que doivent être actuellement dirigés nos efforts.

Rapport de M. Dujardin (de Bruxelles).

D'après l'auteur, le diagnostic précoce de la syphilis nerveuse repose moins sur la clinique que sur l'examen détaillé du liquide céphalo-rachidien. En particulier la présence de réagines syphilitiques dans le liquide C. R. (méthode de déviation du complément de Bordet-Wassermann, méthode de floculation de Vernes) permet d'établir *l'index de la perméabilité méningée*, c'est-à-dire le rapport existant entre la quantité de réagines du liquide et celles du

sang et d'en tirer dans la pratique des conclusions importantes.

Pour Dujardin, deux facteurs interviennent dans la pathogénie de la syphilis nerveuse : l'*immunité secondaire* et l'*allergie*.

1. Influence de la vaccination secondaire sur l'évolution de la syphilis et plus spécialement de ses foyers nerveux. — La septicémie syphilitique a pour corollaire un ensemble de réactions tissulaires qui aboutissent à créer un certain état d'immunité.

A la constitution de ces réactions défensives prend part le tissu nerveux au même titre que le tissu cutané, mais le rôle du tissu cutané est nettement prépondérant. Les réactions cutanées précèdent les réactions nerveuses et protègent ainsi le tissu nerveux.

Ainsi l'immunité est fonction d'une *vaccination cutanée* comme dans les affections éruptives en général.

Inversement si l'éruption est faible, empêchée ou troublée artificiellement, les réactions méningées seront augmentées d'autant et risqueront d'être le point de départ d'affections nerveuses plus ou moins tardives.

Il existe donc un véritable balancement entre les manifestations cutanées et les manifestations nerveuses.

II. Importance de la notion d'allergie dans l'évolution de la syphilis et plus spécialement de la syphilis nerveuse. — 1) LE TERTIARISME EST PATHOLOGIQUEMENT COMPARABLE AU PHÉNOMÈNE DE KOCH ET CONSTITUE PAR SUITE UN PHÉNOMÈNE D'ALLERGIE.

2) L'ALLERGIE SYPHILITIQUE, mélange, comme toutes les allergies, d'hypersensibilité et d'immunité (Gougerot) n'est *cependant pas seulement une hypersensibilité* spécifique ; elle peut être provoquée ou stimulée par des moyens non spécifiques, tels que la *protéinothérapie* (Pr. Bessemans) ou encore la malarisation (Wagner von Jauregg).

3) LA CAPACITÉ ALLERGIQUE DÉPEND DU TERRAIN et se montre en particulier beaucoup plus développée chez la femme, ce qui explique que cette dernière échappe le plus souvent aux formes anallergiques de la S. N., le tabès et la paralysie générale.

D'après l'auteur l'apparition de l'allergie est le pivot de l'évolution de la syphilis et plus spécialement de la S. N. Elle a pour effet de provoquer sur les foyers où subsiste le tréponème des réactions violentes qui en font une syphilis localisée et fixée, en général sensible au traitement spécifique (*syphilis allergique*). Sans elle la syphilis nerveuse reste une syphilis généralisée et progressive, atteignant en même temps de multiples organes, vaisseaux, viscères, périoste, etc. et rebelle au traitement spécifique (*syphilis anallergique*). L'apparition spontanée de l'allergie se fait d'ailleurs à des moments extrêmement variables suivant les sujets ; survenant tardivement, elle peut transformer la parasyphilis, surtout nerveuse, en une syphilis allergique tardive de pronostic meilleur dont l'exemple est fourni par le tabès-cécité ou les ataxies aiguës (*syphilis anallergique tardivement allergisée*).

Rapport de M. Mario TRUFFI (de Padoue).

L'auteur envisage le sujet au point de vue de la contribution que les *recherches expérimentales* ont apportée à la solution du problème de la pathogénie de la syphilis du névraxe et aboutit aux conclusions suivantes :

1° Chez le lapin infecté de syphilis par les voies communes, le système nerveux n'est pas atteint par l'infection, alors même que le virus est introduit directement dans la cavité rachidienne ou dans le cerveau. Dans ces cas, l'infection se propage à l'organisme, tandis que le virus n'est pas décelable dans le névraxe.

2° Chez la souris, l'inoculation de la syphilis donne une infection inapparente. Le virus a une tendance, qui n'est pas exclusive, à se localiser sur le cerveau où il ne détermine pas de lésions.

Il semble que le virus en passant du cerveau de la souris au lapin puisse conserver cette tendance à l'invasion du tissu nerveux.

3° Chez la souris, le virus syphilitique, bien que localisé au névraxe, maintient sa contagiosité et sa sensibilité au traitement spécifique.

4° Avec l'inoculation de cerveau ou de liquide céphalorachidien des paralytiques, on ne peut pas transmettre l'infection syphilitique aux animaux de laboratoire. De même le sang et les autres organes des paralytiques ne donnent qu'exceptionnellement la syphilis aux animaux.

5° On ne peut pas admettre l'existence de virus syphilitiques différents de la souche commune, doués de la propriété de se localiser exclusivement ou avec une grande préférence sur le système nerveux. Mais il est possible que le virus syphilitique acquière dans des passages successifs une certaine disposition à se fixer sur le névraxe, sans perdre pour cela ses propriétés dermotropes. Dans ce sens on peut admettre l'existence dans le virus d'un *neurotropisme acquis*.

La tendance à la localisation des lésions sur le névraxe peut être favorisée par les conditions locales du terrain.

6° L'hypothèse de Levaditi, que le tréponème ne soit qu'une dernière phase dépourvue de pouvoir pathogène, du cycle vital du virus syphilitique, et que la syphilis du névraxe soit due à une phase infra-visible du virus, quoique séduisante, n'est pas démontrée.

7° On peut avancer, sur la base des données expérimentales et cliniques, l'hypothèse que la paralysie générale n'est pas due exclusivement à l'action de l'infection syphilitique, mais qu'elle est déterminée par l'action combinée du virus syphilitique et d'un autre virus ou agent inconnu. Cette conception reste pour le moment à l'état de simple supposition, sans aucune démonstration suffisante.

8° Le traitement syphilitique, en particulier l'arsenic, même à doses faibles, ne favorise pas la localisation de la syphilis sur le névraxe.

9° L'expérience sur les animaux démontre que l'action de la thérapie infectieuse dans la paralysie et le tabès n'est pas due à l'augmentation de la température, mais elle ne donne aucune lumière sur le mécanisme d'action de ce moyen thérapeutique.

10° Les expériences sur les animaux avec d'autres microorganismes (trypanosomes, spirochètes de la fièvre récurrente, etc.) n'ont qu'une importance relative pour éclairer le problème pathogénique de la syphilis du névraxe.

Discussion.

M. SEZARY (de Paris), après avoir rendu hommage aux travaux de M. Ravaut, montre la nécessité de tenir compte de la thérapeutique suivie antérieurement par les malades pour interpréter la date d'apparition des complications nerveuses. Pour lui, le moment le plus opportun pour examiner le liquide C. R. est la première année qui suit le début du traitement initial : car en consolidant ensuite le résultat acquis, on ne risque plus de voir survenir une nouvelle réaction méningée (une seconde ponction n'est pas nécessaire) et surtout à ce moment on peut encore agir efficacement, tandis qu'il n'en est plus ainsi deux ans plus tard.

Le rôle du surmenage intellectuel lui paraît négligeable ainsi que le montrent plusieurs statistiques établies avec M. Barbé.

Il ne croit pas à l'existence de syphilis allergiques ou anergiques admises par M. Dujardin. Pour lui, c'est l'anergie constante du parenchyme nerveux qui explique les caractères histologiques, évolutifs et la résistance au traitement de la paralysie générale.

M. le Professeur Wagner von Jauregg (de Vienne) admet que l'on peut trouver des tréponèmes en petit nombre dans le parenchyme cérébral aux premiers stades de l'infection syphilitique, mais toujours en des points limités et au voisinage des altérations méningées. Pour lui, la présence de ces rares tréponèmes témoigne de la résistance initiale du parenchyme cérébral à leur égard, mais ultérieurement, le parenchyme perd cette résistance et la paralysie générale progressive peut alors s'installer. Les lésions méningées sont rarement progressives, mais au contraire le plus souvent fugaces ou persistantes et peuvent évoluer 20 ou 30 ans sans grands dommages. L'invasion du parenchyme cérébral par les tréponèmes, base de la P. G., est au contraire progressive.

M. le Professeur Jadassohn (de Breslau) constate que l'on observe des différences notables dans les réactions des paralytiques généraux à la luétine, sans doute à cause des différences qui existent entre les diverses luétines. D'autre part, les tests ne sont pas encore suffisamment précis. L'auteur ne croit pas que l'influence des réactions cutanées a l'importance qu'on tend à leur donner sur l'apparition des lésions nerveuses.

M. Ravaut (de Paris) insiste sur la fréquence des manifestations nerveuses tardives chez des sujets ayant présenté des efflorescences secondaires manifestes et n'attribue pas à ces dernières un rôle d'immunisation vis-à-vis du système nerveux. Il rappelle que parmi les malades qu'il a personnellement suivis depuis le début de la syphilis et qui sont devenus tabétiques ou paralytiques généraux la plupart avaient présenté de la roséole. Pendant tout ce temps le liquide céphalo-rachidien était demeuré positif.

Communications.

La perméabilité des méninges et les anticorps du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis nerveuse. — M. R. Demanche (de Paris) a cherché à étudier l'origine des anticorps du liquide céphalo-rachidien par le double moyen de l'exploration de la perméabilité méningée et de l'analyse des propriétés sensibilisatrices des anticorps du liquide céphalo-rachidien. La recherche du passage des hémolysines dans le liquide céphalo-rachidien par la réaction de Weil-Kafka lui a montré que, chez les paralytiques généraux, le traitement mixte chimio-malarique supprime d'une façon presque constante la perméabilité des méninges tout en laissant subsister la positivité du BW du liquide. L'étude comparée des propriétés fixatrices des extraits de cerveau et des extraits de cœur employés comme antigènes pour la réaction de BW, soit avec le L. C. R., soit avec le sérum des syphilitiques nerveux, a mis en évidence dans ce liquide l'existence fréquente d'anticorps anti-cerveau qui font défaut dans le sérum.

Le rapprochement de ces deux ordres de faits confirme la doctrine défendue depuis longtemps par M. Ravaut, de l'origine locale des anticorps du L. C. R. du moins chez les malades atteints de lésions parenchymateuses du système nerveux.

Diagnostic de la paralysie générale avant l'apparition des signes cliniques caractéristiques. — M. Targowla (de Paris) rappelle les éléments du diagnostic de la paralysie générale au stade présymptomatique ; ce sont :

1° Les caractères d'homogénéité et de stabilité du syndrome humoral paralytique qu'il a décrits (intensité du B. W., type paralytique des réactions colloïdales, index de perméabilité supérieur à 1/10, formule lymphocytaire et albuminose relativement discrètes).

2° La résistance particulière de ce syndrome au traitement spécifique, telle qu'il n'est pas sensiblement modifié par l'épreuve thérapeutique et conserve son équilibre particulier.

Du diagnostic précoce de la syphilis nerveuse. — MM. Riser et Paul Meriel (de Toulouse). Il est difficile de dire si les lésions méningées de la syphilis tardive sont primitives et précèdent de plus ou moins loin l'atteinte du parenchyme. Mais la localisation méningée est très précocement décelable par la ponction lombaire avant que la seconde le soit par l'examen clinique. Au point de vue pratique, diagnostique et prophylactique, tout est là. Cette formule comporte d'ailleurs des exceptions : certaines artérites et tabès évolutifs sans méningite.

Les auteurs rapportent deux observations particulièrement démonstratives de syphilitiques étudiés plusieurs années après la contamination, sans aucun signe neurologique ou psychique, ni trouble fonctionnel, avec réaction méningée, forte et durable. En plusieurs années, parfois malgré le traitement, succédant à cette phase, purement humorale, ont apparu progressivement les signes d'un tabès ou d'une paralysie générale.

MM. Leroy et Medakovitch signalent les **délires secondaires chez les paralytiques généraux traités par la malariathérapie.**

(A suivre.)

Dr Lucien Périn.

IXe CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

Madrid, 15-18 mars 1932 (1)

QUATRIÈME QUESTION

PROGRÈS RÉCENTS DE L'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

A. Généralités.

1. *Résumé du rapport de M. Ishihawa (Kanazawa).* — I. — Intensité de la sensibilité à la douleur par des irritations mécaniques.

1. Péritoine pariétal.
2. Plexus gastrique antérieur ainsi qu'artère et veine gastrique gauches et tissu pancréatique.
3. Plexus mésentérique supérieur et inférieur (ainsi que les vaisseaux).
4 Plexus nerveux et vaisseaux des canaux cholédoque, cystique et hépatique.
5. Vaisseaux pyloriques et petite courbure.
6. Ramus colique et plexus sacré.
7. Plexus hémorroïdaire.
8. Vessie.
9. Plexus et vasa renalis.
10. Utérus.
11. Grande courbure de l'estomac.
12. Paroi intestinale.

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Fin. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 32, p. 587, n° 34, p. 627, et n° 39, p. 734.

II. — L'anesthésie splanchnique ne rend pas l'estomac complètement indolore.

Le blocage par des anesthésiques ou la section des vagues surtout à gauche et des splanchniques peuvent rendre l'estomac complètement insensible.

Les branches du nerf vague contiennent quelques filets sensitifs de même que le splanchnique, ce que démontrent des recherches histologiques de dégénérescence de même que des expériences d'irritation.

Les excitations mécaniques des manipulations opératoires amènent un abaissement de pression si on touche au sympathique.

III. — Les fibres sensitives des organes abdominaux sont principalement les grosses fibres myéliques provenant très probablement des nerfs cérébro-spinaux.

La distribution de ces fibres aux différents organes abdominaux est assez variable. Les tissus qui sont peu innervés par ces fibres sont moins sensibles à la douleur. La sensibilité douloureuse des organes abdominaux dépend donc de la plus ou moins grande concentration des fibres sensorielles. Il est difficile d'admettre que la douleur peut être directement déterminée par des excitations uniquement sympathiques.

IV. — Il est possible d'opérer l'estomac (éventuellement aussi les voies biliaires) de façon tout à fait indolore par anesthésie vago-splanchnique par infiltration locale ou par injection au cou (pas conseillable), ou par injection dans l'espace sous-phrénique. Il est conseillable, dans ce cas, d'ajouter l'inoffensive antropinisation générale et l'injection sous-cutanée de pantopon.

V. — Pour les opérations sur l'intestin grêle, la meilleure anesthésie s'obtient en infiltrant les plexus à la racine des vaisseaux mésentériques.

VI. — Pour l'appendicite, l'analgésie peut s'obtenir par l'infiltration périvasculaire au niveau de l'artère appendiculaire. En cas d'abcédation ou d'adhérences aiguës, on aura recours à l'anesthésie par diffusion.

VII. — Pour les résections iléo-cæcales ou coliques, on utilise l'anesthésie périvasculaire au niveau des vaisseaux correspondants. Pour le côlon descendant et le sigmoïde, il faut ajouter les méthodes de diffusion du petit bassin ou d'infiltration. Pour la résection de l'angle hépatique, l'anesthésie par diffusion est nécessaire.

VIII. — Pour les autres opérations abdominales, l'intervention peut aisément se faire en anesthésie locale périvasculaire.

IX. — Pour faciliter la dissection et libérer sans douleur les adhérences, de même qu'en cas d'inflammation aiguë des organes abdominaux, les appareils de haute fréquence sont un adjuvant efficace de l'anesthésie locale.

X. — Pour l'anesthésie par diffusion des organes abdominaux, la percaïne est efficace.

2. *Résumé du rapport de M. Goyanes (Madrid).* — 1. L'anesthésie par la voie artérielle avec des solutions de novocaïne à 0,5 p. 1000 permet d'exécuter toutes les opérations importantes du membre supérieur jusqu'à l'épaule.

2. C'est une méthode régionale, supérieure à toutes les autres formes d'anesthésie du bras.

3. Elle a tous les avantages et tous les inconvénients de l'anesthésie régionale comparée à la narcose.

4. En raison de la perfection dernièrement atteinte par cette forme d'anesthésie, la pratique en est simple et à la portée de tous les chirurgiens.

5. Nous en trouvons l'indication principale dans l'exérèse des grandes néoplasies, soit de parties molles, soit des os du membre supérieur, tout en étant une méthode précieuse pour les amputations et les résections indiquées pour d'autres processus, par exemple, pour les processus tuberculeux.

6. La durée indéfinie de l'effet anesthésique tant que dure l'ischémie, donne une haute valeur à la méthode d'anesthésie artérielle.

7. La méthode d'anesthésie artérielle, imaginée par l'auteur en 1909, mérite une plus grande diffusion que celle qu'elle a déjà atteinte, puisqu'elle permet d'obtenir une insensibilité absolue de la région, d'une durée presque indéfinie, et qu'elle ne cause point de troubles circulatoires imputables à la pénétration de solutions anesthésiques dans le vaisseau ou à la canule de la seringue dans la variété ascendante.

8. Dans la zone où l'on ne peut amener une ischémie par le bandage d'Esmarch, l'anesthésie locale offre moins d'avantages et l'efficacité en est aléatoire.

B. Narcose par inhalation.

3. *Résumé du rapport de Uffreduzzi (Torino).* — L'auteur, après avoir résumé les conceptions modernes sur la physio-pathologie de la douleur et sur les différents moyens dont on dispose pour supprimer la sensibilité du sujet, met en relief les grands progrès qu'a faits ces dernières années l'anesthésie par inhalation, grâce à l'expérience clinique et expérimentale, qui va toujours croissant, aux perfectionnements de la technique d'administration, à l'introduction de nouvelles substances anesthésiques.

De cette relation sont tirées quelques affirmations d'une importance particulière :

1. La nécessité, en face de la complexité toujours plus grande des différents problèmes de l'anesthésie, d'instituer dans les écoles de chirurgie un enseignement spécialisé et d'avoir dans chacun des services de chirurgie un assistant ou un anesthésiste de profession ;

2. L'importance d'une préparation soignée du patient s'adaptant à l'anesthésie dont on se servira, avec l'emploi rationnel, cas par cas, des hypnotiques administrés la veille et de prénarcotiques. On donne beaucoup d'importance à l'usage des anesthésies basales et à l'emploi d'anesthésies mixtes où la narcose par inhalation représente le dernier temps complémentaire ;

3. Dans l'analyse critique des différents narcotiques dont on se sert encore actuellement par inhalation, on signale la décadence générale du chloroforme entièrement justifiée par les graves dangers immédiats et tardifs qu'il comporte. Au contraire, l'éther est presque universellement employé : bien qu'il ne soit point tout à fait indifférent pour l'organisme (voies respiratoires, foie, pancréas, thyroïde, etc.), l'action irritante ou toxique qu'il exerce est très légère et peut être réduite à des valeurs insignifiantes en l'employant à doses réduites pour compléter l'action d'autres anesthésiques : gaz, anesthésies basales, locales, tronculaires. Les gaz (protoxyde d'azote, éthylène, narcylène) représentent, au point de vue de leur nuisibilité pour l'organisme, ce qui a été proposé jusqu'à présent pour la narcose : si on ne leur demande que ce qu'ils peuvent donner, en s'en servant dans les limites et avec les précautions indiquées dans les différents chapitres, en préparant opportunément le patient et en ayant recours en temps voulu à l'emploi complémentaire de l'éther, afin d'obtenir le relâchement complet, et l'action corrective du CO^2 et de l'O^2, on peut en tirer des avantages incalculables ;

4. Dans les indications de la méthode d'anesthésie, il faut tenir compte de nombreux éléments psychiques et somatiques, en évitant les moyens qui, en base aux connaissances acquises, agissent défavorablement sur les points les moins résistants de l'organisme. Par un choix opportun parmi les moyens très nombreux dont on dispose, on peut obtenir les meilleurs résultats avec le moins de risques possibles pour le patient ;

5. Le péril moindre et les grands progrès réalisés dans l'anesthésie par inhalation lui ont permis aujourd'hui de reconquérir grand nombre de positions sur lesquelles semblaient s'être établies les méthodes d'anesthésie réduite et spécialement l'anesthésie locale.

C. Rachi-anesthésie.

4. *Résumé du rapport de M. Meriel (Toulouse).* — Les progrès récents en rachi-anesthésie consistent d'abord dans une fixation plus nette de ses indications et contre-indications. Grâce à ces principes directeurs, la rachi ne sera plus considérée comme une anesthésie d'exception, recueillant les mauvais cas des autres modes d'anesthésie générale, mais une méthode aux applications de plus en plus étendues parce que plus sûres et de moins en moins dangereuses.

Ensuite, le progrès s'affirme dans l'emploi de nouvelles substances anesthésiques nées de la chimie synthétique et qui, tout en étendant le champ des applications de la rachi, selon l'âge et l'état général du sujet, apportent à celles-ci la propriété d'une localisation précise, presque élective, sur les racines à impressionner, ainsi que l'appréciable avantage d'une anesthésie certaine et prolongée. Cette localisation précise est fournie par la *spinocaïne* de Pitkin, grâce à sa composition un peu complexe et aussi par la technique de l'injection. Cette rachi à la spinocaïne est fort répandue en Amérique et donne des résultats encourageants.

Plus simple, plus pratique est la rachi à la *percaïne*, que Jones et Quarella emploient avec un plein succès. Ici encore, en suivant rigoureusement la technique, on a obtenu des anesthésies sûres, sans danger, sans l'orage de la vingtième minute, et enfin de durée largement suffisante puisqu'elle persiste plusieurs heures après l'opération. Plus de céphalée, de nausées, et aucune séquelle nerveuse. Contre l'hypotension, ces auteurs utilisent systématiquement l'éphédrine. Personnellement, nous ne nous en servons pas et n'avons pas eu à le regretter. L'injection préalable de scopolamine-morphine peut rendre des services chez les nerveux, les inquiets. Notre expérience de la technique de Quarella, avec la solution forte, nous a donné toute satisfaction, et nous paraît jusqu'à présent un des plus sensibles progrès dans une méthode d'anesthésie qui gagne de plus en plus des partisans et à laquelle nous restons fidèles après l'avoir employée depuis trente et un ans, sans avoir à le regretter.

5. *Résumé du rapport de M. Lorenzetti (Milan).* — Dans ce rapport, après avoir examiné quelques considérations générales sur l'anesthésie locale, régionale et spinale, on passe à l'examen de leur application pratique dans certains domaines de la chirurgie générale et des spécialités.

Il résulte que ces anesthésies localisées jouissent d'un grand crédit, surtout le procédé de l'anesthésie locale et régionale dans ses diverses modalités ; au contraire, on se défie de l'anesthésie spinale, malgré les perfectionnements techniques plus récents. Le meilleur champ d'application de l'anesthésie spinale est constitué par les zones sous-ombilicales et par les membres inférieurs : pour les interventions dans un territoire plus élevé, l'anesthésie spinale réussit insuffisamment, eu égard au danger qu'elle comporte.

Mais en même temps que ces anesthésies localisées, on doit actuellement considérer l'opportunité offerte par l'anesthésie aux gaz (éthylique, acétylénique, protoxyde d'azote) qui certainement représentent dans les méthodes d'anesthésie générale un grand progrès sur le chloroforme et l'éther.

D. Anesthésie locale et régionale.

6. *Résumé du rapport de M. A. Trias-Pujol* (*Barcelone*). — Dans ce travail nous considérons le blocage des nerfs produit non seulement par les substances qui, comme la cocaïne et ses dérivés, ont un effet spécifiquement anesthésique, mais aussi par ces autres qui, mises en contact avec les fibres ou les synapsis nerveuses, introduisent en elles des modifications fonctionnelles et anatomiques qui, dans certains cas, peuvent être d'une longue durée, voire même définitives (alcool, acide phénique, nicotine, acide osmique, etc.).

1° *Blocage chimique de la sensibilité viscérale avec des buts diagnostiques et thérapeutiques.*

a. *Anesthésie para-vertébrale :* La correspondance entre les paires rachidiennes et l'innervation sensitive établie par Lawen, Kappis et Pieri, a été la base pour le blocage sensitif paravertébral, permettant de trouver la localisation des lésions viscérales dans quelques cas de syndromes obscurs.

Comme moyen thérapeutique, on l'a employé dans les crises *gastriques des tabétiques,* avec des résultats inconstants. Dans l'*angine de poitrine,* le blocage du ganglion cervico-thoracique peut avoir une grande valeur diagnostique pour décider de son extirpation chirurgicale.

b *Le blocage anesthésique de la douleur d'irradiation.* C'est principalement au niveau du nerf phénique que ce blocage peut avoir une grande utilité diagnostique, en différenciant quelques lésions des viscères thoraciques et abdominales qui peuvent se confondre par l'intensité de ces irradiations.

c. *Anesthésie intra-dermique et sous-cutanée pour le blocage des zones de Head.*

Résultats brillants dans les processus inflammatoires aigus du poumon, calmant le point de côté et permettant de vastes mouvements respiratoires. De même, résultats excellents en général dans la colique hépatique.

Le blocage intradermique définitif avec l'alcool a beaucoup amélioré un malade affecté de cancer gastrique inextirpable (cas personnel).

Dans l'*angine de poitrine,* il peut être utile.

2° *Le blocage cocaïnique dans les dérangements fonctionnels de l'estomac.*

Discussion des applications modernes de cette méthode, soit pour elle-même, soit comme auxiliaire de la chirurgie. Dans la statistique personnelle de l'auteur, le vomissement rebelle des opérés et des personnes enceintes s'est plus amélioré avec l'anesthésie paravertébrale qu'avec celle des splanchniques.

3° *Le blocage chimique du sympathique dans le traitement de l'ileus paralytique.*

L'anesthésie spinale, l'anesthésie des splanchniques et l'anesthésie paravertébrale ont le même effet. Dans la première, les effets sont certains, mais on doit tenir compte d'une certaine hypotension artérielle, moins marquée dans celle des splanchniques, quoiqu'elle ne soit pas grave ; le moyen le plus efficace de la combattre est l'adrénaline qui, d'autre part, neutralise l'action du blocage en intéressant la motilité intestinale. Il convient ensuite d'éviter cette hypotension. L'anesthésie paravertébrale, du fait d'être plus longue et moins difficile, a moins d'application dans l'ileus.

Nous croyons que l'anesthésie des splanchniques avec de la novocaïne, *sans* adrénaline, est préférable. Dans l'ileus paralytique secondaire à la péritonite aiguë généralisée grave, le blocage du sympathique est en général inefficace. Dans les péritonites généralisées discrètes et dans les péritonites localisées, nous le croyons contre-indiqué. Il sera

seulement applicable à la paralysie intestinale consécutive à une péritonite déjà vaincue (cas rare). Dans l'iléus paralytique subséquent à un obstacle mécanique, il peut être un moyen auxiliaire efficace une fois qu'on aura enlevé ou exclu l'obstacle.

Le blocage du sympathique avec de la nicotine ne possède pas encore dans la clinique le caractère d'une acquisition thérapeutique définitive. Comme on ne peut pas l'injecter dans l'épaisseur des ganglions semi-lunaires, son action est faible si la solution n'est pas concentrée, et, si elle l'est, l'hypertension qu'elle détermine est dangereuse.

3° *Le blocage du sympathique lombaire dans la maladie de Hirschprung.*

Cliniquement et expérimentalement, la valeur thérapeutique du blocage du sympathique lombaire dans cette affection est reconnue comme étant moins grave que les autres méthodes chirurgicales.

4° *Le blocage chimique nerveux dans les affections pancréatiques.*

Il paraît qu'aux paires D IX et D X gauches correspond la conduite sensitive du pancréas. Son blocage a déjà fait ses preuves favorables dans la clinique contre la douleur aiguë, et il paraît que quelques pancréatites aiguës se sont améliorées. Des recherches pathogènes paraissent faire présumer, au milieu des obscurités de cette question, que le blocage paravertébral ou des splanchniques peut être d'une grande valeur thérapeutique dans les premières heures de la *nécrose aiguë du pancréas.*

Dans le *diabète*, on entrevoit diverses possibilités dérivées de la diminution de la glycémie dans le blocage des splanchniques et du nerf vague, sans que nous puissions aujourd'hui établir rien de définitif.

5° *Le blocage nerveux dans les maladies des reins.*

L'anurie réflexe fournit à ce blocage une indication précise. L'anesthésie paravertébrale a une action sélective sur le sympathique, mais produit un relâchement des parois abdominales et une congestion intra-abdominale qui ne se présentent pas dans le blocage des splanchniques.

Dans l'éclampsie gravidique, le blocage a donné des résultats satisfaisants.

La *lithiase urétrale* peut être favorablement influencée par le blocage des splanchniques, il calme la douleur et favorise l'évacuation des calculs.

6° *Le blocage nerveux dans certaines affections des extrémités.*

A. — Dans les troubles circulatoires des membres.

a. *Névrolyse péri-artérielle.*

b. *Blocage des nerfs rachidiens par l'alcool.*

c. *Blocage chimique de la chaîne sympathique lombaire et du sympathique cervico-thoracique.*

Ce blocage anesthésique a été proposé comme moyen diagnostique et employé pour évaluer le résultat de la sympathectomie paravertébrale.

d. *Anesthésie spinale pour les membres inférieurs.*

B. — Blocage anesthésique du nerf sciatique.

C. — Blocage anesthésique des ganglions paravertébraux.

Pour les ganglions dorsaux supérieurs, on suit la technique de Labat.

Pour la chaîne lombaire, Whitte a proposé la même technique de Kappis.

Névrolyse thérapeutique de la chaîne sympathique lombaire avec l'alcool ou le triphénol.

L'auteur a employé dans douze cas le blocage durable du sympathique lombaire à la place de la gangliectomie sanglante.

Pour éviter le blocage simultané des splanchniques, il emploie une technique personnelle. L'aiguille arrive au sympathique lombaire par derrière, mais en dessous des splanchniques. Le blocage se fait avec trois injections dont la supérieure (blocage du deuxième ganglion lombaire) est la plus importante. Il a employé jusqu'à ce jour l'alcool à 80° et le triphénol à 5 p. 100.

Ce blocage n'est pas dangereux et peut se faire plusieurs fois dans le cas d'insuccès (toujours dû à des déviations de l'aiguille). La gangliectomie ne présente pas d'inconvénients si on la pratique après plusieurs tentatives stériles de blocage chimique.

Comme la gangliectomie, la névrolise chimique du sympathique lombaire trouve ses indications dans la maladie de Raynaud et dans la *trombo-angéite oblitérante* dans laquelle l'indice vaso-moteur est élevé. Dans les artérites séniles et dans les ulcères variqueux et dans d'autres dérangements trophiques, l'indication est moins précise.

7° *Influence de l'anesthésie locale et régionale sur le tonus de la musculature volontaire.*

Dans le terrain doctrinal, la question présente beaucoup d'obscurités qui ne permettent pas de prendre des décisions thérapeutiques trop catégoriques, mais dans quelques cas concrets, la pratique montre son utilité.

Dans le *tétanos localisé*, l'injection dans le même muscle d'une solution de novocaïne peut causer un allégement temporaire appréciable. Enumération d'une série de maladies tributaires de ce traitement dans certaines conditions.

Le *blocage chimique paravertébral* a donné des résultats inégaux dans les hypertonies musculaires, mais il n'est pas possible de les juger, en raison de la nouveauté de la méthode.

8° *Le blocage chimique dans les douleurs des reins pour préciser l'intervention.*

Quand on ne peut pas préciser cliniquement ou par radiographie la cause de la douleur, le blocage *anesthésique des troncs nerveux* sera un bon moyen diagnostique qui nous amènera à déterminer l'indication de la névrectomie et de la névrolyse avec l'alcool.

S'il s'agit de dérangements spasmodiques vasculaires par irritation en un point qu'il est impossible de préciser, la gangliectomie ou le blocage chimique de la chaîne sympathique lombaire (dans les membres inférieurs) peut donner un soulagement définitif.

E. Narcoses par voie rectale.

7. *Résumé du rapport de M. Anschutz (Kiel).* — 1. L'analgésie a réalisé, par la narcose rectale à l'avertine, un progrès essentiellement considérable, car l'avertine a ajouté au sommeil la merveilleuse amnésie comme un principe nouveau des principes de la narcose.

2. La narcose rectale à l'avertine peut être considérée comme le procédé le plus humanitaire d'obnubilation, parce qu'il épargne le plus les fonctions cérébrales.

3. L'art de la narcose rectale à l'avertine doit être perfectionné quant à la dose et à la technique.

4. Sous forme de narcose de base, l'avertine, à condition de bien individualiser les doses, peut déjà, aujourd'hui, être considérée comme aussi peu dangereuse que la narcose à l'éther.

5. La narcose totale à l'avertine constitue un but élevé, mais il ne peut être réalisé sans danger qu'à la condition de perfectionner notablement le dosage ou bien en inventant des moyens pharmacologiques ou techniques accessoires.

8. *Résumé du rapport de M. Camberini (Bologne).* — L'anesthésie à l'éther, par voie rectale, après avoir été

d'abord en faveur, perdit cette faveur à cause de très importantes contre-indications (nécrose du gros intestin, météorisme, irrégularité du sommeil, vomissements, lésions des organes parenchymateux).

Après l'examen de la plus grande partie de la littérature concernant la narcose rectale par l'avertine, et d'après son expérience personnelle, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1. Les complications mortelles, attribuées à la narcose, sont toujours dues à des doses exagérées ; avec la dose de base, on peut voir des incidents qui ne seront jamais mortels, et ils ne seront d'ailleurs pas plus nombreux que ceux qui accompagnent les autres narcoses.

2. S'il y a une certaine atteinte des organes, due à l'intoxication et à l'élimination, les lésions sont pratiquement causées par un état antérieur.

3. La mortalité, dans les plus mauvais cas, est égale à celle de l'éther, et même moindre. L'auteur énumère quelques avantages : suppression du traumatisme psychique, diminution des complications pulmonaires, suppression du masque dans les interventions sur la tête ou le cou ; utilisation dans les contre-indications fréquentes des autres narcoses générales, spécialement dans les interventions de longue durée. Il discute enfin les questions de doses et de bas pourcentage de narcose complète. Il affirme, en se basant sur une longue pratique, que la dose doit être individualisée ; il estime que l'avertine s'inspire de la tendance actuelle d'obtenir une narcose idéale par combinaisons médicamenteuses et qu'à ce titre, elle constitue un progrès notable dans l'anesthésie chirurgicale.

Il soumet à une critique serrée sa propre expérience et celle des autres et il affirme que l'avertine peut entrer utilement dans la pratique commune et, dans certains cas, on peut même la considérer comme une méthode d'élection.

9. *Résumé du rapport de M. Monod* (*Paris*). — 1° La *voie rectale*, utilisée pour l'anesthésie, ne peut être qu'une voie d'exception.

2° L'irrégularité de l'absorption intestinale, la non-gouvernabilité de la narcose expliquent l'incertitude et l'infériorité de cette méthode anesthésique qui, employée seule, n'arrivera pas de longtemps à détrôner la voie d'absorption pulmonaire.

3° L'anesthésie rectale complète heureusement le champ d'action de la rachi, dont la base du thorax représente la limite supérieure.

On aura recours à elle dans toutes les interventions majeures portant sur le cou et le thorax, lorsque l'anesthésie par inhalation est contre-indiquée et l'anesthésie locale non praticable.

4° A côté de ces raisons anatomiques, la douceur de la narcose qu'elle procure explique la persévérance des chirurgiens à l'utiliser et à la défendre, la faveur — contrairement à la rachianesthésie — qu'elle trouve auprès des malades, qui sont les premiers à la réclamer et à l'apprécier, considération qui est loin d'être négligeable.

5° D'un usage restreint avec l'éther, l'apparition de l'avertine lui a donné, depuis trois ans, un regain d'actualité et une considérable extension.

6° A côté de l'avertine, l'éther, sous la forme de mélange éthéro-huileux, mérite d'être conservé pour l'anesthésie rectale.

Il procure les avantages de la voie rectale, est moins dangereux que l'avertine, permet par le renouvellement des doses l'entretien de la narcose et se trouve plus facilement sous la main.

Moins rapide dans son action, plus irritant pour le rectum, son usage est plus limité ; il trouve ses meilleures indications dans la chirurgie de la tête, du cou et du thorax.

L'adjonction de l'avertine à l'éther semble devoir améliorer la valeur anesthésique du mélange. Des essais méritent d'être poursuivis dans ce sens.

7° La toxicité de l'avertine impose à sa posologie des limites assez étroites, conditions défavorables pour une anesthésie non gouvernable, comme l'est toute anesthésie donnée par lavement.

Mais en abaissant les doses et en ne recherchant pas l'anesthésie totale, l'avertine s'est révélée un anesthésique de base des plus intéressants, dont les indications peuvent dès lors s'étendre à toute la chirurgie.

8° Cette nouvelle formule anesthésique est particulièrement précieuse pour des interventions longues faites sur des organismes fatigués ; mais elle est également très appréciable pour tous les opérés, en ce sens qu'elle supprime la plupart des désagréments de la narcose par inhalation.

9° L'avertine n'est pas le seul produit applicable à l'anesthésie de base. Plusieurs produits (injectés par voie veineuse) sont actuellement utilisés dans ce même but. Les plus connus sont : le Numal, l'Amytal et le Pernocton.

10° Malgré sa vogue grandissante, l'avertine n'est pas l'anesthésique de base théoriquement le meilleur. En raison de sa toxicité, il exige une posologie rigoureuse et un anesthésiste entraîné ; la durée de son action est courte. Par contre, il est ce que nous avons de meilleur pour la mise en marche de la narcose ; c'est un anesthésique starter idéal.

11° Son association à un anesthésique gazeux marque un réel progrès dans la technique anesthésique ; il diminue la toxicité de l'anesthésie prolongée et rend la narcose presque aussi agréable que le sommeil normal.

12° En raison de leurs effets physiologiques contraires et se complétant heureusement, l'association anesthésique : avertine + protoxyde d'azote paraît actuellement la plus avantageuse.

F. Narcoses intraveineuses.

10. *Résumé du rapport de M. Fredet (Paris).* — Le numal est une forme injectable de l'allyl-isopropyl-manonylurée ; il contient 10 p. 100 de matière active.

Précédée d'une injection sous-cutanée de morphine, l'injection intraveineuse d'A. I. M. produit une anesthésie de fond, qui dure plus de deux heures, et suffit pour l'exécution de la plupart des temps opératoires. Mais cette anesthésie de fond doit être renforcée, à certains moments, par l'inhalation de quelques gouttes d'un anesthésique volatil.

Après l'opération, le malade reste endormi pendant cinq ou six heures ; l'agitation très gênante qu'on observe après l'injection d'autres manonylurées fait défaut ou est très atténuée ; les vomissements post-anesthésiques sont exceptionnels.

L'A. I. M. est transportée par les globules rouges ; elle se fixe avec prédominance sur les centres nerveux, mais on n'en trouve que de faibles traces dans le foie et dans le rein ; elle est éliminée en nature par le rein avec une grande lenteur.

L'A. I. M., injectée aux doses indiquées par l'auteur, ne lèse pas les organes essentiels de la vie et n'apporte ni troubles sérieux, ni troubles durables à leurs fonctions. Elle provoque momentanément une baisse de la tension artérielle, avec accélération du cœur et ralentissement de la respiration.

Les fonctions principales du foie (biliaire, glyco-régulatrice, protéolytique, lipolytique) ne subissent pas de modification sensible. La diurèse reste abondante si l'on a soin de faire boire les malades, mais l'élimination de la phénolsulfone-phtaléine et de l'urée sanguine est généralement ralentie.

L'anesthésie au numal est indiquée pour les opérations longues et délicates, que l'on peut exécuter sans hâte ; pour les malades affaiblis, à poumon fragile, ou hypertendus.

L'auteur a utilisé le numal avec les meilleurs résultats dans 496 cas.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 23 mai. — Jury : MM. Legueu, président ; Mauclaire, Moure, D'Allaines. — M. Motz. Les pyonéphrites. — M. Querneau. De la synovectomie du genou. Indications. Technique. Résultats.

Mardi 24 mai. — Jury : MM. Bezançon, président ; Rathery, Lenormant, Lemaître. — M. Zerbib. Etude des kystes pancréatiques. — M. Zimmern. Lymphogranulomatose maligne et tuberculose. — M. Tran-Ba-Huy. L'anévrysme cirsoïde de la face. — M. Dufour. Etude médicale des hernies épigastriques douloureuses. — Les erreurs de diagnostic qu'elles peuvent entraîner.

Mercredi 25 mai. — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Loeper, Cathala, Debré. — M. Ronce. Essai sur la psychologie des tuberculeux pulmonaires. — M. Morel. Essai de traitement de la syphilis par un nouveau composé arsénical pentavalent le méta-mono-urée-para-oxy-phénylarsinate de diéthylammie.

Samedi 28 mai. — Jury : MM. Balthazard, président ; Tanon, Piédelièvre, Philibert. — M. Iliovici. Des chondromes pulmonaires primitifs à propos d'un cas observé. — M. Vitenson Boris. Hygiène des paysans en Mandchourie du Nord.

NOTES POUR L'INTERNAT

LUXATION ANTÉRO-INTERNE DE L'ÉPAULE [1]

Complications nerveuses. — Les plus fréquentes et aussi les plus graves :

Soit tronculaires, par compression du circonflexe ou du tronc radio-circonflexe,

Soit radiculaires, le plus souvent par élongation.

Lésion du circonflexe. — On recherchera avant toute manœuvre de réduction l'anesthésie du moignon de l'épaule.

Après la réduction, on constatera, en outre :

Paralysie du deltoïde, impossibilité de l'abduction.

Evolution. — Tantôt simple contusion. Les signes disparaissent en trois ou quatre semaines.

Tantôt lésion définitive et alors atrophie considérable du moignon de l'épaule. Impossibilité de l'abduction.

Lésion du tronc radio-circonflexe. — Aux signes précédents, s'ajoute :

La paralysie des extenseurs de l'avant-bras et du bras, des supinateurs.

Le plus souvent, il s'agit d'une simple contusion, et les phénomènes sont passagers.

Lésions radiculaires. — Elles peuvent être :

A. *Du type supérieur :* racines de C^5 à C^7. Type Duchenne-Erb.

Paralysie du deltoïde, du biceps, du long supinateur.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 38, p. 7.2, et n° 40, p. 757.

Souvent, de plus, paralysie du grand pectoral, du sous-scapulaire, des épineux.

Le bras est en adduction et rotation interne.

B. *Du type inférieur.* — Racines C^8 et D^1. Cliniquement :

a) Paralysie des muscles de la main et des fléchisseurs des doigts.

b) Troubles oculo-pupillaires : syndrome de Claude Bernard-Horne caractérisé par : enophtalmie, myosis, diminution de la fente palpébrale.

Rarement, paralysies radiculaires totales.

De toute façon, l'évolution est variable :

Tantôt f. transitoires, tantôt f. définitives, d'où intérêt des *examens électriques*, de la RÉACTION DE DÉGÉNÉRESCENCE, qui permettra de fixer le pronostic.

Séquelles. — Outre les séquelles fonctionnelles déjà citées :

La péri-arthrite scapulo-humérale est une séquelle fréquente, surtout chez le vieillard. Elle s'accompagne de douleurs, de raideurs et d'atrophie du deltoïde.

Elle constitue une séquelle très grave, au point de vue fonctionnel.

DIAGNOSTIC

Est-ce une luxation ?

1. *Il y a peu de déformations.* — Diagnostic facile *avec les lésions péri-articulaires* (fracture de l'acromion, de la clavicule),

Avec la contusion de l'épaule.

De toute façon, nécessité de pratiquer une radiographie.

2. *Il y a des déformations :*

A. FRACTURE DU COL DE L'OMOPLATE. — Déformation facilement corrigée en portant le coude en haut en arrière, mais se reproduit avec crépitation (signe de Destot).

B. FRACTURE DU COL CHIRURGICAL. — C'est le diagnostic essentiel.

Dans les deux affections :

1. Coup de hache ;
2. Axe de l'humérus en dedans de la coracoïde ;
3. Saillie anormale dans l'aisselle.

Mais :

1. *La tête est à sa place.* La glène n'est pas déshabitée. Le fragment senti dans l'aisselle a d'autres caractères : irrégulier, douloureux, ne suit pas les mouvements du coude.
2. L'adduction passive est possible mais douloureuse.
3. La douleur est nettement localisée à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'acromion.
4. On constate le lendemain une ecchymose considérable.

C. DÉCOLLEMENT ÉPIPHYSAIRE. — Adolescent. Il s'agit en réalité d'une fracture partielle (décollement terminé en fracture).

Quelle variété de luxation ? 1° *Le bras est en rotation externe.* Il s'agit soit d'une extra-coracoïdienne, si la déformation est peu marquée, la dépressibilité acromiale moins nette, la tête humérale est en dehors de la coracoïde, soit d'une sous-coracoïdienne.

A la palpation la tête est dans l'aisselle : c'est la luxation type.

2° *Le bras est en rotation interne : dans la variété intra-coracoïdienne*, la tête est sous les pectoraux. L'axe passe en dedans de la coracoïde.

Dans la variété sous-claviculaire, déformations caractéristiques (rare).

La luxation est-elle compliquée ? — Rechercher les complications osseuses, vasculaires, nerveuses.

S'aider de l'examen du pouls, de l'exploration de la sensibilité de l'épaule, de la radiographie.

TRAITEMENT

1. Luxation récente. — On effectuera la réduction sous anesthésie générale. Les procédés les plus employés sont :

1. Le procédé de *Kocher :*

a) adduction progressive du bras,
b) rotation externe, coude au corps,
c) élévation, adduction du bras, rapide.

2. Le procédé de Mothe :

a) traction en abduction,
b) élévation, adduction rapide en s'aidant de manœuvres directes sur la tête.

3. La traction élastique (Th. Anger), en abduction.

Les suites peuvent être défectueuses, par suite de douleurs, d'atrophie deltoïdienne, d'arthrite sèche.

2. Luxation compliquée de fracture du col huméral. Intervenir pour réduire et visser, ou réséquer la tête suivant le cas.

Luxation compliquée de lésions vasculo-nerveuses. — On n'agit bien que sur les lésions vasculaires qui seules ont une indication opératoire. Les lésions nerveuses sont justiciables de traitements physiques.

3. Luxation ancienne. — *a*) On essaie de réduire par les méthodes non sanglantes.

b) En cas d'insuccès, on pourra intervenir au bout de quelques jours :

Soit pour une reposition,

Soit souvent pour une résection.

Les résultats sont souvent moins bons qu'avant l'intervention, dont il faut bien discuter les indications :

Ne pas opérer si :

— Sujet âgé,
— Mouvements suffisants et surtout à gauche.

L'indication type est le blessé jeune, musclé, qui souffre et dont les mouvements sont insuffisants.

4. Luxation récidivante. — Divers procédés opératoires ont été employés :

a) D'abord la simple *capsulorraphie* antérieure, associée ou non à des myorraphies du sous-scapulaire.

b) Mais on tend actuellement à lui préférer la méthode des butées osseuses en avant de la glène.

Des procédés nombreux ont été décrits, qui utilisent soit un greffon tibial, soit le coracoïde.

Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée

ACCÉLÉRATION DU TRAIN RAPIDE PARIS-BRIANÇON. — Ce train rapide de toutes classes (avec compartiments couchettes) Paris-Briançon via Valence-Veynes réalise un gain de temps de 25 minutes sur l'horaire actuel, à partir du 22 mai.

Paris : dép. 21 h. 10 ; Lyon-Perrache : dép., 4 h. 19 ; Valence : arr. 5 h. 46 ; Die : arr. 7 h. 22 ; Veynes : arr. 9 h. 01 ; Gap : arr. 9 h. 36 ; Embrun : arr. 10 h. 36 ; Montdauphin-Guillestre : arr. 10 h. 59 ; Briançon : arr. 11 h. 45.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


Le VIN GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE
est le véritable
SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME
chez les Enfants et les Adultes
Le VIN GIRARD, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme.
D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le VIN GIRARD est, de plus, d'un goût fort agréable.
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
TUBERCULOSE
UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS
MÊME COMPOSITION
MÊMES INDICATIONS :
SIROP GIRARD
MÉDECINE INFANTILE
2 à 3 cuillérées à bouche selon l'âge.
GRANULÉ GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
2 à 4 cuillérées à café pour Enfants & Adultes
VIN GIRARD
A. GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS
VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS

Nº 43. — SAMEDI 28 MAI 1932. 105e ANNEE. SAMEDI 28 MAI 1932. — Nº 43.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Composition écrite.* — Séance du 23 mai. — MM. Clément, 19,90; Lambling, 19,45; Chevalley, 19,72; Escalier, 18; Layani, 20.

— ELECTRORADIOLOGIE. — Plusieurs places d'assistants libres seront disponibles pour l'année scolaire 1932-1933 pour des confrères français ou étrangers ayant déjà étudié l'électroradiologie et qui désireraient se perfectionner dans les deux branches.

Conditions exigées : avoir déjà fait de la spécialité; s'engager à travailler les deux branches (électro et radiologie); venir régulièrement dans le service du 15 octobre 1932 au 30 juillet 1933.

Aucun émolument n'est attaché à la fonction.

Pour les demandes et renseignements, prière de s'adresser au docteur Delherm, chef du service central d'électroradiologie à l'hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital, à Paris, le matin sur place, ou écrire.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — Un concours pour une place d'interne titulaire et une place d'interne provisoire aura lieu aux hôpitaux d'Orléans le mardi 19 juillet 1932, à 10 h.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Vigneron d'Heucqueville, reçu quatrième au concours de médecin d'asiles de 1932, est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais), en remplacement de M. le docteur Magnand, appelé à un autre poste.

M. le docteur Beaudouin, reçu septième au concours de médecin d'asile de 1932, est nommé médecin chef de service à l'asile privé faisant fonctions d'asile public d'aliénés du Bon-Sauveur-de-Bégard (Côtes-du-Nord), en remplacement de M. le docteur Godard, appelé à un autre poste.

M. le docteur Donnadieu, reçu huitième au concours de médecin d'asiles de 1932, est nommé médecin chef de service de l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), en remplacement de M. le docteur Hyvert, appelé à un autre poste.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. le professeur Roussy vient d'être élu membre du Conseil de l'Université par 48 voix sur 50 votants, en remplacement de M. le professeur Teissier.

— *Concours de l'adjuvat.* — Jury : président, M. P. Duval; MM. Rouvière, Cunéo, Grégoire, Richet.

Candidats : MM. Beuzart, Aboulker, Billet (Horace), Blanquine, Gasné, Rudler, Mutricy, Pichon (Roger), Zagdoun, Baumann, van der Elst, de Langre, Gandy, Herbert (Jean), Petit (Pierre), Poilleux, Monod, Jullien (Robert), Lebel (Frédéric).

Composition écrite. — Séance du 23 mai. — Questions données : « Anatomie du médius. — Physiologie de l'appareil sphinctérien de l'anus. »

MM. Beuzart et Aboulker, 25; Billet (Horace), 26; Gasné, 22.

Séance du 25 mai. — MM. Rudler et Zagdoun, 28; Mutricy et Pichon, 22.

JOURNÉES MÉDICALES DE LA FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — Les Journées médicales de la Faculté libre de médecine de Lille auront lieu, cette année, les 3, 4 et 5 juin prochain.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES DE BOURGOGNE. (BEAUNE, 4 juin 1932.) — *Section médicale.* — Réunion à l'Hôtel de Ville.

10 h. : M. le professeur agrégé Jousset. Sur le traitement de la tuberculose; — 10 h. 45 : M. le docteur Malachowsky,

vice-président des médecins amis du vin. Un duel entre Bourgogne et Champagne au XVIIIe siècle; — 11 h. 30 : M. le professeur agrégé Lian. Indications fournies par la pression moyenne; — Midi : Banquet du Congrès; — 16 h. : M. le professeur Rathery. Coma diabétique et coma insulinique; — 17 h. : Clôture du Congrès; — 17 h. 30 : Visite de l'Hôtel-Dieu; — 19 h. 30 : Dîner médical à Meursault (transports organisés).

Les confrères désireux d'assister au banquet du Congrès et au dîner médical sont priés d'envoyer leur adhésion au plus tôt au docteur Tassin, à Beaune.

RÉUNION MÉDICALE DE NANCY (3 juillet 1932). — La Faculté de médecine de Nancy organise, comme les années précédentes, à l'intention des médecins praticiens, une Réunion médicale qui se tiendra le dimanche 3 juillet. Cette date a été choisie de façon à permettre aux adhérents d'assister le vendredi 1er et le samedi 2 juillet aux séances des Journées orthopédiques de Nancy organisées par M. le professeur Frœlich.

Inscription gratuite au secrétariat de la Faculté de médecine de Nancy.

PROGRAMME. — *Réunion médicale du dimanche 3 juillet 1932.* — 9 h. 30 : Réunion au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique; Conférences : 1. M. le docteur Meignant, médecin de l'hospice J.-B. Thierry. Le dépistage des arriérations mentales chez l'enfant; 2. M. le docteur Aubry, médecin chef à l'Asile de Maréville. Paralysie générale et malariathérapie; 3. M. le docteur Michon, médecin des hôpitaux. Données actuelles sur le traitement de l'épilepsie; — 11 h. 45 : Visite de la bibliothèque de la Faculté de médecine; — 12 h. 30 : Déjeuner à l'Hôtel d'Angleterre; — 14 h. 30 : Réunion au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique; Conférences : 1. M. le docteur Louis Mathieu, médecin des hôpitaux. Les données pratiques de l'électrocardiographie; 2. M. le professeur Hamant. Les plaies des doigts et leurs complications.

HOMMAGE AU PROFESSEUR RIEUX. — Les élèves et les amis du professeur Rieux, désireux de lui manifester leur reconnaissance et leur affectueuse admiration, se sont groupés, pour lui offrir un souvenir, sous les auspices d'un comité présidé par M. le docteur Ch. Fiessinger.

Une plaquette de bronze, reproduisant ses traits, a été demandée à M. Armel-Beaufils, sculpteur, et sera offerte au professeur Rieux au cours d'une réception vers le mois de novembre prochain.

Les souscriptions sont reçues à partir de 50 fr. par le docteur Roudouly, 88, rue de Sèvres, à Paris (VIIe) (compte courant chèques postaux n° 1672.22, à Paris). Elles donnent droit à une réduction 8 cm. × 6 cm. de la plaquette.

CROISIÈRE EN NORVÈGE. — La direction des croisières de la *Revue générale des sciences*, à la demande d'un grand nombre de touristes qui n'ont pu trouver de places à bord du yacht *Prince Olav* pour sa croisière au Spitzberg de cet été ou qui ne peuvent se rendre libres à cette époque, a pris les dispositions suivantes en vue de leur donner satisfaction.

Le même bateau partant d'Edimbourg le 14 juillet conduira ce groupe supplémentaire jusqu'au Cap Nord en visitant d'une façon très complète les fjords les plus pittoresques. Retour le 27 juillet dans ce même port. Prix de la croisière, y compris les excursions et les pourboires : 3.180 fr. d'Edimbourg à Edimbourg. Des prix réduits permettront de se rendre à ce port et d'en revenir avec un minimum de dépenses. Ces conditions sont particulièrement avantageuses, car elles ne constituent pas un prix minimum, mais permettent d'obtenir des cabines fort bien situées, spacieuses, luxueusement aménagées et très confortables.

Toutes les cabines donnent directement sur la mer par des fenêtres et sont à une ou deux personnes avec lits non superposés.

Pour programme détaillé, renseignements et inscriptions, s'adresser à la Presse médicale française, 23, rue du Cherche-Midi, à Paris.

VOYAGES EN U. R. S. S., spécialement organisés pour médecins. Départs : début août et septembre.

Demander renseignements et conditions spéciales sur ces voyages à la Banque commerciale pour l'Europe du Nord, bureau du tourisme, service G. H., 26, avenue de l'Opéra, Paris, tél. : Central 65-55.

Pour étudiants en médecine, conditions spéciales.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ANCIENS ÉLÈVES DES LYCÉES ET COLLÈGES POUR LE LATIN-GREC

Le monde médical doit se réjouir de la campagne faite avec ténacité, en faveur du vote intégral de la loi Armbruster, car elle a été entendue dans bien des milieux étrangers à la médecine, mais dans lesquels on tient à confier sa vie à un médecin de haute culture. Lorsqu'on interrogeait jadis un profane sur l'idée qu'il se faisait du médecin, celui-ci était pour lui à la fois un apôtre, un savant et en même temps un confesseur à qui il confiait ses angoisses. Il semble qu'on voudrait revenir à cette époque déjà un peu lointaine, époque à laquelle le médecin savait être le grand ami de son malade, parce qu'il savait lui inspirer une confiance totale. C'est dans cet esprit que l'amendement Debierre tendant à exiger des étudiants en médecine le baccalauréat A (latin-grec) a été longuement étudié *par les anciens élèves des Lycées et Collèges de France et des Colonies*, dont les membres appartiennent aux professions les plus diverses.

Leur Association vient de tenir son congrès annuel à La Rochelle et sa séance de clôture était présidée par M. Paul Labbé assisté de l'Amiral Guépratte, le héros des Dardanelles, ancien député républicain du Finistère et président de l'A. du lycée de Brest, et de M. Pierre Legrand, trésorier de l'association de Louis-le-Grand. Le texte de l'amendement Debierre a été discuté en séance publique, et sur les propositions des docteurs Chicandard de Versailles ; Chastang de Rochefort et Guélan de Bordeaux, l'assemblée, *à l'unanimité*, a voté une motion demandant que le baccalauréat A soit exigé des étudiants en médecine.

MAURICE MORDAGNE.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

L'ÉLECTROLOGIE EN 1931

PAR

Louis DELHERM
Chef du Service d'Electro-Radiologie de l'hôpital de la Pitié,

et

Jean LOUBIER
Chef du service d'Electrologie de l'Hôpital Américain.

I. GÉNÉRALITÉS

Etat des voies lymphatiques après les sections au bistouri électrique. (Ch. Champy et M. Heitz-Boyer. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVII, p. 205, 1931.) — Le bistouri électrique, sans fermer les lymphatiques comme les vaisseaux sanguins, tend cependant à annihiler la résorption par voie lymphatique.

Ondes électromagnétiques et néoplasmes. (W. Kopaczweski. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVII, p. 1252, 1931.)

Sur la forme du courant d'action nerveuse obtenu par excitation galvanique constante. (A. Fessard. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVII, p. 1237, 1931.)

Etude physique et physiologique des courants de haute fréquence redressés. Applications cliniques. (P. Ponthus. *Th. de Lyon*, 1931.) — Tous les appareils générateurs de haute fréquence peuvent fournir ces courants. Le redressement peut s'obtenir par différents dispositifs mais surtout avec les Kénotrons et les lampes à 3 électrodes.

L'auteur étudie ensuite les propriétés physiques et physiologiques de ces courants. Ils peuvent notamment servir en électro-diagnostic ; car ils agissent dans tous les cas où le courant galvanique excite les muscles et peuvent même produire la contraction musculaire alors que le courant galvanique ne peut le faire. Il semble donc que cette nouvelle méthode d'examen électrique présente un certain intérêt.

Les courants de haute fréquence redressés peuvent rendre de grands services en thérapeutique pour la récupération fonctionnelle des nerfs et des muscles. L'avantage précieux de cette méthode est de pouvoir être appliquée avec un appareil de diathermie.

Sur le pouvoir thermogène des courants de haute fréquence et des courants de haute fréquence redressés. (P. Ponthus, *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVII, p. 1140, 1931.) — Les courants de H. F. R. présentent un écart évident avec la loi de Joule, mais il est probable que cet écart n'est qu'apparent bien qu'il s'agisse de courants de haute fréquence n'ayant qu'une seule série d'alternances, toutes dans le même sens.

II. APPAREILS ET TECHNIQUE

Palmotherm. (Poittevin. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électrothérapie et de radiol.*, oct. 1931, avec fig.) — Cet appareil est un générateur à haute fréquence à ondes amorties, peu encombrant et très maniable pour toutes applications : diathermie, effluves et coupe chirurgicale.

Présentation d'un appareil à ondes courtes. (Walter : *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électrothérapie et de radiol.*, oct. 1931.) — Appareil donnant des ondes de 15 mètres ; le réglage de puissance est obtenu par le chauffage du filament de la lampe. Le modèle présenté est prévu pour la diathermie locale ; il donne instantanément un fort effet thermique entre deux électrodes isolées ; les applications peuvent se faire à travers les vêtements. L'appareil peut être employé en monopolaire comme bistouri électrique et permet également toutes les applications de coagulation ordinaire.

Générateur de courant faradique pour traitement de l'obésité. (Fournier. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électrothérapie et de radiol.*, oct. 1931.) — En utilisant le dispositif de lampes et de condensateurs préconisé par l'auteur pour remplacer la bobine faradique et en y joignant le nouveau métronome inverseur imaginé par lui, on réalise un appareillage pour la méthode de Bergonié, qui est très régulier et très facilement réglable au cours même de la séance.

Appareils d'électrothérapie. (Walter. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électrothérapie et de radiol.*, juillet 1931, avec fig.) — L'auteur présente deux appareils : 1° son appareil de cabinet modifié. Un premier bouton met l'appareil en trois positions normales de galvanique, faradique, galvano-faradique. Un deuxième bouton donne pour le courant choisi la forme rythmée, ondulée, alternée, inversée, etc. ; 2° un appareil galvano-faradique simplifié et portatif. Il donne les courants constant, rythmé à front bref ou progressif, qu'il s'agisse de galvanique, faradique ou galvano-faradique.

Nouvel appareil d'électrothérapie pour la production des courants ondulés. (Fournier, *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électrothérapie et de radiol.*, juillet 1931, avec fig.) — Cet appareil remédie aux défauts des onduleurs mettant en jeu un système mécanique. Branché sur courant alternatif, il fournit les courants continu et faradique, soit directement, soit après passage à travers un métronome. Il permet d'obtenir des courants ondulés. L'appareil fournit soit des ondes rythmées, soit des ondes inversées.

Thermax. Générateur à ondes courtes pour applications généralisées et localisées. Poittevin, *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électrothérapie et de radiol.*, nov. 1931.) — La puissance de cet appareil est de 1 kilowatt dans le circuit d'utilisation. Longueur d'onde : 22 m. ou 18 m.

Dans les applications générales (22 mètres), le sujet est placé sur un brancard entre 2 plaques verticales latérales ; un dispositif de circulation d'air dissipe la transpiration toujours très abondante. Dans les applications locales (18 mètres), il existe 2 plaques circulaires de petit diamètre maintenues par des conducteurs articulés permettant de les orienter. Ce modèle est très résistant puisqu'il a fonctionné 1.200 heures sans réparation.

Etude des courants redressés et filtrés. (Humbert et Chenaille. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1931.) — L'appareil présenté, transformant un

courant alternatif en courant continu, arrive à fournir un courant pratiquement semblable au courant de piles ou d'accumulateurs ; la tétanisation avec le filtrage complet se produit à 9 m a et avec des piles à 9 m a,5.

Procédés personnels d'applications diathermiques. (Porcher. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1931.) — Dispositif destiné à rendre faciles les applications sur la face, le cou, etc...

Sur un procédé pratique de diathermie faciale. (Surmont. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, novembre 1931.)

Les ondes courtes en diathermie. Présentation d'appareil. (Boulestreau. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, novembre 1931.)

A propos des ondes galvaniques alternatives à longues périodes et du courant faradique ondulé. (Laquerrière et Delherm. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juillet 1931.) — Pour les ondes alternatives, si on veut en obtenir tout ce qu'elles peuvent donner, il faut avoir un appareil permettant de faire varier les différents facteurs de façon à réaliser des usages très différents.

Le courant faradique tétanisant ondulé doit monter d'une façon progressive au maximum et cesser alors de façon à ce que le muscle se relâche spontanément entre chaque contraction, repos de longue durée.

Un nouveau dispositif pour les applications ophtalmologiques de la diathermie. (L. Coppez, *Arch. d'ophtalmologie*, mai 1931, p. 359.)

Nouvel appareil d'électrothérapie sur courant alternatif pour courants continu et faradique. (Delherm, Laquerrière et Fournier. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électrothérapie et de radiol.*, avril 1931.)

Note sur la diathermo-voltaïsation et la diathermo-faradisation. (Delherm et Laquerrière. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, février 1931.) — Le combinateur de Walter permet d'associer sur les mêmes électrodes la diathermie et soit le galvanique, soit le faradique, soit la galvano-faradisation. La seule précaution à prendre est d'imbiber les électrodes d'une solution à saturation de façon à diminuer le risque de brûlure.

Diathermo-galvano-faradisation. (Cicera. *Bull. officiel de la Soc. fr. d'Electrol. et de Radiol.*, avril 1931.)

Une nouvelle application de la d'Arsonvalisation : l'hydrodiathermothérapie. (H. Bordier et C. Boisson, *C. R. Acad. des sciences*, T. CXCI, p. 966.) — Ce traitement consiste à faire une application de diathermie sur la région hypogastrique, en même temps, ou aussitôt après que l'eau minérale est ingérée. Les auteurs citent un succès dans un cas de coliques néphrétiques chez un médecin.

Electrotome. Appareil à ondes entretenues pour applications médicales et chirurgicales. (Poitevin, *Bulletin officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, février 1931.)

Les courants très faibles en électrothérapie. Kœnig. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, mai 1931.) — L'auteur a obtenu d'excellents résultats en faisant des séances de courant continu d'au moins 30 minutes, mais de préférence d'une heure, avec des intensités de 1 ou 2 milliampères.

Fixation élective des ions médicamenteux par l'électro-aimant. (Denier. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, mai 1931.)

Sur une nouvelle électrode diathermique permettant le moulage de la région traitée et le contrôle pyrométrique des applications externes. (Surmont. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, mai 1931.)

Appareil pour la recherche du réflexe galvano-psychique. (A. Zimmern, A. Walter et P. Nyer. *C. R. de la Soc. de Biol.*, T. CVII, 1931.)

Nouvel appareil pour courant faradique. (Delherm et Laquerrière. *C. R. Acad. des Sciences*, 20 avril 1931.) — Utilisation des lampes à gaz rare à la place des interrupteurs mécaniques.

Nouvelle méthode d'électrologie par l'emploi de courants alternatifs de fréquence variable. (Amiot et Bize. *Revue d'Actinologie et de Physiothérapie*, mai-juin 1931.)

III. ÉLECTRODIAGNOSTIC

Contribution à l'étude des variations de la résistance initiale du corps humain. (A. Strohl et H. Desgrez. *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, juillet 1931.)

La résistance initiale du corps humain. (André Strohl. *Bull. de l'Acad. de méd.*, n° 14, 1931.) — L'auteur appelle résistance initiale le quotient de la force électro-motrice de la source par l'intensité du courant à travers le corps humain au moment même de la fermeture du circuit. Il conseille pour la mesure de la résistance initiale l'oscillographe cathodique de Dufour. Il pense que cette grandeur mérite de prendre place parmi les constantes physiques utiles à connaître dans les divers modes d'application médicale du courant électrique.

Sur une théorie de la contraction musculaire. (Ph. Fabre. *C. R. de la Soc. de Biol.*, T. CVI, p. 951, 1931.)

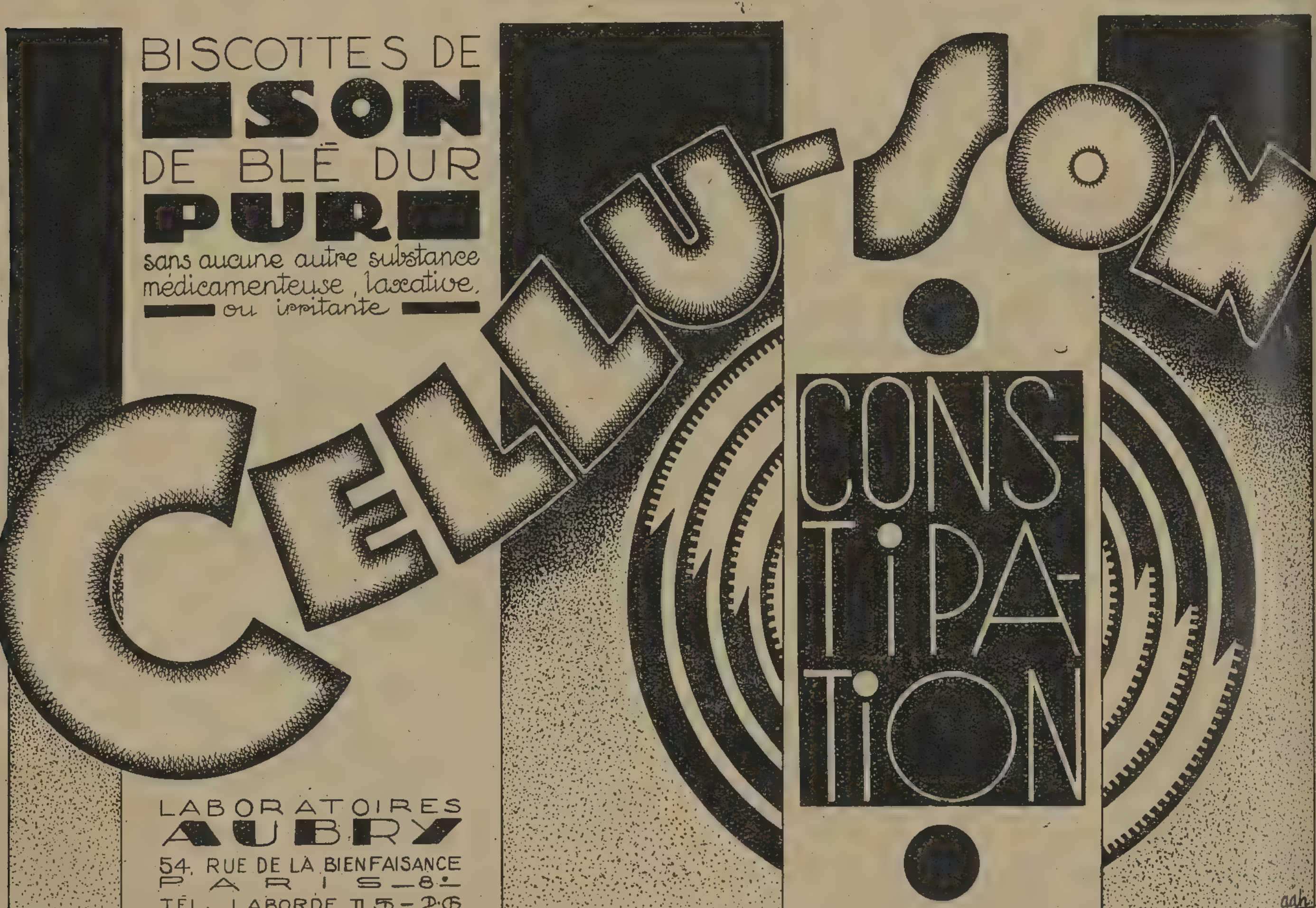
Fusion anticipée des secousses faradiques dans deux cas de paralysie faciale. (Grunspan de Brancas. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, juillet 1931.) — Ces deux cas de paralysie faciale présentaient à la période de guérison la tétanisation complète du côté malade pour une fréquence d'excitation qui donnait du côté sain des contractions séparées. Il existait également une légère tendance à la lenteur de la secousse.

Clé portative pour électrodiagnostic. (Fournier, *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, octobre 1931.)

Sur la valeur pratique de la réaction myotonique dans la myopathie. (Stull. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, nov. 1931.) — La réaction myotonique, seule réaction caractéristique de la myopathie, a été recherchée chez 14 myopathiques dans le service d'électro-radiologie de la Pitié. La réaction myotonique n'a été trouvée que dans trois cas. Il ne faut donc pas accorder une foi trop absolue aux résultats de l'examen électrique lorsqu'ils ne montrent pas la réaction.

Mesure de la conductibilité du corps humain par décharges brèves de condensateurs et lampes au néon. (Ph. Fabre. *C. R. de la Soc. de Biol.*, T. CVI, p. 954, 1931.)

Excitabilité du sympathique en tant que modificateur de la chronaxie musculaire. (Marcelle Lapicque. *C. R. de la Soc. de Biol.*, T. CVII, p. 962, 1931.) — Reprise des expériences faites avec L. Lapicque et Orbeli, montrant que la faradisation de la chaîne sympathique au voisinage du 7e ganglion diminue la chronaxie du gastrocnémien correspondant.


BISCOTTES DE
SON
DE BLÉ DUR
PUR
sans aucune autre substance médicamenteuse, laxative, ou irritante
CELLU-SON
CONS-TIPA-TION
LABORATOIRES
AUBRY
54, RUE DE LA BIENFAISANCE
PARIS-8e
TÉL. LABORDE 15-26

Points moteurs du diaphragme de l'homme et leur chronaxie normale. (G. Bourguignon. *C. R. de la Soc. de Biol.*, T. CVII, p. 1101, 1931.) — Les points moteurs du diaphragme sont compris dans une zone limitée par la 9e et la 11e côte. Sur tous les points moteurs, chez les sujets normaux, on trouve la même chronaxie que sur le nerf phrénique, de 0,166 à 0,326, conformément à la loi générale de l'isochronisme du nerf et des points moteurs musculaires.

La chronaxie dans l'hyper-parathyroïdie. Etude d'un cas d'ostéite fibreuse de Recklinghausen avec déformations pagétoïdes. (Georges Bourguignon et Paul Sainton. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVII, 1931.)

Variations de la chronaxie des antagonistes dans la fatigue d'un mouvement volontaire. (H. Laugier et W. Liberson. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVIII, 1931, p. 924.)

Caractère fallacieux des soi-disant mesures de chronaxie effectuées dans un bain de solution physiologique. (L. et M. Lapicque. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVIII, p. 719, 1931.)

Le seuil de tétanisation des nerfs et des muscles au moyen de courants alternatifs de fréquence variable. (Georges Coppée. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVIII, 1931.)

Influence de la concentration ionique du liquide des électrodes sur la conductibilité électrique du corps humain. (A. Strohl et H. Desgrez. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVII, 1931.) — La résistance initiale augmente avec les faibles concentrations et diminue avec les fortes. La résistance finale, par contre, baisse toujours un peu dans tous les cas.

Sur l'influence de la longueur d'onde dans les actions excito-motrices produites par les courants de haute fréquence redressés. (J. Cluzet et P. Ponthus. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVII, p. 155, 1931.)

Action des courants de haute fréquence redressés sur le cœur de grenouille. (J. Cluzet et P. Ponthus. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVII, p. 1133, 1931.)

Action de la morphine sur la coordination des mouvements. (M. Bonvallet et Rudeanu. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVII, 1931.)

Hyperpnée volontaire dans la tétanie latente. Evolution de la chronaxie. (G. Bourguignon. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVII, 1931.) — Pendant la crise de tétanie déclenchée par hyperpnée volontaire, la chronaxie et la rhéobase évoluent comme pendant la crise de tétanie spontanée.

Variations électrotoniques des paramètres d'excitabilité du muscle longitudinal isolé de l'holothurie. G. Morin, *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVII, 1931.)

Action du sulfate de guanidine sur le rythme, la force contractile et la chronaxie du cœur isolé de grenouille. (Frantz Mathieu. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVI, p. 1237, 1931.)

Action des variations de la concentration osmotique du liquide de Ringer sur la chronaxie du cœur isolé de la grenouille. (Frantz Mathieu. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVI, p. 1235, 1931.)

Le réflexe vaso-moteur par excitation du nerf hypogastrique. Mesure de l'excitabilité des voies centripètes sympathiques. (E. Auburel et A. et B. Chauchard. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVI, p. 1218, 1931.)

Les chronaxies de l'effet isotrope et de l'effet chronotrope du penumogastrique cardiaque de la tortue. (H. Fredericq. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVI, p. 1232, 1931.)

Nouvelle méthode pour mesurer l'excitation physiologique. (A. Mazzucco. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVII, p. 887, 1931.) — Au lieu de modifier la capacité, comme dans la méthode classique, dans cette méthode on fait varier la constante de temps en modifiant les résistances du circuit.

La conductibilité des organismes vivants au courant alternatif. Les capacités de polarisation. (André Strohl, *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, août 1931, p. 426 et suiv.)

Sur le mode de conductibilité électrique des tissus vivants. (André Strohl. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, n° 3, 1931.)

Essai expérimental sur une nouvelle méthode de mesure chronaxique. (L. Maillard. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVI, p. 176, 1931.)

Modifications tardives de la chronaxie après le travail électriquement provoqué. (H. Laugier et Mlle B. Neoussikine. *C. R. Acad. des Sciences*, 26 janvier 1931.)

Recherches sur la conductibilité électrique de la peau de grenouille en courant alternatif. (A. Strohl et J. Dubost. *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, septembre 1931, p. 491.)

La conductibilité des organismes vivants au courant alternatif. II Schémas équivalents aux conducteurs organiques. (André Strohl. *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, octobre 1931.)

Sur l'étude oscillographique des courants de haute fréquence redressés. (Cluzet et Ponthus. *Arch. d'Electricité méd. et de Physiothérapie du cancer*, février 1931.)

Etude de la courbe d'excitation musculaire obtenue par l'emploi des courants alternatifs à fréquence variable. (Amiot et Bize. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, mai 1931.)

Contribution à l'étude d'une nouvelle méthode d'électrodiagnostic par l'emploi des courants alternatifs à fréquences variables. (Amiot, Bize et Coudert. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, mars 1931.)

Méthode d'électrodiagnostic par excitations galvaniques longues et excitations galvaniques brèves. (Thibonneau. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, mars 1931.) — L'auteur présente un malade dont les muscles ne répondent pas au choc galvanique bref, mais présentent une contracture avec un bon appui de la clé de Courtade.

Chronaxies comparées du nerf et du point moteur du muscle dans les répercussions chez l'homme. (Georges Bourguignon. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVII, p. 220, 1931.)

Chronaxie du nerf, du point moteur et des nerfs intramusculaires dans les répercussions expérimentales chez le lapin. (G. Bourguignon et D. Benatti. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVII, p. 223, 1931.)

Action du curare et de l'atropine sur la chronaxie transversale du cœur. (Adalbert, Van Bogaert et Catherine Veil. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVII, p. 1280, 1931.) — Les expériences des auteurs démontrent qu'une direction du champ électrique perpendiculaire à l'axe du cœur permet d'atteindre sélectivement le faisceau de Gaskell-His.

IV. DERMATOSES

Les agents physiques en dermatologie. (G. Archambault et A. Marin, *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, février 1931.) — Les courants de haute fréquence sous forme d'électrodessication ou sous forme d'électro-coagulation rendent de très grands services dans les affections de la peau.


DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
RACHITISME AFFECTIONS HÉPATIQUES ASTHÉNIE ETC
DRAGÉES DE
CHLORURE DE MAGNESIUM
ADRIAN
LE MEILLEUR PRÉVENTIF DES NÉOPLASMES
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE. PARIS (3e)

Les méthodes mixtes dans le traitement des épithéliomas cutanés. (J. BELOT, *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, juillet 1931.) — Dans ce remarquable mémoire présenté au IIIe Congrès international de Radiologie, l'auteur qui traite les épithéliomas cutanés depuis 28 ans étudie les méthodes mixtes dans lesquelles s'associent la rœngenthérapie, le raclage, l'électrolyse ou l'électrocoagulation, montrant, après quelques mots de technique, les indications de ces méthodes et les résultats qu'on peut en espérer.

Sur le traitement des affections aiguës de la peau par la diathermie. (RONNEAUX et DESGREZ. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, juillet 1931.)

A propos de la diathermocoagulation des chéloïdes. Physiothérapie des cicatrices vicieuses. (DEVOIS, *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, juin 1931.)

Traitement physiothérapique de l'actinomycose cervico-faciale. (STUHL, *Bull. de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, février 1931.) — Parmi les agents physiques, trois modalités sont indiquées : la diathermie, l'ionisation iodurée et la radiothérapie.

V. SYSTÈME NERVEUX

Considérations sur le traitement de la poliomyélite. (L. DELHERM. *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, juillet 1931.) — Thérapeutique pathogénique : radiothérapie, *courant voltaïque* avec ou sans ionisation, diathermie.

Thérapeutique de la mauvaise nutrition du membre : courant voltaïque, diathermie associés à la balnéation chaude et aux infra-rouges.

Thérapeutique excito-motrice du muscle : ondes galvaniques alternatives à longues périodes, courant voltaïque interrompu au métronome, puis plus tard faradisation à chocs espacés. Les rayons U. V. ont également une action sur la tonicité musculaire.

Ce mémoire, présenté au IIIe Congrès international de Radiologie, résume toute la question du traitement de la poliomyélite.

Les ondes galvaniques alternatives à longues périodes (LAQUERRIÈRE, LOUBIER, JAUDEL. *IIIe Congrès intern. de Radiol.*, *in Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, juillet 1931.) — Les auteurs rappellent les travaux de d'Arsonval, de Guilloz et de Weiss concernant les actions trophiques du courant alternatif à ondes, du courant continu simple et du courant continu renversé. D'autre part, du point de vue de l'action excito-motrice, Bordet avait montré que l'élévation lente de l'intensité galvanique faisait contracter les muscles dégénérés beaucoup mieux que les chocs brusques. C'est en se basant sur ces considérations qu'ont été créées les ondes alternatives.

En ce qui concerne les résultats thérapeutiques, il faut envisager d'une part l'action nutritive, d'autre part l'action gymnastique particulièrement utile pour les muscles en état de dégénérescence.

Action trophique locale des ondes galvaniques alternatives à longues périodes. (LOUBIER et LAQUERRIÈRE, résumé des communications faites au *Congrès intern. de Radiol.*, Paris 1931.) — Les auteurs envisagent l'action trophique des ondes galvaniques alternatives à longues périodes dans différents cas : 1° dans les amyotrophies accompagnant les névrites, les séquelles de névrite ou les suites de traumatisme ; 2° dans la flaccidité de la paroi abdominale et dans les ptoses du ventre ; 3° dans les cas de prolapsus utérin chez les femmes âgées ; 4° dans certains cas d'incontinence accidentelle d'urine chez la femme (post partum).

Les auteurs apportent des observations démonstratives.

Paralysie haute dissociée du plexus brachial post-sérothérapique. Electro-diagnostic et traitement. (PIFFAULT et SURMONT. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, novembre 1931.) — Le traitement consista en séances de courant continu, 16 séances : positif sur la nuque et le creux sus-claviculaire, négatif dans le creux de l'aisselle ; puis treize séances d'ionisation de calcium. Diminution des douleurs, amélioration très marquée des mouvements volontaires.

Les paralysies post-sérothérapiques. (O. CROUZON et J. CHRISTOPHE. *Le Monde méd.*, 1er sept. 1931.) — Les formes habituelles sont les formes localisées : paralysies du plexus brachial qui affectent le type radiculaire supérieur ; les formes isolées, les formes atypiques englobent les formes généralisées. On note toujours des troubles des réactions électriques, RD partielle ou RD complète.

Comme traitement, la méthode de *Bourguignon :* soit ionisation trans-cérébro médullaire ; soit ionisation radiculaire supérieure.

Quelques observations de paralysies périphériques de nature indéterminée. (L. LANGERON. *Journ. de Méd. de Paris*, 27 août 1931.) — Douze observations de paralysies périphériques, d'apparition spontanée avec troubles des réactions électriques.

« L'ionisation a paru être douée d'une efficacité relative dans certains cas, tandis qu'elle était indifférente pour d'autres. »

Amélioration d'un cas d'érythromélie par la diélectrolyse ou ionisation transcérébrale du magnésium. Evolution de la chronaxie. Action générale de la diélectrolyse transcérébrale sur la courbe oscillométrique. (Georges BOURGUIGNON et Socrate ELIOPOULOS. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôpit. de Paris*, 1931, N° 8, p. 351.)

Action de la diélectrolyse transcérébrale des ions chlore et potassium sur la courbe oscillométrique chez les hémiplégiques. (G. BOURGUIGNON et S. ELIOPOULOS. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVI, p. 1140, 1931.) — L'action des ions chlore et potassium confirme que l'hémisphère lésé est plus sensible que l'hémisphère normal à l'action des ions électrolysés dans l'hémiplégie.

Action de la diéletrolyse transcérébrale du calcium dans l'hémiplégie. (Georges BOURGUIGNON, *Soc. de Biol.*, t. CVI, 1931.) — Hémiplégiques chez qui la dielectrolyse du calcium a produit régulièrement une augmentation de l'indice oscillométrique sans variation de la pression artérielle.

Action de la diélectrolyse transcérébrale des ions iode, calcium, magnésium, chlore et potassium sur la courbe oscillométrique chez les sujets normaux. (G. BOURGUIGNON et S. ELIOPOULOS. *Soc. de Biol.*, t. CVI, p. 455, 1931.)

La physiothérapie dans le traitement de la poliomyélite. (Paul DUHEM, *Presse Méd.*, 18 mars 1931, page 409 et suiv.) — L'auteur étudie successivement :

1° La thérapeutique des centres nerveux ;
2° La thérapeutique des troubles vasculaires ;
3° La thérapeutique du muscle ;
4° La thérapeutique de la douleur.

Action trophique des ondes galvaniques alternatives à longues périodes dans un cas de séquelle de paralysie infantile. (LAQUERRIÈRE et JAUDEL. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, mai 1931.) — La radiothérapie, le courant continu, le métronome n'avaient donné

aucun résultat. Les O. G. A. L. P. ont amélioré rapidement le membre paralysé.

L'action des ondes galvaniques alternatives à longues périodes sur la trophicité. (Albert LAQUERRIÈRE. *Bull. de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, février 1931.)

Ingestion de solutions de sels d'iode, de calcium et de magnésium suivie de passage de courant électrique trans-cérébral. Leur action sur la courbe oscillométrique chez des sujets normaux et atteints d'hémiplégie. (Georges BOURGUIGNON et Socrate ELIOPOULOS. C. R. *de la Soc. de Biol.*, 1931, t. CVI, p. 540.)

Le traitement non chirurgical du goitre toxique. (JUTRAS, *Union méd. du Canada*, juin 1931.) — Revue tout à fait d'actualité, car elle donne des notions sur l'association de la diathermie avec la galvanofaradisation (Laquerrière et Delherm) et sur la radiothérapie du sympathique.

Localisation de la lésion par l'action de la diélectrolyse dans un cas d'hémiplégie gauche avec aphasie. (Georges BOURGUIGNON et Socrate ELIOPOULOS. *C. R. de la Soc. de Biol*, t. CVI, p. 1142, 1931.)

VI. ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Haute fréquence dans les affections du col utérin. (STUHL et SCHATZ. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, juin 1931.) — Les auteurs apportent 9 observations où ils ont utilisé la diathermo-coagulation sur la face externe ou le curettage intra-cervical au moyen de la curette de H. F.

Traitement très bien supporté, même en cas de cancer où il peut constituer un traitement palliatif et une biopsie.

Traitement des cellulites pelviennes en gynécologie. (POULIOT, *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 25 février 1931.) — En cas d'échec des traitements classiques, on peut avoir recours, soit à l'effluvation de H. F., soit à la diathermie, une électrode vaginale, une électrode lombaire.

A propos du traitement diathermique de la lithiase rénale. (OLAGNON, *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, mai 1931.) — Deux observations : diathermie avec deux grandes plaques abdomino-lombaires. Sédation des douleurs et élimination non douloureuse de calculs urinaires dans un cas, de sable rougeâtre dans l'autre cas.

VII. AFFECTIONS CHIRURGICALES

Les indications de la haute fréquence dans les sinusites. Haute tension et diathermie. (LEROUX, ROBERT. *Presse Méd.*, 23 déc. 1931, p. 1894). — L'auteur divise les sinusites en deux groupes : 1° non suppurées, justiciables de la haute tension ; 2° suppurées chroniques où l'on emploiera la diathermie.

Dans les sinusites aiguës suppurées, on associera les deux méthodes.

Deux observations à l'appui.

La diathermo-galvanisation dans les syndromes inflammatoires du flanc droit. (P. DESCOUST et I.-A. HUET, *Presse méd.*, 19 déc. 1931, p. 1877.) — Six observations qui montrent l'intérêt de cette physiothérapie associée.

1° Diathermie 500 à 1000 MA pendant 30 minutes.

2° Galvanisation pratiquée également pendant 30 minutes avec 20 à 30 M A.

On doit conseiller la diathermo-galvanisation toutes les fois que les procédés médicaux et chirurgicaux sont impuissants.

Traitement des affections mammaires inflammatoires par la diathermie. (Me FAINSILBER. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, juin 1931.) — La diathermie a une action sédative décongestive et bactéricide sur les mastites puerpérales aiguës ; grâce à son usage on évite la suppuration.

Il en est de même des mastites subaiguës ou chroniques.

L'électro-coagulation, traitement de choix dans le lupus des fosses nasales. (G. DIDIER. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 28 déc. 1930.) — L'auteur rapporte cinq cas. L'électro-coagulation est préférable aux autres procédés employés jusqu'à ce jour : pas d'effusion de sang, cicatrices non rétractiles.

Cirrhose hypertrophique avec ascite considérable traitée et guérie par la diathermie. (HUET et BLANESTEIN. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, novembre 1931.) — Observation d'une malade âgée de 38 ans dont le traitement a été institué lorsque la situation était désespérée. La malade est guérie depuis plusieurs mois.

Trois cas de cirrhose traités par la diathermie. (J.-H. MARCHAND, *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, nov. 1931.) — Dans les trois cas, la diathermie a permis la résorption du liquide ascétique.

A propos du traitement des affections mammaires inflammatoires par la diathermie. (VIGNES. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, octobre 1931.) L'auteur a obtenu de bons résultats dans les mastites puerpérales, les rétentions lactées, les montées de lait excessives chez une femme qui n'allaite pas, dans un cas de petits kystes des deux seins, etc.

Mise au point du traitement radical des amygdalites cryptiques par la diathermo-coagulation. Utilisation du bistouri électrique. (FOUQUET. *Journ. de méd. de Paris*, 29 janv. 1931.)

Les nœvo-carcinomes et leur traitement. (FLEURY. *Les Cahiers de Radiologie*, janv. 1931.) — Ces affections seront traitées exclusivement par l'électrolyse ou l'électro-coagulation, qui réussissent même dans les cas où les ganglions paraissent pris.

L'ionisation dans le traitement des otites chroniques non suppurées. Son association à la diathermie. (LANDRY, *Le Monde Méd.*, 1er février 1931.) — Electrode active sur le tympan, électrode indifférente à la nuque. Séance de 20 minutes, 2 à 3 milliamp. 3 fois par semaine.

L'effluvation de haute fréquence peut être combinée à l'ionisation.

A propos d'une application type « lavement électrique » dans l'intestin grêle. (PORCHER. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, janvier 1931.) — Situation *désespérée* chez un sujet opéré pour appendicite septique et ayant subi pour arrêt des matières une entérotomie du grêle. Lavement électrique très prudent par la fistule pendant 40 minutes. Au cours du lavement, quelques mouvements péristaltiques. 25 minutes après, évacuation *rectale* qui dure plusieurs heures. Guérison.

Action du courant faradique sur les raideurs articulaires. (LOUBIER. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, avril 1931.) — Deux observations qui montrent que la faradisation fait disparaître la cellulite aussi bien et même mieux que la diathermie. La faradisation mérite d'être utilisée plus largement.

Diathermothérapie des affections ano-rectales. (HUET. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, avril 1931.) — L'auteur rapporte de nombreuses observations qui démontrent que les indications de l'électrologie chirurgicale sont très étendues.

Les raideurs articulaires. Leur physiothérapie (LAQUERRIÈRE, LOUBIER, JAUDEL, *Revue d'actinologie et de physiothérapie*, juin 1931.) — Il ne faut pas confondre raideur avec ankylose et il faut pratiquer l'examen radiographique. Le courant continu calme les douleurs, le rayon infra-rouge donne un coup de fouet à la circulation. La faradisation, trop délaissée, résorbe les infiltrations, les œdèmes et donne parfois des résultats remarquables. Enfin la radiothérapie est un excellent traitement.

La diathermie dans les affections inflammatoires pelviennes et mammaires. (Me FAINSILBER et S. PORTRET. *Presse méd.*, 15 août 1931.)

De l'électrolyse circulaire dans les sténoses cicatricielles graves de l'œsophage. (J. GUISEZ. *Bull. et Mém. de la Soc. des Chir. de Paris*, N° 8, séance du 1er mai 1931.)

La diathermie dans le traitement des phlébites. (VAUDESCAL. *Bull. et Mém. de la Soc. des Chir. de Paris*, N° 3, 6 fév. 1931.)

La diathermie dans les affections pleuro-pulmonaires et dans les périviscérites abdominales post-opératoires (CHIOZZI, *Revue d'actinologie et de physiothérapie*, janv.-fév. 1931.) — La diathermie est contre-indiquée dans la pleurésie purulente. Dans les autres cas, il ne faut la pratiquer que lorsque l'épanchement n'est pas trop considérable.

VIII. DIVERS

Diathermie à ondes courtes et fièvre artificielle. (HALPHEN et AUCLAIR. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, déc. 1931.) — Cette nouvelle méthode présente au point de vue thérapeutique un double intérêt :

1° Agissant par capacité, les courants de très haute fréquence permettent une application de diathermie, sans contact des électrodes avec le sujet. D'où diminution des risques de brûlures et possibilité d'application de la diathermie à des régions où elle était impossible ou dangereuse (doigts, tête, etc.) ;

2° Elle permet une répartition plus homogène du champ et un échauffement plus intense dans la profondeur que sur les téguments (diathermie des obèses, des arthrites, etc.). Les auteurs reprendront en détail la question incessamment.

Sur les accidents de l'électricité. (A. ZIMMERN. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, déc. 1931.) — Dans cette remarquable conférence, l'auteur qui connaît la question à fond traite des accidents de la basse tension et de la haute tension. Il étudie ensuite les moyens d'éviter les accidents et pense qu'on éviterait bien des accidents si le public était mieux instruit des dangers de l'électricité. La thérapeutique sur la question termine cet excellent travail d'ensemble que nous ne pouvons résumer complètement ici et dont nous conseillons vivement la lecture dans le texte.

Les traitements électriques des rhumatismes chroniques. (DAUSSET, *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, juillet 1931.)

L'anesthésie en électrologie. Anesthésie épidurale et anesthésie par ionisation. (A. ZIMMERN et A. PECKER. *Ann. des Laboratoires Clin*, juillet-octobre 1931.) — La carbaïne peut être introduite par voie électrolytique.

La solution est à 5 % et la technique est celle de toute ionisation bien faite.

Carbaïne au pôle positif. Séance 20 minutes.

L'anesthésie dure une dizaine de minutes et s'étend sur une profondeur de 3 à 5 millimètres.

Les anomalies transitoires des complexes ventriculaires électriques au cours des cardiopathies. (Robert LÉVY, *Pratique médicale française*, janv. 1931.)

Deux formes d'hypertension nettement justiciables de la physiothérapie. (G. FAGES. *Le Monde Méd.*, 1-15 août 1931.) — L'auteur soumet sans exception ses hypertendus pléthoriques et angio-spasmodiques au traitement suivant :

1° Courant de haute fréquence sous forme de lit condensateur et diathermie bipariétale, 3 fois par semaine.

2° Dans l'intervalle, bain général de lumière bleue à 50 ou 70° pendant 20 à 30 minutes.

L'auteur a obtenu de bons résultats sur la pression artérielle et sur l'état général des sujets ; il rapporte 13 observations.

Que devient le lavement électrique ? (RUBEUTHATER. *Les Cahiers de Radiologie*, 15 avril 1931.) — L'auteur recommande de ne pas oublier cet excellent procédé et insiste sur ce fait qu'avec les batteries composées de piles sèches Ferry, on ne court plus le risque, comme avec les anciens appareils de se trouver au dernier moment en présence d'une pile qui ne fonctionne pas.

IX. BIBLIOGRAPHIE

Electricité et Radiologie médicales. (L. GALLY et P. ROUSSEAU. Un vol. in-16, Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris.) — Résumé très détaillé et très complet de l'ensemble des connaissances nécessaires pour comprendre la pratique de l'électricité médicale et de la radiologie.

Etude physique et physiologique des courants de haute fréquence redressés, Applications cliniques. (P. PONTHUS. Lyon 1931, in-8°, 279 pages, 34 figures.)

Traité de Biocolloïdologie. Tome I : Pratique des Colloïdes, Fascicule III : Mesures capillaires et électriques. (W. KOPACZEWSKI. Un vol. in-8 de 168 pages, avec 231 figures. Gauthier-Villars et Cie, éditeurs, Paris 1931.)

La pratique de l'ionisation, applications médico-chirurgicales. (Pierre ROUSSEAU et Pierre NYER. Un volume in-8° de 168 pages avec 28 figures dans le texte, et 8 planches hors texte, 32 fr. Librairie Doin, Paris.) — Résumé de la question de l'ionisation à la portée de tous les médecins.

La poliomyélite (paralysie spinale infantile ou maladie de Heine-Medin). Etude clinique et thérapeutique. (Paul DUHEM. Un volume in-8° de 137 pages, avec préface du prof. Nobécourt. Prix 25 fr., Paris, Gauthier-Villars.)

Précis de physiothérapie et de petite chirurgie dermatologiques. Préface du prof. Gougerot. (Jean MEYER et Jean SAIDMAN. Un volume in-8° de 200 pages avec 24 fig. dans le texte. Prix : 38 fr. Librairie Doin, Paris.)

Diathermie et diathermothérapie. (BORDIER. 6e édition, 1931. Un volume in-8° Baillière et fils, éditeurs, Paris.) — Dans cette édition, ce traité a été complètement remis à jour. Le plan général a été conservé, mais l'illustration a été renouvelée et certains chapitres ont été refaits complètement.

RÉUNION HYDROLOGIQUE DE MONTPELLIER

(12 mars 1932).

PREMIÈRE QUESTION

Rapports complémentaires sur le traitement hydro-minéral des dysménorrhées de la puberté.

Premier rapport. — M. GUIBERT (de Balaruc), revenant sur son rapport de 1931, apporte de nouveaux renseignements sur le rôle de la physiopathologie du système nerveux sympathique et des glandes à sécrétion interne dans le syndrome dysménorrhée, dans lequel il ne faut pas voir seulement, comme l'a montré le professeur Riche, un écoulement difficile et douloureux du sang menstruel à travers le tractus génital, mais bien l'ensemble des troubles généraux qui en marquent l'origine, des troubles fonctionnels qui l'accompagnent le plus souvent, troubles humoraux ou endocriniens nerveux ou spasmodiques.

Passant en revue les diverses étiologies, le rapporteur conclut que le médecin doit instaurer une thérapeutique adéquate chirurgicale s'il estime que la lésion joue le rôle capital, mais surtout médicale dans le cas de la dysménorrhée essentielle non lésionnelle. Dans ce traitement médical, les cures thermales occupent une place légitimement prépondérante et se répartissent en trois groupes : les eaux chlorurées sodiques, les eaux sulfurées et les eaux à faible minéralisation, le plus souvent hyperthermales et fortement radioactives.

Laissant à son co-rapporteur l'étude du groupe sulfuré, l'auteur étudie l'action et les techniques spéciales des diverses stations chlorurées sodiques, sans oublier la fangothérapie de Balaruc et l'emploi des eaux mères de Salies-de-Béarn. A ces stations seront adressées les jeunes filles lymphatiques, avec des troubles généraux dès leur jeune âge, dont l'instauration menstruelle tarde à venir, est irrégulière, capricieuse, assez peu douloureuse toutefois, présentant des troubles digestifs, malades fatiguées et facilement déprimées.

Les chlorurés sodiques sont également indiqués chez les malades ayant eu des manifestations tuberculeuses du côté du péritoine, ou qui ont présenté des poussées inflammatoires du côté des organes du petit bassin.

Les contre-indications au traitement hydro-minéral chloruré sodique, en dehors des contre-indications qui s'opposent à toutes les cures thermales en général, sont une affection locale non encore refroidie d'une part et un terrain névropathique irritable d'autre part.

Les stations faiblement minéralisées, hyperthermales et fortement radioactives seront, par leur caractère antalgique, anti-spasmodique et sédatif, prescrites chez ces jeunes « déséquilibrées du ventre et du cerveau », angoissées, obsédées par une idée fixe que suffit à exaspérer la crise douloureuse, parfois même à la créer de toutes pièces.

La balnéation et l'injection vaginale sont employées dans ce cas.

Enfin il peut être nécessaire d'avoir recours à des cures combinées lorsque les crises sont liées à un trouble fonctionnel d'un organe plus ou moins éloigné de la sphère génitale, jouant le rôle d'épine irritative.

Enfin la cure hydro-minérale peut préparer ou compléter les résultats de l'intervention du chirurgien.

Deuxième Rapport. — M. SAPPEY (de Grenoble-Uriage) étudie tout d'abord d'une façon très générale l'action du soufre sur l'organisme. Il étudie les caractères biologiques du soufre et son rôle dans le métabolisme général. Puis, il rend compte d'une vaste enquête à laquelle il s'est livré auprès des confrères des villes d'eaux, enquête qui laisse encore le problème du traitement hydro-minéral des dysménorrhées par les eaux sulfureuses incomplètement résolu.

Il rappelle la séparation en deux groupes des sources sulfureuses : l'un excito-moteur comportant la majorité des stations, l'autre sédatif ne comprenant que deux sources : Saint-Sauveur et Uriage, que l'on a appelées paradoxales, et qui sont calmantes quoique sulfureuses. Au premier groupe, on enverra les jeunes filles chez qui l'indication prédominante est une indication générale ; au deuxième groupe, les nerveuses, les éréthiques, les affaiblies, les anémiées de toute sorte, les lymphatiques nerveuses, arthritiques et herpétiques.

L'auteur a enfin obtenu des résultats personnels extrêmement intéressants à Uriage, par la pratique des injections d'eaux minérales que leurs caractères physico-chimiques rendent très faciles. Elles amènent dans les affections gynécologiques, ainsi traitées, une augmentation du nombre des globules rouges, une diminution du nombre des globules blancs, un rétablissement de l'équilibre leucocytaire, le tout s'accompagnant de la disparition très rapide du syndrome douloureux pelvien, d'un relèvement de l'état général, avec augmentation du poids, reprise de l'activité, retour de la gaieté, etc...

Le résultat de ce complément d'étude très poussée de l'action des eaux minérales sur les dysménorrhées pubertaires affirme à nouveau l'efficacité de la crénothérapie dans ces affections et les possibilités qui se présentent aux médecins pour l'amélioration de la catégorie de malades en vue.

Communications.

Quelques suggestions sur les dysménorrhées pubertaires essentielles et leur traitement. — M. G. L. C. BERNARD (Néris-les-Bains).

Action de la cure thermale du Mont-Dore sur les accidents respiratoires cataméniaux de certaines dysménorrhéiques. — M. A. DEBIDOUR (Mont-Dore).

Indication des eaux de Plombières dans certaines dysménorrhées pubertaires. — M. ENAULT (Plombières).

Quelques analogies physico-chimiques ; Radon et ovaire. — M. CASTAGNÉ.

DEUXIÈME QUESTION

La susceptibilité bronchique (1) de l'enfant et de l'adulte.

La S. B. de l'enfant et de l'adulte. Physio-pathologie et clinique générale. — *Premier rapport.* M. A. PUECH (de Montpellier.) — La S. B. est caractérisée par une sensibilité anormale des voies respiratoires supérieures et des bronches qui l'extériorise par des symptômes d'apparence banale et indépendants d'une cause locale évidente.

Un premier groupe de faits comprend les trachéo-bronchites à répétition des sujets atteints de lésions du rhinopharynx. C'est une S. B. par exposition de la bronche aux diverses causes d'irritation et à l'infection descendante. C'est dans ce groupe qu'il faut faire entrer les accidents bronchitiques des lymphatiques. Dans certains cas aussi, les manifestations ont une allure plus spasmodique, réalisant des ébauches de l'asthme.

Une deuxième variété de S. B. est représentée par les réactions asthmatiques ; les asthmes larvés, les équivalents de l'asthme. Ils ne diffèrent de l'asthme que par leur loca-

(1) Par abréviation S. B.

lisation (rhinite spasmodique, trachéo-bronchite spasmodique), ou par l'absence de spasme (bronchites asthmatiques). Ils sont surtout le fait des diathésiques, dits neuro-arthritiques, et les crises peuvent être considérées comme des crises d'élimination. Le type le plus net, à ce point de vue, la bronchite dite arthritique, herpétique, goutteuse, le catarrhe bronchique à répétition de Bezançon et de Yong. Il faut signaler l'alternance avec les manifestations cutanées surtout (strophulus, eczéma), accessoirement les symptômes intestinaux, l'alternance avec l'asthme franc ou les autres modalités des réactions asthmatiques.

La S. B. peut être encore le fait d'une meïopragie fonctionnelle de la muqueuse respiratoire. Celle-ci peut être acquise (tabac, maladies infectieuses aiguës, etc...), ou bien elle entre dans le cadre de la débilité chronique décrite par Florand, François et Flurin. Non traitée, elle aboutit à la bronchite chronique. De ces fragilités locales, il faut rapprocher l'insuffisance respiratoire qui ne manque à peu près jamais chez l'enfant, — le rôle des susceptibilités vago-sympathiques locales et, d'un point de vue théorique, les phénomènes de sensibilisation locale incriminée à l'origine de l'asthme par Danielopolu.

Parmi les causes occasionnelles, il faut retenir le rôle du froid. Dans certains cas, un simple défaut d'entraînement phénomènes de sensibilisation locale incriminés à l'origine ques.

Reste tout un groupe de S. B. aux limites peu précises, où les troubles endocriniens, gastro-intestinaux, nerveux, métaboliques, jouent un rôle.

En définitive, la S. B. est soit d'origine rhino-pharyngée, soit d'origine diathésique et souvent liée à la débilité rhino-bronchique. Ces manifestations sont torpides, catarrhales, ou éréthiques, congestives.

Le traitement découle des données précédentes.

La S. B. de l'enfant et de l'adulte. Son traitement hydrominéral. — I. Généralités. — La crénothérapie dans la thérapeutique de la susceptibilité bronchique réalise un traitement à la fois local (action sur les voies respiratoires supérieures) et général (action sur l'état général et les diathèses). L'auteur schématise à ce sujet l'importance respective des différentes thérapeutiques chez l'enfant et chez l'adulte.

Il rappelle ensuite la technique de ce traitement hydrominéral ; local il comprend les gargarismes, la pulvérisation, la douche de gorge, la douche filiforme, le bain nasal, la douche nasale et les inhalations ; général, il est représenté par la boisson, les bains, les demi-bains hyperthermaux, les pédiluves, les douches.

Le mode d'action de la crénothérapie est discutable et sans doute complexe, qu'il soit anti-infectieux, mécanique, reminéralisant ; qu'il agisse sur les endocrines, qu'il favorise les éliminations vicariantes, ou qu'il crée l'immunité contre le froid. L'auteur croit surtout à des effets désensibilisants grâce aux chocs réduits que produit la cure thermale.

En tout cas, dans la S. B., proprement dite, les résultats obtenus sont excellents.

II. Indications respectives des diverses stations dans le traitement de la S. B. — L'auteur rappelle des eaux qui revendiquent le syndrome de S. B. comme une de leurs indications principales : eaux sulfurées, arsenicales, sulfo-arsenicales, cure Mont-Dorienne, eaux chlorurées.

En fait ni la classification chimique, ni l'âge du malade, ni l'étio-pathogénie ne peuvent donner de directives bien catégoriques pour le choix de la station. Celui-ci est surtout fonction de la forme clinique. Il faut opposer les formes éréthiques et spasmodiques et les formes torpides, catarrha-

les, et tenir compte des éléments associés (adénopathies, dermatoses, troubles gastro-intestinaux, etc..).

Communications.

Agents de sensibilisation et coefficients de sensibilité bronchique chez l'enfant. — M. A. Boudry (La Bourboule).

La place de Bagnères-de-Bigorre dans le traitement de la susceptibilité bronchique. — M. Courbin (Bagnères-de-Bigorre).

L'insuffisance respiratoire et la susceptibilité bronchique chez l'enfant. — M. Diffre (La Bourboule).

Climatologie de la côte rochelaise-Chatelaillon. — M. Allart (Chatelaillon).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(Séance du 24 mai 1932)

Nouvelle étude sur la vaccination associée (antityphoïdique et antidiphtérique) dans l'armée. — M. Dopter. Les heureux résultats obtenus dans l'armée dans le courant de 1930 et signalés l'an dernier, ont incité l'auteur à étendre l'application de la méthode à 29 nouveaux régiments où régnait l'endémie diphtérique. La vaccination associée a été effectuée dès l'arrivée des jeunes soldats, suivant la technique antérieurement utilisée, et uniquement chez les sujets réceptifs (Schick positif).

Il résulte des nouveaux faits observés que, sauf quelques très rares exceptions, la diphtérie disparut chez les vaccinés, alors qu'elle persista à des degrés divers chez les non-vaccinés. Aussi pour en avoir raison dans ces derniers cas, fut-il décidé de vacciner successivement les contingents d'un même régiment au fur et à mesure de leur incorporation ; de cette façon, les unités ainsi traitées ne devaient plus comporter que des sujets immunisés, les uns artificiellement, les autres naturellement (Schick négatif). Résultat : l'endémie diphtérique qui persistait avec ténacité dans leurs rangs a fini par s'éteindre ; seules quelques rares atteintes ont été constatées chez des hommes qui, pour des motifs divers, avaient échappé à la vaccination.

Au total, sur 5.923 vaccinés régulièrement, 12 seulement ont contracté la diphtérie ; sur ce dernier chiffre, 7 doivent être défalqués, qui ont été atteints de 2 à 15 jours après la troisième injection, alors que l'immunité n'était pas encore installée ; il en reste 5 chez lesquels la diphtérie a fait son éclosion de 1 à plusieurs mois après la vaccination, soit : 0,84 p. 1.000. Or, à la même période et dans les mêmes régiments, 214 cas se déclarèrent chez les non vaccinés, soit 10,7 p. 1.000. Ces proportions comparatives sont éloquentes.

Ces nouveaux essais montrent le bénéfice impressionnant que l'armée peut retirer de la pratique de la vaccination associée ; il se confirme donc nettement que celle-ci constitue une arme puissante, capable de s'opposer à l'endémie diphtérique et au développement des épidémies déjà en cours d'évolution. Elle mérite d'être largement mise en œuvre dans toutes les circonstances où elle est jugée nécessaire. Son application sera d'ailleurs largement facilitée par la loi du 21 décembre 1931 qui l'a rendue obligatoire dans l'armée ; les heureux résultats qui doivent en découler sont indiscutables, tant au point de vue sanitaire (morbidité et mortalité) qu'aux points de vue militaire et budgétaire.

Sur un virus rabique des rues à virulence renforcée. — M. Jonnesco.

Des nodules vocaux. — M. E.-J. Moure (Bordeaux). Les nodules vocaux sont formés de deux saillies acuminées occupant le tiers antérieur des cordes vocales, point nodal, qui, pendant l'émission de la voix, supporte le maximum de fatigue et d'irritation.

Le nodule, qui n'est pas un polype, est le corollaire du trouble musculaire qui le précède. C'est, sur la muqueuse, l'aboutissant du malmenage vocal plus ou moins prolongé. De telle sorte que la saillie nodulaire n'est pas une affection isolée, mais bien l'accompagnement d'un déficit du muscle sous-jacent (thyro-aryténoïdien, fibres internes surtout).

Il résulte de cette conception que le traitement chirurgical ne saurait suffire pour rendre la voix normale, en particulier chez les chanteurs.

C'est avec l'âge, chez l'enfant, au moment de la mue, et par le repos prolongé avec changement de tessiture vocale que l'on obtient le résultat cherché. Ce qu'il faut surtout et avant tout, c'est apprendre à l'artiste ou au professionnel de la voix parlée (orateur, avocat, instituteur, etc.) à ne pas se servir du registre grave (« poitrinage ») qui oblige les cordes vocales à supporter le maximum de fatigue.

A propos de l'état sanitaire du Maroc et de son prétendu caractère infecteur. — M. Colombani. Une récente communication de M. Remlinger amène M. Léon Bernard à la tribune. Il apporte une note de M. Colombani qui réfute énergiquement les informations de M. Remlinger.

Certes, dit M. Colombani, comme tous les pays, le Maroc possède sa pathologie propre et les échanges entre nations, si développés à notre époque, sont susceptibles de transporter des germes en France comme ailleurs ; mais, en réalité, cette pathologie est très peu développée et encore moins émigrée. En effet, la variole est infiniment moins répandue au Maroc qu'en Angleterre ou aux Etats-Unis ; par contre, les vaccinations y sont bien plus pratiquées puisque, pour les deux premiers mois de 1932, près d'un million de vaccinations ont été effectuées.

Les autres maladies pestilentielles sont en régression très marquée et victorieusement combattues ; la typhoïde est moins fréquente au Maroc que dans la Métropole ; quant au paludisme et à l'amibiase, ces deux maladies, encore endémiques au Maroc, n'ont aucune aptitude à l'expansion hors du pays. Par ailleurs, les mesures sanitaires très complètes prises dans ce pays, non seulement apportent la plus grande sécurité à la population européenne résidante ou passagère, mais encore ont amélioré, de manière considérable, la situation de la population indigène.

M. Léon Bernard tient à revenir sur l'exposé qu'il a communiqué précédemment, où il montrait l'organisation remarquable de l'hygiène publique, qui a été réalisée au Maroc sous l'impulsion du maréchal Lyautey, organisation à laquelle concourt, avec un dévouement inégalable, le corps médical de ce pays, organisation qui, sur plus d'un point, mériterait de servir de modèle à celle de la Métropole. Il importe donc de rendre justice à ceux qui l'ont instituée et qui la dirigent en même temps que d'écarter des alarmes qui seraient tout à fait injustifiées.

M. J.-L. Faure, qui a vu à l'œuvre M. Colombani et tous les collaborateurs du maréchal Lyautey, s'associe à l'hommage que M. Léon Bernard vient de leur rendre.

Les intoxications par l'ammanite phalloïde. — MM. Henri Limousin et Germain Petit, de Clermont-Ferrand, publient deux séries d'observations dans lesquelles ils ont traité avec succès des malades gravement intoxiqués par des champignons mortels.

Leur méthode est basée sur le fait que le lapin est naturellement immunisé contre ces poisons. L'estomac frais du lapin neutralise une hépato-toxine et la cervelle de ce même animal neutralise une toxine à électivité nerveuse.

C'est par absorption du mélange extemporané de 7 cervelles et 3 estomacs de lapin frais et broyés qu'ils ont obtenu une amélioration rapide suivie de guérison chez tous les sujets traités.

Ces résultats favorables se sont manifestés malgré l'intervention tardive (3 jours après le repas toxique).

Sur un nouvel organe du ligament large de la femme. — M. Bernard CUNÉO. « Cette communication a pour but de faire connaître un petit organe appendu au ligament large de la femme, qui ne me paraît pas avoir été jusqu'à présent individualisé tant au point de vue morphologique que fonctionnel.

Son existence me paraît constante. Mais il n'est guère possible de le caractériser que sur des pièces fraîches, c'est-à-dire opératoires, qui seules permettent un contrôle histologique. Or, pour le découvrir, il faut des pièces sur lesquelles les annexes soient à peu près saines, ce qui se présente assez rarement.

On peut le considérer comme formé de deux portions : un pédicule et un corps. Le pédicule, dont la longueur varie de 2 à 5 et même 6 centimètres, est très grêle. Il est tapissé à sa surface par l'endothélium péritonéal et contient une artériole et plusieurs veines et des troncs lymphatiques. Il s'implante toujours au même point sur la face antérieure du mésosalpinx et à peu de distance du bord externe de celui-ci et ne présente aucune connexion avec l'organe de Rosenmüller. Le corps est caractérisé par ce fait qu'il est tapissé extérieurement par un épithélium cylindrique qui possède un plateau comparable à celui de l'intestin grêle et qui, sur certaines pièces, m'a paru être muni de cils vibratiles. Le corpuscule ne contient aucune cavité possédant un revêtement analogue. Macroscopiquement, il se présente sous deux aspects différents. Tantôt, il apparaît comme formé par un bouquet de villosités. En réalité, cet aspect villeux me paraît surtout dû au plissement de la surface extérieure. Tantôt, en effet, le corps est augmenté de volume et sa surface paraît à peu près régulière bien que présentant encore des sillons. Il se rencontre d'ailleurs beaucoup plus rarement sous ce deuxième aspect, et dans ce cas, j'ai constaté que l'ovaire du même côté présentait un follicule de Graaf, contenant encore un caillot, témoignage de sa rupture récente. L'épithélium de la surface est alors en pleine activité. Les cellules sont augmentées de volume. Les vaisseaux sont très congestionnés, et les lymphatiques sont distendus par une masse d'aspect légèrement granuleux, se colorant en rase par l'éosine. Cette coïncidence constante de cet aspect du corps et de la rupture folliculaire m'a conduit à cette conclusion que la formation de l'organe en question était la résorption massive du contenu du follicule au moment de la rupture de celui-ci.

Certains auteurs et notamment Rossa ont signalé l'existence de prolongements qu'ils qualifient d'infundibuliformes, ce qui est d'ailleurs une erreur. Il s'agit probablement du corpuscule vu à l'état de repos. Ce même aspect l'a fait considérer par d'autres auteurs comme un pavillon tubaire accessoire comme en témoignent deux figures de l'article de Rieffel. Sous sa forme arrondie, il répond peut-être à certains cas décrits comme ovaires surnuméraires à cause de son épithélium de revêtement et malgré l'absence de follicule de Graaf. Mais, malgré les recherches que j'ai faites, je n'ai trouvé jusqu'à présent aucune description montrant qu'en dépit de ces deux aspects, il s'agissait d'un même organe, possédant la fonction dont j'ai parlé. Il m'a semblé qu'en ce moment où la question des hormones génitales était à l'ordre du jour, la description de ce petit organe pouvait présenter quelque intérêt. »

La stroboscopie du larynx par le stroborama. — M. Jean TARNEAUD. L'analyse des vibrations des cordes vocales est rendue possible par la méthode Stroboscopique qui permet d'observer ces cordes à l'apparence de l'immobilité ou du mouvement ralenti.

Le stroborama a rendu réellement précise et pratique l'application de cette méthode.

Les débits de boissons non alcooliques. — M. LEGRAIN.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 12 MARS 1932)

Effets des inoculations intrapéritonéales de phosphate de calcium précipité chez les cobayes tuberculeux et chez les cobayes sains. — MM. J. VALTIS et F. VAN DEINSE en inoculant dans le péritoine de cobayes sains et de cobayes tuberculeux du phosphate de calcium précipité, puis de l'eau physiologique, ont fait les constatations suivantes :

Ces inoculations ne provoquent jamais ni chez les premiers ni chez les seconds l'apparition dans la substance nécrotique produite sur les parois péritonéales par le phosphate de calcium, des amas de bacilles ayant l'aspect très particulier de ceux que l'on trouve après l'inoculation de l'ultra-virus tuberculeux.

Ils concluent donc que les amas de germes acido-résistants que l'on trouve dans le péritoine de cobayes préparés par le phosphate de calcium précipité puis inoculés par voie péritonéale avec les filtrants tuberculeux, ne sont pas des microbes acido-résistants de sortie.

L'immunisation active des animaux domestiques par l'anatoxine tétanique, voie d'introduction de l'antigène. — MM. RAMON et LE MÉTAYER. Des essais de vaccination contre le tétanos ont été entrepris chez des chevaux au moyen de l'anatoxine tétanique additionnée de tapioca ou de chlorure de calcium et injectée soit par voie sous-cutanée, soit par voie intramusculaire. De ces essais, il résulte que l'injection intramusculaire, qui dissimule aux yeux de l'observateur la réaction inflammatoire locale, permet de conférer aux animaux une immunité au moins aussi prononcée que l'injection sous-cutanée.

En comparant la valeur de l'immunité obtenue en 1924 par exemple, chez les chevaux, en utilisant l'anatoxine tétanique seule — 1 cc. du sérum des animaux vaccinés contenait de 0,005 à 0,02 unité antitoxique et neutralisait de 5 à 20 doses mortelles (pour le cobaye) — et celle obtenue à l'heure actuelle — 1 cc. du sérum des chevaux vaccinés recèle de 0,1 à 40 unités et neutralise de 100 à 40.000 doses mortelles, — on peut se rendre compte des progrès réalisés dans ce domaine durant ces dernières années.

Sérum anti-V. septique anti-O ; son pouvoir préventif. — M. WEINBERG, J. DAVESNE et P. HABER ont repris l'étude de l'agglutinogène O du V. septique. On sait que pour Félix et Robertson, cet agglutinogène O, résistant à un chauffage de deux heures à 100°, est seul en cause dans la réaction de fixation et que le sérum anti-O prévient toujours l'infection expérimentale réalisée par un mélange de spores et de chlorure de calcium.

W., D. et H. confirment que le V. septique possède bien deux agglutinogènes : O, résistant et H, non résistant à la chaleur. Les sérums préparés sur lapin avec les microbes vivants contiennent les deux agglutinines H et O, cette dernière à un taux au moins égal à celui de l'ag-

glutinine O des sérums préparés avec les autres antigènes chauffés.

Le pouvoir préventif de deux sérums anti-O préparés sur cheval a été nettement inférieur à celui du sérum antitoxique pur.

Aussi, les auteurs pensent-ils qu'au point de vue pratique, il n'est pas nécessaire de modifier la technique actuelle de préparation des sérums antimicrobiens, car le taux des agglutinines O des sérums préparés avec les microbes vivants est aussi élevé que celui des sérums préparés avec les microbes chauffés à 100°.

Même dans le cas où le sérum anti-O protégerait tous les animaux contre l'infection à V. septique, son action ne serait pas supérieure à celle d'un bon sérum antitoxique.

Les travaux de Felix et Miss Robertson présentent un intérêt théorique indiscutable, car ils éclairent le mécanisme de l'action préventive des sérums antimicrobiens.

Mesure des modifications de l'excitabilité de l'appareil secrétoire, corde du tympan, glande sous-maxillaire, sous l'influence de la pilocarpine. Comparaison avec l'action de l'atropine. — M. et Mme A. Chauchard déterminent la chronaxie et le temps de sommation de cet appareil itératif neuro-glandulaire sur des chiens qui ont reçu une injection intraveineuse, les uns de pilocarpine, les autres d'atropine en solution convenablement dosée. Dans les deux cas, la chronaxie est peu influencée tandis que le temps de sommation subit des modifications très marquées dans le sens de la diminution pour la pilocarpine, de l'augmentation pour l'atropine. Par conséquent, l'action activante de la pilocarpine sur la sécrétion est due à une augmentation de rapidité de l'élément sécrétoire, l'action inhibitrice de l'atropine étant la conséquence du ralentissement que cette substance provoque chez ce même élément.

Lésions rénales associées à l'œdème pulmonaire expérimental chez le lapin sous l'influence de l'injection intraveineuse d'adrénaline. — MM. Pasteur Vallery-Radot, M. Albeaux-Fernet et Jean Delamare montrent que l'on peut réaliser chez le lapin des œdèmes pulmonaires d'intensité variable suivant les doses d'adrénaline injectées.

Au cours de leurs expériences, les auteurs ont observé d'importantes lésions rénales. Tous les reins de leurs animaux présentaient des lésions épithéliales portant exclusivement sur les tubes contournés ; les glomérules étaient congestionnés ; dans les cas les plus accentués, on notait des hémorragies interstitielles. Ces altérations rénales comme les altérations pulmonaires étaient d'autant plus intenses que la dose d'adrénaline injectée était plus forte. Les urines contenaient de l'albumine sans cylindrurie.

L'étude des albumines du sang pratiquée par MM. Machebœuf et Sandor décèle que le taux de la globuline baisse au cours de l'expérience d'une façon plus constante et plus considérable que celui de la sérine qui, dans quelques cas même, reste stationnaire. Il en résulte qu'il y a une augmentation nette du rapport *sérine-globuline*.

Il est vraisemblable que les lésions rénales obtenues par les injections intraveineuses d'adrénaline à dose massive chez le lapin sont provoquées par une action directe de l'adrénaline sur l'épithélium rénal : la nature congestive, parfois même hémorragique, des lésions histologiques constatées en semble la preuve. Il est possible, d'autre part, que la sérosité œdémateuse, épanchée dans les alvéoles pulmonaires, étant reprise par le torrent circulatoire, puisse devenir une albumine étrangère et nocive pour le rein.

Action des sérums cytotoxiques sur les tissus cultivés in vitro. — MM. J. Verne et Ch. Oberling. Les tissus cultivés in vitro constituent un objet de choix pour l'étude des sérums cytotoxiques.

Les recherches entreprises avec du sérum de lapin anti-rein et anti-rate de rat ont montré les faits suivants :

Certains tissus, notamment le tissu rénal, fournissent chez l'animal préparé des corps cytotoxiques d'un effet spécifique non seulement pour l'organe, mais également pour l'espèce. Cette spécificité se manifeste à l'égard des cellules parenchymateuses, aussi bien qu'à l'égard des fibroblastes. Ce fait confirmerait ainsi la spécificité des fibroblastes dans les divers organes et tissus, idée qui a été soutenue par plusieurs auteurs en partant de considérations essentiellement morphologiques.

Le sérum cytotoxique agit non seulement en inhibant la croissance, mais détermine au niveau des cellules sensibles des phénomènes de dégénérescence et de nécrose.

Pour la préparation des animaux, il semble que les tissus autolysés fournissent un sérum cytotoxique plus actif que les tissus frais.

Election d'un membre titulaire. — M. Lvoff est élu par 29 voix.

LIVRES NOUVEAUX

Tous les régimes alimentaires (1), par le Dr Louis Caillon (de Vichy).

L'importance de la diététique est une notion banale. L'auteur a résumé dans ce volume, en leur conservant leur caractère individuel et en ayant en vue l'équilibre de la ration alimentaire, les divers régimes que peut avoir à prescrire le praticien : régimes restrictifs, régimes de chaque maladie, de chaque état chronique.

Pour chacun, il expose successivement les principes qui forment la base de la diététique, donne des menus-types et termine par un résumé en forme de tableau des aliments permis ou interdits à chaque variété de malade. C'est un résumé clinique et en même temps un formulaire où l'on peut trouver sans longue recherche tous les renseignements utiles.

A cette partie de l'ouvrage, utile au médecin, mais aussi à l'entourage du patient, sont joints des chapitres surtout destinés aux non médicaux qui s'inspirent heureusement de l'estime où le clinicien doit tenir la gastronomie bien comprise. Si, comme on l'a dit, le régime est surtout fait de ce qu'on n'aime pas, — ou des aliments dont on s'est lassé, — il n'en est que plus utile de rendre le régime agréable. Les diverses recettes sont groupées par régime et de façon essentiellement pratique comme les autres chapitres de ce bref ouvrage.

R. L.

(1) Tunis, Aloccio, 1931 ; Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — *Composition écrite.* — Séance du 25 mai. — MM. Azerad, 19; Laporte et Bariéty, 20; Hillemand, 18,36; Julien Marie, 20.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — Le Conseil de l'Université a conféré le titre de docteur honoris causa au professeur Sanarelli (de Rome).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Le Conseil de la Faculté a proposé pour la chaire de pathologie chirurgicale (M. Charles Lenormant, dernier titulaire) : en première ligne, M. Georges Marion; en deuxième ligne, M. Robert Proust.

L'élection de M. Marion honore la Faculté, et elle remplit de joie les nombreux amis et les admirateurs du grand urologue français dont l'œuvre est considérable.

Rappelons que M. Marion est né le 1er juin 1869; il était chirurgien de l'hôpital Lariboisière quand il a été atteint par la limite d'âge au mois de décembre dernier.

M. Marion a été nommé premier au concours d'agrégation de chirurgie en 1901 dans la même promotion que MM. Gosset et Auvray. Il était chirurgien des hôpitaux depuis le 15 juin 1900.

— *Concours de l'adjuvat.* — *Composition écrite.* — Séance du 27 mai. — MM. Baumann, 27; Petit (Pierre), 26; Herbert (Jean), 25; Gandy, 24; van der Elst, 21.

Séance du 28 mai. — MM. Monod et Jullien (Robert), 25; Lebel (Frédéric) et Poilleux, 23; Blanquine, 22.

— Bordeaux. — La chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est déclarée vacante.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rennes. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de chimie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira le 1er décembre 1932 devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris.

— Un concours pour un emploi de chef de travaux d'histologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira le lundi 7 novembre 1932 au siège de ladite Ecole.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La prochaine session ordinaire du Conseil supérieur de l'Assistance publique s'ouvrira dans la matinée du mercredi 29 juin 1932.

RÉUNION INTERNATIONALE D'HYGIÈNE ET DE PROPHYLAXIE MENTALES. — La réunion s'est ouverte le lundi 30 mai 1932. A 14 h., la séance officielle d'ouverture a eu lieu à l'hôpital Henri Rousselle, sous la présidence de M. Justin Godart, sénateur, ancien ministre de l'Hygiène.

On a entendu la discussion du rapport du professeur Rudin : *Eugénique et prophylaxie mentales.*

Le mardi, à 10 h., a eu lieu la discussion du rapport de MM. Toulouse, Dupouy et Courtois : *Les services ouverts pour psychopathes*, et le soir la discussion du rapport de M. Bersot : *Unification des statistiques psychiatriques.*

VOYAGES MÉDICAUX INTERNATIONAUX DANS LE MIDI DE LA FRANCE. — Sous le patronage des facultés de Bordeaux, de Lyon, de Marseille et de Montpellier, avec la collaboration de l'Ecole de médecine de Grenoble, de la Société médicale du Littoral méditerranéen, de la Fédération médicale,

thermale et climatique des Pyrénées et des sociétés médicales de la région des Alpes, quatre voyages médicaux internationaux parcourent annuellement le Midi de la France. Deux, durant la saison d'hiver (Noël et Pâques), visitent la Provence, la Côte d'Azur et la Corse. Deux parcourent, durant la saison d'été, les Alpes, les Cévennes et les Pyrénées.

Ces voyages bénéficient d'une technique, d'un confort et d'avantages moraux et matériels résultant d'une organisation commune et permanente réglée par dix années d'expérience. Leur caractère scientifique est assuré par la direction de professeurs des facultés françaises et étrangères et les démonstrations de médecins, de géologues et d'historiens spécialisés dans l'étude des régions visitées. Leurs programmes ont été basés sur les demandes des voyageurs et aucune obligation étrangère à leurs buts n'y a été acceptée. Ils n'ont pas d'autre objet que l'instruction, le bien-être et la distraction des adhérents, et sont conçus dans leur intérêt autant que dans l'intérêt des stations visitées. Leurs itinéraires permettent de visiter commodément et sans fatigue, en outre des villes climatiques et thermales, les plus belles parties des Alpes, du Languedoc, des Cévennes et des Pyrénées. On y voit tous les sites et les monuments historiques de ces régions célèbres qui ont attiré si souvent l'attention des artistes, des littérateurs et des savants.

Voici les programmes de la saison d'été 1932 :

Voyage dans les Alpes, du 26 juin au 6 juillet : Concentration à l'Ecole de médecine de Grenoble. — Le monastère des Chartreux, Villars-de-Lans, le Vercors, Uriage, l'Oisans, le Lautaret, le Galibier. — La Maurienne, Allevard, Challes, le Mont Revard, Aix-les-Bains, le lac du Bourget, Marlioz, Annecy et son lac, La Léchère, Moutiers-Salins et Brides. — La Tarentaise, le Fayet, Saint-Gervais, Chamonix, le Mont-Blanc, le Montanvers et l'Aiguille du Midi. — Les sanatoria d'Assy et de Passy, Thonon, Amphion, Evian, le lac Léman. — Une excursion facultative de cinq jours, en Suisse, terminera le voyage.

Voyage dans le Languedoc, les Cévennes et les Pyrénées, du 28 août au 12 septembre : Concentration à la Faculté de médecine de Montpellier (du xe siècle). — Palavas et la Méditerranée. Les cités médiévales de Maguelone et d'Aigues-Mortes. La source Périer. — Nîmes et ses monuments romains : les arènes, le temple de Diane, la Maison carrée, le pont du Gard. — Les Cévennes : l'Aigoual, les Gorges du Tarn et La Malou. — La cité de Carcassonne et la Montagne Noire. Usson-les-Bains. — Les Pyrénées : la Cerdagne, Font-Romeu, le sanatorium des Escaldes, Ax-les-Thermes, Audinac, Saint-Bertrand-de-Comminges, Superbagnères et Luchon. — Lourdes, Barèges, Luz, Saint-Sauveur, Gavarnie, Cauterets, les Eaux-Bonnes, les Eaux-Chaudes. — La dissociation aura lieu à Pau. — Ce voyage sera divisé en trois parties auxquelles on peut adhérer isolément : 1° de Montpellier à Carcassonne; 2° de Carcassonne à Luchon; 3° de Luchon à Pau.

Les voyages créés par les grands groupements médicaux du Midi de la France sont destinés aux médecins et à leurs familles. Les étudiants en médecine y sont admis. Ces voyages n'ont pas seulement pour objet de faire connaître aux médecins les richesses thermales et climatiques d'une région de la France particulièrement bien douée à cet égard, mais aussi de resserrer les liens qui unissent les membres de la grande famille médicale et de leur fournir une occasion instructive et agréable de se manifester leurs sympathies anciennes ou de s'en créer de nouvelles. Ils sont une manifestation de solidarité, de collaboration et d'affection mutuelle.

L'inscription est ouverte dès à présent. Les adhésions seront admises après examen et selon l'ordre des demandes. Les adhérents recevront un permis de parcours à demi-tarif, valable pendant un mois, sur les réseaux des chemins de fer français, italiens et suisses. Les séjours et les transports seront de la meilleure catégorie, c'est-à-dire très confortables et aussi luxueux que possible.

Pour les renseignements et les conditions d'admission, écrire au secrétariat des voyages médicaux du Midi de la France, à Nice, 24, rue Verdi, de novembre à mai, et à La Malou (Hérault) de juin à novembre.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'EUGÉNIQUE. — Le IIIe Congrès international d'eugénique se tiendra du 21 au 23 août 1932, à New-York City, au Muséum d'histoire naturelle, 77 th Street et Central Parc West, sous la présidence de M. Charles B. Davenport.

Les organisateurs ont inscrit à l'ordre du jour du Congrès une série de rapports relatifs à la génétique humaine, à l'émigration, aux facteurs susceptibles d'influencer la sélection et la fécondité et aux méthodes destinées à améliorer, de génération en génération, les qualités de la population.

Des communications seront présentées par des anthropologistes, des psychologistes, des physiologistes, des médecins, des éducateurs et aussi par des commerçants et des industriels s'intéressant à l'amélioration des êtres humains en vue du rendement professionnel.

Une exposition d'eugénique très importante sera ouverte du 12 août au 22 septembre, dans les locaux du Muséum.

Pour tous renseignements concernant le Congrès ou l'exposition, on pourra s'adresser à M. Harry H. Langhlin, Cold Spring, Harbor, Long Island, N.-Y.

(*Voir la suite des* Informations », *p. 829.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mardi 31 *mai.* — Jury : MM. Bezançon, président ; J.-L. Faure, Laignel-Lavastine, Vandescal. — M. Pierre Hébert. L'échinococcose secondaire bronchogène de F. Dévé en pathologie humaine. — M. Botero Londono. Du prolapsus génital après hystérectomie subtotale et le traitement préventif par le cervico ligamento-pexie. — Mme Komarovsky. Elie Metchnikoff et ses travaux sur la vieillesse. — M. L. Aranjo Ecarre. De la mort subite.

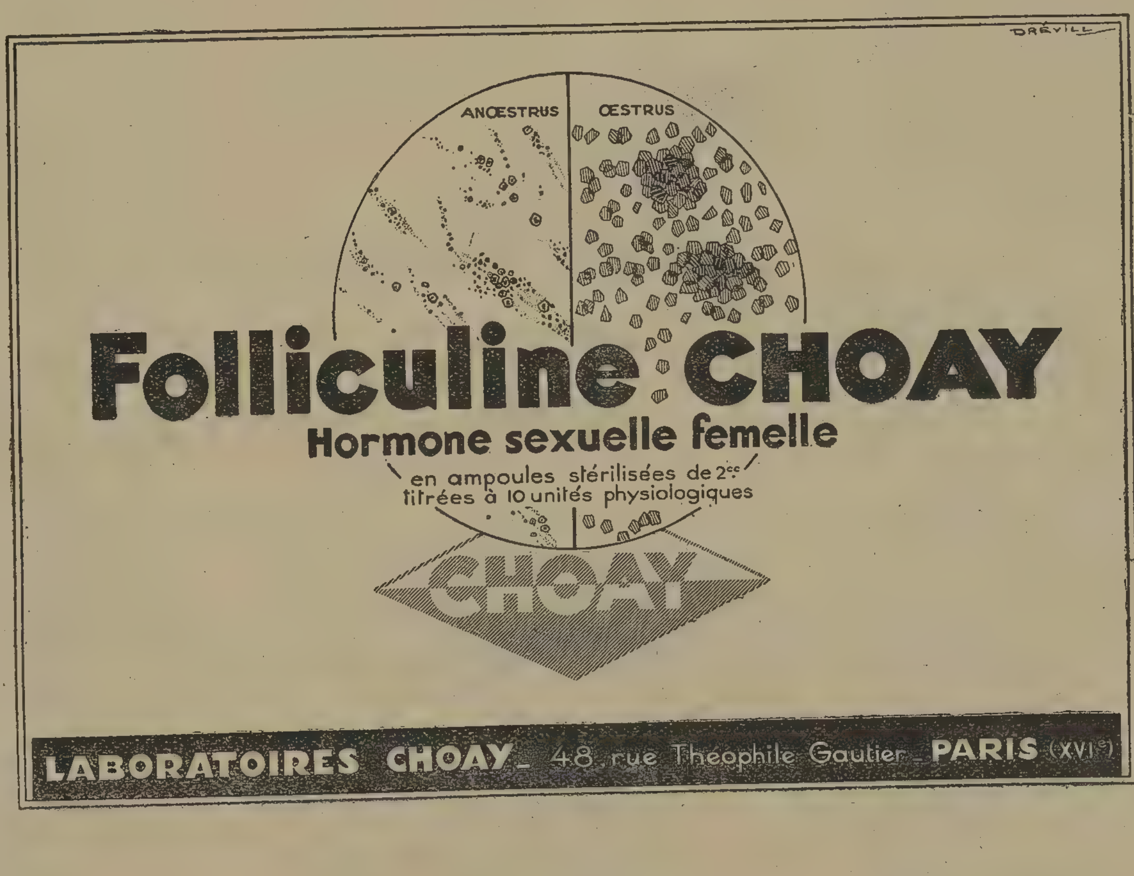
Jeudi 2 *juin.* — Jury : MM. Lemaître, président ; Nobécourt, Aubertin, Gastinel. — Mme Schoeller Gleises. Contribution nouvelle à l'étude du givre d'urée.

Mercredi 1er *juin.* — (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Gosset, président ; Bresson, Lesbouyries. — M. Dupont. Arthrites suppurées du pied chez les bovidés. Leur traitement chirurgical.

RENSEIGNEMENTS

DOCTEURS ET ÉTUDIANTS EN MÉDECINE fin de scolarité, n'oubliez pas que la section de médecine de l'Association générale des étudiants, 15, rue de la Bûcherie, Paris, est à votre disposition pour vous procurer remplaçants et remplacements. — Bureau ouvert de 14 h. 30 à 18 h. 30. Téléphone : Odéon 65-74.


ANÉMIES
Reconstitution des GLOBULES ROUGES
ENFANTS
au-dessous de 7 ans
1 ampoule de 2cc
= 25 grammes Foie
(Boîte de 12 ampoules)
Traitement de WHIPPLE
par le FOIE DE VEAU
ADULTES
et Enfants au-dessus de 7 ans
1 ampoule de 10cc
=125 grammes Foie
(Boîte de 6 ampoules)
AMPOULES BUVABLES
1 à 3 ampoules
:: par jour ::
ABSORPTION FACILE
TOLÉRANCE PARFAITE
AVEC L' Hépatrol
Littérature et Échantillon sur demande · A. Rolland. 31 rue des Francs Bourgeois · Paris


DRÉVILL
ANŒSTRUS
ŒSTRUS
Folliculine CHOAY
Hormone sexuelle femelle
en ampoules stérilisées de 2cc
titrées à 10 unités physiologiques
CHOAY
LABORATOIRES CHOAY _ 48, rue Théophile Gautier _ PARIS (XVIe)

INFORMATIONS

(SUITE)

IIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE. (LONDRES, 19-22 juillet 1933.) — *Bureau du Congrès.* — Président : M. le professeur Nové-Josserand (Lyon); vice-présidents : MM. les professeurs Murk-Jansen (Leyde), Gocht (Berlin), Putti (Bologne); secrétaire général : M. le docteur Delchef (Bruxelles); secrétaire : M. le docteur Platt (Manchester); trésorier : M. le professeur Maffei (Bruxelles).

Programme. — Les séances auront lieu dans les locaux de la Société royale de médecine.

Mercredi 19 juillet : 14 h. Réunion du Comité international; 16 h. 30. Assemblée générale; 20 h. 30. Réception par le président.

Jeudi 20 juillet : 9 h. 45. Discours du président; 10 h. 30. Etude de la première question à l'ordre du jour : *Le mécanisme des mouvements articulaires en général.* Rapporteurs : MM. von Bayer (Allemagne), della Vedova (Italie), Scherb (Suisse); 14 h. 30 à 17 h. 30. Séances opératoires dans les hôpitaux; 20 h. 30. Réception par le Collège royal des chirurgiens.

Vendredi 21 juillet : 9 h. Etude de la deuxième question à l'ordre du jour : *Le traitement des coxites tuberculeuses.* Rapporteurs : MM. Erlacher (Autriche, Maffei (Belgique), Henderson (Etats-Unis d'Amérique), Sorrel (France); 14 h. 30 à 17 h. 30. Séances opératoires dans les hôpitaux; 19 h. 45. Banquet par souscription.

Samedi 22 juillet : 9 h. Communications particulières; 14 h. Visite de l'hôpital orthopédique d'Alton.

Pendant la durée du Congrès, un comité de dames anglaises organisera la visite de Londres pour les femmes des congressistes.

A l'issue du Congrès, un voyage d'une durée de quatre ou de huit jours au choix des congressistes aura lieu en Grande-Bretagne.

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOLOGIE. — Le prochain Congrès de physiologie se tiendra à Rome du 29 août au 3 septembre prochain. Les séances auront lieu dans les instituts de la Faculté des sciences de l'Université royale de Rome.

Pendant la durée du Congrès, des excursions sont prévues pour les membres du Congrès, lee 4, 5 et 6 septembre : Vésuve et Pompéi, Capri, Herculanum, Paestum, Campi Flegrei (Solfata) et Cumes.

La cotisation est de 100 lires. — Les inscriptions doivent être adressées à M. le Président du Comité d'organisation du XIVe Congrès international de physiologie, 8, Andrea Delle Dame, 21, Naples.

ASSOCIATION NATIONALE DES ABONNÉS AU TÉLÉPHONE. (Siège social : 4, rue Martel, Paris Xe.) — L'Association nous fait connaître que, sur sa demande, l'Administration des P. T. T. a décidé d'accorder aux médecins la priorité pour les réparations à leurs lignes téléphoniques en dérangement.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Phélipot (de Bordeaux), Chabanon et Pacaud (de Lyon), Félix Putzeys (de Liége), Seidelin (d'Anvers), Jean Dumont, chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu; Maxime Astier (de Saint-André-de Cubzac); Emile Bitot, médecin des hôpitaux de Bordeaux; le professeur Wilhelm Ostwald, un des fondateurs de la chimie physique, prix Nobel, décédé à Berlin; W. W. Cheyne, qui fut le principal collaborateur de Lister; le professeur Charles Benda (de Berlin), décédé à Turin; Mlle le docteur Jacqueline Fontaine, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédée à Paris; M. Jean-Justin Rostan, interne à l'hôpital civil de Cannes, mort victime du devoir professionnel.

DE L'ACTION HYPOTENSIVE DU CHOLALATE DE SOUDE

Par MM. G. CARRIÈRE et E. GÉRARD.

Depuis longtemps déjà nous savons que la tension artérielle est abaissée au cours des ictères. Chauffard et Loivit ont établi qu'il en est habituellement ainsi ; mais ils ajoutaient qu'il y avait une certaine accoutumance et que, dans les ictères chroniques, l'abaissement de la tension était moindre ou qu'elle pouvait même faire défaut.

L'un de nous dans plus de 500 cas d'ictères observés en trente ans a pu constater que :

Dans 112 cas, la tension artérielle était voisine de la normale.

Et dans 388 cas, elle était nettement abaissée.

Partant de ces constatations, nous nous sommes demandé s'il ne serait pas possible d'abaisser la tension artérielle des hypertendus en utilisant, dans ce but thérapeutique, les sels biliaires.

Dans nos premières expériences, faites avec les acides taurocholiques et glycoliques, nous avons obtenu des résultats peu encourageants. Au contraire, si l'on emploie le sel de soude de l'acide cholalique, les résultats que l'on trouvera plus loin démontrent que ce corps agit comme un véritable hypotenseur.

Deux mots sur la préparation de cet acide.

On épuise de l'extrait de bile dépigmentée par de l'alcool métylique au réfrigérant ascendant. La solution alcoolique est purifiée de tous les pigments biliaires qu'elle contient toujours au moyen de méthylate de baryte et elle abandonne l'acide glycocholique ou taurocholique. Ces deux acides sont hydrolysés avec de la soude caustique dont on se débarrasse de l'excès par un courant d'acide carbonique. Par évaporation, on a un résidu sec que l'on épuise à l'alcool à 95° bouillant. On distille une partie de l'alcool et on ramène le titre alcoolique à 20°. On précipite par une solution étendue de chlorure de baryum — on filtre — la liqueur filtrée est acidifiée par l'acide chlorhydrique qui précipite l'acide cholalique dont on fait le sel de soude. Ce dernier est purifié par cristallisation répétée dans l'alcool. Ce sel est très stable et sa solution aqueuse ne s'altère pas lors de la stérilisation.

Il importe d'employer le cholalate de soude rigoureusement pur, blanc et en solution isotonique.

Nos recherches, entreprises depuis près de trois ans, ont porté sur 50 cas d'hypertension artérielle.

Nous avons injecté sous la peau le cholalate de soude aux doses de 1, 2, 5, 10 centigrammes. Il nous a paru que les doses de 5 à 10 centigrammes parfaitement tolérées étaient celles qui devaient avoir nos préférences. Cependant, il est indispensable de diluer la dose de 10 centigrammes et d'utiliser des solutions rigoureusement isotoniques si l'on ne veut pas déterminer de réactions locales, douloureuses et susceptibles de provoquer des indurations. Avec ces précautions, les injections sont très bien supportées, sans réaction ni générale ni locale, et sont complètement indolores.

Elles n'ont entraîné la bradycardie que dans 8 cas et, encore, s'agissait-il d'une bradycardie modérée de 60 à 50 pulsations à la minute et qui ne durait que quelques heures.

Quatre fois seulement nous avons relevé le dicrotisme du pouls.

Dans 20 cas nous avons mesuré la résistance globulaire ; Vaquez et Ribierre ont déjà signalé l'augmentation de la résistance globulaire sous l'influence des sels biliaires. Nous l'avons observée dans 50 p. 100 des cas.

Jamais nous n'avons noté l'accélération de la respiration, l'asthénie, l'anaphrodisie, la céphalée, le changement de caractère, la diminution de la réflectivité, la fatigabilité musculaire, le myxœdème, le prurit, ni les troubles visuels (héméralopie, xanthopsie), tous symptômes que l'on rattache à l'intoxication par les sels biliaires.

Dans un cinquième des cas, nous avons relevé la positivité de la réaction de Hay.

Le cholalate a ralenti le pouls dans................	16 %
Le cholalate a augmenté dans	9
Le cholalate n'a eu aucune action sur le pouls dans..	75
Il a élevé le taux des urines dans	41,6
Il n'a pas modifié le taux dans.................	59
Il n'a eu aucune action sur la température dans.....	91

Nous avons toujours débuté par une injection quotidienne, puis, un abaissement ayant été obtenu, nous avons maintenu, en général, le résultat acquis par des injections bi ou tri-hebdomadaires.

En même temps, les malades accusaient une sensation d'euphorie, une amélioration des troubles respiratoires, une atténuation des œdèmes, parfois un abaissement de l'albuminurie.

Sur 50 cas, nous avons obtenu des abaissements de:

	Tension maxima.	Tension minima.
6 centimètres dans.....	2 cas	1 cas
5 centimètres dans.....	4 cas	3 cas
4 centimètres dans.....	19 cas	17 cas
3 centimètres dans.....	16 cas	14 cas
2 centimètres dans.....	9 cas	9 cas

En général, les tensions maxima et minima ont été parallèlement abaissées.

L'abaissement a été obtenu :

Après une première injection.......	3 cas
Après une deuxième injection	12 cas
Après une troisième injection.......	16 cas
Après une quatrième injection......	15 cas
Après une cinquième injection......	4 cas

L'abaissement immédiat s'est relevé ensuite dans 10 p. 100 des cas.

L'abaissement immédiat s'est relevé après cessation dans 60 p. 100 des cas.

L'abaissement a été maintenu :

Par une injection tous les 2 jours...	18 % des cas
Par une injection tous les 3 jours...	32
Par une injection tous les 4 jours...	28

L'indice oscillométrique n'a pas été modifié dans 72 p. 100 des cas.

Les études publiées ces derniers temps par Vaquez et ses élèves au sujet de la tension moyenne ne nous ont été connues que trop tard pour que nous puissions tirer des conclusions de l'action du cholalate de soude sur elle.

Nous poursuivons nos recherches.

En conclusion nous pouvons, en nous basant sur nos observations, établir que le cholalate de soude constitue un bon hypotenseur et que la méthode que nous préconisons, n'étant jamais brutale, est exempte de dangers.

Voici maintenant le résumé de nos observations :

Hypertension intermittente	5 succès	1 échec
Hypertension continue, pléthore	17 succès	4 échecs
Hypertension avec sclérose vasculo-rénale compensée	6 succès	4 échecs
Hypertension angio-spasmodique, intermédiaire entre pléthore simple et sclérose	6 succès	2 échecs
Hypertension avec insuffisance rénale et cardiaque	8 succès	4 échecs

LE COMA DIABÉTIQUE [1]

Par T. IZOD BENNETT,
M. D. (Lond.), F. R. C. P. (Lond.)
Traduit par le docteur MAX VAUTHEY (de Vichy).

En dépit des immenses progrès thérapeutiques réalisés au cours des dix dernières années, le coma reste la complication la plus grave qui menace la vie du diabétique. Théoriquement, on devrait pouvoir le prévenir facilement, mais il existe un nombre considérable de malades qui, — comme le montrent les statistiques de nos hôpitaux, — succombent chaque année de coma diabétique, soit par leur propre négligence, soit en raison de l'évolution rapide de leur maladie, soit enfin sous l'influence néfaste d'infections intercurrentes.

L'*étiologie du coma diabétique* est encore obscure. Il est à peu près certain qu'il est dû, non à l'hyperglycémie, mais à un trouble quelconque du métabolisme des graisses. Les corps cétoniques, l'acide diacétique, l'acide β oxy-butyrique et un de leurs dérivés, l'acétone, sont décelés dans l'urine dans les cas de coma diabétique. On a supposé un moment que la cause immédiate du coma résidait dans l'excès de ces corps cétoniques dans le sang ; mais des travaux récents tendent à infirmer cette hypothèse.

Quelle que puisse être l'explication définitive de la chimie et du mécanisme du coma diabétique, l'on a beaucoup de raisons de croire que le facteur prédominant est une oxydation incomplète des graisses circulant dans le sang, provoquée par une combustion défectueuse des hydrates de carbone.

Mais, en dehors des problèmes chimiques, l'on ne doit pas oublier qu'il existe très souvent un facteur d'aggravation, sous forme d'une infection locale ou générale, qui provoque une chute dans la tolérance hydro-carbonée du sujet et déclenche ainsi le coma. Des infections générales, telles que la tuberculose, les septicémies, l'influenza, sont souvent en cause, mais dans beaucoup de cas une infection d'apparence banale, telle qu'une otite moyenne, une pharyngite bénigne, ou même, comme Graham l'a montré, la pyorrhée, peut être suffisante pour diminuer la résistance du malade et provoquer le coma. Et, dans la prophylaxie et le traitement du coma diabétique, la recherche et la suppression de ces facteurs constituent un point des plus importants.

Les *signes physiques* et les *symptômes du coma diabétique* peuvent être précoces ou tardifs. Les signes précoces sont : lassitude, état nauséeux, parfois vomissements, somnolence, constipation marquée. Les urines donnent des réactions fortement positives pour l'acétone et l'acide di-acétique ; l'haleine a une odeur très nette d'acétone. A cette période, il est difficile de reconnaître des modifications dans le rythme et l'amplitude respiratoires, mais si l'on peut mesurer la tension de CO^2 dans l'air alvéolaire, on la trouvera considérablement diminuée. La réserve alcaline du sang est abaissée et la pression sanguine se trouve à un niveau très inférieur à la normale.

En fait, le clinicien averti reconnaîtra la menace du coma par la présence chez son malade d'un état manifeste d'intoxication, associé à la présence de corps cétoniques dans l'air expiré et dans l'urine, et à de très légères modifications respiratoires.

Les stades avancés du coma diabétique sont caractérisés par de la stupeur ou de l'inconscience complète ; une hyperventilation pulmonaire marquée est souvent observée et peut être reconnue par la constatation de profonds mouvements respiratoires abdominaux. Les modifications dans l'air expiré et dans les urines deviennent encore plus évidentes. La pression sanguine maxima est souvent inférieure à 10 et la tension du globe oculaire considérablement diminuée. Ces deux derniers signes ont une grande importance et sont pratiquement la signature du coma diabétique, lorsqu'ils coexistent avec la glycosurie.

Diagnostic différentiel du coma diabétique. — Comme toutes les autres variétés de coma, le coma diabétique, quand on l'observe pour la première fois, exige un examen clinique très approfondi. Celui-ci est nécessaire, non seulement en vue du diagnostic différentiel, mais aussi parce qu'il existe souvent des complications qui peuvent exiger un traitement d'urgence, si le cas n'est pas désespéré.

Il n'est pas dans notre intention d'entrer ici dans les détails du diagnostic différentiel entre le coma diabétique et les autres comas. L'absence de signes physiques caractéristiques au niveau du système nerveux central permet d'éliminer les méningites et les autres troubles encéphaliques ; l'absence d'hypertension est généralement suffisante pour écarter le diagnostic d'urémie, surtout quand le taux de l'azotémie est normal ; certaines intoxications, telles que celles réalisées par l'alcool et l'opium, sont plus difficiles à éliminer, mais si l'on porte son attention sur les signes caractéristiques du coma diabétique, un diagnos-

(1) Extrait de *The practical treatment of diabetes*, London, Constable and Co, 1931. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, p. 53 et 440.

tic exact peut être posé. Ces signes sont, et nous insistons à nouveau sur ce point : *a*) les anamnestiques ; *b*) les modifications biochimiques ; *c*) une pression sanguine basse et une tension intra-oculaire diminuée.

***

Recherche des corps cétoniques dans l'urine. — 1. Réaction de Gerhardt. — Dans un tube à essai, rempli d'urine au quart, ajouter goutte à goutte une solution de perchlorure de fer. Il se forme un précipité de phosphate de fer ; l'addition de perchlorure de fer doit être continuée jusqu'à ce que le précipité atteigne son intensité maximum et même se redissolve partiellement ; la présence d'acide di-acétique est révélée par l'apparition d'une coloration allant du rouge Bordeaux au brun-noir. Si le précipité est très intense, il est bon de filtrer le liquide et d'ajouter quelques gouttes supplémentaires de perchlorure de fer. Une couleur identique est obtenue si le sujet a absorbé une préparation à base d'acide salicylique, mais cette cause d'erreur peut être éliminée en portant l'urine à l'ébullition avant de la soumettre à la réaction.

Cette épreuve au perchlorure de fer est sensible jusqu'au vingt-millième ; elle est positive avec l'acide di-acétique, mais non avec l'acétone.

2. Réaction de Rothera. — Remplir d'urine un tube à essai jusqu'à une hauteur de 5 cm. et y ajouter des cristaux de sulfate d'ammonium jusqu'à saturation. Ajouter 1 cm. d'ammoniaque concentrée et quelques gouttes d'une solution récente de nitro-prussiate de soude.

La présence d'acide di-acétique ou d'acétone sera révélée par une coloration allant du mauve pâle au bleu violet très foncé, coloration apparaissant lentement ou rapidement suivant la quantité d'acide di-acétique présente. Lorsque l'urine contient une forte proportion de corps cétoniques, elle doit être examinée après dilution au dixième.

Ce test est sensible à la fois à l'acide di-acétique et à l'acétone ; pour le premier de ces corps, sa sensibilité atteint 1 pour 400.000.

Valeur comparée de ces deux tests. — L'épreuve de Rothera est si sensible qu'elle est susceptible de donner des indications fausses si elle n'est pas très soigneusement exécutée et si elle n'est pas réalisée avec des urines convenablement diluées. Et encore, c'est seulement à une réaction intense et rapide que l'on donnera une valeur réelle. En effet, un résultat positif est obtenu habituellement dans les cas d'inanition quelle qu'en soit la cause, crise de diarrhée, mal de mer ou autre.

La réaction de Gerhardt a l'avantage d'être réalisée avec des réactifs très faciles à se procurer, et tout en étant beaucoup moins sensible elle l'est suffisamment pour donner des renseignements dans les cas de coma menaçant ou confirmé.

***

Le traitement du coma diabétique. — Le coma diabétique est une circonstance critique qui menace le plus gravement la vie du malade. Avant la découverte de l'insuline, pratiquement tous les cas de coma diabétique évoluaient vers une terminaison fatale : les cas de guérison étaient si rares que les observations que l'on en rapportait n'étaient accueillies qu'avec beaucoup de réserves. Tout est changé maintenant à ce point de vue, et les guérisons sont si fréquentes qu'on les considère comme méritant à peine d'être rapportées ; cependant, dans les cas où le coma a dépassé le stade du « coma menaçant », le traitement exige un jugement et une habileté très grands, et aucun praticien expérimenté n'est capable de porter un pronostic optimiste au cours des premières heures.

Dès le début, deux principes importants doivent être présents à l'esprit :

1° Jusqu'à ce que le coma ait disparu, il n'est nullement indiqué d'essayer de supprimer les autres symptômes caractéristiques du diabète, c'est-à-dire glycosurie et hyperglycémie ;

2° La base biochimique du coma diabétique réside dans une combustion défectueuse des graisses, secondaire à une combustion défectueuse du glucose. Aussi, si l'on peut rétablir une combustion normale du glucose, le coma s'évanouira *même s'il y a persistance d'hyperglycémie*. Une telle combustion du glucose peut être provoquée par l'administration de doses élevées d'insuline ; mais un autre danger apparaît ici, lié obligatoirement à un traitement ainsi compris, car les grosses doses d'insuline qui sont nécessaires produiront un état d'hypoglycémie si elles sont prescrites et administrées sans précautions spéciales, et l'on a vu des cas dans lesquels le coma diabétique avait été transformé en coma hypoglycémique aboutissant à la mort du malade.

Un troisième fait important, qu'il ne faut pas oublier, est l'intrication du mécanisme pathogénique du coma diabétique et du trouble vasculaire profond responsable de la chute marquée de la pression artérielle et de l'hypotension du globe oculaire, dont nous avons déjà parlé ; il est nécessaire de prendre des dispositions pour combattre ces phénomènes graves dans tous les cas sévères de diabète.

Les *cas bénins*, ceux dans lesquels le malade a sa pleine connaissance, doivent être traités par des boissons abondantes, par des lavements et des purgatifs qui dégagent l'intestin, enfin par l'administration d'insuline à doses de 20 à 30 unités, répétées plusieurs fois par jour, et accompagnées de dosages soigneux du taux du sucre dans le sang et les urines. Le régime doit contenir une certaine quantité d'hydrates de carbone facilement assimilables, tels que toasts, lait écrémé ou jus d'orange, jusqu'à ce que les menaces de coma soient écartées. Les graisses doivent être rigoureusement proscrites de l'alimentation. Quand l'état général du malade et la réaction de Gerhardt indiquent que les risques de coma ont disparu, le traitement du diabète pourra être entrepris suivant les principes que nous avons exposés ailleurs.

Les *cas graves*, dans lesquels il existe déjà un état d'inconscience ou de sommeil profond, doivent être traités beaucoup plus vigoureusement. A l'instant même où le diagnostic est posé, 40 à 50 unités d'insuline doivent être injectées. *Tout retard dans l'admi-*

nistration d'insuline dans le coma diabétique est une faute aussi grave qu'un retard de l'opération dans un cas de péritonite généralisée.

Afin d'éviter tout risque d'hypoglycémie, 50 gr. de sucre, soit sucre de canne, soit glucose, peuvent être administrés en même temps, par la bouche si le malade est capable d'avaler, ou bien par sonde gastrique, ou en lavement ou par voie intraveineuse dans les autres cas. Chaque fois que cela sera possible, une prise de sang sera faite en même temps et le taux de la glycémie mesuré. Aucun autre traitement ne devra être fait avant un délai de deux heures ; au bout d'une heure et demie, une seconde prise de sang sera faite, ainsi qu'un second dosage du sucre sanguin, si bien qu'au bout des deux heures, le médecin connaîtra le taux de la glycémie et l'effet de l'insuline sur le taux primitif de cette glycémie.

S'il n'y a pas d'amélioration clinique manifeste et si le taux de la glycémie reste élevé, une nouvelle dose de 20 à 50 unités sera administrée, en même temps qu'une nouvelle quantité de sucre. Mais si le malade est dans un état comateux moins profond, ou si la glycémie est ramenée à la limite supérieure de la normale (1 gr. 80), la dose d'insuline doit être considérablement diminuée, et une petite dose de sucre doit être administrée de nouveau, soit par la bouche, soit par la voie intra-veineuse.

Les mêmes directives seront appliquées au bout d'une période de deux heures, mais en se souvenant que l'insuline administrée à des intervalles de deux heures a une certaine tendance à s'accumuler et que l'on doit redoubler de précautions pour éviter toute hypoglycémie.

Dans ces cas graves, il est nécessaire de produire une diurèse abondante et de maintenir la quantité de liquides absorbés, et cette nécessité s'impose d'une façon beaucoup plus impérieuse que dans les cas légers ; c'est pourquoi, chaque fois que le malade n'a pas sa connaissance, il est bon de faire une injection intra-veineuse d'environ 500 cc. de sérum artificiel auquel on peut ajouter une quantité suffisante de glucose.

Dans les cas les plus sévères, quand la pression artérielle maxima est tombée au-dessous de 9 et que la tension intra-oculaire est considérablement diminuée, la guérison n'est jamais à espérer. L'on a employé récemment, dans ces conditions, des injections intraveineuses de sérum gommé et glucosé, à doses atteignant d'emblée 1 litre et administrées lentement.

Tandis que le traitement général du diabète non compliqué et l'établissement du régime peuvent se faire très bien sans analyse de sang, il en est tout autrement lorsque l'on a un cas de coma à traiter ; cependant, nous ferons ressortir les points suivants :

1° L'injection de la première grosse dose d'insuline ne doit pas être retardée, sous prétexte d'attendre le résultat de l'analyse du sang ;

2° L'analyse du sang, au moment où on en recevra le compte rendu, indiquera les chiffres de la glycémie qui existait au moins une demi-heure auparavant et le clinicien devra faire une correction de ce chiffre et calculer dans quel sens et avec quelle intensité la glycémie a pu varier depuis le moment de la prise de sang ;

3° Une glycémie au-dessus de 1 gr. 80 indique l'absence de danger, car le but du traitement n'est pas à ce moment de combattre l'hyperglycémie, mais de produire grâce à l'insuline une combustion correcte du glucose circulant.

Durant toute la période de coma, des analyses d'urine doivent être pratiquées à des intervalles de deux à trois heures, et nous rappelons encore une fois que, dès que les urines ne contiènnent plus de sucre, il y a danger à injecter de l'insuline sans administration concomitante de glucose.

Quand le malade sera sorti du coma, le traitement du diabète devra être commencé suivant les principes que nous avons déjà exposés ; mais s'il existe un facteur manifeste de coma, tel qu'une infection, le début du traitement strict du diabète sera retardé jusqu'à l'amélioration du facteur en cause et l'on continuera d'appliquer la règle générale suivant laquelle la glycosurie n'a pas d'importance pourvu que l'acidose soit jugulée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 MAI 1932)

Le rat, animal réactif des typhus endémiques bénins. Longue conservation de leurs virus chez le rat. — MM. Charles NICOLLE, J. LAIGRET, MARCANDIER et R. PIROT.

Essai de restauration du virus rabique fixe par passages intracérébraux sur le chien. — MM. Charles NICOLLE et L. BALOZET.

Loi de la sécrétion rénale. — M. Jules AMAR.

Une nouvelle méthode d'étude de la multiplication microbienne. — M. Michel FAGUET.

Essai de sérothérapie curative du typhus exanthématique par voie méningée. — M. Paul DURAND.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 AVRIL 1932)

L'ostéoporose rachidienne douloureuse, forme fruste d'ostéomalacie, et son traitement par l'ergostérol irradié. — MM. Jacques DECOURT, GALLY et GUILLAUMIN. Trois observations d'une affection douloureuse du rachis, qui semble être une forme fruste d'ostéomalacie. Les lésions révélées par radiographie consistent en une ostéoporose diffuse des vertèbres, du sacrum et des os iliaques, aboutissant à l'affaissement des corps vertébraux. L'examen physico-chimique du sang montre une calcémie normale ou abaissée, avec tendance à l'acidose. Dans les trois cas, l'ingestion d'ergostérol irradié, soit seule, soit associée à l'ingestion de chlorure de calcium, a provoqué en quelques semaines la disparition totale des douleurs osseuses, avec amélioration de l'état général.

Le carotène. — MM. Léon BINET et G. UNGAR exposent l'état actuel de nos connaissances biochimiques et physiologiques sur le carotène.

Ils soulignent, à côté du pouvoir de croissance du carotène, son pouvoir hématopoiétique analysé avec Strumza.

Ils démontrent d'autre part que deux organes jouent un rôle important dans les modifications que ce pigment subit dans l'organisme animal : le foie le transforme en vitamine A (Th. Moore) ; le poumon, d'après les travaux des auteurs, contribue à le détruire par oxydation. Pareils faits pourraient expliquer les carotinémies pathologiques.

Phosphatémie, calcémie, bilan calcique dans la maladie de Paget. — MM. Langeron, Paget et Cordonnier (de Lille) concluent que le taux du calcium dans le sang et la négativité ou la positivité du bilan calcique sont indépendants. Les données chimiques ne permettent pas actuellement de différencier nettement la maladie de Paget de la maladie de Recklinghausen.

Parotidite épidémique avec méningite et orchite concomitante. — MM. Dumitresco, Jonnesco et Saint-Chixer (Bucarest). Observation d'un garçon de 16 ans qui au cours des oreillons fut atteint simultanément d'orchite et de méningite lymphocytique. Après quelques jours d'accalmie, les phénomènes méningés reparurent pour ne disparaître qu'au bout de 3 semaines.

Traitement de la diphtérie. — M. Comby estime que le sérum n'a rien perdu de sa valeur thérapeutique. Ce n'est pas lui qui a changé, c'est la diphtérie. La dose unique même forte ne convient pas à tous les cas. Les doses quotidiennes répétées 2 à 3 fois restent nécessaires pour le nettoyage de la gorge. Le traitement local trouve son indication dans certaines angines ulcéreuses et nécrotiques.

Rupture de la rate dans un cas de charbon. — MM. Dumitresco et Jonnesco (Bucarest). Homme de 43 ans, non paludéen, atteint d'infection charbonneuse grave. Il succomba en quelques instants à une hémorragie par rupture de la rate.

A propos des accidents par réflexe pleural. — MM. Valtis, Triboulet et Polacco rapportent des expériences montrant l'existence des phénomènes d'inhibition pouvant aboutir à la mort chez le lapin. Cette inhibition est supprimée par l'anesthésie locale et exaltée par l'anesthésie générale.

(séance du 15 avril 1932)

Ulcère aigu de la vulve au début d'une fièvre typhoïde. — MM. M. Brulé, P. Hillemand et E. Gilbrin. Une jeune fille entre dans un service de chirurgie pour des ulcérations multiples de la vulve, avec fièvre élevée, qui firent tout d'abord penser à une gangrène de la vulve. Mais l'hémoculture décèle le bacille d'Eberth.

Il s'agit d'un ulcère aigu de la vulve, au cours d'une fièvre typhoïde, chez une vierge.

Cette affection primitive a été exceptionnellement observée au cours de la fièvre typhoïde. Pour Lipschütz, le *bacillus crassus* en est le germe spécifique et ce microbe, saprophyte normal de la muqueuse génitale, deviendrait pathogène dans certaines conditions mal définies.

Chez la malade observée, le *bacillus crassus* a été décelé au début par frottis de l'ulcère.

Deux cas de spirochétose ictérigène à type d'ictère catarrhal : anémie spirochétosique. — MM. Brulé, Lièvre et Tsatsanonis. Deux malades présentant le tableau clinique de l'ictère catarrhal.

La forme catarrhale de l'icètre spirochétosique, la venue tardive et tenace des spirochétoses, même légères, sont deux faits qui ont été décrits pendant la guerre. Il faut y penser alors que manque la courbe thermique caractéristique.

Le choc anaphylactique diffère-t-il des autres chocs humoraux ? — MM. Flandin et Desbuquois. Les perturbations exprimant un déséquilibre vago-sympathique brusque sont identiquement les mêmes quelle que soit la cause du choc. Aussi paraît-il impossible de distinguer le choc anaphylactique du choc protéinique ou du choc dû à un agent physique, comme le froid. Le choc n'est qu'un résultat dont les caractères sont constants et la cause variable.

Maladie de Paget et fonctionnement des parathyroïdes. — MM. Lœderich, Mamon et Beauchesne. Malade de 69 ans, atteint de maladie de Paget typique chez lequel la calcémie et la phosphorémie sont normales, le bilan calcique positif et le bilan phosphorique négatif.

Valeur diagnostique et pronostique de l'énurésie. — M. Pinard et Mlle Corbillon trouvent la syphilis chez les parents ou grands-parents des énurésiques dans 75 % des cas. L'énurésie est souvent le phénomène avant-coureur de lésions nerveuses graves comme l'épilepsie. L'énurésie doit être considérée comme la persistance d'une syphilis en activité grave pour l'individu atteint et pour sa descendance.

Hippocratisme des orteils. — M. Burnand (de Lausanne). — Un cas où l'hippocratisme existait à la fois aux doigts et aux orteils. Il s'agissait d'un malade porteur d'un abcès pulmonaire d'origine amibienne.

SOCIETE DE CHIRURGIE

(séance du 20 avril 1932)

Uretèrectomie. — M. Marion estime que différents types d'uretèrectomies sont possibles : on peut employer la voie latéro-vésicale pour rechercher le tiers inférieur de l'uretère ; dans d'autres cas l'enlever par voie descendante. Dans les uretèrectomies secondaires, la voie médiane ou la voie latérale sont indiquées. Exceptionnellement, en cas de néoplasme vésical ou de diverticule, on peut enlever l'uretère dans un deuxième temps.

L'ablation de l'uretère calculeux est rarement indiquée, la néphrectomie suffisant. De même l'uretèrectomie est exceptionnellement indiquée dans les dilatations congénitales.

Hémorragies sous-dure-mériennes chez l'enfant. — M. Mondor rapporte deux observations de MM. Fèvre et Bertrand. L'intervention pour hémorragie intra-dure-mérienne leur a donné deux succès après évacuation du sang ou des caillots. A ce propos, M. Mondor reprend la question des hémorragies intra-craniennes chez l'enfant.

Irritation chimique des glandes génitales. — M. Desplat rapporte ce travail de MM. René Simon et Jacques Benoit. La sympathectomie chimique par phénolisation a permis d'obtenir d'excellents résultats reproducteurs chez le cheval, le bélier et le chien. Des résultats cliniques nets ont été obtenus chez l'homme et la femme.

M. Mauclaire a observé une résorption de greffe testiculaire.

M. Moure a eu de légers succès, mais éphémères, dans deux cas.

M. Chevassu n'a jamais voulu faire de greffe testiculaire, car elle ne peut agir que momentanément, puis se résorber.

M. Sauvé demande si la sympathectomie chimique périartérielle n'a aucun inconvénient pour l'artère sous-jacente.

M. Desplat estime que le simple badigeonnage de la gaine artérielle n'a pas d'inconvénient pour l'artère.

Hématome sous-dural. — M. DE MARTEL a opéré un hématome sous-dural pour lequel l'encéphalographie avait aidé au diagnostic. Il expose à ce propos sa technique pour les larges craniectomies latérales.

Présentations de malades :

M. BASSET, pour une fracture ouverte de l'extrémité inférieure des deux os de jambe, a, grâce à un cerclage péronier immédiat, obtenu un excellent résultat chez ce malade, qui ne pouvait guère supporter le plâtre à ce moment.

M. DESPLAT. Fracture du calcanéum. Opération de Lenormant-Wilmoth. Excellent résultat.

Présentation de radiographies :

M. SOUPAULT. Hernie diaphragmatique congénitale droite.

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1932)

Invagination chronique intra-stomacale du jejunum et l'une jéjunostomie à travers une bouche de gastro-entérostomie postérieure. — M. GOSSET présente ce travail de M. Charrier. La radiographie avait posé le diagnostic de cette très rare complication des gastro-entérostomies.

Ulcère peptique perforé. — Ce travail de M. Louis MICHON est présenté par M. Gosset. L'auteur intervint pour péritonite généralisée due à la perforation d'un ulcère peptique occupant la face antérieure d'une anse grêle de gastro-entérostomie. Résection de l'ulcère et suture en deux plans. Guérison. Une gastrectomie exécutée deux mois plus tard semble avoir triomphé de la maladie ulcéreuse, car la guérison se maintient depuis deux ans et demi.

Ulcère peptique du jejunum. — M. GOSSET rapporte ce travail de M. Braine. Le malade subit successivement : a. une gastro-entérostomie postérieure pour ulcère pyloro-gastrique ; b. une réintervention pour ulcère de la bouche : on enlève un fil de lin qui pendait ; c. une résection complexe du jejunum et de l'estomac avec anastomose en y. Guérison depuis ce moment. M. Gosset incrimine moins qu'autrefois les sutures non résorbables et considère que le traitement de l'ulcère peptique est la gastrectomie.

Cure radicale des fistules à l'anus. — M. CUNÉO rapporte ce travail de M. Roblès qui a appliqué le premier le procédé de l'abaissement de la muqueuse rectale dans le traitement des fistules extra-sphinctériennes.

M. PICOT ignorait le travail de M. Roblès lorsqu'il décrivit son procédé.

Hernie diaphragmatique. — M. PROUST rapporte ce travail de MM. Pellot (Epernay) et Méguin. Il s'agit d'une hernie embryonnaire gauche. Le traitement fut rendu difficile par les adhérences.

M. VEAU a opéré un nouveau-né pour hernie diaphragmatique étranglée dont le diagnostic avait été posé par la radiographie. Il rappelle l'existence chez l'embryon d'orifices de communications thoraco-abdominaux juxta-cardiaques.

Transplantations tendineuses dans la paralysie radiale. — M. MAUCLAIRE présente ce travail de M. Solcard (Marine). L'auteur a obtenu dans quatre cas de bons résultats éloignés de la technique de M. Mauclaire (anastomose des tendons grand palmaire et cubital antérieur avec les tendons extenseurs des doigts).

Varicocèle. — M. José ARCÉ (Buenos-Ayres) a obtenu de bons résultats de l'opération d'Ivanissevich.

M. PICOT a obtenu dix résultats très satisfaisants.

Bassinet bifurqué avec sténose du grand calice inférieur. — M. PAPIN a obtenu un excellent résultat par anastomose des deux grands calices.

M. Louis BAZY a exécuté une opération analogue pour hydronéphrose.

Exclusion bilatérale du gros intestin avec ouverture des deux bouts du segment exclu comme opération préliminaire de la colectomie totale. – M. Jean QUÉNU pour obstruction du gros intestin a pratiqué successivement : 1. une iléo-sigmoïdostomie ; 2. une exclusion bilatérale du côlon ; 3. la résection de l'anse exclue. On enleva alors un cancer de l'angle splénique, ce qui entraîna la splénectomie. L'opéré est guéri depuis deux ans. L'auteur argumente ce cas complexe et en tire d'intéressantes conclusions.

Typhlite gangréneuse. — M. Jean FIOLLE (Marseille) dut enfouir après appendicectomie, un segment cæcal gangréné. Il pense que ces typhlites limitées sont dues à de petites embolies dans les artérioles.

Kyste de l'ovaire chez une fillette. — M. CARAVEN (Amiens) a observé et finalement enlevé un kyste de l'ovaire à torsions intermittentes pour lequel on avait porté les diagnostics successifs d'appendicite, colique néphrétique, occlusion par bride.

Traitement des salpingites. — M. Anselme SCHWARTZ est de plus en plus partisan du traitement médical poussé jusqu'à l'extrême. Il a obtenu de nombreuses guérisons et a vu survenir des grossesses même après les salpingites gonococciques. Il faut traiter l'annexiste d'abord, secondairement la métrite. En dix ans, sur plus d'un millier de salpingites, M. Schwartz n'en a opéré que 7 à 8 % par hystérectomie totale. En clientèle, sur 151 cas, il n'en a pas opéré et connaît 30 grossesses ultérieures.

Présentation de malades :

M. CADENAT. Luxation récidivante des deux rotules. Opérations multiples. Guérison par myoplastie.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1932)

L'évolution de la bilirubinurie et de la cholalurie après l'écrasement de la rate. — MM. N. FIESSINGER et A. GAJDOS étudient l'évolution de la bilirubinurie et de la cholalurie qui, chez le chien, suit l'écrasement de la rate par une technique spéciale. Au début, on observe une bilirubinurie qui semble bien la conséquence d'un processus d'hémolyse locale. Cette bilirubinurie va en diminuant pour disparaître vers le douzième jour. Elle ne s'accompagne pas forcément d'une bilirubinémie décelable à la réaction de Hijmians van den Bergh. La cholalurie, plus tardive, peut s'expliquer par un retentissement de la lésion splénique sur le foie ou directement par un trouble d'autolyse splénique.

La ligature de l'arc artériel de la petite courbure gastrique. — MM. F. RAMOND, J. DIMITRESCO-POPOVICI et KISTHINIOS ont pratiqué avec succès cette ligature chez le lapin et le chien, sans dommage pour la muqueuse, qui redevient rapidement normale. Ces expériences, appliquées à la clinique, peuvent avoir une portée pratique dans le traite-

ment de l'ulcère et du cancer inextirpable. L'ulcère siège toujours en effet sur la petite courbure. L'anoxémie produite par la ligature favorise donc la cicatrisation de l'ulcère. D'autre part, les cellules cancéreuses, privées d'une partie de leur afflux sanguin nourricier, doivent perdre une partie de leur vitalité, et devenir ainsi plus sensibles à l'action des rayons.

Sur l'immunisation locale du lapin par injections intradermiques en couronne du bacille Calmette-Guérin. — MM. J. Valtis et F. van Deinse ont recherché comment se comportent les lapins inoculés par les injections intradermiques disposées en couronne au flanc droit avec une émulsion de BCG, puis éprouvés par l'injection intradermique d'une dose convenable de bacilles virulents effectuée au centre de cette couronne. Il est possible de créer ainsi une immunité locale qui empêche les bacilles virulents d'envahir l'organisme.

M. Levaditi conclut d'expériences analogues faites par lui, que l'immunité ainsi obtenue n'est qu'incomplète.

Importance de la culture de la moelle osseuse ou « myéloculture » pour le diagnostic de la tuberculose aviaire. — MM. Saenz et Manseau. L'infection de la moelle osseuse, dans la tuberculose de la poule, est constante et peut être révélée par la myéloculture en partant de la moelle osseuse prélevée du vivant de l'animal ou après sa mort.

Les auteurs décrivent en détail cette technique nouvelle et en donnent les résultats. La myéloculture qu'ils préconisent s'offre comme une méthode à la fois simple, pratique et très fidèle, de diagnostic *post-mortem*. Elle présente en outre un grand intérêt pour l'étude de l'évolution de l'infection tuberculeuse pendant la vie même de la poule.

Essais de concentration et de purification du sérum antidiphtérique. — M. S. Ohyama. La méthode consiste à reprendre la pseudoglobuline du sérum par l'acétate d'uranyle et à décomposer le précipité formé par des traitements successifs avec une solution de phosphates, permet l'obtention, dans des conditions satisfaisantes, d'un sérum purifié et concentré, sans avoir recours à la dialyse. Le sel d'uranyle ne semble pas altérer l'antitoxine et le produit final obtenu ne renferme pas d'urane.

Action de l'huile d'olive et de l'huile de foie de morue sur la tuberculose expérimentale du cobaye et du lapin. — M. N. Nègre. Chez les cobayes et les lapins tuberculeux traités par des injections sous-cutanées bihebdomadaires ou par ingestion quotidienne de 1 cc. d'huile d'olives et chez les cobayes tuberculeux traités par ingestion quotidienne de 1 cc. d'huile de foie de morue les lésions sont plus importantes et ont une tendance plus rapide à la généralisation que chez les animaux témoins. Les bacilles tuberculeux étant beaucoup plus nombreux dans les lésions des animaux traités que dans celles des témoins, on peut supposer que l'extension plus rapide des lésions est due à la multiplication plus active de ces germes sous l'influence des graisses neutres introduites dans l'organisme.

Allure de l'infection à B. de Bang et de l'intoxication diphtérique chez les cobayes traités par le BCG. — MM. C. Ninni et T. de Sanctis Monaldi. — 1° Le BCG confère aux cobayes une résistance très nette contre l'infection subaiguë à B. de Bang. Cette résistance se manifeste non seulement par une diminution de mortalité (50 %), mais aussi par une élimination ou une destruction rapide et complète du B. de Bang dans l'organisme.

2° Il ne semble pas que le BCG augmente la résistance des animaux envers l'intoxication diphtérique.

3° Cette différence paraît indiquer que la cause de l'immunité paraspécifique du B C G (anti-infectieuse et non anti-toxique) est bien due à des facteurs cellulaires et non humoraux.

Contribution à l'étude du métabolisme du phosphore et du calcium au cours de la maladie de Paget. — MM. M. Labbé, R. Boulin, A. Escalier et Fl. Nepveux ont étudié sur quatre sujets atteints de maladie de Paget le calcium du sang et le bilan calcique, le phosphore du sang et le bilan phosphoré. Ils n'ont pas trouvé de modification importante du bilan calcique, la calcémie étant variable ; par contre, ils ont observé des bilans phosphorés fortement négatifs, se traduisant par une déperdition variant de 20 à 40 % ; en outre, il existait une augmentation du phosphore du sang portant exclusivement sur le phosphore organique non lipidique. Ils soulignent l'importance du trouble du métabolisme du phosphore par opposition à l'intégrité de celui du calcium.

Présence du virus du typhus exanthématique dans l'encéphale des rats capturés à Beyrouth. — M. P. Lépine. — Il existe dans le cerveau des rats capturés à Beyrouth (*Mus decumanus* et *alexandrinus*) un virus qui, inoculé au cobaye par voie intrapéritonéale, confère à ce dernier une infection du type de typhus exanthématique expérimental (variété mexicaine), identique à l'infection obtenue à partir de l'encéphale des rats d'Athènes et du Pirée. Les cobayes ayant réagi au virus syrien sont réfractaires au virus athénien.

Sur une méthode de coloration des rickettsias. — M. P. Lépine recommande, pour la recherche des rickettsias sur les frottis exécutés avec la vaginale des cobayes infectés de typhus exanthématique, une méthode de coloration qui consiste, après fixation dans le liquide de Regaud, à colorer rapidement par la fuchsine phéniquée diluée et à surcolorer par la vésuvine. Les rickettsias apparaissent ainsi particulièrement nettement dans le protoplasma des cellules endothéliales. Elles se présentent sous deux aspects ayant chacun une morphologie et une affinité colorante différentes, sans que l'on puisse préjuger de l'unicité ni de la spécificité des espèces observées.

Péritonite vaccinale mortelle du lapin. — M. Bardach. — Une souche de neurolapine particulièrement virulente provoque, par inoculation intrapéritonéale, une péritonite spécifique et constamment mortelle. On réussit à faire des passages en série avec l'exsudat intrapéritonéal. Cette péritonite est caractérisée par la présence d'un exsudat assez abondant, des lésions vaccinales intenses de l'épiploon et plus discrètes du côlon et des autres organes. Il existe également un exsudat virulent dans les cavités pleurales et des lésions médullaires (petites formations cavitaires, foyers de ramollissement).

Présence du virus de la maladie de Nicolas et Favre dans les ganglions lymphatiques des singes réceptifs. — MM. C. Levaditi, P. Ravaut et R. Schoen relatent des expériences montrant que, si l'inoculation du virus lymphogranulomateux au singe est pratiquée par voie intraganglionnaire ou intrapréputiale, le germe persiste dans le tissu lymphatique 12, 34 et 111 jours après l'inoculation. Sa présence peut y être passagère pour un même animal. Enfin, le tissu ne semble pas cultiver dans les ganglions inguinaux du *Macacus rhesus*, espèce simienne relativement peu réceptive à l'égard du virus de la maladie de Nicolas et Favre.

Eloge nécrologique. — M. Piéron, président, prononce l'éloge funèbre du professeur Pierre Teissier.

— Société de biologie de Lyon (séance du 21 mars) :

Sur la fixation de l'or dans les viscères des cobayes sains et des cobayes tuberculeux. — MM. F. Arloing, A. Dufourt et Demonfaucon ont constaté par des dosages portant sur le foie et les poumons des cobayes tuberculeux que ces viscères fixent des quantités d'or sensiblement plus grandes que les organes homologues de cobayes sains. Ainsi, des foies porteurs d'importantes lésions fixent 3 à 4 fois plus d'or (1 mgr. 63) que ces mêmes organes provenant d'animaux sains.

Il semble que cette rétention d'or est d'autant plus grande que les lésions tuberculeuses sont plus importantes et plus étendues.

En ce qui concerne la rate tuberculeuse, il est difficile d'établir qu'elle fixe une quantité d'or plus grande que la rate saine. Néanmoins, s'il y a de grosses lésions tuberculeuses, le chiffre de l'or fixé est plus grand que pour des rates moins malades.

Les dosages effectués sur les reins des animaux tuberculisés qui, ainsi qu'à l'ordinaire, ne présentaient pas de lésions très importantes, ne permettent aucune conclusion.

Influence du flux énergétique des tests lumineux blancs ou colorés. — Sur l'étendue du champ visuel. — M. P. Ponthus. L'étendue du champ visuel des couleurs monochromatiques varie dans le même sens que le flux énergétique émis par les tests. Lorsque des tests colorés possèdent des flux énergétiques suffisants, ils procurent des champs visuels ayant sensiblement les mêmes limites périphériques que le blanc. Si les flux énergétiques sont égaux et peu intenses, les champs des couleurs simples deviennent alors plus petits que celui du blanc, et inégaux entre eux, la décroissance se faisant dans l'ordre rouge, jaune, bleu, vert. Le champ visuel du vert reste toujours moins étendu que celui des autres couleurs, à énergie égale.

S'il est habituellement admis que les champs visuels des couleurs sont fortement inégaux, c'est que la mesure a lieu avec des stimuli d'énergie très différents.

Sur la diffusion de l'ultra-violet par divers corps et plus particulièrement par la peau humaine. — MM. J. Cluzet, T. Kofman et G. Boudenes. Il en est de la diffusion de l'ultra-violet, pourtant si facilement absorbable, comme de la diffusion de la lumière ordinaire et l'état de la surface considérée joue le principal rôle : ainsi, les corps brillants diffusent beaucoup plus que les corps mats, quelles que soient leur nature, leur épaisseur et leur couleur. Aussi, il y a intérêt à employer des revêtements brillants pour les parois des dalles, dans lesquelles on veut utiliser la diffusion de l'ultra-violet solaire ou artificiel.

Les différences de pigmentations de la peau humaine ne produisent pas de différences importantes dans la diffusion et par conséquent dans l'absorption de l'ultra-violet. Mais tout enduit brillant, comme ceux employés pour éviter les coups de soleil, augmente considérablement la diffusion et diminue par cela même l'absorption cutanée de l'ultra-violet.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1932)

A propos de la syphilis infundibulaire. — M. LHERMITTE, revenant sur cette question, précise que ce qu'il importe de retenir au point de vue clinique, c'est que les désordres de la série infundibulaire : polyurie, polydipie, hypersomnie, syndrome adiposo-génital, sont la traduction la plus décisive d'une altération de la région ventrale du ventricule moyen, et non pas l'indication d'une lésion de la glande hypophysaire.

Récurrentothérapie par ponction cérébrale. — M. MARIE présente quatre cas traités avec MM. Levaditi et P. Lépine par injection de la fièvre récurrente dans les lacs sylviens par ponction cérébrale (4 rémissions partielles).

Dix ans de pratique des insufflations gastriques rythmées dans le traitement des maladies de l'estomac. — M. René GAULTIER, s'appuyant sur des centaines d'observations personnelles et sur celles de ses élèves ou de ses confrères, montre l'efficacité de cette méthode qui, dans les maladies de l'estomac, amène une amélioration immédiate des signes subjectifs et objectifs, particulièrement un relèvement notable de l'appétit, d'où une meilleure alimentation et des digestions plus faciles, conditionnant l'augmentation de poids et la guérison.

Glandes endocrines et rhumatisme. — M. DELACROIX (de Bourbonne-les-Bains) pense que les syndromes rhumatismaux sont très souvent d'origine endocrinienne (foie, thyroïde, ovaire, etc.). Dans les cas d'hypofonctionnement endocrinien, le métabolisme et la tension artérielle sont abaissés. Tous les rhumatismes sont très améliorés ou guéris par la médication émanothérapique, soit naturelle, soit artificielle, qui régularise le métabolisme et la tension artérielle.

Néointerventionnisme en matière de tuberculose osseuse. — M. GALLAND (de Berck) s'efforce de démontrer que le principe conservateur classique du traitement des tuberculoses osseuses n'a pas changé. Les ostéosynthèses et greffes osseuses sont des adjuvants très précieux du traitement climatique, mais rentrent essentiellement dans le cadre de la chirurgie conservatrice. Il n'y a pas de néo-interventionnisme.

Lever matutinal précoce. — M. LÉOPOLD-LÉVI fonde, sur une quarantaine d'observations, la conclusion qu'un traitement opothérapique, à base de glandes d'énergie, permet à un grand nombre de sujets de se lever de bonne heure, alors que, par *tempérament*, ils ont de la difficulté, parfois de la souffrance, à sortir le matin de leur lit.

Sur la nécessité d'un contrôle radiotélégraphique périodique des examens à l'écran des cardiaques. — M. J. SURMONT.

Nouvelle technique de greffe testiculaire. — M. DARTIGUES.

Diagnostic clinique et traitement médical du dolichocôlon. — MM. CHIRAY et J. BAUMANN ne considèrent pas l'allongement du côlon comme pathologique par lui-même. Il le devient lorsque l'angle gauche est le siège de colites segmentaires ou généralisées. Il se produit à ce niveau des spasmes, des réactions inflammatoires, des compressions mécaniques qui déterminent des phénomènes d'occlusion larvée, de l'aérocolie bloquée avec troubles réflexes, une augmentation de la stase cæcale avec troubles toxiques. Ce sont ces signes qui doivent faire penser au dolichocôlon dont l'examen radiologique, par lavement baryté, peut seul préciser l'existence.

Le traitement médical, remarquablement efficace, est basé sur la suppression des farineux, les entéroclyses, une médication laxative oléo-mucilagineuse et se complète utilement par la cure tonique de Châtel-Guyon.

M. MAZERAN insiste sur l'exagération du diagnostic de dolichocôlon non justifié par la radiographie. Avant d'affirmer, il faut s'entourer de toutes précisions. Le dolichocôlon congénital doit être séparé du dolichocôlon acquis. Le premier, lié aux troubles de la fonction, le second résultant de modification lente de la tension abdominale, en rapport avec une pariétale digestive déficiente.

La sonorité préhépatique chronique. — Sa fréquence. — M. L. PRON, sur deux séries de dyspeptiques banaux avec participation du foie et du côlon, a trouvé 65 fois de la sonorité préhépatique, et 8 fois un foie totalement sonore. C'est donc là une anomalie très fréquente que l'auteur explique, dans la plupart des cas, par un amas de gaz dans l'angle sous-hépatique qui, distendu à des degrés variables, forme poche de résonance, masquant plus ou moins la matité du foie.

LIVRES NOUVEAUX

Hépatites et cirrhoses. (Classification, pathogénèse et morphogénèse des hépatites diffuses aiguës, subaiguës et chroniques d'après les notions récentes sur la physio-pathologie hépato-biliaire) (1), par G. ALBOT, avec une préface du professeur G. ROUSSY.

Malgré tous les travaux entrepris, il n'est guère possible encore d'établir de classification de cirrhoses qui défie la critique.

L'auteur de la présente étude limite son programme à l'étude des hépatites vraies, inflammations diffuses du parenchyme hépatique, à l'exclusion des inflammations circonscrites et des affections propres du tissu réticulo-endothélial.

Il distingue 3 variétés principales d'hépatites : celles qui compliquent la stase sanguine, celles qui compliquent la stase biliaire, les hépatites toxiinfectieuses. C'est à ces deux dernières seules qu'a trait le présent travail.

Suivant les lésions, l'aspect clinique des hépatites toxi-infectieuses est susceptible des plus grandes variations, mais ces lésions paraissent se succéder selon un déroulement invariable, reflet de la physiologie normale du tissu hépatique.

Les hépatites de la stase biliaire ont une évolution sur laquelle la persistance du trouble causal exerce la plus grande influence.

Les unes comme les autres peuvent aboutir à la cirrhose que l'on peut définir avec l'auteur : hépatite chronique avec remaniement structural du foie.

S'il est possible de reconnaître une concordance entre certaines lésions anatomiques et certains symptômes, il n'en est pas de même entre lésions et composantes diverses de la physiologie hépatique si complexe. Il intervient là en effet trop d'éléments de suppléance fonctionnelle et de régénération anatomique.

Cette très importante étude est à la fois basée sur une importante documentation anatomo-clinique originale et sur les résultats soigneusement établis d'une importante et délicate expérimentation sur l'animal.

Dans un certain nombre de cas, l'auteur a eu le privilège de pouvoir faire chez l'homme des examens biopsiques. L'emploi des méthodes mitochondriales et l'étude ainsi ren-

(1) Paris, Masson et Cie.

due possible du tissu réticulo-endothélial, domaine à peu près interdit à l'anatomie pathologique courante, ont donc permis à l'auteur de comparer de plus près les résultats fournis par la clinique et par l'expérimentation. Le présent travail représente donc, à certains égards, une étude princeps dont devront tenir compte et s'inspirer tous ceux qui aborderont désormais un domaine encore si peu connu en dépit d'études nombreuses. L. B.

NOTES POUR L'INTERNAT

RUPTURES TRAUMATIQUES DE L'URÈTHRE CHEZ L'HOMME

Ce sont les ruptures de l'urèthre sans plaie des téguments. Leur étude est dominée par deux complications :

Immédiatement, l'infection ;

Tardivement, le rétrécissement.

Insistons d'emblée sur l'importance, dans le traitement, de la cystostomie.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME

1° **Urèthre périnéo-bulbaire.** — Ces ruptures, les plus fréquentes, sont dues à un choc périnéal.

Elles relèvent : soit d'un écrasement latéral,

Soit d'un écrasement médian,

L'urèthre étant sectionné par l'arcade pubienne ou par le ligament de Carcassonne.

2° **Urèthre membraneux.** — Sa rupture accompagne une fracture du bassin, plus rarement une disjonction de la symphyse pubienne.

3° **Urèthre pénien.** — La rupture survient :

Au cours d'une érection : faux pas du coït ;

Au cours d'une blennhorragie : rupture de la corde.

4° **Urèthre prostatique.** — Epiphénomène, au cours d'un gros traumatisme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. **Urèthre périnéo-bulbaire.** — Parfois petite rupture partielle interne, ne donnant qu'une uréthrorragie.

Plus souvent rupture totale.

Elle s'accompagne en outre d'un hématome dans la classique loge en crosse de pistolet.

L'étendue des lésions est très variable :

De la simple section

A l'écrasement complet : s'il dépasse 4 cms, l'uréthrorraphie sera impossible.

Les dégâts périnéaux règlent le pronostic :

Infiltration, contusion,

Et préparent l'infection.

B. **Urèthre membraneux.** — Rupture totale, complète, avec décalage des deux bouts.

Communication avec le foyer de fracture, c'est capital.

C. **Urèthre pénien.** — Petite rupture, toujours incomplète.

D. **Lésions associées.** — Décollement sous-cutané.

D'où hématomes, infection.

Rupture des corps caverneux.

Fractures du bassin.

L'infection vient des saprophytes de l'urèthre.

Le rétrécissement, du tissu fibreux cicatriciel.

ÉTUDE CLINIQUE

Type : **Urèthre périnéo-bulbaire.** — **Au début,** un blessé après une chute à califourchon, est amené parce qu'il soufffre et présente une uréthrorragie,

Douleur : syncopale au début,

Puis atténuée, mais réveillée par le palper, les mouvements, les efforts de miction.

Uréthrorragie : Elle est immédiate.

Elle reparaît quand on palpe le périnée.

En pratique, on voit le malade quelques heures plus tard.

Il présente à ce moment un signe majeur : la rétention d'urine.

Son importance est capitale.

Elle oblige à intervenir d'urgence.

Sa durée est variable, et nullement fonction de la gravité de l'atteinte uréthrale ;

Ou passagère (quelques heures), puis le blessé émet une urine sanglante,

Ou persistante, accompagnée d'épreintes vésicales.

A l'examen : *a*) Tuméfaction périnéale :

Installée rapidement,

Médiane, à base préanale, à sommet s'effilant à la racine de la verge,

Douloureuse au palper,

De consistance variable : soit ferme, tendue, avec crépitation variable, soit rénitente, ou même fluctuante.

b) Ecchymose périnéale, gagnant vers le scrotum et les cuisses.

c) Globe vésical.

Au total : Uréthrorragie.

Tuméfaction périnéale, même sans globe vésical net.

L'indication opératoire est formelle, si on veut prévenir l'infection.

ÉVOLUTION

Varie absolument avec le traitement.

1° On opère d'urgence : la cystostomie de dérivation s'impose. Elle évite sûrement l'infection.

2° Si on n'opère pas :

A. Dans les cas légers, évolution aseptique. Ce sont les petites ruptures partielles. Douleur et uréthrorragie sans hématome. Rétention passagère.

Rapidement le malade urine, et ne vient pas consulter.

Et la sténose s'installe : précoce, quelques mois ; unique ; siégeant au bulbe ; serrée, progressive, indilatable.

Il faudra intervenir secondairement : cystostomie d'abord, puis réfection de l'urèthre.

B. Le plus souvent : infection. Elle se présente sous des aspects différents :

Soit phlegmon diffus gangréneux à type infiltration d'urine.

Rôle capital du terrain.

Localement : tuméfaction, rougeur, gros œdème périnéo-scrotal.

Etat général grave : infection aiguë, intoxication marquée.

Le sujet âgé ou peu résistant succombe.

Le sujet jeune, sans passé urinaire, guérit, mais au prix de grands délabrement périnéaux laissant persister des fistules.

Soit abcès urineux.

L'infection reste localisée,

La tuméfaction périnéale grossit, s'empâte, devient douloureuse.

Dans les deux cas, on aboutit à une sténose très serrée, une fistule périnéale, un périnée infecté.

La réparation sera très difficile.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique de nomination.* — Séance du 27 mai. — MM. Layani, 19,81; Bariéty, 20; Clément et Marie, 19,90; Laporte, 20.

Sont nommés médecins des hôpitaux : MM. Bariéty et Laporte.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours de l'adjuvat.* — *Epreuve orale.* — Séance du 30 mai. — MM. Aboulker et Petit (P.), 18; Billet, 17; Baumann, 16; Beuzart, 15.

Séance du 31 mai. — MM. Monod et Rudler, 18; Herbert et Zagdoun, 17; Jullien, 16.

Dissection. — MM. Petit, 29; Rudler, 28; Zagdoun, 27; Baumann et Billet, 26; Aboulker, 25; Herbert et Beuzart, 23; Monod et Jullien, 22.

Sont proposés : MM. Rudler, 74; Petit (Pierre), 73; Zagdoun, 72; Baumann et Billet, 69.

— *Concours du prosectorat.* — Jury : président, M. Legueu; MM. Gosset, Lenormant, Ombrédanne, Binet, Grégoire, Hovelacque.

Candidats : MM. Dreyfus, Couvelaire, Guillot, Cordier, Padovani, Maës, Longuet, Mouchet.

Epreuve écrite. — Séance du 1er juin. — Questions données : « 1. Artère utérine. — 2. Physiologie de l'hypophyse. — 3. Fractures spontanées. »

Lecture des copies. — MM. Couvelaire et Cordier, 29; Dreyfus et Guillot, 25.

— Montpellier. — M. Marcel Carrieu, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er octobre 1932, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier. Dernier titulaire de la chaire : M. H. Bertin-Sans.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Prix Grandeury-Fricot. — Il est ouvert à la Faculté de médecine de Nancy un concours entre étudiants français ou anciens étudiants français de la Faculté de médecine de Nancy.

Les candidats devront présenter un mémoire sur la tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique.

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faculté de médecine de Nancy pour le 1er juillet.

A la suite de ce concours, un prix de 1.650 fr. pourra être décerné.

Le jury sera choisi par la Faculté de médecine.

— Prix Alexis Vautrin. — Il est ouvert à la Faculté de médecine de Nancy un concours entre étudiants français ou anciens étudiants français de la Faculté de médecine de Nancy.

Les candidats devront présenter un mémoire sur un sujet de gynécologie, y compris la gynécologie cancéreuse.

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faculté de médecine de Nancy pour le 1er juillet.

A la suite de ce concours, un prix de 4.000 fr. et un deuxième de 1.000 fr. pourront être décernés.

Si le jury choisi par la Faculté de médecine estime qu'il n'y a pas lieu de décerner ces prix, la valeur du second, soit 1.000 fr., pourra être répartie sur une ou plusieurs mentions honorables, ou être réservée pour l'année suivante, ou récompenser la meilleure thèse de gynécologie présentée dans l'année.

MÉDAILLE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE. — *Médaille d'argent.* — M. Mazères, à Tunis.

LA CONSULTATION D'ENDOCRINOLOGIE ET D'OPOTHÉRAPIE du docteur Léopold-Lévi sera transférée, à partir du jeudi 2 juin, de l'hôpital Cochin à l'Institut prophylactique,

38, rue d'Assas, de 10 h. à midi et demi, tous les jeudis matin.

HÔPITAL ET DISPENSAIRE FRANÇAIS DE LONDRES. — On demande un médecin résident, remplissant les fonctions d'interne, disposé à venir pendant la période des vacances de juillet et août. — Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Pierret (La Bourboule, Puy-de-Dôme) ou au secrétaire de l'hôpital et dispensaire français (172, Schaftesbury Avenue, Londres W. C., 2).

(*Voir la suite des* « Informations », *p. 849*.)

CHRONIQUE

A PROPOS DU B. C. G.

L'Institut Pasteur vient de publier un important volume (1) sur *la vaccination préventive de la tuberculose de l'homme et des animaux par le B. C. G.*

Ce volume contient des rapports et documents provenant des divers pays (France exceptée) transmis en 1932 à l'Institut Pasteur.

Dans une sorte de préface, M. Calmette a réuni les preuves expérimentales et cliniques de l'efficacité du B. C. G. Il étudie d'abord les caractères particuliers de l'*immunité tuberculeuse.*

Cette immunité, seule la résistance aux infections virulentes permet d'en affirmer l'existence.

Elle est due à l'imprégnation des organes lymphatiques au moyen du B. C. G. : « *Mais, pour être efficace, il faut que cette imprégnation soit précoce, c'est-à-dire effectuée dès après la naissance, et qu'avant de prendre contact avec des bacilles virulents, le sujet vacciné ait le temps de faire sa réaction vaccinale, sa* « *Bécégétite* », *maladie bénigne génératrice d'immunité, dont l'évolution exige environ vingt-cinq à trente jours.*

Cette condition est nécessaire. Elle n'est pas toujours aisée à remplir, mais l'expérimentation montre que, lorsqu'elle est réalisée, l'immunité est constamment obtenue. »

M. Calmette consacre ensuite quelques pages à la *fixation de l'atténuation de la virulence du B. C. G.* Se basant sur l'observation des enfants actuellement vaccinés, qui sont au nombre d'un million environ dont 423.000 pour la France, au 1er mars 1932, M. Calmette constate qu'on n'est encore jamais parvenu à rendre le B.C.G. virulent, et qu'au surplus si l'on y parvient « cela ne portera aucune atteinte à notre affirmation d'aujourd'hui que le *B. C G. tel que nous l'utilisons pour la vaccination préventive de la tuberculose, chez l'enfant ou chez les bovins, est un virus d'atténuation fixée.* »

M. Calmette et ses collaborateurs MM. A. Boquet et Nègre, Guérin, Wilbert apportent encore des *preuves expérimentales de l'efficacité de la prémunition par le B. C. G.*

Enfin M. Calmette nous donne *les preuves cliniques de l'efficacité de la vaccination B. C. G. chez les jeunes enfants.* S'appuyant sur la documentation considérable dont il dispose et que nous avons déjà signalée dans ce journal, M. Calmette est autorisé à affirmer ces deux propositions :

Le vaccin B.C.G. est certainement inoffensif ; il confère à l'organisme une résistance manifeste à la contagion tuberculeuse.

Ces affirmations reçoivent une confirmation complète de la part des savants des différents pays qui lui ont adressé un nombre très important de rapports fortement documentés. Ces rapports ne confirment pas seulement l'innocuité et l'activité du B. C. G., ils apportent aussi une nouvelle lumière sur un fait déjà signalé par M. Calmette. Le voici :

« Sur un total de 443.656 enfants vaccinés dans 46 pays différents, la France exceptée (d'après les documents transmis à l'Institut Pasteur en 1932), *la moyenne générale de mortalité infantile de 0 à 1 an pour toutes causes est :*

Pour les vaccinés .... 7,9 %
Pour les non vaccinés .... 15,3 %

soit *près de 50 % en faveur des vaccinés.*

Dans la *Revue des Deux Mondes* du 15 mai 1932, M. Pasteur-Vallery-Radot consacre de son côté une remarquable étude au *vaccin B. C. G. et au procès de Lübeck.* Nous en extrayons les passages suivants :

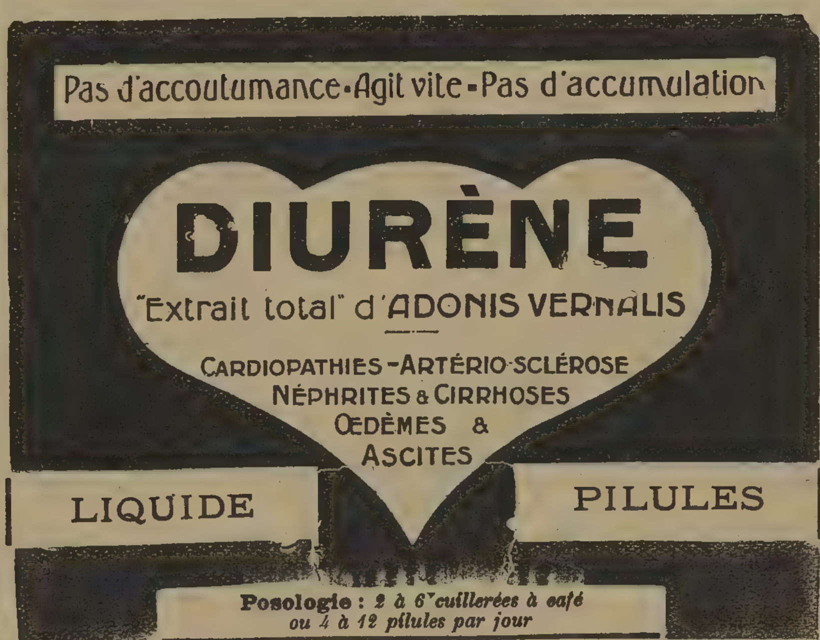
« ... On s'est demandé pourquoi la vaccination par le B. C. G. avait, non seulement une action spécifique vis-à-vis de l'infection tuberculeuse, mais aussi une influence sur les infections d'autre origine : l'enfant vacciné par le B. C. G. résiste mieux aux maladies du jeune âge. Il en est de même, d'ailleurs, chez les jeunes bovidés. On sait aujourd'hui qu'un vaccin, quel qu'il soit, en plus de son action spécifique contre une infection microbienne déterminée, agit comme modificateur humoral....

« Une question importante est celle de la durée de l'immunité conférée par le B. C. G. Il semble que le B. C.G. absorbé par voie buccale à la naissance immunise le jeune enfant pendant plusieurs années. Mais, d'après Calmette, il est bon de renouveler la vaccination par voie buccale à la fin des première, troisième, septième, quinzième années. A ces âges, l'absorption des bacilles-vaccins par la muqueuse intestinale est faible, elle est cependant suffisante pour entretenir l'état d'immunité.

« A l'heure actuelle, près d'un million de vaccinations par le B. C. G. ont été pratiquées. Tant par les observations médicales que par les expériences de laboratoire, la méthode a fait la preuve de son innocuité : c'est un fait actuellement acquis. Quant à son efficacité, elle est reconnue par la presque unanimité des observateurs qui l'ont appliquée. Il semble hors de doute que, dans un avenir prochain, cette vaccination se répandra de plus en plus. Mais, pour porter un jugement définitif, la sagesse est d'attendre le recul des années. Si presque tous les enfants vaccinés suivant la méthode indiquée par le professeur Calmette atteignent leur vingtième année sans avoir présenté d'infection tuberculeuse, qui pourra nier encore l'efficacité du B. C. G.? »

F. L. S.

(1) In-8 de 266 pages. — Paris, Masson et Cie.


Pas d'accoutumance-Agit vite-Pas d'accumulation
DIURÈNE
"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS
CARDIOPATHIES-ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES
LIQUIDE
PILULES
Posologie : 2 à 6 cuillerées à café
ou 4 à 12 pilules par jour

INFORMATIONS

(SUITE)

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LITHIASE BILIAIRE. (VICHY, 19-22 septembre 1932.) — Le bureau du Congrès international de la lithiase biliaire qui doit se tenir à Vichy du 19 au 22 septembre prochain nous informe que les grands réseaux français ont accordé aux adhérents au Congrès une réduction de 50 p. 100 sous forme de bons individuels.

La validité de ces bons qui devait être de quinze jours vient d'être prolongée et ils pourront être utilisés du 1er au 30 septembre, ceci dans le but de permettre en particulier aux médecins étrangers qui assisteront au Congrès de séjourner plus longtemps en France s'ils le désirent.

Les bons seront valables du lieu de résidence (ou de la gare d'entrée en France) à Vichy et de Vichy au lieu de résidence (ou à la gare de sortie de France), avec passage facultatif par Paris.

Le droit d'inscription est de 50 fr. pour les membres titulaires, donnant droit aux publications du Congrès, et de 25 fr. pour les membres associés.

La limite des inscriptions est fixée au 1er août.

Toutes les demandes de renseignements, adhésions, cotisations, doivent être adressées au docteur J. Aimard, secrétaire général du Congrès international de la lithiase biliaire, 24, boulevard des Capucines, Paris (IXe).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose*, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, du 13 juin au 9 juillet inclus, par M. le professeur Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Benda, de Berne-Lagarde, Bertier, F. Bordet, Cottenot, Courcoux, H. Durand, Evrot, Genevrier, Mme Gouin, MM. Grellety-Bosviel, Haas, d'Heucqueville, Imbert, Iselin, Kourilsky, Kuss, Launay, G. Laurens, Lonjumeau, Louste, de Massary, Mignot, Oury, Pignot, Pruvost, Ribadeau-Dumas, Turpin et Vibert.

Les conférences théoriques sont publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

Le stage hospitalier aura lieu le matin; répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers, dont ils suivront les visites et les policliniques.

Les exercices pratiques auront lieu l'après-midi : démonstrations cliniques et radiologiques; examens de laboratoire, visites de dispensaires, d'un préventorium et de sanatorium (Bligny). Visite de la pouponnière E. F. F. (Boulogne).

Aux exercices pratiques s'ajouteront une série de conférences faites sur les sujets d'actualité phtisiologique.

Le programme détaillé des démonstrations pratiques et des conférences d'actualité sera distribué aux participants au début du cours.

N. B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux boursiers du Comité national de défense contre la tuberculose (s'adresser 60 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs), et aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscription de 300 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h. — Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

Ouverture du cours : le lundi 13 juin, à 9 h. 30, à la Charité.

— CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. (Professeur : M. Georges GUILLAIN.) — Un cours pratique et technique d'anatomie pathologique du système nerveux sera fait par M. Ivan Bertrand, du 13 juin au 25 juin, à la Clinique Charcot de la Salpêtrière (boulevard de l'Hôpital). — Droit : 250 fr. — S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4.

REVUE GENERALE

LES PLEURÉSIES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

PAR MM.

EDMOND CANTEGRIL, et GEORGES RIEUNAU,

Chef de clinique médicale à la Faculté

Interne des hôpitaux, Lauréat de la Faculté

de Toulouse.

INTRODUCTION

La fièvre typhoïde est, plus que toute autre infection, prédestinée à donner des complications pleurales, au cours de son évolution, et celà pour deux raisons :

1° C'est une septicémie à bacille d'Eberth et à ce titre les localisations pleurales, les localisations pulmonaires à retentissement pleural, les localisations microbiennes exogènes à la plèvre par fléchissement du terrain sont possibles.

2° C'est une maladie de l'intestin et on connaît bien les relations pathologiques générales qui unissent l'intestin et le poumon.

Les pleurésies de la fièvre typhoïde sont plus fréquentes qu'on ne le croit généralement ; les signes pleuro-pulmonaires au cours de la dothiénentérie banale sont bien connus (Lesieur) ; de plus, Widal et Merklen font observer que la recherche systématique des pleurésies typhiques mettrait certainement en évidence des formes méconnues de cette complication.

L'observation des pleurésies de la fièvre typhoïde remonte à Spigel en 1624 et aux protocoles nécropsiques de Chirac en 1742, de Roederer et Wagler en 1762.

Leur étude a été entreprise et poursuivie en Angleterre par Peacock, Tweedie, Gairdner, Murchinson, Fifield ; en Allemagne par Griesinger, Hoffmann, Liebermeister ; en France par Bouillaud (Traité des Maladies essentielles, 1826) ; Andral, Chomel, Taupin en font état dans leurs leçons cliniques (1839) ; Leudet (1855), Rilliet et Barthez, Trousseau (1861) les étudient ; Castex, Guillermet, Ducloux les signalent dans leur thèse ; Lasaigne leur consacre la sienne.

Mais il faut arriver aux examens cytologiques et bactériologiques des épanchements pleuraux pour que leur connaissance se complète.

Labiche, Michel en font le sujet de leur thèse. L'école lyonnaise précise le rôle de la tuberculose dans leur étiologie.

Les noms de Achard, Netter, Courmont, Josserand, Widal et Mercklen, Vincent leur sont attachés.

ÉTIOLOGIE

Fréquence. — Les pleurésies de la fièvre typhoïde constituent une complication qui pour n'atteindre ni la fréquence, ni la gravité des accidents intestinaux n'en est pas moins assez souvent observée en clinique. Eichorst sur 1831 cas de fièvre typhoïde note 32 pleurésies, soit 1,5 0/0, Sears sur 1.050 cas trouve 18 pleurésies, soit 1,7 0/0, Liebermeister donne 4 0/0, Louis 1,57 0/0, Joltrain et Petit Jean 19 cas sur 310 typhoïdes, soit 6 0/0. Par contre, Netter sur 109 cas de pleurésies purulentes ne mentionne jamais la fièvre typhoïde dans l'étiologie.

L'étude de la fréquence dans le temps, fondée sur les cas publiés, montre que ces pleurésies ont été particulièrement observées de 1897 à 1904, et pendant la durée de la guerre 1914-1918, périodes de recrudescence du génie épidémique de la fièvre typhoïde que la vaccination rend de plus en plus rare.

Date d'apparition. — Les complications pleurales de la fièvre typhoïde sont situées par les différents auteurs à toutes les périodes de l'évolution, avec peut-être une prédilection pour les phases de déclin et de convalescence. Les premiers auteurs Anglais affirment la fréquence des pleurésies métatyphoïdes, les auteurs Français qui leur sont contemporains n'en signalent que quelques observations. Siredey signale une pleurésie typhoïdique survenue 21 jours après la défervescence complète en dehors de toute récidive, Marcel Labbé cite un cas survenu au cours d'une récidive.

La forme bien connue sous le nom de pleuro-typhus est beaucoup plus rare que les formes para ou métatyphoïdes.

Quoi qu'il en soit, avec le recul que nous donnent actuellement les années, grâce au nombre considérable des observations publiées, grâce à la recherche systématique de cette complication, nous pouvons dire que les pleurésies métatyphoïdes du déclin et de la convalescence de la dothiénentérie sont les plus fréquemment observées de toutes les pleurésies typhoïdiques.

Conditions et causes prédisposantes. — Lasaigne en 1879 les a formulées sinon avec précision, du moins avec exactitude : « Certaines conditions particulières semblent jouer un rôle dans la production de ces pleurésies : les saisons froides et humides, l'influence de certaines épidémies, les mauvaises conditions hygiéniques, la détresse physique et morale, enfin et surtout les conditions internes inhérentes aux individus malades ».

Le sexe, s'il faut en croire Labiche (9 fois sur 10 masculin) a son importance. L'âge n'offre pas grand intérêt : ces pleurésies surviennent chez les adultes.

Plus importants sont à considérer l'état du poumon sous-jacent et le terrain pathologique de l'individu. Les pleurésies sèches ou séro-fibrineuses — bien que les signes pulmonaires de la fièvre typhoïde soient quasi-constants (Lesieur) — peuvent apparaître sans lésion cliniquement apparente du poumon, par contre les épanchements purulents ont le plus souvent pour origine une lésion pulmonaire qu'il s'agisse de broncho-pneumonie ou d'infarctus (Galliard-Siredey). De plus, Bruhl a démontré par ponction du poumon et culture que le bacille d'Eberth existe dans le poumon du typhique d'une façon quasi-constante, la propagation à la plèvre ayant lieu grâce aux anastomoses entre les lymphatiques profonds et les lymphatiques superficiels sous-pleuraux. Enfin, le rôle du terrain apparaît dans deux circonstances particulièrement mises en évidence par les pleurésies tuberculeuses de la fièvre typhoïde si bien étudiées par l'Ecole Lyonnaise (Chappét, Jacquin, Jaubert, Josserand, Nordmann et Bil-

let) : soit qu'une tuberculose devienne évolutive au cours de la fièvre typhoïde, soit que la fièvre typhoïde crée un terrain propice au développement de la tuberculose chez un sujet sain, jusque-là en état d'allergie.

Dans le premier cas, « la fièvre typhoïde prend le malade tuberculeux et le laisse phtisique » (Widal). Dans le second cas, les inflammations de l'appareil respiratoire, si fréquentes au cours des états typhoïdes, jouent un rôle d'appel pour le bacille de Koch. D'autant que le bacille de Koch trouve dans l'intestin des typhiques des conditions de pénétration remarquables car sa migration se produit avec d'autant plus de facilités qu'il existe des lésions et des ulcérations de la muqueuse intestinale. Chauveau et Strauss, Lesieur et Gary ont montré que la bacillémie tuberculeuse était plus fréquente dans les cas d'ulcérations intestinales.

Enfin, une condition un peu spéciale dont Fichet cite cinq observations, c'est l'origine traumatique d'un pyothorax à bacilles typhiques et paratyphiques.

Le Germe. — Les pleurésies typhiques se présentent en clinique sous 3 aspects conditionnés par le germe :

1° Pleurésies dues aux bacilles typhiques, para A, ou para B ;

2° Pleurésies dues à des associations microbiennes ;

3° Pleurésies chez un typhique.

1° Les germes de la série typhoïde jouent un rôle prépondérant, soit qu'il s'agisse du bacille d'Eberth (Valentini, Belfanti, Fallet et Bourdinière, Fränkel, Weintrand, Loriga et Pensuti, Kelsch, Lartigan, Mondolfo, Achard, Dopter, Lucherini, etc...), soit qu'il s'agisse de para A (Magrou, Mallié, Giroux), soit qu'il s'agisse de para B (Fichet, Bonnel, Rathery, Brouardel, Renard et Seligmann).

2° Les associations microbiennes des germes pyogènes banaux : pneumocoque (Netter et Gourmont, Fränkel, Siredey), staphylocoque (Remlinger, Souques, Paupert et Ravaut), streptocoque (Meoni, Nobécourt et Peyre), colibacille (Macaigne et Thery), bacille de Koch (Charrin et Roger, Kelsch, rarissime pour Lucherini).

3° On a pu observer chez des typhiques des pleurésies à pneumocoque (notre cas en est un exemple), à pyocyanique et perfringens (Lemierre), à bacille de Koch surtout (Ecole Lyonnaise).

Mais les paratyphiques peuvent être associés à l'Eberth aussi bien dans l'épanchement que dans le sang (Brouardel, Renard et Seligmann).

Remlinger a signalé la possibilité d'une pleurésie à bacille d'Eberth évoluant en dehors de toute fièvre typhoïde.

Une dernière éventualité c'est la stérilité des cultures et les inoculations sans résultat (Lévi, Vincent). D'aucuns ont pu invoquer le rhumatisme (Dumas, Paupert et Ravaut), mais il ne faut pas oublier que la culture peut tantôt donner du bacille d'Eberth, tantôt rester stérile suivant les jours, ces alternatives démontrant que de la stérilité de l'épanchement on ne peut déduire sa nature non typhique (Widal et Merklen).

Enfin, en présence d'une stérilité permanente de l'épanchement ne doit-on pas remonter à l'enseignement de Landouzy qui nous a appris que toute pleurésie qui ne fait pas ses preuves doit être suspectée de tuberculose ? Et ne doit-on pas avec Mosny demander des inoculations répétées, des examens précis qui ne feraient que vérifier ce que nous trouvons exposé dans les observations de Chappet, Mosny et Beaufumé, Nordmann et Billet, Jaubert ? Nous avons vu plus haut toutes les raisons que nous pouvions avoir de penser à la tuberculose pleurale au cours de la fièvre typhoïde. D'ailleurs, Josserand et P. Courmont pensent qu'un liquide pleural peut contenir du bacille d'Eberth, peut offrir une séro-réaction typhique nettement positive, même aussi accentuée que celle du sérum sanguin et cependant être de nature ou d'origine incontestablement tuberculeuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les pleurésies de la fièvre typhoïde constituent généralement des épanchements séro-fibrineux de la grande cavité, peu abondants en lames minces, dont la résolution est le plus souvent rapide. On a pu observer des formes traînantes (Joltrain et Petit Jean, Raymond, Parisot et Orticoni), moins souvent on a affaire à des pleurésies sèches (Bourges).

La localisation de l'épanchement est le plus souvent postérieure et siège à gauche (Labiche). Certains auteurs ont insisté sur la tendance hémorragique des pleurésies typhiques (Michel, Ravaut). Très rarement la pleurésie peut être bilatérale (Méoni). Plusieurs séreuses peuvent être intéressées par le bacille d'Eberth (Blancati). Enfin, la pleurésie peut être enkystée (Rendu et de Gennes) ou divisée en plusieurs localisations. Déjà Dieulafoy avait observé la coexistence possible d'épanchements enkystés, séro-fibrineux en certains points, purulents en d'autres. Widal et Merklen ont donné à ces pleurésies le nom de pleurésies cloisonnées polymorphes ; les paratyphiques paraissent n'en pas donner (Dumas, Paupert, Ravaut). Une éventualité possible, sinon fréquente, c'est la transformation d'un épanchement séreux, qui peut devenir hémorragique, puis purulent (Souques, Lesné, Ravaut). Il y a intérêt à savoir qu'un très petit épanchement épisodique et négligeable en apparence peut se transformer en épanchement hémorragique ou purulent qui comporte un pronostic particulier (Widal et Merklen). Lemierre décrit un cas de pleurésie hémorragique à perfringens qui se transforma en pleurésie putride avec association du perfringens au pyocyanique.

Disons que la nature du germe n'est pas indifférente à la nature de l'épanchement ; c'est ainsi que les paratyphiques donnent rarement des pleurésies hémorragiques, éventualité fréquente dans les pleurésies typhiques (Dumas, Paupert, Ravaut). Enfin, plus on s'éloigne du début de la typhoïde, plus la purulence de l'épanchement est fréquente.

L'étude microscopique de l'épanchement serait d'un grand intérêt diagnostique si l'origine typhique ou la coexistence d'une typhoïde légitime et dûment vérifiée avec la pleurésie imprimait à cet épanchement un caractère de spécificité fondé sur la formule cytologique, il n'en est rien. La confusion la plus complète règne, et elle tient à ce fait que la réaction pleurale est plus intimement liée à l'individu et au microbe qu'à la maladie. La lecture de toutes les observations

n'amène qu'à une seule constatation : la diversité des résultats obtenus. Aussi, serons-nous très bref sur ce sujet. Il rentre dans le cadre très général des pleurésies et la nature typhique ou juxta-typhique de l'épanchement n'importe pas. Il est d'usage de dénombrer les cellules du liquide pleurétique, en tenant compte simultanément du pourcentage fourni par les lymphocytes, les polynucléaires et les cellules endothéliales (Ravaut). Widal insiste sur l'importance du chiffre comparé des lymphocytes et des polynucléaires pour le pronostic.

On peut trouver dans l'épanchement de grandes cellules endothéliales desquamées (Widal, Ravaut et Lemierre), des hématies, des mononucléaires à gros noyaux (Lévi et Malloizel), des polynucléaires neutrophiles plus ou moins altérés (Macaigne et Théry), des lymphocytes. Pontano signale des éosinophiles. Nous ne faisons qu'énumérer ces éléments pour montrer leur multiplicité.

Pour nous résumer, citons in-extenso deux formules cytologiques de pleurésies typhoïdiques données par Vincent :

	Cas I	Cas II
Polynucléaires neutrophiles..	56,9 %	14,2 %
Polynucléaires éosinophiles..	2,3 %	12,3 %
Lymphoc. moyens et grands..	5,8 %	39,1 %
Lymphocytes petits.........	34,8 %	34,3 %
Cellules abondantes.........	Présence	Absence
Hématies..................	Présence	Absence
Microbe..................	Stérile. Mort par tuberculose	Eberth

Les divers moyens d'investigation pour arriver au diagnostic de la nature de l'épanchement pleurétique chez un typhique sont exposés par Jacquin dans sa thèse (Lyon 1903).

Enfin, Vincent insiste sur le fait que la formule leucocytaire peut se trouver défigurée par l'infection Eberthique qui intervient au cours d'une infection tuberculeuse préexistante, qui a sollicité, sur la plèvre, la localisation du bacille d'Eberth. Mais la loi de Widal sur la signification de la lymphocytose dans les pleurésies trouve sa confirmation dans le taux élevé des lymphocytes que l'on peut constater dans de telles pleurésies.

En somme, ce qui domine c'est l'absence de spécificité cytologique des épanchements pleuraux de la fièvre typhoïde.

Les réactions biologiques de l'épanchement sont variables. Le pouvoir agglutinatif peut s'observer (Achard) ou faire défaut (P. Courmont, Ménétrier).

SYMPTOMATOLOGIE

Nous ne retiendrons, dans l'exposé de la symptomatologie des pleurésies de la fièvre typhoïde, que ce qui leur est spécial, écartant systématiquement les signes qui leur sont communs avec les autres pleurésies.

La pleurésie est le plus souvent, sinon toujours, précédée par des signes pulmonaires (Widal et Mercklen, Dineur, Achard, Souques, Lesné, Ravaut), et cette pleurésie n'a pas toujours l'autonomie clinique des autres épanchements pleuraux ; elle paraît souvent épisodique et ses symptômes à un examen superficiel pourraient se confondre avec ceux de la localisation pulmonaire qui la commandent (Widal et Merklen), et cependant, lorsque les signes pleuraux sont nets, « l'épanchement est presque toujours moins abondant que ne le feraient croire les signes physiques observés » (Siredey).

En raison de la disposition cloisonnée, de la faible abondance des épanchements, de la résorption facile des exsudats, la guérison spontanée de ces pleurésies est assez fréquente. Elles n'exigent que rarement la thoracentèse (Siredey).

Quelques particularités symptomatiques résultent de la nature tuberculeuse de la pleurésie. La pleurésie tuberculeuse de la convalescence de la fièvre typhoïde est le plus souvent constituée par un épanchement abondant à résolution lente, laissant parfois des symphyses plus ou moins étendues ; il n'est pas rare de voir des manifestations plus ou moins suspectes coexister avec cet épanchement. D'autres fois, la radioscopie décèlera des ombres ganglionnaires (Jaubert).

Observation personnelle. — J... C..., né à Toulouse le 9 septembre 1907, père inconnu, varicelle à l'âge de onze ans, ostéomyélite du tibia droit à onze ans, oreillons à vingt et un ans. Récidive d'ostéomyélite à vingt-trois ans (trépanation en 1929), guérison clinique.

Maladie actuelle. — Le samedi 28 février 1931, le malade ressent un malaise, une courbature accompagnée de céphalée, qui vont en augmentant et l'obligent à s'aliter. Un médecin appelé en consultation, le jeudi 5 mars, constate une température à 39°, du tuphos, de l'albumine dans les urines.

Le dimanche 8 mars, le malade entre à l'Hôtel-Dieu (service de M. le professeur Rémond). A ce moment : prostration extrêmement marquée. Fièvre à 40°. Pouls à 100. Diarrhée ocreuse. Météorisme. Splénomégalie.

Le mardi 10 mars apparaissent sur l'abdomen et les flancs des taches rosées lenticulaires.

Le vendredi 13 mars une hémoculture révèle la présence du bacille d'Eberth. L'évolution de la fièvre typhoïde se poursuit pendant tout le mois de mars et la défervescence s'ébauche nettement après un stade amphibole de quelques jours, au cours duquel, les 20 et 25 mars, le malade présente des hémorragies intestinales de moyenne abondance. Le lundi 23 mars, le malade se plaint de dyspnée et une toux sèche apparaît. La percussion révèle une submatité à la base de l'hémi-thorax droit et à l'auscultation une diminution marquée du murmure vésiculaire, accompagnée de quelques râles sans caractère à ce niveau.

Le samedi 28 mars les signes thoraciques s'étaient précisés, la matité franche et nette occupait toute la portion de l'hémi-thorax droit comprise entre la 6e et la 10e côte, en arrière de la ligne axillaire antérieure. L'abolition du murmure vésiculaire était totale. La température restait aux environs de 38° ; l'état général, malgré l'amaigrissement, était bon.

L'épanchement restant stationnaire, une ponction pratiquée le samedi 24 avril 1931 ramena un liquide louche, riche en polynucléaires, où l'examen direct ne révéla aucun germe pathogène.

Dans les jours qui suivirent, la température se ralluma, monta à 39°5, et le mardi 7 avril une nouvelle ponction ramena du pus jaune, franc, bien lié. L'examen bactériologique pratiqué par M. le professeur Rispal montra la présence du pneumocoque pur.

La température oscillant entre 38°5 et 39°5, l'aspect clinique restant stationnaire et l'épanchement ne paraissant pas vouloir rétrocéder, une nouvelle ponction, le mercredi 29 avril, ramena encore du pus. Le malade fut alors transféré salle Saint-Maurice, lit N° 11, dans le service chirurgical de M. le professeur Mériel.

Une thoracotomie portant sur la 8e côte sur la ligne axillaire postérieure fut pratiquée le samedi 2 mai. Une chute thermique s'ensuivit. Deux jours plus tard, la température remonta à 38°5, et une deuxième intervention permettant de drainer le point déclive fut pratiquée le 9 mai 1931. Après ce deuxième acte opératoire, malgré le drainage correct du point déclive et la surveillance attentive de la pleurotomie, la température — à l'inverse de ce qui se passe après une pleurotomie pratiquée en temps opportun au cours d'une banale pleurésie purulente à pneumocoque — resta élevée aux environs de 38°5. Notre attention fut alors attirée vers la possibilité d'une cause extra-pleurale à cette hyperthermie. La fièvre avait pour origine et pour point de départ probable les lésions intestinales de la dothiénentérie encore mal cicatrisées réagissant à une reprise trop précoce de l'alimentation. Et en effet la diète liquide eut raison de l'hyperthermie. La restriction alimentaire amena une chute en lysis, coupée de légères reprises sans importance et de plus en plus rares, et la guérison se poursuivit dans les semaines suivantes.

PRONOSTIC

Les anciens leur accordait un caractère de gravité (Lasaigne donne 34 morts sur 64 cas, Liebermeister 21 sur 64) que nous ne pouvons leur accorder que dans les cas soit de purulence, soit d'association avec la tuberculose, car le plus souvent il est inutile d'intervenir pour que la résorption se produise. Dans le cas de pleuro-typhus on a même pu parler d'amélioration du pronostic de la fièvre typhoïque qui lui succède par création d'anti-toxines (Lévi et Malloizel).

TRAITEMENT

Les pleurésies sèches ou séro-fibrineuses de la fièvre typhoïde se résorbent spontanément. Les pleurésies purulentes ne présentent rien de particulier, sinon la surveillance de l'alimentation après la pleurotomie. Les pleurésies tuberculeuses — tant pour le pronostic que pour le traitement — ne présentent aucun caractère dû à la coexistence avec la dothiénentérie.

Nous ne saurions trop insister sur la nécessité d'une collaboration médicale après une pleurotomie pour pleurésie purulente typhique.

CONCLUSIONS

I. Les pleurésies au cours de la fièvre typhoïde constituent une complication rare (2 0/0 environ).

II. Elles sont dûes aux germes de la série typhoïde, aux pyogènes, aux anaérobies, au bacille de Koch, soit seuls, soit diversement associés entre eux.

III. Elles sont le plus souvent séro-fibrineuses, en lame mince, de résorption rapide : elles peuvent être hémorragiques (surtout celles à Eberth), purulentes ou putrides. Elles peuvent se transformer au cours de leur évolution.

IV. Les réactions cytologiques de l'épanchement n'ont aucun caractère de spécificité.

V. Leurs signes sont parfois atypiques, tantôt masqués par les signes pulmonaires, tantôt plus manifestes que ne le voudrait la quantité de l'épanchement.

VI. Leur pronostic est grave dans les cas de purulence, bénin dans les autres cas, et le plus souvent.

VII. Les pleurésies sèches et séro-fibrineuses guérissent spontanément.

VIII. Le traitement des pleurésies purulentes doit tenir compte de l'état pleural et de l'état intestinal, il doit être médico-chirurgical.

BIBLIOGRAPHIE

1. Achard. Pleurésies typhoïdiques. *Semaine Méd.*, 19 octobre 1898. N° 52, p. 417.
2. Andral. *Cliniques de la Charité*, 1839.
3. Barjon et Cade. Sur l'interprétation de la formule cytologique des épanchements dans les séreuses. *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 7 mars 1902.
4. Barjon et Lesieur. Pleurésie éberthienne chez un typhique. *Soc. des Sciences Médicales*, 14 nov. 1906.
5. Barlocco. Pleuriti nel corso dell'infezione tifoïde. *Gazz. degli ospedali delle cliniche*, N° 106, 3 octob. 1905.
6. Belfanti. *Riv. di clinica medica*, N° 20, 1890.
7. Bouillaud. *Traité des fièvres essentielles*, 1826.
8. Bourges. *Bull. Méd.*, février 1916.
9. Brancati. Communicat. *Cong. Méd. intern.*, 1922. Cité in *riforma medica*, 1922, p. 1.106.
10. Brouardel, Renard et Seligmann. Transformation d'une pleurésie séro-fibrineuse en pleurésie purulente à bacille paratyphique B. *Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, N° 5, 16 février 1925, p. 205.
11. Bruhl. Pneumotyphus. Bacille d'Eberth dans les poumons. *Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.*, 1897, p. 99.
12. Bruneau. Complications broncho-pulmonaires de la fièvre typhoïde. *Thèse de Paris*, 1892.
13. Castex. Contribution à l'étude des accidents pulmonaires de la fièvre typhoïde. *Th. de Paris*, 1879.
14. Chappet. Pleurésie tuberculeuse post-typhique. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 10 nov. 1903.
15. Charrin et Roger. Présence du bacille d'Eberth dans un épanchement pleural hémorragique, *Soc. Méd. des Hôp.*, 1891.
16. Chomel. *Clinique Médicale*, 1839.
17. Colzi. Della suppurazione dovuta al bacille tifo. *Lo sperimentale*, 1880, p. 623.
18. Dineur. *Bull. de l'Ac. Royale de Belgique*, 1897.
19. Dopter. Pleuro-typhus, *Soc. Méd. des Hôp.*, 13 nov. 1904.
20. Ducloux. Contribution à l'étude des accidents pulmonaires de la fièvre typhoïde, *Th. de Montpellier*, 1882.
21. Dumas, Paupert, Ravaut. Cinq cas de pleurésies au cours de la fièvre typhoïde, *Lyon Méd.*, avril 1922, p. 332.
22. Fallet et Bourdinières. *Progrès Méd.*, N° 2, 1911.
23. Fernet. Un cas de pleurésie séro-fibrineuse avec bacilles d'Eberth, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 15 mai 1890. *Sem. Méd.*, 1891.
24. Fichet. Pyothorax à bacilles typhiques et paratyphiques consécutifs à des blessures de guerre (5 obs). *Journ. des prat.*, 15 janv. 1916, pages 39 et 72.
25. Finley. Typhoïd pleuresy, *The Lancet*, N° 4651, 1912.
26. Frankel. Sur les propriétés pathogènes du bacille typhique, *Verhand der Cong. der imm. Méd.*, 1887.
27. Frugoni. Appunti pratici intorno al tipho di guerra, *Il policlinico Sez. prat.*, fasc. 8, 1916.
28. Galliard. Les infarctus pulmonaires et les pleurésies chez les typhiques. *Soc. Méd. des Hôp.*, 1900, p. 976.

29. GALLIARD. Fièvre typhoïde et tuberculose, *Union Méd. de Paris*, 1880, p. 48.
30. GALLIARD. Tuberculose postdothiénentérique, *Méd. Mod. Paris*, 1897, p. 609.
31. GIROUX. Infection paratyphique compliquée de pleurésie purulente à para A. *Soc. Méd. des Hôp.*, 25 nov. 1915, p. 1101.
32. GUILLERMET. Etudes sur les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde et spécialement des plus rares, *Th. de Paris*, 1878.
33. INTROZZI. Contributio allo studio delle sierositi tifiche (su di caso di pleurite et di peritonite da propagatione tifiche), *Giorn. Clin. Méd.*, 31 août 1929, p. 749-767.
34. JACQUIN. Diagnostic de la pleurésie tuberculeuse chez les typhiques, *Th. de Lyon*, 1903.
35. JAUBERT. Fièvre typhoïde et tuberculose, *Th. de Lyon*, 1906.
36. JEMMA. Contributo alla etiologia della pleurite nelle febre tifoida. *Gaz. degli ospedali*, 21 nov. 1897.
37. JOLTRAIN et PETIT JEAN. *Réunion médicale de la 1re année*, 1916.
38. JOSSERAND. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 1906.
39. JOSSERAND et P. COURMONT. Fièvre typhoïde compliquée de pleurésie tuberculeuse, *Lyon Méd.*, 3 juin 1906.
40. KELSCH. Pleurésie déterminée par le bacille de la fièvre typhoïde, *Ac. de Méd.*, 23 févr. 1892 ; *Sem. Méd.*, 1892, p. 173.
41. KELSCH. *Sem. Méd.*, 1897.
42. LABICHE. Des pleurésies à bacille d'Eberth, *Th. de Paris*, 1899.
43. LACOMBE. La pleurésie typhique, *Journ. des prat.*, N° 14, p. 105.
44. LARTIGAN. *Ac. de Méd. de Paris*, 23 févr. 1892.
45. LASAIGNE, *Th. de Paris*, 1879.
46. LECORCHE et TALAMON. *Etudes Méd. faites à la Maison Dubois*, 1881.
47. LEMIERRE. Transformation en épanchement putride d'une pleurésie hémorragique consécutive à un infarctus pulmonaire, chez un convalescent de fièvre typhoïde, *Soc. Méd. des Hôp.*, 8 nov. 1918.
48. LEMIERRE et DESCHAMPS. Les syndromes pulmonaires pseudo-tuberculeux au cours de la fièvre typhoïde et des fièvres para-typhoïdes. *Presse Méd.*, 11 mai 1921, p. 375-377.
49. LEUDET. *Archiv. Gén. de Méd.*, 1855.
49 *bis*. Léon BERNARD. Fièvre typhoïde et tuberculose. *Paris Méd.*, p. 68, 1916.
50. LEVI et MALLOIZEL. Un cas de pleuro-typhus, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 6 nov. 1903, p. 1188.
51. LORIGA et PENSUTI. Pleurite da bacillo del tifo, *Riforma Méd.*, 1890.
52. LUCHERINI. Contributo alla conoszienza della pleurite tifica. *La Riforma média*, 28 févr. 1927.
53. MACAIGNE et THERY. *Gaz. des Hôp.*, N° 35, 1913.
54. MALLIE. A propos d'un cas de pleurésie paratyphique. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 10 mai 1921.
55. Marcel LABBÉ. *Paris Méd.*, juillet 1915.
56. MÉNÉTRIER. *Soc. Méd. des Hôp.*, 4 déc. 1896, p. 850. Fièvre typhoïde compliquée de pleurésie droite.
57. MEONI. *Pleuriti tifose révista critique de clinica medica*, 1913.
58. MICHEL. Contribution à l'étude clinique des pleurésies typhiques. *Th. de Paris*, 1899-1900.
59. MINET. Complications paratyphoïdes, *Journ. des prat.* 11 déc. 1915, p. 798. *Soc. med. des Hôp.*, 3 déc. 1915, p. 1106.
60. Mondolfo Contributo all conoszienza dell fleurotifo. *Policlinica Sez. med.*, 1919, p. 1521.
61. MOHR et STACHELIN. *Traité de médecine*, chap. TYPHOÏDE, par Schottmüller.
62. MOSNY et BEAUFUMÉ, *Trib. méd.*, 1905.
63. MOURIQUAND, *Lyon Méd.*, 1915, p. 217.
64. NETTER. Recherches bactériologiques pour le pronostic et le traitement des pleurésies purulentes, *Soc. Méd. des Hôpit.*, mars 1890, p. 441.
65. NETTER et GOURMONT, *Lyon Méd.*, 1897.
66. NOBÉCOURT et PEYRE. *Soc. Méd. des Hôpit.*, 12 janv. 1917, p. 35.
67. NORDMANN et BILLET. Pleurésies du déclin et de la convalescence de la fièvre typhoïde, *Arch. Gén. de Méd.*, 19 juin 1906, p. 1537.
68. OLMER. *Revue de Méd.*, mai 1916.
69. POTAIN. Pleurésie et tuberculose dans le cours de la fièvre typhoïde, *Gaz. des Hôpit.*, 1885.
70. RAVAUT. Diagnostic des épanchements séro-fibrineux de la plèvre. *Th. de Paris*, 1901.
71. RAYBAUD. Fièvre typhoïde compliquée de pleurésie. Etude clinique et bactériologique, *Bull. Méd.*, nov. 1900.
72. RATHERY, AMBARD, VANSTEENBERGHE, MICHEL. *Les pleurésies para-typhoïdes B.*, Paris, 1916.
73. REMLINGER. Contribution à l'étude du pleuro-typhus et des pleurésies à bacille d'Eberth, *Rev. de Méd.*, 10 déc., p. 998.
74. RENDU et DE GENNES. Pleurésie interlobaire suppurée à bacille d'Eberth chez un typhique, *Soc. Clinique*, 1885, p. 248.
75. RIST. Trois cas de pleurésie avec épanchement chez les typhiques, *Presse Méd.*, janv. 1915, p. 245-247.
76. SACQUEPÉE. *Semaine Méd.* n° 52, 1910.
77. SIREDEY. Sur un cas de pleurésie à bacille d'Eberth, *Soc. Méd. des Hôp.*, 12 oct. 1900, p. 973.
78. SPIGEL. *De Febre semitertiana, Frankfort*, 1624.
79. SOUQUES, LESNÉ, RAVAUT. Sur deux cas de pleurésie typhoïdique, *Soc. Méd. des Hôp.*, 19 janv. 1900, p. 21.
80. SUARTZ et HANSON. *Acta médica scandinavia*, vol. 54, fasc. 2, 1920.
81. TALAMON. *Médecine moderne*, 1891.
82. TAUPIN. *Ann. de Méd. et de Chir.*, 1839.
83. TROUSSEAU, *Cliniques*, 1861.
84. TWEEDIE. *Lecture sur les caractères distinctifs, la pathologie et le traitement des fièvres continues*, 1862.
85. VALENTINI. *Berl. Klin. Wosch.*, 1889, p. 369.
86. VERGNAUD. Fièvre typhoïde et tuberculose, *Th. de Paris*, 1901.
87. VINCENT. Cytologie et bactériologie des pleurésies typhoïdiques. *Soc. de biologie*, 7 nov. 1903, p. 1305.
88. WEINTRAND. Ein fall typhus bacillus empyem, *Berl. Klin. Woch.*, p. 345, 1893.
89. WIDAL et LEMIERRE. Pleurésie typhoïdique. *Soc. de biol.*, 21 nov. 1903, p. 1431.
90. WIDAL et MERKLEN. Les pleurésies typhoïdiques, *Soc. Méd. des Hôp.*, 27 juillet 1900, p. 924.
91. WIDAL et RAVAUT. Applications cliniques de l'étude histologique des épanchements sérofibrineux de la plèvre. Cyto-diagnostic, *Soc. de Biol.*, 30 juin 1900.
92. WIDAL, RAVAUT et DOPTER. *Soc. de Biol.*, 1902.

Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée

ACCÉLÉRATION DU RAPIDE 24 VINTIMILLE-PARIS. — A partir du 22 mai, le rapide de toutes classes 24 est retardé de 55 minutes au départ de Vintimille, de 50 au départ de Nice et avancé de 30 minutes à l'arrivée à Paris.

Vintimille, dép. 14 h. 30 ; Menton, dép. 14 h. 49 ; Monte-Carlo, dép. 15 h. 04 ; Monaco, dép. 15 h. 10 ; Nice, dép. 15 h. 50 ; Cannes, dép. 16 h. 30 ; Saint-Raphaël-Valescure, dép. 17 h. ; Toulon, déj. 18 h. 25 ; Marseille-Saint-Charles, dép. 20 h. ; Paris, arr. 8 h. 55.

LES JEUNES FILLES DYSMÉNORRHÉIQUES

Par M. le docteur JEAN DE MANET,

Ancien chef adjoint de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté,
Assistant obstetrician to the Hertford British hospital.

La dysménorrhée est une difficulté de la menstruation, telle est sa définition étymologique. Pratiquement il s'y ajoute presque toujours une idée de douleur.

Réservant donc le terme de dysménorrhée à la menstruation douloureuse, nous ferons nôtre l'excellente explication que donne Siredey de la crise dysménorrhéique : elle représente « les efforts et la lutte de l'organisme dans le travail préparatoire à l'excrétion des règles et à leur écoulement hors des voies génitales ». Dans cet effort et dans cette lutte, l'organisme peut être aidé et c'est toute l'œuvre du thérapeute.

Chez les femmes adultes, la dysménorrhée reconnaît souvent une cause lésionnelle, et suivant l'importance de celle-ci, elle commandera, ou non, l'intervention du chirurgien. Mais, chez les jeunes filles, il existe fréquemment des dysménorrhées sans lésions, c'est-à-dire purement fonctionnelles. A cette époque de l'existence se fait un développement rapide des organes génitaux qui acquièrent en peu de temps des caractères nouveaux qui les rendent aptes à remplir leur fonction de reproduction et c'est pendant cette période, qui se situe entre la treizième et seizième année, qu'apparaissent souvent des troubles par un déséquilibre transitoire entre les nouvelles fonctions et le développement des organes. Légers, ces troubles peuvent passer inaperçus ; plus prononcés, ils versent dans le pathologique et requièrent un traitement approprié.

***

Il existe, d'abord, une dysménorrhée que l'on peut appeler d'obstruction, ou mécanique, appellation assez juste si l'on admet qu'elle a pour cause un obstacle à l'écoulement sanguin qui, retenu dans l'utérus, le distend et provoque des contractions d'expulsion, véritables coliques utérines avec irradiations, douleurs lombaires, souvent accompagnées de réactions abdominales et de nausées, de lipothymies, de nervosité extrême. La douleur cesse avec l'expulsion des caillots retenus dans l'utérus. Cette dysménorrhée est celle des sténoses du col utérin, des flexions de l'utérus, en particulier de l'antéflexion congénitale.

La dysménorrhée ovarienne relève d'un tout autre processus. Elle précède les règles de quelques jours. La malade accuse, d'abord, des douleurs vagues dans la région lombaire ; elle est triste, abattue. Les douleurs, en s'accentuant, se précisent vers les ovaires, d'un seul côté ou bilatéralement, s'irradient à tout le ventre, et jusqu'aux membres inférieurs. Ballonnement, nausées, pollakiurie, diarrhée ou constipation, agitation, s'observent à cette période. Cependant, le pouls est bon, la température normale, la respiration calme, contrastant avec l'allure parfois inquiétante du syndrome abdominal. La crise s'atténue dès l'apparition des règles et cesse ensuite assez rapidement.

Une forme plus rare est la dysménorrhée membraneuse. Il se produit alors, à chaque menstruation, une exfoliation massive de la muqueuse utérine (exfoliation normalement microscopique) qui se trouve éliminée par lambeaux plus ou moins étendus, et parfois même d'un coup, en totalité. Symptomatologiquement, cette dysménorrhée se caractérise par la préexistence d'emblée des douleurs de type ovarien et de type utérin. La crise dure ordinairement deux ou trois jours ; elle se termine avec l'expulsion des membranes, à laquelle peut faire suite un écoulement ménorrhagique.

***

De ces diverses dysménorrhées, il est des formes bénignes, des formes graves par l'intensité des douleurs et les complications qui peuvent survenir, des formes rebelles. La rétention du sang et des caillots favorise les infections ascendantes, d'où possibilité de métrite, de salpingite, d'ovarite. La stérilité est fréquente chez les dysménorrhéiques, de même que l'avortement précoce.

***

La cause d'un état dysménorrhéique doit être cherchée dans l'hérédité pathologique (tuberculose, syphilis) principalement et, accessoirement, dans les maladies aiguës de l'enfance (fièvres éruptives, oreillons, etc.) et aussi, fréquemment, dans les affections chroniques, en particulier celles du tube digestif, telles que l'appendicite chronique.

D'une façon générale, tout ce qui est susceptible de porter atteinte à l'intégrité anatomique ou physiologique de l'appareil génital peut être facteur de dysménorrhée (V. Riche). Nous avons vu le rôle de la sténose cervicale et de l'antéflexion, presque toujours consécutive à l'inflammation d'un des organes de la cavité abdominale (Condamin), mais, très fréquemment, il n'est pas possible de mettre en relief une véritable cause anatomique, et l'on peut dire, avec Jaboulay, qu'il ne s'agit pas précisément alors d'un utérus malade, mais d'un utérus qui fonctionne mal, et, de ce mauvais fonctionnement, les endocrines sont presque toujours responsables. L'ovaire, la thyroïde, l'hypophyse, sont les glandes le plus souvent en cause; leurs déficiences peuvent d'ailleurs s'intriquer, comme elles peuvent créer ces troubles du système sympathique avec état d'hyperexcitabilité réflexe, majorant à son tour le phénomène algique. Il faut aussi mentionner l'action du psychisme (traumas psycho-affectifs, conflits, refoulement, etc.) suffisante à entretenir si non à créer de toute pièce la dysménorrhée. Parfois, enfin, la cause réelle ne peut être mise en lumière ; on se trouve en présence d'un cas de dysménorrhée « essentielle », terme commode dans son imprécision et qui n'a d'autre mérite que de poser l'indication d'un traitement surtout symptomatique.

Traitement. — Le traitement de la dysménorrhée des jeunes filles peut être envisagé au point de vue prophylactique et curatif. Le premier s'efforcera de

soigner dès leur première enfance les fillettes présentant une insuffisance de développement, ce qui amènera souvent à combattre les effets d'une hérédité syphilitique ou bacillaire. Le second est beaucoup plus précis, surtout si le diagnostic de la dysménorrhée a pu être posé nettement.

A la dysménorrhée utérine, d'obstruction, ou mécanique, sera opposée une action directe, lorsqu'on se trouvera en présence d'une lésion anatomique bien caractérisée (sténose, déviation). Mais, chez les jeunes filles, ce diagnostic est rarement fait ; de plus, comme il est rare que l'on se trouve en présence de troubles d'obstruction vraie, sans associations endocrines ou sympathiques, c'est, en fait, une médication glandulaire qui se trouve le plus souvent indiquée, comme dans la dysménorrhée ovarienne et la dysménorrhée membraneuse.

Le traitement sera mono ou pluri-glandulaire. Monoglandulaire, ovarien, si l'ovaire semble seul en cause. Hypophysaire, thyroïdien, si la symptomatologie révèle une déficience de ce côté.

Le traitement ovarien aura tout avantage à être institué dès les premiers symptômes de la dysménorrhée, et même avant si la date des règles peut-être assez exactement prévue. L'opothérapie ovarienne dissociée, par l'agomensine et la sistomensine, offre ici l'immense avantage sur les prescriptions d'ovaire total de s'adresser à l'hyper ou à l'hypofonctionnement de la glande, et de le corriger. Si les règles sont peu abondantes, on ordonnera l'agomensine, à la dose de 4 à 6 comprimés par jour, en commençant, si possible, quelques jours avant l'apparition des règles. On peut lui associer, exceptionnellement, les extraits thyroïdiens et le lobe antérieur d'hypophyse. Si, au contraire, les règles sont trop abondantes, ménorrhagiques, c'est la sistomensine qui sera administrée, dès leur début, aux doses croissantes de 4, 6, 8 et jusqu'à 10 comprimés par jour. On recourra à la forme injectable, une ampoule de sistomensine tous les deux jours, ou même tous les jours, si les règles sont métrorrhagiques. Le cas échéant, on pourra lui associer les extraits mammaires ou l'insuline. Quelquefois, lorsque la crise dysménorrhéique apparaît à la fin des règles, celles-ci étant peu abondantes, on se trouvera bien d'administrer les deux extraits : agomensine avant et au début de la menstruation, sistomensine à partir du deuxième jour et à son déclin.

Si les phénomènes neuro-végétatifs et psychiques dominent la scène, c'est l'androstine, ou extrait spermatogénétique, qui donne les résultats les plus nets. Mais il conviendra de la prescrire d'une façon continue, dès la fin des règles, à la dose de 6 à 8 comprimés par jour. On suspendra ce traitement pendant la crise dysménorrhéique, qui sera alors traitée symptomatiquement. Il n'est pas rare de voir, sous l'influence de ce traitement, des dysménorrhées rebelles céder peu à peu, progressivement et complètement, en trois ou quatre mois.

Il existe, nous l'avons vu, un traitement symptomatique de la dysménorrhée. Celui-ci ne devra pas être négligé, lors même que sera institué le traitement causal. Les enveloppement humides et tièdes du bas ventre, les bains de pieds chauds ou les grands bains tièdes ont une action sédative non douteuse. Ne pas oublier que, chez les dysménorrhéiques, les règles doivent être « reçues au lit », d'où la nécessité du repos avant leur apparition et dès leurs signes prémonitoires. Dès ce moment-là, également, on instituera une médication calmante. Celle-ci, sous forme de suppositoires d'hémypnal ou de lavements laudanisés, procure toujours une sédation très appréciable, même chez les malades qui ne peuvent rester allongées.

Les analgésiques et antispasmodiques (antipyrine, aspirine, cibalgine, benzoate de benzyle) sont souvent utiles au cours de la crise dysménorrhéique. Ce n'est qu'exceptionnellement, en cas de douleurs très intenses, que pourra se légitimer une intervention sanglante : sympathectomie, énervation ovarienne, résection du nerf pré-sacré.

Enfin, la crise passée, on se souviendra que ces jeunes malades peuvent bénéficier grandement d'une hygiène mieux adaptée à leur état présent : suppression de tout surmenage intellectuel, vie au grand air avec exercices physiques modérés. Veiller sur les fonctions intestinales et assurer leur régularité. Hydrothérapie, héliothérapie, frictions sèches chez les asthéniques, cures hydrominérales sulfureuses chez les hypoplasiques, chlorurées-sodiques en cas de reliquats inflammatoires, arsenicales chez les anémiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 MAI 1932)

Recherches expérimentales sur quelques modifications colloïdales produites dans le sérum sanguin par l'injection de sérum concentré et par les saignées plasmatiques. — M. Charles ACHARD, Mlle Jeanne LÉVY et M. Fernand GALLAIS.

Spirochètes et corps annulaires intraleucocytaires. — MM. G. DELAMARE et G. GATTI.

Sur la variabilité de la qualité pathogène et immunisante du virus aphteux. — M. J. LIGNIÈRES.

Zone élective pour les corps de Négri chez les lapins morts de rage expérimentale à virus fixe. — M. S. NICOLAU et Mme L. KOPCIOWSKA.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 31 MAI 1932)

Notice. — M. BROCQ-ROUSSEU lit une notice sur M. Gustave Gratia (de Bruxelles), membre correspondant étranger depuis 1921, dans la 5e Division (Médecine vétérinaire), récemment décédé.

Réactivation des foyers tuberculeux latents et bacilles de Koch « de sortie ». — M. Emile SERGENT. La récente communication de MM. Troisier et de Sanctis Monaldi a posé devant l'Académie une question d'actualité : celle de la bacillémie tuberculeuse et de sa signification clinique. Les recherches de Loewenstein ont étendu le champ de la bacillémie. Il semble que le moment est venu de rappeler les droits de l'observation clinique dans une discussion si troublante.

Le fait de mettre en évidence, dans le sang circulant, le bacille de Koch n'implique pas nécessairement que la maladie en cours soit due à ce bacille, même si l'inoculation au cobaye en démontre la virulence. M. Sergent appuie fortement les réflexions de MM. Troisier et de Sanctis Monaldi. La notion des décharges bacillémiques est de date ancienne; elle s'ajoute à celle de la réactivation des foyers tuberculeux latents pour indiquer que la bacillémie atteste l'existence d'une tuberculose en activité, qui peut être cliniquement latente. Mais les bacilles, mis en liberté à l'occasion d'une circonstance quelconque (maladie intercurrente — infectieuse ou non — surmenage, traumatisme...) et véhiculés par la canalisation vasculaire sanguine, peuvent être éliminés par les émonctoires naturels sans déterminer aucune manifestation pathologique nouvelle ; ils méritent alors vraiment la dénomination de « bacilles de sortie ». Ou bien ils quittent la canalisation vasculaire sanguine et colonisent en un point quelconque de l'organisme où ils déterminent l'apparition d'accidents pathologiques immédiats ou tardifs.

La clinique fournit de nombreuses observations qui illustrent le bien-fondé de cette conception. M. Sergent en cite des exemples.

Discussion. — M. Léon Bernard appuie l'opinion émise par M. Sergent.

Essais d'application dans l'armée de la méthode simplifiée de vaccination antidiphtérique. — M. Dopter. L'expérience montre que la méthode utilisée couramment pour la vaccination antidiphtérique simple (3 injections d'anatoxine titrant 10 unités, soit 30 unités anatoxiques au total) permet de conférer l'immunité à 94 à 95 % des sujets réceptifs. Par conséquent, 5 à 6 % des vaccinés restent susceptibles de contracter la diphtérie.

L'auteur rappelle les essais pratiqués par Ramon, Debré, M. et G. Mozer à Berck, à l'aide de 3 injections d'une nouvelle anatoxine de titre plus élevé (16 unités, soit au total 64 unités) ; l'immunité recherchée par la réaction de Schick et la mesure du taux antitoxique de sérum a été obtenue dans 100 % des cas. Avec 2 injections (30 unités anatoxiques), la proportion des immunisés s'est élevée à 98,6 % (Ramon et Nélis).

Ces faits étaient de nature à faire envisager la possibilité d'appliquer à l'armée cette simplification de la méthode. L'occasion s'est présentée de tenter des essais en ce sens, d'une part avec l'anatoxine seule, d'autre part en utilisant le procédé de la vaccination associée.

A Colmar, une épidémie assez dense éclata en décembre, qui motiva la vaccination immédiate de tout l'effectif d'un même régiment : 2 injections d'anatoxine (30 unités au total) furent pratiquées à 3 semaines d'intervalle ; 7 cas apparurent encore après la vaccination, dont 6 survenus chez des sujets non vaccinés ou n'ayant pu recevoir qu'une injection ; 1 seule atteinte se déclara après vaccination complète, mais 10 jours seulement après la dernière injection, alors que l'immunité ne pouvait être encore complètement acquise. L'épidémie a donc été jugulée par 2 injections de la nouvelle anatoxine, qui ont ainsi présenté la

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Trains spéciaux du dimanche Paris-Fontainebleau-Thomery-Moret. — Pour faciliter les excursions dans la forêt de Fontainebleau, la Compagnie P.-L.-M. met en marche, tous les dimanches, du 22 mai au 18 septembre 1932, un train spécial à prix réduit 2e et 3e classes, de Paris à Fontainebleau, Thomery et Moret.

Départ de Paris 7 h. 50. Arrivée à Fontainebleau 8 h. 42 ; Thomery, 8 h. 50 ; Moret, 8 h. 56.

Le retour peut avoir lieu par tous les trains du même jour, dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

Les prix respectifs des billets d'aller et retour en 2e et 3e classes sont de 15 et 10 francs pour Fontainebleau, 16 et 10 fr. pour Thomery, 17 et 11 fr. pour Moret. Les enfants de 3 à 7 ans bénéficient d'une réduction de 50 %.

Le nombre de places est limité.

A la gare de Fontainebleau, ce train est en correspondance avec les services d'autocars P.-L.-M. d'excursions en forêt.

Du 26 juin au 28 août, un deuxième train spécial de 2e et 3e classes est mis en marche chaque dimanche. Départ de Paris à 10 h. Arrivée à Fontainebleau à 10 h. 50; Thomery, 10 h. 58 et Moret 11 h. 04.

même efficacité prophylactique que 3 injections de l'ancienne.

A Vincennes, l'endémie qui régnait a été vaincue par 2 injections de vaccin associé (T A B et anatoxine) appliquées au moment de l'incorporation des jeunes soldats : 6 cas de diphtérie se sont produits après la vaccination, dont 4 chez des non-vaccinés, 1 chez un vacciné incomplètement (1 injection) et 1 seul après 2 injections, un peu moins d'un mois après la dernière injection.

De plus, pour être renseigné exactement sur l'accroissement de l'immunité dû à l'adjonction de T A B, on pratiqua le dosage de l'antitoxine contenue dans le sérum de 51 sujets de vaccinés complètement :

Chez tous (100 %), la teneur en antitoxine s'est montrée supérieure à 1/30e d'unité antitoxique, taux répondant à une réaction de Schick négative ; chez 35 % elle était comprise entre 1/10e et 1 unité ; chez 60 % elle était supérieure à l'unité, atteignant même parfois 20, 30 et 40 unités.

A nombre égal d'unités anatoxiques, la vaccination associée à 2 injections de nouvelle anatoxine s'est donc montrée supérieure dans ses effets à la vaccination par l'ancienne anatoxine et même la nouvelle, employées seules.

Le milieu militaire où, en raison des nécessités de l'instruction, il y a avantage à réduire le nombre des injections, ne peut que bénéficier de l'efficacité de l'anatoxine à teneur élevée ; qu'on utilise cette dernière seule quand le vaccin T A B aura déjà été appliqué, ou qu'on l'emploie en l'associant au T A B, l'immunité antidiphtérique pourra être assurée avec 2 injections avec un succès au moins égal à celui que l'on obtient à la faveur de la méthode classique.

La mise en évidence et l'isolement de la vagotonine. — M. D. SANTENOISE (note présentée par M. Desgrez.) Actuellement parvenu à isoler et à préparer la vagotonine en quantité suffisamment importante pour permettre son étude et son emploi en clinique, cet auteur résume les diverses étapes des longues recherches qui l'ont amené à ce résultat.

Une première série de travaux a permis d'établir et de démontrer que le pancréas déverse en quantité physiologiquement active une hormone vagotonisante.

Une seconde série a permis de conclure que ce pouvoir vagotonisant déversé par le pancréas n'était pas dû à l'insuline.

Une troisième série a permis de séparer de l'insuline et des substances choquantes cette nouvelle hormone pancréatique à laquelle fût donné le nom de vagotonine.

Autres communications :

L'alcoolisme expérimental ne s'oppose pas à l'établissement de l'immunité antirabique. — MM. REMLINGER et BAILLY.

Sur deux cas de fièvre ondulante d'origine bovine observés dans le Gard et dans la Haute-Garonne. — MM. DUBOIS et SOLLIER.

Un cas de polynévrite consécutive à l'ingestion d'apiol. — M. ROGER.

Une nouvelle méthode d'enregistrement des mouvements oculaires ; le cinégraphe oculaire. — M. YOURIEVITCH.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1932)

Communications naso et sinuso-buccales. — M. CROCQUEFER en apporte deux observations qui montrent l'importance des troubles de la coagulation dans leur genèse et comment on peut les guérir par l'hémothérapie. L'acolite présentée par le docteur Crocquefer est un alliage nouveau possédant certaines propriétés physiques et chimiques de l'or, et certaines de l'amalgame. Ses indications résultent de sa coulée facilement obtenue. On peut l'utiliser pour des obturations, pour des reconstitutions. Sa malléabilité le contre-indique absolument pour des travaux de prothèse fixe.

Malformation d'origine traumatique de la couronne d'une canine supérieure temporaire. — M. REGIS.

Un cas d'iodoformisme. — M. CHATELLIER en présente un cas survenu à la suite de la mise en place d'une mèche iodoformée dans la plaie opératoire de décapuchonnage d'une dent de sagesse inférieure, la quantité d'iodoforme employée était infime et a pourtant provoqué une intoxication assez sévère mais non mortelle.

Les articulations de la face à la naissance. — MM. LEBOURG et SEYDEL montrent que l'évolution des jointures de la face comme celles du crâne passe par les trois stades de synfibrose, synarthrose, synostose, chacune de ces étapes ayant ses caractères anatomiques propres et une chronologie particulière suivant la suture considérée. L'importance physio-pathologique de ces articulations découle du rôle considérable qui leur est dévolu.

Toutes les causes qui influent sur l'activité des périostes de conjugaison retentissent obligatoirement sur la forme et l'équilibre des os dont ils commandent le développement. Cette notion permettra sans doute de faire entrer dans le cadre des maladies périostiques un certain nombre de dysmorphies maxillo-facio-crâniennes.

Quelques cas de nécroses tropho-infectieuses pulpaires ligamentaires et maxillaires. M. Crocquefer apporte quelques observations de nécrose dont l'origine tropho-infectieuse est vraisemblable en l'absence de toute application de pansements nécrophiles.

(SÉANCE DU 15 MARS 1932)

Un cas d'alvéolyse infantile. — M. LEBOURG.

Le traitement de l'atrésie et de l'imperméabilité chez l'enfant par la disjonction des os maxillaires supérieurs. — M. MÉNARD.

Gomme génienne tuberculeuse. — M. DECHAUME, à propos d'une observation, croit pouvoir en déduire que la tuberculose en général reconnaît, bien plus souvent qu'on ne le croit, une origine dentaire ou paradentaire.

Les hémorragies graves en pratique dentaire. — M. KERBOUL rappelle les signes des différents grands syndromes hémorragiques et rappelle les précautions indispensables qui s'imposent en pareil cas.

(SÉANCE DU 19 AVRIL 1932)

Quelques cas de résections condyliennes unilatérales et bilatérales avec présentation d'anciens opérés. — MM. DUFOURMENTEL et DARCISSAC.

De l'utilisation des appuis crâniens pour la réduction des fractures de l'angle de la mandibule, avec présentation de malade. — M. CROCQUEFER. A propos des fractures angulaires doubles de la mandibule et du traitement proposé par M. le professeur Lenormant et M. Darcissac, l'auteur déclare que :

1° La transfixion des mandibules peut être faite sous anesthésie locale ;

2° Il affirme que l'extension continue sur les branches montantes doit prendre point d'appui non sur la nuque, mais sur la région occipitale et par conséquent sur la tête par l'intermédiaire d'un appui crânien et d'un dispositif spécial.

L'odonto-stomatologie au Levant. Le derviche tourneur dentiste. — M. GINESTET.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ALLONAL, MÉDICAMENT DE LA DOULEUR (1)

Par M. le docteur TIBI.

Parmi toutes les drogues actuellement employées pour combattre la douleur, un seul produit a toujours donné d'excellents résultats à l'auteur : c'est l'allonal qui, dans les cas les plus divers de la pratique médicale, s'est toujours révélé comme un excellent analgésique ; l'allonal se présente sous la forme de comprimés contenant chacun 0 gr. 16 de substance active. Sa posologie est la suivante : 1 à 4 comprimés dans les 24 heures, pris de 2 heures en 2 heures. Comme le fait remarquer l'auteur, l'allonal peut être employé avec succès, non seulement comme analgésique ou anti-névralgique, mais encore comme sédatif et hypnotique : il semble constituer l'antidote de la douleur de toute origine et de toute nature.

LIVRES NOUVEAUX

La rééducation de l'ouïe chez les sourds, les sourds-muets et les durs d'oreille (2), par G. DE PARREL.

La plus grosse faute que puisse commettre un sourd, c'est de s'avouer vaincu et de s'isoler dans une prison de silence. Il est bien entendu qu'il ne saurait être question pour lui de guérison complète et de récupération totale, mais par des exercices méthodiques, par des soins médicaux attentifs, il a la possibilité d'améliorer la valeur de son ouïe et d'en obtenir le rendement maximum.

Dans ce manuel, qui est destiné au sourd lui-même tout autant qu'au médecin, l'un et l'autre trouveront toutes les précisions nécessaires sur la rééducation acoustique, ses indications et sa technique. Des figures démonstratives, des tableaux synoptiques, des schémas musicaux rendent cet exposé particulièrement clair et pratique. Au reste, on sait que le docteur de Parrel a consacré depuis plus de 20 ans le meilleur de son activité à la mise au point et à la vulgarisation des méthodes de rééducation auditive aussi bien chez les sourds et les durs d'oreille que chez les sourds-muets.

Armé de ce manuel et d'un tube acoustique, le sourd peut se soigner lui-même dans l'intervalle de ses traitements chez le médecin rééducateur ; il peut sauver ce qui peut être sauvé et lutter sans répit contre son infirmité. A cet égard, cet ouvrage est une bonne action.

Ajoutons que des conseils judicieux sur ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire, d'autres plus délicats encore sur le mariage des sourds, complètent fort heureusement ce *Manuel de Rééducation de l'Ouïe*.

Le Manuel de *Lecture sur les lèvres* de cette même collection est déjà paru ; les sourds tireront de ces deux ouvrages le même profit, car s'ils veulent rester en contact avec leur entourage familial et professionnel, ils doivent à la fois *rééduquer leur oreille et acquérir l'audition par les yeux*.

L. G.

Maladies de l'Intestin (1), par R. BENSAUDE, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine. Série II : *Diverticule, Mégacolon, Dysenterie, Côlites infantiles, Diagnostic de l'appendicite chronique, Tuberculose, Cancer, Traitement bismuthé dans les affections gastro-intestinales*. Avec la collaboration de A. CAIN et M. LELONG, médecins des Hôpitaux, BOLTANSK, COTTET, GUÉNAUX, HILLEMAND, LIÈVRE, O. MONOD, MÉZARD, OURY, RACHET, TERRIAL, VASSELLE.

C'est le deuxième des trois volumes où le docteur Bensaude, avec la collaboration de ses élèves, résume son enseignement de l'Hôpital Saint-Antoine. Sans constituer à proprement parler un traité didactique, ces trois volumes comportent un programme où sont étudiées les questions les plus intéressantes de la pathologie intestinale et surtout de la proctologie.

On trouvera dans cet ouvrage essentiellement vivant, comme l'enseignement qu'il reflète, des idées originales, des doctrines précieuses, facilement applicables et ne figurant pas le plus souvent dans des traités classiques, — on y trouvera aussi les mises au point d'articles épars et une abondante bibliographie. — A ces divers titres cet ouvrage s'adresse aussi bien au praticien qu'au spécialiste. Les techniques d'exploration y sont minutieusement détaillées ainsi que la discussion des résultats qu'elles apportent.

Ce deuxième volume est plus spécialement consacré aux maladies du côlon.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 6 juin. — Jury : MM. Legueu, président ; Loeper, Sergent, Harvier. — M. BIRMAN VOLF. L'urographie intraveineuse au ténébryl. — M. BOCZKO. La bactériurie et la pyélocystite et le bacille paratyphique B. — M. BAILLET. L'exploration physique du foie par la phonendoscopie.

Mardi 7 juin. — Jury : MM. Jeannin, président ; Lejars, Terrien, Velter. — M. LEJEUNE. Les abcès puerpéraux de l'utérus. — M. ORTÉGA. Différentes méthodes dans le traitement chirurgical de la biloculation gastrique. — M. SUAREZ-PADILLA. Etude de la cicatrisation des plaies cutanées. — M. LÉVY-EMMANUEL. Etude de l'atrophie avec excavation sans hypertension oculaire.

Samedi 11 juin. — Jury : MM. Achard, président ; Bezançon, Gougerot, Tanon. — M. ALLOUCHE. Un nouveau cas de dipostose, cranio-faciale. — M. BRIDGMAN. Etude de la tuberculose intestinale. — Mlle GILLARD. Traitement du lichen plan par les rayons ultra-violets. — M. LAURENT. Etude de l'origine et des altérations des eaux thermales d'Aix-les-Bains.

Jeudi 9 juin. (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Tanon, président ; Dechambre, Lesbouyriès. — M. MICHEL. Le zébu au Maroc.

(1) *Courrier méd.*, Paris, 4 janv. 1931, n° 1. p. 1.

(2) Collection de Parrel des Manuels de rééducation. In-8 carré de 146 pages avec 43 figures et tableaux dans le texte. — Prix : 28 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(1) Un volume de 496 pages avec 156 figures. — Prix : 70 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Troisième concours de médecin des hôpitaux. — Jury (avant acceptation) : MM. les docteurs Louste, Clerc, Jacob, P.-E. Weill, Laubry, Darré, Brodin, Hallé, Chiray, Lian, Métivet.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Epreuve théorique anonyme* (anatomie et physiologie). — Séance du 2 juin. — Questions données : « Anatomie du testicule. — Physiologie du testicule. »

HOPITAUX DE PROVINCE. — Dieppe. — Un poste d'interne à l'hôpital de Dieppe sera vacant le 1er août 1932. — Pour tous renseignements, s'adresser au directeur des hospices.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours du prosectorat. — Epreuve écrite.* — Séance du 3 juin. — MM. Padovani, 29; Maës et Longuet, 28.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. Maurice Leroux, professeur suppléant, a été nommé professeur de clinique obstétricale, en remplacement de M. Grosse, décédé.

M. Veillon, professeur suppléant de chimie, est prorogé dans ses fonctions.

Après concours, M. le docteur Jean Urbain-Monnier a été nommé chef de clinique médicale.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont inscrits au tableau de concours pour 1932 :

Pour officier. (Réserve.) — MM. Faure, Demilly, Carrive, André, Flach, Gayet, Thévenot, Zeller, Gaussel, Brenta, Lemaistre, Dide, Lacapère, Piollet, Lemierre, Lemaître, Dupont, Anderodias, Vincent (Clovis), Vincent (Lucien), Duvoir, Monod, Bouvier, Raulot-Lapointe, Saint-Pierre, Fabre de Parrel, Speder, Berger, Gatellier.

(Troupes coloniales.) MM. Gibert, Philippe, Pin, Pujol, Violle, Briand, Bourrague.

Pour chevalier. (Réserve) :

MM. Azoulay, Martin, Prudhomme, Lebhar, Tessier, Brissart, Bidel, Chapelle, Bassal, Garin, Delmas, Lagleize, Dupinet, Pince, Vaissade, Riff, Laplace, Delfosse, Desjardin, Kraut, Galup, Wintrebert, Lajoux, Cornillon, Triau, Aujaleu, Hautefeuille, Charrier, Mignard, Jouen, Marrel, Lesage, Favier, Chambrette, Coste, Minon, Lafond, Leblanc, Esparbes, Hure, Couffon, Durand, Job, Onillon, Huriez, Druhen, François, Piéri, Lecaplain, Reynaud, Combes, Biétrix, Coste, Gorisse, de Chabert-Ostland, Neboux, Bourgoin, Mourniac, Chazarain, Marchal, Deverre, Jegourel, Leothaud, Pezet, Brossard, Railliet, Chavoix, Gravost, Ferran, Maréchal, Constant, Solirène, Sigwalt, Verhaeghe, Faurie, Vilbonnet, Vleeschouwer, Renault, Roy, Doin, Peyrache, Juif, Beltrami, Gèzes, Castay, Elicagaray, Canel, Surjus, Simacourbe, Zellmeyer, Fanjoux, Capdequi-Peyranère, Haas, Moreau, Loubet, Rollin, Vincent, Delmas, Coulet, Boutet, Lascazas de Saint-Martin, Poisson, du Castel, Gerest, Pillet, Lagarrigue, Miginiac, Robert, Fort, Bettinger, Lathoud, Thomas de la Pintière, Duguyot, Dupont, Bréhier, Botte, Soderlindh, Boda, Jacquemart, Daubert, Pastour, Delotte, Pavillard, Baufle, Loizemant, Vallerant, Paquet, Bousquet, Vacher, Rousselot, Roussel, Beaurepaire, Savidan, Mège, Secousse, Sirieix, Denave, Grosgeorge, Eloy, Lambert, Mougenc de Saint-Avid, Larue, Hugot, Baudoin, Escudié, Vaudescal, Cartier, Lutel, Penel, Daubert, Trastour, Deyrieux, Felgeyrolles, de Saboulin, Gassiot, Caldier, Perrier, Granel de Solignac, Bernard, Detis, Clarte. Germain, Magne, Cabanne, Fuchs, Auboyer, Corone Dellac, Bouvier, Périé, Pasquet, Bonnet, Roux, Gaehlinger, Aubriot, Quercy, Bonhomme, Monnot, Sarthou, Dupré, Quilichini, Follenfant, Verdure, Barthas, Bertrand, Delplace, Gremeaux, Derieux, Villain, Pelloux, Mauguière, Bérard, Dupas, Vallois, Jarrige, Ségala, Vignolles, Poncet, Hecquet, Alliot, Reignard, Gustin, Cadet, Lebar, Cuisset, Bergier, Pegaz-Toquet, Terrisse, Drapier, Barbier, Ribet, Tramini, Fauche, Schaechter, Delphin, Braine, Visquis, Garnier, Varin, de Gennes, Jouffrey, Delage, Dulout, Basch, Roux, Rime, Poumier, Dinge, Cornil,

Blot, Carrère, Baillon, Bourguel, Letort, Vandermeersch, Bouffier, Giraud, Larrieu, Faugère.

MÉRITE MARITIME. — *Officier*. — M. Bizard, médecin sanitaire maritime, au Havre.

Chevalier. — MM. Guibier, médecin sanitaire maritime, à Marseille; Lancelin, médecin en chef de 1re classe.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Tarbouriech a été nommé médecin chef de service de l'Asile privé faisant fonctions d'asile public d'aliénés du Bon Sauveur de Picauville (Manche), en remplacement de M. le docteur Viel, décédé.

M. le docteur Menger est nommé médecin chef de service à l'Asile privé faisant fonctions d'asile public d'aliénés du Bon Sauveur de Bégard (Côtes-du-Nord), en remplacement de M. le docteur Daussy, appelé à un autre poste.

DÉFENSE NATIONALE. — GUERRE. — Un concours sera ouvert le mercredi 23 novembre 1932, à 9 h., à l'Ecole d'application du Service de santé militaire à Paris pour l'admission à cinq emplois de médecin sous-lieutenant de l'armée active.

Pour les conditions, consulter le *Journal officiel* du 31 mai 1932.

Il ne sera pas ouvert en 1932 de concours pour l'admission à des emplois de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur du sanatorium public de Seyssuel (Isère). (Voir *J. O.*, 1er juin 1932, p. 5.862.)

CONTRE LES FLÉAUX SOCIAUX. — Une grande manifestation contre les fléaux sociaux aura lieu le mercredi 8 juin, à 20 h. 30, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Justin Godart.

Cette manifestation, organisée par la Revue *Guérir*, permettra d'entendre MM. les professeurs Achard (lutte contre l'alcoolisme), J.-L. Faure (lutte contre le cancer), Léon Bernard (lutte contre la tuberculose), Gougerot (lutte contre les maladies vénériennes), Tanon (lutte contre les maladies coloniales), le docteur Toulouse (prophylaxie et hygiène mentales), M. Louis Forest (appel pour la propagande contre les fléaux sociaux).

Cartes d'invitation gratuites : *Guérir*, 12 *bis*, rue Keppler; Ligue contre le cancer, 6, avenue Marceau; Ligue nationale anti-alcoolique, 147, boulevard Saint-Germain.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHONIATRIE. — Une Société a été fondée le 9 mai, à Paris, en vue de l'étude scientifique et pratique des questions se rapportant à la physiologie et à la pathologie de la voix et de la parole. Le bureau de la Société de phoniâtrie comprend M. le professeur Moure, président; M. le docteur Hautant, M. le professeur Lemaitre, vice-présidents.

Le docteur Tarneaud, secrétaire général, est chargé de donner tous les renseignements concernant la Société; lui écrire : 27, avenue de la Grande-Armée, Paris (XVIe).

VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL DANS LES ALPES. — Sous le patronage de la Faculté de Lyon, le IIe Voyage médical international dans les Alpes aura lieu du 26 juin au 6 juillet 1932, avec le même programme qu'en 1931. La concentration se fera à l'Ecole de médecine de Grenoble. Après la visite de cette ville (qui est l'un des principaux centres d'enseignement français fréquenté par les étudiants étrangers), l'on se rendra au sanatorium des Petites Roches et au monastère de la Grande Chartreuse. Puis l'on visitera Villars-de-Lans, Uriage, l'Oisans, la Grave, la Meije, le Lautaret, le Galibier, la Maurienne, Allevard, Challes, Chambéry, Aix-les-Bains, le lac du Bourget, l'abbaye royale de Hautecombe, Marlioz, le Mont-Revard, Annecy et son lac, Moutiers-Salins, Brides, la Léchère, la Tarentaise, Mégève, le Fayet-Saint-Gervais, Chamonix-Mont-Blanc, la mer de Glace, le Brévent, les sanatoria d'Assy et de Passy, Thonon, Evian et le lac Léman.

Ce beau Voyage, qui réunit tant d'attraits divers et permet de connaître tant de sites célèbres et de stations thermales et climatiques du plus grand intérêt, sera dirigé par M. le professeur Laignel-Lavastine, de la Faculté de Paris (*Histoire de la médecine et de la chirurgie*), avec le concours du professeur Piéry, de la Faculté de Lyon (*Climatologie et hydrologie*), du professeur agrégé Thévenot, de Lyon (*Médecine et thérapeutique générales*), du docteur Porte, directeur de l'Ecole de médecine de Grenoble, et des médecins des stations et établissements visités.

Une excursion en Suisse terminera le Voyage, du 6 au 12 juillet, en parcourant Genève, Nyon, Gland, Lausanne, Montreux, Leysin, les rochers de Naye et Valmont

Ce Voyage, comme tous ceux présentés par les fédérations et sociétés médicales du Midi de la France, offrira toutes les garanties possibles de confort, d'économie, d'instruction et d'agrément. Les familles des médecins y seront admises, ainsi que les étudiants en médecine. Les adhérents recevront des permis de parcours en chemins de fer, à demi-tarif, valables pendant un mois en France et en Suisse. Tout le parcours inscrit au programme sera effectué en auto-cars. Le prix de la cotisation sera forfaitaire et comprendra toutes les dépenses, sans exception.

L'examen des demandes d'adhésions sera fait dans l'ordre où elles parviendront. En raison du délai nécessaire pour obtenir les permis de parcours en chemins de fer, prière d'écrire, dès à présent, au secrétariat du Voyage, à La Malou (Hérault).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — — CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE DE L'ADULTE. — *Cours de revision en dix leçons*. – M. le professeur Mauclaire commencera ce cours le lundi 13 juin 1932, à 17 h., amphithéâtre Vulpian, et il le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme — Historique général de l'orthopédie. — Chirurgie orthopédique des principales difformités du rachis et des membres. — Présentation de nombreux dessins et radiographies.

AVIS. — Le cours de perfectionnement sur la biologie et la pathologie de la tuberculose, qui devait avoir lieu à l'Institut Pasteur et à la Clinique de la tuberculose (hôpital Laennec), du 13 juin au 10 juillet 1932, est remis à une date ultérieure.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Frappaz, ancien président du Syndicat des médecins du Rhône, à Villeurbanne; Goizet (de Bordeaux), Léon Quidet (de Paris); M. Jacques David, étudiant en médecine, externe des hôpitaux de Lille, neveu de notre confrère le professeur A. David à qui nous adressons nos bien sincères condoléances.

RENSEIGNEMENTS

ÉTUDIANT EN MÉDECINE, ayant terminé scolarité, ou docteur, est demandé pour poste d'interne Asile de Cadillac.

L'ÉTIOLOGIE DU RHUMATISME CHRONIQUE

Par Sir William WILLCOX,

K. C. I. B., C. B., G. M. G., M. D., F. R. C. P.,
Physician to St Mary Hospital and lecturer on Medicine at the medical School; Medical adviser to the Home Office (1).

Traduction du docteur TERRAY, M. C.,
Médecin consultant aux Eaux d'Aix-les-Bains.

La notion exacte et moderne de l'étiologie du rhumatisme chronique est d'une importance qui ne saurait être sous-estimée, puisque c'est la connaissance de la cause de la maladie qui est à la base d'un traitement rationnel et efficient. J'ai déjà publié en mars 1930, dans le « Practitioner », un article sur l'étiologie du rhumatisme chronique. Depuis cette époque l'activité des recherches ne s'est pas ralentie dans le monde entier, et d'importants progrès nous ont permis d'augmenter nos connaissances sur cette question.

Le rhumatisme chronique est en tête des maladies qui par l'une ou l'autre de ses manifestations sont le plus souvent soumises à l'observation des praticiens : ceux-ci ont à donner leur avis sur elles et doivent prescrire le traitement. Les statistiques publiées dans mon article de mars 1930 le prouvent à l'évidence. Elles ont été ultérieurement confirmées, et il n'est apparu aucun signe de diminution de la maladie dans les différentes classes de la population. Le rapport publié en 1924 par le Ministère de la Santé Publique et basé sur le nombre des personnes assurées en 1922 a montré que la somme des journées d'invalidité causées par le rhumatisme chronique a été pour les hommes de un sixième et pour les femmes de un septième des journées d'invalidité causées par toutes les autres maladies. Ces chiffres prouvent combien le rhumatisme chronique est fréquent. Ils soulignent l'importance que les praticiens ont apporté à la détermination de ses causes et à son traitement. Il est donc parfaitement opportun de revoir cette question du point de vue de l'étiologie.

Les recherches sur ce sujet ont été activement poursuivies en Europe. L'International Society of Medical Hydrology a rendu d'éminents services en assurant la liaison entre les voies diverses dans lesquelles s'exerce l'activité des chercheurs tant dans ce pays que sur le Continent. Des Comités internationaux ont été constitués qui ont permis d'organiser les recherches sur une base internationale. En Angleterre d'importants travaux ont été effectués tant par le personnel des hôpitaux que par des chercheurs indépendants. A Londres même, la Croix-Rouge Britannique a créé une clinique centrale pour le traitement du rhumatisme : son organisation est calquée sur celle des hôpitaux et elle a permis d'effectuer d'importants travaux de recherches. De son côté l'ordre hospitalier de Saint-Jean de Jérusalem a organisé à Londres une clinique qui assure les traitements par la lumière et l'électricté. Sous la haute direction de Sir Leonard Hill, les recherches y sont particulièrement poussées sur les questions relatives au rhumatisme chronique, et sur l'intérêt de son traitement par les radiations. En Amérique, des recherches d'une grande importance ont été faites, qui font apparaître la place que tient l'infection comme cause première du rhumatisme chronique.

Ainsi l'étiologie du rhumatisme chronique apparaît comme éminemment complexe et les facteurs qui entrent en jeu sont nombreux et divers. D'un sujet à l'autre, les variations étiologiques sont si grandes qu'il n'existe pas deux cas semblables au regard du rôle joué par les différents facteurs tant en qualité qu'en quantité, y compris le facteur individuel. Dans l'article que j'ai publié en mars 1930, les facteurs étiologiques généraux ont été groupés ainsi qu'il suit :

1° *Traumatisme entraînant un effort ou forçure.* — Ce facteur joue un rôle dans la pathogénie des lumbagos, fibrosite du dos et du cou, inflammation des tendons d'insertion, comme dans le cas du « tennis elbow » ;

2° *La profession.* — L'effort imposé à certains groupes de muscles ou à certaines articulations, comme la fatigue imposée par un exercice prolongé, est un facteur déterminant de localisation du rhumatisme ;

3° *Tempérament ou diathèse.* — Certaines familles ou certaines races ont une tendance héréditaire au développement des rhumatismes chroniques, lorsque les individus se trouvent exposés à un ou plusieurs des facteurs étiologiques ;

4° *Etat des téguments.* — Sur le Continent une très grande attention a été apportée au rôle joué par la peau dans l'étiologie du rhumatisme. Au moyen de thermomètres spéciaux, on a pu démontrer que la peau des rhumatisants a une température inférieure de 3 à 4 degrés à celle d'une personne normale (il s'agit ici de degrés Fahrenheit). Chez ces sujets, les réactions de la peau aux différentes variations atmosphériques, humidité et température, sont remarquablement déficientes ;

5° *Influences extérieures.* — Le climat, l'exposition à l'humidité, au froid, les courants d'air froids ont une grande importance. Sous les Tropiques, dans les Indes notamment, où l'air est chaud et sec, le rhumatisme chronique est pratiquement inconnu ;

6° *Troubles vasculaires.* — Les conditions qui comportent un trouble dans la régulation vaso-motrice, sont une cause de prédisposition au rhumatisme chronique. La fréquence de l'arthrite des articulations des doigts dans la maladie de Reynaud en est un exemple. De même un défaut de la circulation lymphatique et la stase qui en résulte est une cause fréquente de cellulite et de manifestations rhumatismales locales. La chaleur et le massage trouvent dans ces cas leur indication essentielle. Nous n'avons pas, jusqu'à présent, dans ce pays, donné aux défauts de circula-

(1) La cause première du rhumatisme chronique fait l'objet de nombreuses recherches et de théories qui souvent s'opposent. Diathèse ou infection ? Un des médecins anglais les plus en vue, Sir William Willcox, a pris nettement partie pour la seconde hypothèse, dans l'article ci-dessous paru à Londres dans le « Practitioner » (Le Praticien) et traduit avec l'autorisation de l'auteur. (Note du traducteur.)

tion l'importance qu'ils méritent, dans l'étiologie du rhumatisme chronique ;

7° *Régime alimentaire* (Très important). — Il faut éviter la carence en protéines et en graisses et l'excès d'hydrates de carbone. Le régime doit être suffisamment riche en vitamines. Toute carence est un important facteur prédisposant.

8° *Troubles endocriniens.* — Ont un rôle indiscutable dans nombre de cas, spécialement dans les formes liées au climat, lorsqu'il y a une insuffisance thyroïdienne ou ovarienne ;

9° *Rhumatisme articulaire aigu.* — Maladie bien distincte du rhumatisme chronique. Toutefois, d'après mon expérience, un sujet qui a subi une crise de rhumatisme articulaire aigu dans sa jeunesse, a une prédisposition au développement ultérieur des manifestations chroniques, comme l'arthrite chronique du type « rheumatoïd » (polyarthrite symétrique progressive) ;

10° *Sexe.* — Les deux sexes sont sujets au rhumatisme chronique. Dans les variations de fréquence des différentes manifestations, dans l'un et l'autre sexe, il y a lieu de tenir compte des variations dans l'exposition aux efforts et aux facteurs externes. Une étude récente du Ministère de la Santé publique a jeté beaucoup de clarté sur ce sujet ;

11° *Age.* — Le rhumatisme chronique est pratiquement inconnu avant la puberté. Plus tard, il atteint tous les âges et plus l'âge avance plus la prédisposition augmente ;

12° *La goutte.* — Maladie distincte du rhumatisme chronique. Mais les goutteux sont prédisposés au développement de l'arthrite chronique. Le docteur Gilbert Scott a fait sur ce point des recherches d'un grand intérêt à la clinique de la Croix-Rouge pour le traitement du rhumatisme. Il a montré que dans le cas de rhumatisme goutteux, les dépôts se forment sur les côtés des os des doigts. Dans ces cas, il n'y a pas de symptômes de goutte aiguë et pas d'augmentation du taux de l'uricémie.

La présence de dépôts minimes dans les os des doigts, dans un cas qui cliniquement se présente comme une arthrite chronique rhumatismale, ne comporte pas l'administration de remèdes comme l'atophan et ses dérivés, lesquels peuvent éventuellement provoquer une jaunisse toxique. Le traitement de pareils cas doit être celui de l'arthrite chronique, sauf si l'analyse montrait une augmentation du taux de l'uricémie. Il serait du reste avantageux de savoir par des recherches analytiques bien conduites, si les dépôts trouvés sous le périoste des os des doigts sont bien formés d'urates di-sodiques.

Facteurs infectieux. — Depuis douze ans j'ai étudié de très près, dans mon service du St. Mary's Hospital, un très grand nombre de cas d'arthrite chronique rhumatismale. Ces études m'ont complètement convaincu que le facteur le plus important dans l'étiologie du rhumatisme chronique, est le facteur infectieux dû au streptocoque qu'il soit du type viridans, du type hémolytique ou du type indifférent, ce qui est moins fréquent.

Dans mes recherches, j'ai eu le grand avantage d'avoir la coopération généreuse de mes collègues, chefs des Services de Bactériologie et de Pathologie du St. Mary's Hospital. Dans presque tous les cas d'arthrite chronique rhumatismale, comme dans d'autres formes de rhumatisme chronique, une infection streptococcique généralement avec réaction sanguine (hémolytique ou viridans) a été trouvée dans les foyers d'infection (naso-pharynx, dents, tractus intestinal).

Dans les précédents articles que j'ai publiés dans le *Practitioner* sur ce sujet, j'ai particulièrement traité du rôle important que jouent les foyers d'infection streptococcique dans l'étiologie de l'arthrite rhumatismale chronique et des autres formes du rhumatisme chronique. J'ai fortement insisté sur l'importance des recherches concernant la possibilité d'une infection (foyer d'infection) dans les dents, les amygdales, les sinus, le naso-pharynx, le pharynx, les diverticules intestinaux et coliques, la vésicule biliaire, l'appendice et le tractus uro-génital. Dans les recherches cliniques de foyers infectieux, j'ai bénéficié d'une coopération très étroite aussi bien que de l'aide et des avis de mes collègues spécialistes des dents, de la gorge, etc... Dans tous les cas l'examen radiologique a été pratiqué sur les dents, les sinus, et quand il y avait lieu semblable examen radiologique a été pratiqué sur la vésicule biliaire, les tractus gastro-intestinaux et uro-génitaux. Je ne saurais trop remercier ici le Dr. Harrison Orton et ses collègues du Service Radiologique du St. Mary's Hospital pour la collaboration incessante qu'ils m'ont apportée.

Le résultat de toutes ces recherches est que dans presque tous les cas nous avons trouvé l'existence incontestée d'une infection streptococcique provenant d'un foyer dans un organe infecté. Ce résultat nous a permis de fixer les lignes générales du traitement à prescrire dans chaque cas individuel. Le point faible de nos travaux est que, dans les cas étudiés, nous ne sommes pas parvenus à obtenir le streptococcus que nous estimons être l'élément causal ni du sang, ni des articulations.

Ce manque de preuve complète est en réalité une difficulté qui a été surmontée grâce aux travaux américains. En 1929 MM. Russell L. Cecil, Edith E. Nicholls et Wendell J. Stainsby ont publié un article intitulé « Bactériologie du sang et des articulations dans l'arthrite chronique infectieuse ». Cet article traite de 78 cas d'arthrite infectieuse chronique dans lesquels l'hémo-culture a été pratiquée. Dans 48 cas (61,5 0/0) l'hémo-culture a montré la présence d'un streptocoque :

Streptocoque hémolytique	dans 40 cas sur 48,
Streptocoque viridans ..	dans 6 cas sur 48,
Streptocoque de type indifférent	dans 2 cas sur 48.

Les recherches étaient conduites suivant une technique spéciale. De grandes quantités de sang, 20 à 30 cc., étaient prélevées et placées à l'étuve pendant longtemps. Après 15 jours en moyenne les streptoco-

ques apparaissaient dans les cultures, car les streptocoques poussent très lentement au début. La nécessité d'importantes quantités de sang et d'une longue attente pour que la culture pousse expliquent l'insuccès des premiers chercheurs pour obtenir ces résultats. Les micro-organismes isolés du sang ont témoigné d'une tendance à l'agglutination (1/280) par le sérum du malade. Les streptocoques isolés ont été repiqués et des injections intra-veineuses de ces cultures ont produit des arthrites typiques chez l'animal.

Cultures après biopsie de l'articulation. — Dans 7 cas d'arthrite infectieuse chronique, des biopsies ont été pratiquées sur l'articulation. Dans 6 cas on a obtenu de la membrane synoviale et des prélèvements d'os à la curette. Dans le 7e cas, le liquide synovial a été obtenu par ponction de l'articulation du genou. Dans 5 de ces cas, des cultures ont été obtenues, 4 ont montré des streptocoques dont :

2 d'un type hémolytique atténué,
1 d'un streptococcus viridans,
1 d'un streptococcus indifférent.

Le 5e cas a donné une culture d'un bacille diphtéroïde.

Les recherches ci-dessus apparaissent d'une importance considérable et fondent sur une base solide par une preuve expérimentale cette vérité que l'arthrite chronique est à l'origine une infection streptococcique apportée aux articulations par le courant sanguin.

Un autre article d'une égale valeur, publié par les mêmes auteurs, a paru en janvier 1931, sous le titre « Etiologie du rheumatoïd arthritis » (polyarthrite symétrique progressive). La technique adoptée était semblable à celle des premières recherches. Les résultats obtenus peuvent se résumer comme suit : des streptocoques ont été retirés du sang par hémo-culture dans 62,3 0/0 des cas étudiés (154). Des streptocoques ont été trouvés dans les articulations dans 67,3 0/0 de ces cas. Un taux d'agglutination élevé a été obtenu dans 94 0/0 des cas avec les streptocoques isolés. Des streptocoques de types semblables ont été trouvés dans tous les foyers d'infection. Des expérimentations sur l'animal ont montré que l'arthrite rhumatoïde était obtenue par injection des cultures de streptocoques au lapin. Ces recherches ont fourni la preuve absolue de la nature infectieuse du rhumatisme chronique articulaire.

Au cours des dernières années, j'ai été convaincu que le facteur étiologique primitif du rhumatisme chronique articulaire était une infection streptococcique. Les derniers travaux américains confirment entièrement cette manière de voir. Il y a dans notre pays un courant d'idées tendant à représenter le rhumatisme chronique articulaire comme étant d'origine non infectieuse. Cette manière de voir n'est plus soutenable aujourd'hui. Les différents types de rhumatismes chroniques articulaires m'ont toujours paru se fondre les uns dans les autres en sorte que, pour toutes les formes, je me suis toujours servi du simple terme « arthrite chronique ». Il semble bien que l'infection streptococcique soit elle-même la base étiologique commune à toutes les formes.

Nous écrivions dans ce journal, au mois d'août 1927: « L'hypothèse d'une origine infectieuse du rhumatisme chronique est solidement étayée et doit être définitivement admise ». A nouveau nous avons précisé, en mars 1930 : « Le rhumatisme chronique n'est pas une maladie « en soi » : c'est la réaction inflammatoire qui dans les articulations ou les tissus fibreux est la conséquence de quelque état pathologique, généralement une toxémie chronique ».

Pour conclure, nous dirons que les facteurs étiologiques généraux que nous avons cotés de 1 à 12 ont une grande importance, mais qu'ils ne constituent que des causes prédisposantes. La cause première et la plus importante du rhumatisme chronique est l'infection streptococcique.

CENTENAIRE D'ALFRED FOURNIER

CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE DÉFENSE SOCIALE CONTRE LA SYPHILIS [1]

JOURNÉE DU 10 MAI 1932

Prophylaxie des syphilis nerveuses acquises ou héréditaires.

Rapport de M. le professeur Wagner von Jauregg (de Vienne).

L'auteur s'attache exclusivement à la prophylaxie de la *paralysie générale.*

1° Pour lui, la meilleure prophylaxie de l'affection est le traitement spécifique de la syphilis primaire et secondaire qui, s'il est pratiqué correctement, permet d'éviter les réactions positives du liquide céphalo-rachidien ou de les faire disparaître si elles se sont déjà montrées.

2° Le traitement doit consister surtout dans les préparations arsenicales (arsénobenzols, dérivés du salvarsan) et bismuthiques, sous forme de cures fortes répétées avec de petits intervalles.

3° Après la fin de la période secondaire, on doit se convaincre qu'on est arrivé à un tel résultat, c'est-à-dire que le liquide est normal. Pour cette raison, on doit pratiquer la ponction lombaire 3 à 5 ans après l'infection, date après laquelle il est exceptionnel que les syphilitiques acquièrent des réactions positives.

4° Si le malade n'a pas été traité énergiquement pendant les premières périodes de la syphilis, et que le liquide céphalo-rachidien montre des réactions positives, on doit pratiquer la *malariathérapie* qui parfois suffit à elle seule, sans emploi de remèdes spécifiques, pour négativer le liquide ; mais il est prudent de la combiner avec de fortes cures spécifiques (arsenic et bismuth à hautes doses) avant et après la malarisation. Un tel traitement est d'autant plus nécessaire que le syphilitique se trouve déjà dans *la période de latence tardive*, les réactions positives du liquide en pareil cas le désignant au premier chef comme candidat à la paralysie générale et les résultats thérapeutiques étant d'autant plus favorables que l'évolution est moins avancée.

5° Si les réactions positives du liquide n'ont pas disparu ou du moins ne sont pas très affaiblies un an après la malariathérapie, on devra répéter ce traitement.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 42, p. 787.

Rapport de M. le professeur Henri CLAUDE (de Paris).

La prophylaxie de la syphilis nerveuse, soit du point de vue diagnostic, soit du point de vue traitement, doit être mise en œuvre de façon différente suivant que le médecin aura tenu en observation le malade depuis le début de sa syphilis ou que le malade se présentera à une période déjà éloignée du début.

I. *Dès l'apparition des signes certains de syphilis*, il convient de prévenir la localisation du virus sur le système nerveux par les examens répétés du sang ou du liquide céphalo-rachidien. Une réaction de Bordet-Wassermann positive, irréductible ou difficilement réductible, dans le sang, une albuminose ou une lymphocytose persistantes du liquide C. R. doivent faire redouter des lésions ultérieures des centres nerveux et commandent un traitement énergique (mercure, arsenic, bismuth) prolongé pendant trois ans. Si la négativation des réactions humorales a été obtenue, le traitement pourra être moins actif, mais la surveillance devra être continuée par l'examen neuro-psychiatrique et biologique au moins une fois par an.

Si la négativation des réactions humorales a été constatée dès la première année et surtout si elle se maintient après la troisième, la surveillance pourra être moins sévère.

Un traitement insuffisant comme doses et qualité des médicaments, un traitement irrégulier ou poursuivi trop peu de temps paraissent favoriser la localisation plus précoce du virus sur le système nerveux et prédisposent au tabès ou à la paralysie générale.

Si la thérapeutique chimique n'a pas, dans les cas bien traités, fait disparaître les caractères pathologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien, après la 3e année, si dans les cas insuffisamment traités, les réactions humorales sont franchement positives, l'emploi des *thérapeutiques pyrétiques* pourra être discuté ou même s'imposer ; cette cure serait suivie d'un traitement chimique.

II. *Quand le malade se présente à une période déjà tardive avec des accidents nerveux ou mentaux*, l'action prophylactique sera limitée. L'étude des réactions humorales du sang et du liquide céphalo-rachidien s'impose tout d'abord. S'il y a lieu de soupçonner une paralysie générale ou un tabès, il convient de recourir immédiatement à la *malariathérapie*. Dans le cas contraire, le traitement spécifique peut suffire à modifier les symptômes et à prévenir des lésions plus graves. Il doit être allié à une hygiène et à une thérapeutique en rapport avec l'état général.

La paralysie générale ou le tabès au début imposent la malariathérapie en vue d'arrêter la progression des lésions en activité et de cicatriser les parties déjà altérées.

Le tabès confirmé, surtout compliqué de lésions nerveuses (névrite optique) ne paraît pas bénéficier de la malariathérapie. Dans la *paralysie générale, même à un stade avancé*, la malariathérapie donne au contraire souvent des résultats inespérés.

Rapport de M. le professeur NICOLAU (de Bucarest).

L'auteur envisage la prophylaxie de la *syphilis nerveuse ou de la neuro-syphilis en général*, englobant sous ce nom toutes les manifestations syphilitiques d'ordre clinique du système nerveux central, qu'il s'agisse de syphilis cérébrospinale proprement dite (*syphilis nerveuse conjonctivo-vasculaire*), du tabès ou de la paralysie générale (*syphilis nerveuse parenchymateuse*).

I. Prophylaxie de la syphilis nerveuse acquise. — Elle a pour but d'une part d'annihiler l'agent causal de la maladie, d'autre part de supprimer les facteurs prédisposants qui mettent le système nerveux en état de moindre résistance vis-à-vis du tréponème.

A. MESURES PROPHYLACTIQUES VISANT LES FACTEURS PRÉDISPOSANTS. — Les facteurs qui semblent favoriser l'éclosion de la S. N. sont de deux ordres :

Facteurs intrinsèques, inhérents à la qualité du terrain : ils sont mal connus et nos possibilités d'action sont des plus restreintes.

Facteurs extrinsèques, liés aux conditions de vie du sujet : alcoolisme, surmenage physique ou intellectuel, mauvaise hygiène, préoccupations morales, traumatismes, etc. Leur rôle, bien que discuté par certains auteurs, semble bien avoir une action tout au moins indirecte, et il est prudent de recommander au malade, ainsi que le préconisait Fournier, d'éviter tout excès de boisson, toute fatigue, etc.

B. MOYENS PROPHYLACTIQUES S'ADRESSANT AU GERME. — **Prophylaxie de la S. N. par le traitement.** — *La véritable prophylaxie de la S. N. consiste dans le traitement général de la maladie.*

D'après l'auteur, la tendance qui se fait parfois jour d'attribuer aux traitements actuels de la syphilis un rôle provocateur dans le développement des manifestations nerveuses (Finger et Gartner) n'est nullement justifiée. Au contraire, le traitement précoce et énergique de l'infection constitue le moyen le plus efficace de les éviter.

Deux principes directeurs président au traitement préventif de la neuro-syphilis :

1° La plupart des cas de neuro-syphilis ont leur origine dans les ensemencements précoces du système nerveux (période primo-secondaire) ; *le traitement préventif de la syphilis nerveuse doit être institué aussi près que possible du début de l'infection et sous une forme assurant le maximum d'activité thérapeutique* (arsénobenzol combiné au bismuth et au mercure).

2° *Le traitement préventif de la neuro-syphilis doit être conduit sous le contrôle du liquide céphalo-rachidien*, la ponction lombaire étant le seul moyen de surprendre la maladie en germe (phase préclinique de Ravaut) et de contrôler par la suite son évolution.

Si la ponction lombaire, pratiquée pendant la troisième ou la quatrième année, montre l'altération du liquide céphalo-rachidien, il ne faut plus persévérer dans la chimiothérapie seule, qui s'est montrée jusque-là insuffisamment active, mais au contraire lui adjoindre, même en *l'absence de tout signe clinique nerveux suspect, la malariathérapie.* L'assainissement du liquide céphalo-rachidien une fois obtenu, la surveillance prolongée du malade (dix, quinze ans et même davantage) demeure nécessaire.

A une période plus avancée de l'affection, la même ligne de conduite s'impose. Chez les malades dont l'état général contre-indique la malariathérapie, on peut s'adresser au *stovarsol sodique* associé ou non au bismuth, suivant la méthode préconisée par Sézary.

De toute façon, le traitement de la syphilis doit être aussi précoce que possible, énergique et longtemps prolongé, les accidents nerveux étant surtout le fait des traitements timides ou insuffisants, dont on sait en particulier le rôle dans la pathogénie des neuro-récidives.

II. Prophylaxie de la syphilis nerveuse dans l'infection héréditaire. — La syphilis héréditaire, à laquelle, en dehors des manifestations nerveuses qui précèdent, on tend à rattacher aujourd'hui un certain nombre d'affections à étiologie obscure jusqu'à présent, telles que la maladie de Little, certaines chorées, certains syndromes intellectuels, etc., obéit aux mêmes lois que la syphilis acquise, et sa prophylaxie doit être envisagée du même point de vue. Ici encore le traitement doit être institué le plus tôt possible et poursuivi avec la ferme volonté d'obtenir la stérilisation de l'organisme. Il doit être institué pendant la vie intra-utérine en traitant la mère depuis le début de la gestation

jusqu'à la délivrance, et continué pendant de longues années sous le contrôle biologique du sang et du liquide céphalo-rachidien.

Discussion.

M. Sezary (de Paris) souligne l'importance prophylactique du traitement précoce par le 914 et le bismuth conjugués, qui rend constamment le liquide céphalo-rachidien normal au bout d'une année.

Il fait remarquer que les statistiques rappelées dans le rapport de M. von Jauregg montrent 15 % d'échecs dans le traitement de la réaction méningée vers la troisième année de la syphilis, ce qui montre l'utilité de pratiquer la ponction plus tôt, à la fin de la première année, alors que la thérapeutique peut être encore efficace.

Enfin il insiste sur l'action indiscutable de l'arsenic pentavalent sur la syphilis nerveuse. Les résultats cliniques et biologiques sont incontestables et les recherches ultérieures ne pourront qu'en démontrer la réalité.

M. Targowla (de Paris) est d'avis que la prophylaxie de la neuro-syphilis se ramène à un traitement préventif. Le traitement initial n'est pas toujours suffisant. D'une manière générale des réactions du liquide céphalo-rachidien qui ne régressent pas franchement devant le traitement arsénico-bismuthique commandent la malariathérapie. Dans certains cas même, un liquide négatif mais une réaction du sang irréductible peut commander également la malariathérapie.

Communications.

M. Carle (de Lyon) insiste dans le même sens que les rapporteurs sur la *prophylaxie des syphilis nerveuses.*

L'action du stovarsol sodique dans la paralysie générale. MM. Sezary et Barbé (de Paris) confirment par leur statistique les bons effets du stovarsol sodique sur la paralysie générale. Ils en concluent que l'arsenic pentavalent est capable de rendre dans le traitement prophylactique de la neuro-syphilis parenchymateuse les mêmes services et à moins de frais que la malariathérapie.

Loin d'opposer les deux méthodes, ils préconisent dans les cas rebelles leur association, bien qu'il soit assez rare d'améliorer par l'impaludation un malade qui a insuffisamment bénéficié du stovarsol.

Traitement des syphilis nerveuses. — Le professeur Schreus et M. Bernstein (de Dusseldorf) communiquent les résultats cliniques obtenus par une nouvelle méthode de traitement de la syphilis. Cette méthode a pour base un Salvarsan singulièrement actif (« Salvarsansättingungsbehandlung »). Des syphilitiques ont été guéris par ce traitement alors que le salvarsan et le bismuth associés avaient échoué. Il agit de même dans la syphilis nerveuse, tabès et paralysie générale. Il n'est pas dangereux et est parfaitement supporté par des malades chez lesquels la malariathérapie est contre-indiquée. Il peut être combiné avec le bismuth et la pyrétothérapie.

MM. Ciampi et Fidanza insistent sur la **bismuthothérapie endorachidienne.**

Sur la prophylaxie de la S. N. — M. Emilio Rizzatti (de Racconigi) conseille pour la prophylaxie de la S. N. la pyrétothérapie au moyen de soufre associé au bismuth, à l'iode et au mercure, à l'exclusion des arsénobenzènes. Il a personnellement employé cette thérapeutique avec succès sur un certain nombre de malades neuro-psychiatriques.

Essais thérapeutiques de la paralysie générale et du tabès par le virus antirabique Pasteur. — M. Tommasi (de Palerme). Le traitement de la paralysie générale et du tabès par le virus antirabique Pasteur, suivi de la thérapeutique spécifique, a donné de bons résultats dans 50 % des cas.

Ces résultats sont intéressants du point de vue doctrinal et leur intérêt thérapeutique est hors de doute, car la méthode est parfaitement inoffensive et peut être associée à toute autre thérapeutique.

Du fonctionnement d'un centre régional de prophylaxie de la syphilis nerveuse et de malariathérapie. — MM. Riser (directeur) et Planques (sous-directeur) (Toulouse). En un an, le centre a donné 1.000 consultations avec examen complet, clinique, humoral, ophtalmologique, dépisté 180 syphilitiques nerveux sur lesquels 80 ont été soumis à la malariathérapie avec 30 % d'améliorations (reprise d'une occupation rémunérée).

La malarisation ne doit pas tendre à fixer pour longtemps les étapes de déchéance de paralytiques généraux trop avancés et il est indispensable de ne pas impaluder tous les malades ; elle doit n'être appliquée qu'à des sujets améliorables ou encore utilisables, même fixés.

Le fonctionnement d'un tel centre est basé tout entier sur la conception pathogénique de M. Ravaut : précocité de la réaction méningée syphilitique précédant bien souvent les signes cliniques, ponction lombaire systématique chez les syphilitiques avérés 3, 5 et 10 ans après la contamination.

L'extension de la malarisation aux méningites syphilitiques rebelles sans atteinte du parenchyme nous paraît indispensable.

JOURNÉE DU 11 MAI

Importance médico-sociale des syphilis nerveuses acquises ou héréditaires.

Rapport de MM. Cavaillon, Milian et Sicard de Plauzoles (de Paris).

La syphilis, a dit Alfred Fournier, est avant tout un « poison du système nerveux » et Fournier, le premier, a dressé le bilan médico-social de la syphilis et montré l'importance de la syphilis nerveuse.

D'après les travaux de Fournier, c'est le cerveau qui est, après la peau, le plus fréquemment touché par la syphilis : « le cerveau, c'est-à-dire l'organe noble par excellence, celui qui régit tous les autres et qui gouverne toute la machine humaine ».

Les conséquences sont non seulement les infirmités motrices, mais surtout, au point de vue social, la déchéance intellectuelle à des degrés variés et sous des formes diverses.

Les auteurs rappellent les statistiques de Fournier, les travaux de Leredde sur le domaine de la syphilis, la syphilis héréditaire et la famille syphilitique, les recherches d'Auguste Marie et Levaditi, d'André Thomas et Long-Landry, de Babonneix, de Drouet et Hamel, etc. ; ils insistent sur le rôle de la syphilis dans le développement de la dégénérescence mentale, arriération, perversion, psychopathies et criminalité juvénile, et sur les résultats remarquables et incontestables du traitement spécifique, systématique, précoce, rigoureux et prolongé.

Du point de vue social, le fait capital est que la syphilis est le facteur le plus important de dégénérescence ; il faut donc organiser la prophylaxie de la syphilis héréditaire par le traitement des parents avant la procréation, par le traitement des mères pendant la gestation et le traitement des enfants.

L'hérédo-syphilis doit être recherchée *chez les détenus* comme elle doit l'être chez les enfants anormaux, psychopathes et délinquants en général. Elle peut intervenir dans des cas *où aucun signe clinique ni même humoral n'en démontre l'existence chez l'enfant ni chez ses parents.*

Milian insiste particulièrement sur les relations de l'hérédité syphilitique avec les tares morales de tout ordre, en particulier le *vol*.

Un grand nombre d'adolescents et d'adultes qui deviennent des criminels à tous les degrés auraient pu évoluer dans un sens différent si on les avait soignés dans les premières années de leur vie. La prophylaxie de la syphilis acquise ou héréditaire se confond donc en certains cas avec la *prophylaxie de la criminalité elle-même*.

Communications.

M. Targowla (de Paris) insiste sur les **atteintes neuro-psychiques chez les hérédo-syphilitiques.**

Importance médico-sociale de la syphilis quaternaire en Tunisie (P. G. et tabès). — M. Cassar (de Tunis).

1° Le nombre des cas de paralysie générale et de tabès chez les Européens et Israélites tunisiens semble inférieur ou tout au plus égal à ce qui s'observe en Europe.

2° Le Musulman tunisien, avant comme après la guerre, malgré le lourd tribut qu'il paie à la syphilis (75 % de la population totale) conserve encore actuellement une immunité réelle de son système nerveux ; le tabès est d'observation exceptionnelle et la paralysie générale demeure rare.

3° Malgré le peu d'assiduité du Musulman et quoique le traitement atteigne à peine une cure de blanchiment, l'insuffisance de ces traitements par les arsénicaux ne semble pas avoir d'action sur l'éclosion plus hâtive et sur la fréquence de la paralysie générale et du tabès.

Peut-être pourrait-on invoquer l'absence de l'alcoolisme dans les milieux tunisiens pour expliquer cette immunité du système nerveux de l'indigène musulman tunisien.

Discussion.

M. Milian (de Paris) confirme que le tabès et la paralysie générale sont exceptionnels chez les indigènes du Nord de l'Afrique ; or, depuis quelque temps des bruits couraient sur l'augmentation de leur fréquence, qui semblaient mettre en doute la réalité de cette constatation d'autrefois. Le Nord de l'Afrique n'a pas le privilège de cette virginité nerveuse : il en est de même en Perse, où la syphilis est aussi fréquente et aussi mutilante qu'en Afrique.

Il souligne surtout dans la communication de M. Cassar le fait que le tabès et la paralysie générale ne sont pas en augmentation en Tunisie, alors que le traitement par le 914 y est fort répandu depuis de longues années ; c'est là un argument capital à opposer à ceux, heureusement peu nombreux, qui accusent le 914 de provoquer le tabès et la paralysie générale.

Autrefois on accusait le mercure de provoquer le tabès. Personne n'attache plus d'importance à cette billevesée. Les mêmes attaques se font aujourd'hui contre les arsénobenzols. Elles ne sont pas davantage justifiées.

M. Jadassohn (de Breslau) rapporte des observations intéressantes faites en Mongolie : la proportion de tabès et de paralysie générale y est comparable à celle qui est observée en Europe. Les traitements insuffisants ne paraissent pas avoir augmenté cette proportion ; on ne trouve pas plus de cas de lésions nerveuses chez les malades fort peu traités que chez ceux qui ont subi un traitement suffisant.

M. Cavaillon (de Paris) fait remarquer que l'influence des traitements n'a certainement pas augmenté le nombre des cas de lésions nerveuses, car la guerre a provoqué une augmentation considérable des cas de syphilis, et cependant le nombre des tabès et des paralysies générales n'a guère augmenté. Ce fait est d'autant plus remarquable qu'un très grand nombre des malades observés pendant la guerre ont subi des traitements notoirement insuffisants.

M. Nicolas (de Lyon) trouve une confirmation éclatante de l'opinion émise par MM. Cassar, Milian, Jadassohn et Cavaillon, que les arsénobenzols donnés soit à fortes doses, soit à doses faibles ne favorisent pas l'éclosion du tabès, dans ce fait qu'il y a 30 ou 40 ans, les services hospitaliers et même les rues présentaient de nombreux tabétiques et grands tabétiques, alors qu'aujourd'hui la plupart des services hospitaliers en sont dépourvus et qu'il est infiniment exceptionnel de rencontrer les grands tabétiques d'autrefois dans les rues. Il en résulte que non seulement les traitements nouveaux ne sont pas cause de tabès, mais au contraire qu'ils agissent heureusement pour l'éviter. Cela est d'autant plus exact qu'on voit moins de tabétiques alors qu'il y a eu une très forte épidémie de syphilis il y a 12 à 16 ans.

M. Hudelo (de Paris) confirme ces données et attribue cette diminution à l'attaque thérapeutique antisyphilitique précoce du tabès.

A la suite de cette discussion, le Congrès vote à l'unanimité la résolution suivante proposée par M. Milian :

« *La fréquence du tabès, de la paralysie générale et de la*
« *syphilis nerveuse n'est pas plus grande aujourd'hui qu'autrefois. Elle semble au contraire avoir diminué, non seulement au point de vue absolu mais même relatif, car la guerre a augmenté la syphilis dans une proportion considérable, qui ne se retrouve pas dans le nombre actuel des syphilis nerveuses.*

« *On ne peut donc que se féliciter de l'action des médicaments actuels et particulièrement des arsénobenzols, qui ont été employés depuis 1910.* ».

Le Service Social dans la lutte contre la syphilis.

Rapport de Mme Georges Getting et M. Louste.

Les auteurs exposent les origines, le principe, la technique du Service Social dans la lutte contre la syphilis en France.

Cette organisation répond au plan de prophylaxie dressé par Alfred Fournier ; elle remonte à moins de dix ans, mais ses résultats sont tels que le Service Social s'avère comme un facteur indispensable de la lutte contre la syphilis.

A Paris, il existe actuellement 19 Services Sociaux consacrés uniquement à la lutte antivénérienne : 9 dans les services d'adultes des hôpitaux ; 6 dans les services de Maternité et d'enfants ; 3 dans les dispensaires de la L. N. F. C. L. P. V. et 1 à l'hospice national des Quinze-Vingts.

La Ligue Nationale française contre le Péril vénérien a créé en outre un enseignement qui comprend :

1° *Des cours de Service Social antivénérien* pour les infirmières, les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes. Ces cours sont faits deux fois par an à la Faculté de Médecine.

2° *Une Ecole de Service Social* où sont admises les infirmières et assistantes d'hygiène sociale qui désirent se spécialiser dans la lutte antivénérienne.

Le rôle des *assistantes sociales* consiste à *éduquer les malades, à surveiller la continuité des traitements, à dépister la syphilis dans les familles.* Elles doivent avoir une instruction technique appropriée. Si leur rôle est indispensable dans les Maternités et les services de tuberculeux, il est encore beaucoup plus important et plus utile dans les services de syphiligraphie.

Rapport de M. le professeur L. Spillmann (de Nancy).

L'auteur montre la réalisation du Service Social dans les villes de province et plus particulièrement à Nancy où il

fonctionne depuis 1924. L'assistante sociale, directrice du Service Social, y assure ses différentes fonctions sous les ordres du médecin-chef.

Elle constitue le dossier du malade, remplit auprès de ce dernier un rôle moral, surveille la régularité de son traitement. Elle contribue d'autre part à la recherche de l'origine des contaminations (prostituées de maisons de tolérance, prostituées en carte inscrites sur les contrôles d'un service communal de réglementation, prostituées clandestines, femmes ne se livrant pas ouvertement à la prostitution), exerce son action de protection dans la famille et dans l'entourage du malade, est parfois appelée à effectuer des visites à domicile, étend son action sur les prostituées en facilitant leur relèvement, est enfin en liaison constante avec les dispensaires annexes (dispensaires de Maternité, dispensaires urbains, dispensaires industriels, etc.) et avec toutes les œuvres sociales du département et des départements voisins.

Une tâche analogue incombe aux infirmières des dispensaires annexes. Toutes doivent être des infirmières d'un niveau moral supérieur et leur rôle exige un véritable apostolat.

Dans la plupart des grandes villes de province, à Lyon (Pr. Nicolas), à Strasbourg (Pr. Pautrier), à Bordeaux (Pr. Petges), à Marseille (Dr Vigne), à Saint-Etienne (Dr Laurent), à Rouen (Dr Payenneville), etc., le Service Social fonctionne avec des organisations semblables, qui ne diffèrent que par des détails insignifiants. Il est à souhaiter qu'il se généralise à tous les centres de prophylaxie et de traitement.

Rapport de M. le professeur Jadassohn, président de la Société allemande de lutte contre les maladies vénériennes.

La lutte contre la syphilis doit s'étendre également à la *gonorrhée.* Elle doit porter d'autre part sur les *facteurs sociaux proprement dits* (salaires insuffisants, chômage, misère, etc.) dans la mesure où le permet la situation économique de l'Etat.

L'auteur montre le fonctionnement du Service Social contre la syphilis, tel qu'il est organisé en Allemagne où les mesures de contrainte cèdent de plus en plus le pas devant les organisations d'aide sociale et de prévoyance : *Offices sociaux* (Pflegeämter) liés plus ou moins organiquement aux Offices d'hygiène, de la police, aux bureaux de protection de la jeunesse et de bienfaisance (Jugend und Wohlfahrtsämter), *Offices-Conseils* (Berathungsstellen), *Offices d'hygiène*, etc.

En matière de syphilis héréditaire, l'auteur préconise le traitement dès la période de gestation et se montre de plus partisan de l'obligation pour *toute femme enceinte de se soumettre à l'examen sérologique du sang.* Un service de contrôle des enfants doit être organisé d'accord entre les Offices de protection de la jeunesse, les Offices d'hygiène, les cliniques et policliniques syphiligraphiques et pédiatriques.

En dépit des difficultés financières auxquelles on se heurte, toute personne atteinte de maladie vénérienne contagieuse doit être mise aussitôt en traitement. Les frais de ces traitements seront couverts par l'Etat, ou les communes, ou les caisses de maladie.

Le malade ou sa famille ne doivent pas être atteints socialement du fait du traitement. Un Service Social, assuré par des médecins et un personnel expérimenté, doit être adjoint à tout établissement où sont traitées en grand nombre des personnes atteintes de maladies vénériennes. Si le traitement en station dure longtemps, on instituera l'enseignement du travail et l'on s'efforcera d'occuper les malades.

Rapport de Mrs Neville-Rolfe, secrétaire générale du British Social Hygiene Council.

L'exposé de l'auteur envisage principalement le côté éducateur et moral indispensable dans la lutte antivénérienne. En dehors de l'influence personnelle des médecins, des parents et des instructeurs, les notions d'hygiène sociale doivent être largement diffusées par la presse, le cinéma, la T. S. F., les conférences, etc.

La campagne contre les maladies vénériennes ne saurait être limitée à la guérison des sujets atteints, mais implique, de la part de tous, les connaissances nécessaires et la nécessité d'une hygiène raisonnée dans le domaine sexuel et dans le domaine moral.

Communications.

M. Beintema (de Groningue) montre **l'augmentation des cas récents de syphilis dans le Nord des Pays-Bas** au cours de ces dernières années (9 cas en 1926, 93 cas en 1931). Il attribue, au moins en partie, cette recrudescence à la crise économique.

M. Targowla (de Paris étudie la **réadaptation sociale des paralytiques généraux et leur surveillance après leur sortie de l'hôpital.**

MM. Gustave Bureau et Yves Bureau (de Nantes) montrent les **excellents résultats du Service Social au Dispensaire de l'Hôtel-Dieu de Nantes.**

M. Raymond Barthélémy (de Paris) est d'avis que l'assistance sociale n'aura pas son plein effet contre la syphilis tant qu'elle ne s'occupera pas à Paris, comme cela se fait déjà en province, des prostituées *ailleurs qu'à l'hôpital.*

Il faut que l'assistante sociale recherche et catéchise surtout les mineures, les clandestines, plus contagieuses et plus accessibles souvent aux essais de relèvement, mais plus ignorantes et plus insouciantes aussi. Il faut qu'elle pénètre avec les précautions nécessaires dans le milieu et la famille de la prostituée. Elle y serait aidée par les cadres médicaux et administratifs du Dispensaire de Salubrité qui, à Paris, dépend de la Préfecture de Police, mais n'a plus d'esprit policier et possède une organisation permettant de retrouver un grand nombre de prostituées.

M. Robert Rabut (de Paris) exprime de même le désir que le Service Social à l'hôpital soit utilisé au Dispensaire de Salubrité, où la présence d'une assistante, outre son rôle vis-à-vis du traitement des femmes syphilitiques, serait également précieuse dans un but de prophylaxie morale.

M. Brants (de Riga) communique les résultats de la lutte contre la syphilis en Lettonie.

M. Joseph Maria Peyré (de Barcelone) montre le fonctionnement du Service Social à Barcelone.

***

Au moment de la clôture de la Conférence, et sur la proposition de M. le docteur Cavaillon, le vœu suivant, résumant les travaux du Congrès, est adopté à l'unanimité :

« *Le Congrès, à la suite des rapports, communications et*
« *discussions concernant le diagnostic précoce des Syphilis*
« *nerveuses, considérant que la ponction lombaire est le*
« *meilleur moyen d'apprécier l'état du système nerveux au*
« *cours de la syphilis, estime qu'il est nécessaire de la pra-*
« *tiquer au cours des étapes décisives de la vie du syphili-*
« *tique.* »

***

Les fêtes du Centenaire ont été également marquées, le 10 mai, par la visite des nouveaux bâtiments de la *clinique*

de la Faculté de Médecine à l'hôpital Saint-Louis, en présence de M. le professeur Balthazard et de M. le professeur Gougerot, Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris ; le 11 mai, par la *visite de la Cité Universitaire*, 41, boulevard Jourdan, sous la direction de M. André Honnorat, sénateur, ancien ministre de l'Instruction publique, et par l'*inauguration du Musée d'Histologie de l'hôpital Saint-Louis*, sous la présidence de M. Bergougnoux, Inspecteur des Hôpitaux, représentant M. le docteur Mourier, Directeur Général de l'Assistance publique.

Le jeudi 12 mai, la séance mensuelle de la *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie* eut lieu, comme d'habitude, à l'hôpital Saint-Louis. En exceptionnel hommage rendu par le Comité de Direction à la mémoire de Fournier, elle fut consacrée à des présentations de malades ou communications se rapportant exclusivement à la syphiligraphie (1).

La cérémonie du Centenaire d'Alfred Fournier devait primitivement se dérouler à la Sorbonne, le jeudi 12 mai, en présence de M. le Président de la République, sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique, et être suivie d'une réception à l'Elysée. Comme cette consécration officielle ne put avoir lieu en raison des circonstances, elle fut remplacée, le mercredi 11 mai, à l'issue de la séance de clôture de la Conférence internationale, par une cérémonie plus intime au Musée de l'hôpital Saint-Louis. Là prirent successivement la parole MM. Hudelo, Balthazard, Gougerot, Darier, Milian, Queyrat, Levaditi, Nicolau, Jadassohn, Ehlers, Ravaut, Emery, qui exaltèrent en termes émouvants l'œuvre et la vie d'Alfred Fournier. Ce dernier hommage, clôturant dignement les belles manifestations qui précèdent, fut, à défaut des pompes officielles, une magnifique apothéose. Nul ne pouvait être plus conforme à la mémoire du grand Fournier, dans le cadre d'un lieu où il vécut de si longues années et où il aurait pu reconnaître, parmi les Maîtres éminents qui le glorifiaient avec tant d'émotion, plusieurs des élèves qu'il avait le plus aimés.

Dr LUCIEN PERIN.

(1) Nous nous excusons de ne pouvoir, dans cet exposé sommaire, entrer dans le détail des présentations et des communications faites au cours de cette séance, dont on lira le compte rendu dans les Bulletins de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

LIVRES NOUVEAUX

Ernest Chambon (1836-1910) (1), par le docteur André FASQUELLE, avec une préface du docteur E. Roux.

La vaccination de bras à bras a si bien été remplacée aujourd'hui par la vaccination de génisse à homme, qu'il est curieux d'apprendre après combien d'hésitations dans le milieu médical et après combien d'efforts de la part de ses promoteurs, la technique nouvelle est entrée dans la pratique courante.

Le docteur Fasquelle, successeur d'Ernest Chambon, édite dans une brève plaquette les mémoires du vulgarisateur de la vaccine animale en France. Comme l'a dit M. Roux, il a droit à la reconnaissance de tous, et le présent volume vient bien à son heure pour empêcher que vienne l'oubli.

L. B.

(1) Paris, J.-B. Baillière et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

RUPTURES TRAUMATIQUES DE L'URÈTHRE CHEZ L'HOMME[1]

FORMES CLINIQUES

Urèthre membraneuse. — La fracture du bassin, le shock sont au premier plan. Systématiquement on recherche une complication vésico-uréthrale.

Un seul signe l'affirme :

La rétention d'urine avec globe vésical.

En effet, la tuméfaction périnéale n'existe pas, tout au plus y a-t-il une douleur au toucher rectal au niveau de la prostate.

En outre, l'uréthrorragie est inconstante.

Bref : un minimum de signes.

Le plus constant, le globe vésical prête à discussion : on sait la fréquence des rétentions réflexes.

Dans le doute, au bout de six heures, faire une cystostomie étanche.

Sinon l'infection survient :

Soit phlegmon profond du périnée : cellulite diffuse rapidement mortelle, soit plus souvent phlegmon de la fosse ischio-anale avec ses fistules intarissables.

L'opération évite l'infection, mais ultérieurement survient un rétrécissement, ou plutôt un décalage (pas de tissu spongieux à ce niveau), donc dilatable.

En résumé : pronostic immédiat très grave ; pronostic fonctionnel ultérieur peut-être moins grave que dans les ruptures périnéo-bulbaires.

Urèthre pénien. — Faux pas du coït : signes au minimum, mais sténose ultérieure, de même dans la rupture de la corde où la sténose est grave, à la fois inflammatoire et cicatricielle.

La rupture des corps caverneux peut compliquer les traumatismes de l'urèthre pénien. Elle se répare rapidement, mais rend le coït impossible.

Urèthre prostatique. — Les signes sont noyés dans ceux d'un écrasement du bassin, très rapidement mortel.

PRONOSTIC

Très amélioré par la cystostomie d'urgence qui a fait disparaître les accidents infectieux. Mais le traitement du rétrécissement demeure difficile : des fistules périnéales peuvent persister longtemps après les interventions réparatrices les mieux conduites.

DIAGNOSTIC

Relativement facile.

Basé sur l'urétrorragie, suivie de rétention, après un traumatisme net.

1. **Urèthre périnéal.** — Diagnostic évident quand les signes sont au complet, deux questions se posent :

Quelle est la variété de rupture ?

Partielle interne : uréthrorragie sans tuméfaction périnéale.

Partielle externe : hématome sans uréthrorragie.

Interstitielle : douleur exquise au point contus qui semble épaissi.

Ecchymose foncée, ne bombant pas.

Pas d'uréthrorragie, mais souvent rétention, l'hématome obstruant la lumière de l'urèthre.

Totale : signes au complet.

En réalité, il serait bien plus important de *réciser la continuité de l'urèthre :*

Mais ce diagnostic ne peut se faire que par cathétérisme, c'est dire qu'il doit être rejeté dans la majorité des cas, car on risque d'infecter la poche.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 44, p. 842.

2. **Urèthre membraneux.** — Diagnostic difficile avec la rupture vésicale. Celle-ci peut être intra-péritonéale : pas de globe, contracture abdominale ; extra-péritonéale : dans l'espace de Retzius, gros empâtement, pas de globe vrai (vérifier au toucher rectal).

En pratique, l'intervention est la même : cystostomie encore : elle fait à la fois le diagnostic et le traitement, conduisant à suturer la vessie, le cas échéant, ou à dériver simplement les urines.

TRAITEMENT

Urèthre périnéo-bulbaire. — A. Cas légers, sans tuméfaction périnéale.

1. Le blessé urine. Ni exploration, ni intervention, traiter ultérieurement la sténose.

2. Le blessé n'urine pas (ce qui est très rare, dans cette forme) :

a. Sonder avec une asepsie rigoureuse, en changeant souvent la sonde de Nélaton.

b. Ou mieux : cystostomie d'emblée.

B. Cas graves, avec hématome périnéal.

Pas de sondage, *sous aucun prétexte.*

Cystostomie d'urgence, indispensable ;

2. Ensuite se pose le problème de la réfection de l'urèthre.

a) Quand la faire ? Immédiate : si le malade est vu très tôt, c'est une question d'heures (Chevassu Legueu).

Tardive : 6 semaines après (Marion), quand l'urèthre est cicatrisé, afin de faire le départ entre le mort et le vif, chose impossible au début.

b) Comment la faire ?

Incision sur la ligne médiane ;

L'urèthre est repéré par une bougie N° 18 introduite dans le méat et, au besoin, par cathétérisme rétrograde.

Deux cas se présentent :

1. Rupture nette, contusion n'excédant pas 4 centimètres :

Avivement économique des deux bouts.

Suture circulaire sur une sonde.

Ne pas laisser de sonde à demeure, la cystostomie assure la dérivation.

Au 15e jour, fermer la cystostomie et mettre une sonde uréthrale à demeure.

La fistule pubienne se ferme en 3 à 4 jours, laisser le blessé uriner seul (Marion).

2. Rupture contuse, perte de substance dépassant 4 centimètres.

Uréthrostomie temporaire, abouchant les deux bouts à la peau et laisser cicatriser.

Deux mois après, on refera l'urèthre par autoplastie avec lambeau périnéal ou hétéroplastie (Pasteau-Iselin).

Dans les deux cas, des dilatations ultérieures sont indispensables.

Urèthre membraneux. — Evacuer la vessie.

Ici encore par cystostomie, mais il faut la faire *étanche* pour éviter : l'ostéite du foyer de fracture, le phlegmon de Retzius.

Ne pas s'occuper de l'urèthre.

Il s'agit de fracturés graves qu'on ne peut remuer.

Urèthre pénien. — Abstention.

Seule une hémorragie prolongée sera traitée par un pansement compressif sur la verge, voire une sonde qu'on laissera 48 heures.

Au total, importance capitale de la cystostomie qui a grandement amélioré le pronostic des ruptures traumatiques de l'urèthre.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — M. Marion, ancien agrégé des facultés de médecine, est nommé, à compter du 1er octobre 1932, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire de la chaire : M. Lenormant).

— *Concours du prosectorat. — Epreuve orale d'anatomie.* — Séance du 6 juin. — MM. Cordier, 19 ; Couvelaire, Longuet, Maës et Padovani, 18; Dreyfus, 17.

— *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris pour les clinicats suivants :

Places mises au concours. — Le lundi 27 juin 1932, à 9 h. : Clinicat des maladies nerveuses, titulaires, sans traitement, 2. (Les inscriptions seront reçues jusqu'au jeudi 23 juin inclus.)

Le lundi 4 juillet 1932, à 9 h. : Clinicat ophtalmologique, titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 1. (Les inscriptions seront reçues jusqu'au jeudi 30 juin inclus.)

Le jeudi 7 juillet 1932, à 9 h. : Clinicat chirurgical, titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 2; Clinicat chirurgical infantile, titulaire, avec traitement, 1; Clinicat urologique, titulaire, sans traitement, 1. (Les inscriptions seront reçues jusqu'au jeudi 30 juin inclus.)

Le lundi 11 juillet 1932 : *a.* à 8 h. 1/2. Clinicat des maladies infectieuses, titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement, 1; Clinicat médical infantile, adjoint, 1; Clinicat d'hygiène et clinique de la première enfance, titulaires, sans traitement, 2; — *b.* à 9 h. Clinicat médical, titulaires, sans traitement, 5; Clinicat médical propédeutique, titulaires, sans traitement, 2; Clinicat médical thérapeutique, titulaires, sans traitement, 2; Clinicat de la tuberculose, titulaires, sans traitement, 2. (Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 2 juillet inclus.)

Le lundi 17 octobre 1932, à 9 h. : Clinicat obstétrical, titulaires, avec traitement, 2; sans traitement, 5 ; Clinicat gynécologique, titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement, 1 ; adjoint, 1 ; Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques, titulaire, avec traitement, 1 ; Clinicat des maladies mentales, titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement, 1. (Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 8 octobre inclus.)

Le mercredi 19 octobre 1932, à 9 h. : Clinicat oto-rhino-laryngologique, titulaires, sans traitement, 3. (Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 8 octobre inclus.)

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 h., jusqu'aux dates mentionnées ci-dessus. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Grenoble. — Un concours pour un emploi de chef de travaux de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble s'ouvrira le jeudi 27 octobre 1932, au siège de ladite Ecole.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

MÉDAILLE DU DOCTEUR CHARLES BUIZARD. — La médaille offerte au docteur Charles Buizard par ses collègues et

ses amis lui sera remise le dimanche 19 juin, à 10 h. 30, 44, rue de Rennes (place Saint-Germain-des-Prés).

La cérémonie sera présidée par M. le professeur Gosset.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE TURIN. — CONCOURS DU XVe PRIX RIBERI (20.000 lires). — Peuvent concourir les travaux scientifiques médicaux, imprimés ou écrits à la machine en langue italienne, latine, française, anglaise ou allemande. (Les imprimés devront être postérieurs à 1927.)

Les travaux seront envoyés, sous pli recommandé, en double exemplaire, à l'Académie dont ils resteront la propriété, avant le 31 décembre 1934. Les auteurs accompagneront leur envoi d'une lettre signalant les points les plus importants de leur travail.

BANQUET. — Le banquet médical d'action française, ouvert aux inscrits et aux sympathisants, aura lieu sous la présidence de M. le docteur Charles Fiessinger, assisté de MM. Léon Daudet et Charles Maurras, le 14 juin 1932, à 20 h., à la salle de la Maison de la Mutualité, 20, rue Saint-Victor, Paris (Ve).

Inscriptions auprès du docteur Morlaas, médecin assistant à l'hôpital Boucicaut.

AVIS DE VACANCE. — Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Mostaganem est vacant. — S'adresser au gouvernement général de l'Algérie. (*J. O.*, 5 juin 1932.)

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours en anglais et français (hors série) d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les docteurs V. Morax, ophtalmologiste honoraire, membre de l'Académie de médecine, Magitot, Bollack et E. Hartmann, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera le vendredi 1er juillet 1932, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répètent individuellement les opérations sur l'œil humain et l'œil animal.

Droit d'inscription : 350 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

CHRONIQUE

LES JOURNÉES MÉDICALES ARAGONAISES

(SARAGOSSE, 26-29 mai 1932.)

Il y a moins de trois mois, Don Ricardo Horno Alcorta formait le projet de ce congrès scientifique. Grâce à son activité et à son dévouement, les journées aragonaises ont remporté un brillant succès. Près de 400 médecins, beaucoup accompagnés de membres de leurs familles, et un grand nombre d'étudiants en médecine se sont trouvés réunis le jeudi 26 mai à Saragosse.

Les journées, présidées par le docteur Ricardo Lozano Monzon, ont commencé le 26, dans la Salle des Actes de la Députation provinciale de Saragosse, en présence des délégués étrangers et des autorités des trois provinces d'Aragon ; le docteur Ricardo Horno Alcorta a ouvert le congrès en termes excellents ; le professeur Dévé, de Rouen, salué par l'exécution de « la Marseillaise », lui a succédé ; il a rappelé les liens historiques qui relient l'Aragon et Montpellier ; puis le professeur Pettinasi, de Milan, également salué par son hymne national, a apporté au congrès le salut de l'Italie ; enfin le docteur Orensanz, président de la Députation de Saragosse, et l'Alcade provisoire M. Salillas ont souhaité la bienvenue aux congressistes.

Le président des Journées a prononcé ensuite un brillant discours sur la profession médicale, la médecine aragonaise, l'évolution de la chirurgie, les problèmes de biologie et la division des spécialités.

Enfin, au nom du Directeur général de la Santé, M. Ruesta, Inspecteur général de la Santé, et le Gouverneur civil Don Alvarez Ugena félicitent les médecins présents.

Dans l'après-midi, à la suite de l'inauguration de l'exposition sanitaire, M. Dévé a parlé magistralement de l'*échinococcose*, à laquelle il a consacré de si beaux travaux.

La journée s'est terminée par une réception de la municipalité, comportant un lunch, de la musique et de charmantes paroles de bienvenue.

Le vendredi 27 a été entièrement occupé par les nombreuses et intéressantes communications des congressistes et par les conférences des docteurs Bastos (de Madrid), Jullien (de Pau) et de M. le professeur Marañon (de Madrid) ; entre temps, un émouvant hommage a été rendu à la mémoire de Félix Cerrada, au pied de son monument. Un banquet offert par le Collège des Médecins de Saragosse a réuni les congressistes, et le soir ils se sont retrouvés à une représentation de gala donnée au Théâtre-Principal, puis au bal du Casino-Mercantil.

Le samedi 28, les communications ont occupé la matinée, suivies des conférences des docteurs Sloker (de Madrid), Nogueras et Vargas, ancien Recteur de l'Université de Barcelone. Dans l'après-midi, le docteur Mateos, Président du Conseil général des Collèges de Médecins d'Espagne ; le docteur Van Baumberghen ; le docteur Pittaluga ; le professeur Pettinasi et le docteur Sanz Beneded ont, chacun, donné avec le plus vif succès une conférence. Le soir banquet officiel très cordial au Grand-Hôtel.

Le dimanche 29 mai, plusieurs admirables excursions ont occupé les congressistes (d'autres ont assisté à une course de taureaux). Dans l'après-midi, réception de la Municipalité d'Alhama, visite des bains, lunch, et session de clôture au Théâtre des Thermes, présidée par le docteur Lozano ; il déclara closes les journées qui avaient si pleinement satisfait les congressistes et jeté un lustre nouveau sur l'Aragon.

Peut-être d'autres journées médicales auront-elles lieu dans deux ans environ à Huesca. Nous leur souhaitons un succès semblable à celui qui vient de couronner, à Saragosse, les efforts de notre éminent et charmant confrère, Don Ricardo Horno Alcorta.

F. L. S.

REVUE GENERALE

ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT DES HYPOTROPHIES DE LA Ire ENFANCE

Par M. P. BAIZE,

Chef de clinique à la Faculté.

Les hypotrophies forment un des chapitres les plus importants de la pathologie du premier âge. L'intérêt de leur étude tient à leur *fréquence* et à la *multiplicité des causes,* souvent complexes ou difficiles à déceler, qui peuvent les produire ; — à *leur gravité immédiate* puisque dans leurs formes les plus sévères elles menacent l'existence même de l'enfant, et *à longue échéance,* puisque l'individu peut supporter toute sa vie les conséquences d'une croissance défectueuse dans les premières années ; — enfin, à la possibilité de leur opposer une *thérapeutique rationnelle,* capable de les améliorer de façon souvent remarquable.

Encore faut-il s'entendre sur le sens du mot « hypotrophie » : avec notre maître, le professeur Lereboullet (1), nous appelons hypotrophique tout nourrisson qui n'a ni la taille, ni surtout *le poids* des enfants de son âge. Cette définition, très extensive, comprend deux catégories de faits assez dissemblables. Chez certains bébés, en effet, le retard pondéral et statural coexiste avec un état général satisfaisant : l'enfant n'est pas amaigri, il paraît seulement *plus jeune* qu'il ne l'est en réalité. Chez d'autres, au contraire, il y a *émaciation véritable,* la peau est flasque et ridée, les muscles ont fondu, le tissu adipeux surtout a plus ou moins complètement disparu. A *l'hypotrophie simple,* proportionnée, des premiers, s'oppose *l'hypotrophie avec dénutrition* des seconds.

L'*âge* du nourrisson influe d'ailleurs de façon remarquable sur la forme de l'hypotrophie. L'enfant très jeune, *avant le 4e ou 5e mois,* a rompu apparemment ses attaches avec l'organisme maternel, mais en réalité son indépendance n'est pas encore complète, il s'accommode mal d'une nourriture autre que le lait de sa mère et lutte difficilement contre les divers facteurs morbides. A cette époque de la vie où l'activité formatrice est si grande, véritable « période post-fœtale » (Mouriquand), la moindre cause de déséquilibre peut, quand elle se prolonge, compromettre gravement la croissance et la nutrition. Cette vulnérabilité particulière de l'organisme très jeune commande, chez les « moins de cinq mois », des aspects pathologiques spéciaux, où la dénutrition prédomine depuis les stades préliminaires (*hypothrepsies* de Marfan) jusqu'au degré le plus grave représenté par l'*athrepsie* de Parrot.

Après le 5e mois, au contraire, le nourrisson acquiert une certaine autonomie, le lait maternel ne lui est plus aussi nécessaire, il se défend mieux et fait moins facilement de la dénutrition : l'athrepsie vraie devient tout à fait exceptionnelle et l'on n'observe plus que des *cachexies* de causes diverses, bien plus aisément curables.

Un fait domine toute la physiologie et explique toute la pathologie de la première enfance : c'est *l'intensité de la croissance* (2). Sans être aussi active que pendant la vie intra-utérine, celle-ci reste, pendant la première année de la vie et surtout durant les 6 mois qui suivent la naissance, *extrêmement rapide,* puisqu'à 5 mois l'enfant a *doublé* son poids de naissance et qu'il l'a *triplé* (ou peu s'en faut) à 1 an ; dans le même temps, la taille est passée de 49 à 63, puis à 70 centimètres.

Une croissance aussi rapide ne va pas sans d'énormes besoins caloriques, énergétiques et plastiques ; elle ne peut se faire normalement que si l'assimilation l'emporte de beaucoup sur la désassimilation : or nous savons que celle-ci est particulièrement active à cet âge, tant du fait de la perte de chaleur par rayonnement cutané (proportionnellement plus intense chez le nourrisson que chez l'adulte) que du fait et de l'élimination rénale des échanges pulmonaires très actifs. D'autre part, la multiplication intensive des cellules du jeune organisme exige des « matériaux de construction » de premier ordre dont les uns sont indispensables, tels que les *substances albuminoïdes* (et en particulier certains amino-acides comme le tryptophane et la lysine) — *l'eau* — *certains minéraux* (chlorure de sodium, calcium, phosphore, fer) et dont les autres sont très utiles, tels que les graisses et les hydrates de carbone. Elle exige encore des *catalyseurs,* des *hormones* qui excitent et dirigent cette construction : sels minéraux agissant à l'état de traces, vitamines, enzymes et sécrétions endocrines qui président, au cœur même des cellules, « aux phénomènes d'oxydation, de réduction, de dédoublement et d'hydrolyse qui sont les actes physico-chimiques essentiels de la vie ».

On voit, par ce court exposé, combien sont impérieux les besoins du nourrisson et quel fâcheux retentissement peuvent avoir sur la nutrition les divers troubles pathologiques, surtout digestifs, si fréquents à cet âge. Si ces substances ne sont pas reçues en quantité ni en proportion suffisantes, ou si l'organisme, pour une cause ou pour une autre, n'est pas en état de les assimiler, la nutrition souffre, la croissance s'arrête, l'enfant maigrit : *l'hypotrophie est constituée.*

ÉTIOLOGIE

Ce qui précède fait prévoir que *les causes d'hypotrophie* sont extrêmement nombreuses et, de fait, les passer en revue équivaut presque à passer en revue toute la pathologie du premier âge ; c'est un peu comme si l'on voulait exposer l'étiologie de l'amaigrissement chez l'adulte. Mais alors que chez ce dernier l'amaigrissement n'est *qu'un symptôme* le plus souvent transitoire et d'importance secondaire (sauf dans quelques cas spéciaux), chez l'enfant très jeune, au con-

(1) P. LEREBOULLET, Classification des hypotrophies du 1er âge, Leçon in *Clinique et Laboratoire,* 20 sept. 1931.

(2) Au sujet de la croissance chez le nourrisson, voir : LESNÉ et BINET. *Physiol. normale et pathologique du nourrisson,* Paris, 1921. — VARIOT. *La croissance chez le nourrisson,* Paris, 1925. — P. NOBÉCOURT. Clin. Méd. des Enfants, *Nutrition et croissance,* Paris, 1926 ; — *Les Enfants trop petits,* Paris, 1929.

traire, et du fait même de la physiologie si particulière à cet âge, l'hypotrophie tient presque toujours le premier plan de la scène clinique et peut persister longtemps après que la cause qui lui a donné naissance a disparu.

On conçoit combien la recherche et la découverte de cette cause peuvent alors être difficiles, et cependant sa connaissance est souvent indispensable à l'institution d'une thérapeutique véritablement rationnelle et efficace.

Nous ne reprendrons pas ici la description des hypotrophies, admirablement exposée dans les articles et traités classiques de Variot, Marfan, Lesage, Nobécourt, Finkelstein, Combe, etc. (3). Nous nous bornerons à rappeler leur étiologie, en étudiant successivement, pour la simplicité de l'exposé : *les causes efficientes*, alimentaires, digestives, infectieuses, endocriniennes, et les *causes prédisposantes* (héréditaires ou non) qui favorisent l'action des précédentes. Nous essayerons ensuite de grouper ces différents facteurs étiologiques en fonction de l'âge des sujets.

A. Causes efficientes (4). — *a*) HYPOTROPHIES D'ORIGINE ALIMENTAIRE. — Les fautes dans l'alimentation sont fréquemment à l'origine des hypotrophies de la première enfance ; rarement, c'est la *suralimentation* qui est en jeu, plus souvent il s'agit de *sous-alimentation*, et surtout d'une *alimentation inappropriée* aux besoins de l'enfant.

1° La *suralimentation* n'agit guère qu'en provoquant des troubles digestifs qui deviennent à leur tour *facteurs de dénutrition*.

2° Par contre *la sous-alimentation* est une cause fréquente d'hypotrophie. Elle peut relever de bien des causes. Tantôt *la quantité de lait* ingéré à chaque tétée est *insuffisante :* cela se produit quand les tétées sont trop courtes ou trop rares, ou lorsque la sécrétion mammaire de la mère ou de la nourrice est déficiente. Tantôt l'enfant, pour une cause ou pour une autre, *ne peut prendre* une quantité suffisante de lait: il en est ainsi chez les nourrissons trop débiles pour téter, chez ceux qui sont porteurs d'une malformation (bec-de-lièvre, sténose œsophagienne) ou d'une affection (coryza, végétations adénoïdes, muguet, etc.) qui les rend inaptes à la succion ; enfin, quand le mamelon mal formé ne se prête pas à la tétée. Ces divers facteurs étiologiques sont à la fois causes d'*hypertrophie* et causes d'*anorexie* (5), celle-ci contribuant pour une bonne part à entretenir l'état de dénutrition.

La sous-alimentation est d'ailleurs infiniment mieux supportée par l'enfant nourri *au sein* que par celui qui reçoit une alimentation artificielle (lait de vache par exemple). C'est que le régime du premier reste *équilibré* (Mouriquand), tandis que chez le second, aux effets de l'inanition viennent se joindre ceux d'une *alimentation inappropriée.*

3° *L'alimentation inappropriée* (Marfan) *déséquilibrée* (Mouriquand) apparaît comme un des facteurs les plus importants d'hypotrophie et de dénutrition. Hormis les cas très rares d'intolérance du nourrisson pour le lait maternel (6), qu'elle agisse sur l'équilibre nutritif *directement*, comme le veulent certains auteurs (Fede, Filatow, Heubner), ou bien plutôt par le mécanisme des *troubles digestifs* qu'elle entraîne presque toujours, l'alimentation inappropriée est réalisée quand on nourrit l'enfant *très jeune* avec d'autres aliments que le lait maternel.

Le plus souvent, c'est le *lait de vache* qui est employé ; à la clinique Parrot, nous voyons constamment des enfants d'un mois ou deux que l'on a nourri dès leur naissance au lait de vache. Il faut d'ailleurs remarquer que, malgré son inadaptation à la nutrition de l'enfant (trop de caséine, pas assez de sucre, pas d'enzymes spécifiques), il est bien toléré par les quatre cinquièmes des nourrissons (=hétéro-eutrophiques de Pfaundler) « à condition que cette nourriture soit donnée en quantité normale et qu'elle soit de qualité irréprochable » (Combe). Mais l'hypotrophie apparaît rapidement dès que le lait de vache est donné de façon incorrecte (fautes de coupage, le plus souvent) (7).

Les risques de dénutrition s'accroissent à mesure qu'on s'éloigne davantage du lait de femme ; à cet égard, *les farineux*, administrés avant le 5e ou 6e mois, les *bouillons de légumes*, le *babeurre* abusivement prolongés, constituent des régimes de plus en plus « déséquilibrés » et sont fréquemment à l'origine d'états de dénutrition sévères.

Après 6 mois, l'alimentation inappropriée est réalisée chez les nourrissons soumis depuis trop longtemps *au régime lacté uniforme* et surtout chez ceux qui ont été nourris à l'aide de laits stérilisés et conservés, condensés, desséchés, etc... Chez ces enfants *la carence en vitamines* et plus particulièrement en vitamines C, réalise un type assez spécial d'hypotrophie, caractérisée, outre le retard pondéral, par de l'anorexie, de l'anémie, de l'hypotonie musculaire, de l'insomnie, de l'agitation ou au contraire de l'abattement, et par des signes de dyspepsie de lait de vache. Il suffit souvent de diminuer le lait et d'apporter *un régime varié et riche en vitamines* pour améliorer rapidement ce type d'hypotrophie.

b) HYPOTROPHIES D'ORIGINE DIGESTIVE. — « Les affections des voies digestives sont les causes les plus fréquentes et les plus puissantes de dénutrition dans le premier âge » (Marfan). Au premier rang de ces affections, il faut placer *les diarrhées* du nourrisson, si communes que nombre d'auteurs, avec Parrot, considèrent qu'il n'y a pas d'athrepsie vraie sans troubles intestinaux préalables (Thiercelin) ; ensuite, viennent les causes gastriques.

1° *Toutes les affections intestinales* sont susceptibles de provoquer la dénutrition : les *diarrhées infectieuses* (cholériforme ou dysentériforme) qui entraînent

(3) Voir notamment : A.-B. MARFAN. *Les Affect. des voies digestives dans la 1re enfance*, 2e *édit.* 1930, p. 589. — LESAGE. *Traité des maladies du nourrisson*, 1911. — NOBÉCOURT. *Arch. de Méd. des Enfants*, 1919, p. 115. — FINKELSTEIN. *Lehrbuch der Saüglingskrankheiten*, 3e édit., Berlin, 1924.

(4) Voir G. MOURIQUAND. *Rapport au Ve Congrès des Pédiâtres de langue française*, 9 nov. 1926.

(5) Voir M. LEGADRE. *Thèse de Paris*, 1931 (inspirée par le Prof. Lereboullet).

(6) Voir Mlle DESBROUSSES. La dyspepsie de lait de femme, *Thèse de Paris*, 1930.

(7) Voir G. SCHREIBER. *La Clinique*, juin 1925, p. 162.

en quelques jours des états de déshydratation aiguë dont l'enfant ne se remet que très lentement ; la *maladie cœliaque* (hypotrophie qui conduit plus tard à l'infantilisme intestinal de Herter). Mais deux surtout sont très fréquemment en jeu : *la dyspepsie du lait de vache* et la *diarrhée commune des enfants privés du sein*, affections qui, du reste, se succèdent souvent.

L'action de ces divers troubles et en particulier de la diarrhée est triple : ils retentissent sur la nutrition *en gênant l'assimilation*, en favorisant *l'auto-intoxication* à point de départ intestinal, et surtout en *déshydratant* l'organisme, en le spoliant d'eau, de sels d'albumines, et de toutes sortes de substances dont la perte aggrave l'inanition cellulaire.

Très souvent, le lait de vache est à l'origine des troubles intestinaux, eux-mêmes causes d'hypotrophie. Il agit quantitativement (suralimentation surtout) et aussi qualitativement, soit en exigeant un effort de digestion trop grand (Heubner, Biedert), soit parce que ses graisses mal attaquées donnent naissance à des acides gras irritants (Czerny, Keller), soit enfin par son excès de sels minéraux (Barbier).

2° Nous ne ferons que rappeler l'importance des *vomissements* comme facteur de dénutrition ; en particulier *la sténose hypertrophique du pylore*, la *maladie des vomissements habituels* (Marfan) sont susceptibles d'entraîner des états de cachexie extrême, uniquement par le mécanisme de l'inanition.

c) HYPOTROPHIES D'ORIGINE INFECTIEUSE. — Dans un certain nombre de cas, des enfants correctement alimentés ou même nourris au sein, en tout cas indemnes de troubles digestifs, présentent cependant un état d'hypotrophie qui peut être très accusé : on est alors amené à suspecter *l'origine infectieuse* du trouble nutritif et à incriminer une *infection aiguë* ou *chronique*.

1° Il est habituel d'observer au cours des *affections aiguës* de la première enfance un fléchissement le plus souvent temporaire de la courbe de poids ; c'est ce qui se produit dans l'érysipèle, la rougeole, les broncho-pneumonies, la coqueluche surtout.

2° Infiniment plus important est le rôle *des infections chroniques*, héritées de la mère ou acquises ; deux surtout sont capitales : la *syphilis* et la *tuberculose*.

L'hérédo-syphilis est sans doute la cause la plus fréquente des dystrophies infantiles. Il s'agit de nourrissons, souvent prématurés ou débiles à la naissance, qui poussent mal, n'ont à 5 ou 10 mois que leur poids initial ou peu s'en faut, et cela malgré l'allaitement au sein, sans troubles digestifs. Tantôt l'existence d'une grosse rate et d'un gros foie durs, d'autres stigmates vient confirmer l'origine spécifique de cette hypotrophie, tantôt *le retard ou l'arrêt de croissance est le seul symptôme d'hérédo-syphilis*.

Barbier et son élève Barbary (8) ont particulièrement insisté sur cette étiologie des hypotrophies, et Barbary soutient que 50 0/0 de ces états n'ont pas d'autre origine. Parrot, Hutinel, trouvaient la syphilis chez 80 0/0 des nourrissons hypotrophiques, et plus récemment Mlle Rosenbaum estime que 24 0/0 de ces enfants sont certainement hérédo-syphilitiques et que 40 0/0 sont améliorés par le traitement mercuriel ou arsenical. D'autre part, M. Barbier a trouvé la réaction de Wassermann positive chez 33 0/0 d'hypotrophiques de quelques mois à deux ans, et M. Lesage et Mlle Kouriansky dans 25 à 35 0/0 des cas chez des débiles hypotrophiques. En fait, ces chiffres *paraissent exagérés* (Nobécourt et Lebée, Nobécourt et Léon Tixier, Lereboullet) ; néanmoins, il faut retenir l'importance du rôle de la syphilis, d'autant que le traitement spécifique donne parfois des améliorations surprenantes.

La *tuberculose* du nourrisson, même dans sa forme latente où elle ne se traduit que par une cuti-réaction positive, entraîne plus ou moins vite un état de dénutrition très accusée. Assez souvent aussi, les enfants *nés de mère tuberculeuse* sont des débiles congénitaux et deviennent ultérieurement hypothrepsiques en dehors de toute contamination : peut-être faut-il alors incriminer *les formes filtrantes* du bacille de Koch.

On a encore insisté, et nous y reviendrons au traitement, sur *la diphtérie larvée* (9) et sur *l'otite moyenne latente* (10) comme facteurs d'hypotrophie chez le nourrisson, mais ces causes sont beaucoup plus rares.

d) HYPOTROPHIES D'ORIGINE ENDOCRINIENNE. — La preuve de l'origine endocrinienne de certaines hypotrophies du 2e semestre est assez difficile à apporter, et il est certain que *les insuffisances glandulaires* se retrouvent plus fréquemment au cours de la seconde enfance que chez le nourrisson. Néanmoins, cette preuve paraît être fournie dans quelques cas par les bons résultats de *l'opothérapie* (sur lesquels nous insisterons plus loin) et par la constatation fréquente à l'autopsie d'athrepsiques de *lésions scléreuses des glandes endocrines*, telles que le thymus, le corps thyroïde, les capsules surrénales, etc. Le rôle de l'insuffisance thyroïdienne n'est en tout cas pas niable dans la genèse du *myxœdème* de la petite enfance (11).

e) HYPOTROPHIES COMPLEXES OU CRYPTOGÉNÉTIQUES. — Enfin, très souvent les causes que nous venons d'énumérer s'associent pour réaliser des *cas complexes*. Un nourrisson hérédo-syphilitique, par exemple, deviendra hypotrophique par *anorexie*, par *vomissements* (si fréquents chez ces malades), par *lésions dégénératives des glandes digestives* ou *endocrines*, etc. La *diarrhée* qui est si souvent une cause d'hypotrophie grave, vient parfois compliquer celle-ci, et il n'est pas toujours facile de discerner le phénomène initial. Dans tous ces cas, il faudra s'efforcer — sans toujours y parvenir — de remonter à la cause principale de dénutrition, faute de quoi le traitement ne pourrait être que symptomatique.

(8) Voir à ce sujet les thèses de BARBARY (Paris, 1919), de DRAGOESCO (Paris, 1913) et de R. DEVOUGE (Paris, 1923) ainsi que l'article de LESAGE et Mlle KOURIANSKY dans *Le Nourrisson*, juillet 1919, p. 193.

(9) Voir M. CHEVALLEY. *Thèse de Paris*, 1922.

(10) Voir surtout M. RENAUD. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 14, 21 et 29 oct. 1921.

(11) P. NOBÉCOURT. *Concours Médical*, 3 janv. 1927.

B. **Causes adjuvantes.** — Si tout nourrisson peut à un moment donné devenir hypotrophique, il semble que certains soient *plus aptes que d'autres* à faire de la dénutrition. D'autre part, l'insuffisance de soins, certains agents physiques comme la chaleur ou le froid favorisent manifestement le développement de l'hypotrophie.

Parmi les *causes prédisposantes* tenant à l'enfant, la plus importante est la *débilité congénitale* (avec ou sans prématuration), débilité qui constitue déjà par elle-même une modalité d'hypotrophie qu'on pourrait qualifier « d'intra-utérine » (Marfan). On sait d'ailleurs que la syphilis est fréquemment à l'origine de ces états de prématuration et de débilité. Les tares héritées des parents agissent dans le même sens : les enfants d'alcooliques, de saturnins, de névropathes, de générateurs âgés, « les douzièmes de douze, les fins de race, les fins de diathèse » (Lesage) deviennent hypotrophiques avec une grande facilité (12).

Les Allemands ont beaucoup insisté sur le terrain et notamment sur ce que Czerny appelle *la constitution hydropique* comme facteur prédisposant à la dénutrition. Chez ces sujets, « la liaison de l'eau avec les sels, les glucides et les colloïdes doit être beaucoup plus lâche que dans les conditions normales, car les plus petits troubles de la nutrition provoquent de grandes oscillations de poids à la pesée quotidienne. Dans les troubles de la nutrition ou dans les maladies infectieuses, il survient d'énormes pertes d'eau qui amènent une atrophie difficilement réparable » (Czerny). C'est à cette catégorie d'enfants qu'appartiennent les *hydrolabiles* de Finkelstein, les *infiltrés* ou *atrophiques florides* de Barbier (13), chez lesquels l'œdème peut masquer plus ou moins l'hypotrophie.

Les causes tenant *au milieu* résident dans l'action *d'agents physiques :* le froid, les hautes températures de l'été, le « coup de chaleur » et, dans un ordre de faits un peu différent, la carence solaire (Woringer), l'insuffisance d'oxygène, la claustration, l'entassement dans des logis insalubres, favorisent l'apparition de l'hypotrophie. A toutes ces causes se joint, en milieu hospitalier surtout, *le danger des infections.*

Le défaut de soins n'est pas moins important ; l'enfant est « incapable de vivre s'il est abandonné à lui-même ». Il faut que sa mère, ou une autre personne, lui donne le sein, ou à défaut de celui-ci une alimentation artificielle correctement préparée, qu'elle le nettoie, le change, l'habille, le berce, le prenne dans ses bras, le promène et lui fasse prendre l'air ; qu'elle se mette « en communication psychique avec lui par le regard, le sourire, les appels et les chants sans signification » (Marfan). Trop souvent, l'enfant confié à des personnes mercenaires est privé de tous ces soins, et sa nutrition en souffre.

Une part importante du traitement consistera donc à mettre l'hypotrophique dans les meilleures conditions hygiéniques possibles.

(12) H. Barbier. Les influences héréditaires dominent le développement des nourrissons. *La Pédiâtrie*, n° 11, 15 janv. 1914.

(13) Voir P.-Ph. Tiphine. *Th. de Paris*, 1914 (inspirée par M. H. Barbier).

C. **Les causes d'hypotrophie en fonction de l'âge.** — On voit combien sont nombreux les facteurs d'hypotrophie et de dénutrition dans le premier âge. Nous essayerons en quelques lignes, sans nous dissimuler le caractère forcément schématique d'une telle systématisation, de *grouper* ces diverses causes en fonction de l'âge des enfants.

a) *Avant 4 mois*, l'hypotrophie simple est presque toujours en rapport avec la *débilité congénitale* dont elle n'est en quelque sorte que la continuation. Tantôt il s'agit de débilité simple, et la croissance a les plus grandes chances de s'effectuer normalement, tantôt il s'agit de débilité pathologique, liée le plus souvent à *l'hérédo-syphilis* et susceptible alors d'aboutir à l'hypothrepsie grave ou à l'athrepsie. La sous-alimentation équilibrée, un régime inadéquat peuvent encore être à l'origine de l'hypotrophie simple.

L'hypotrophie avec dénutrition, revêtant les aspects si particuliers à cet âge d'hypothrepsie et d'athrepsie, a pour causes essentielles une *alimentation incorrecte* (quantitativement et qualitativement) et plus souvent encore des *troubles digestifs*, en particulier *la diarrhée* si fréquente en période estivale et au cours de l'allaitement artificiel. La dyspepsie du lait de vache, la diarrhée commune des enfants privés du sein, l'abus des farineux sont les causes les plus habituelles de dénutrition. Agissent encore fréquemment la maladie des *vomissements habituels*, la *sténose pylorique* et, parmi les infections, *l'hérédo-syphilis.*

b) *Après 4 mois*, la plupart des causes précédentes se retrouvent ; mais elles ne déclenchent plus avec la même facilité les processus de dénutrition (en particulier l'athrepsie type Parrot ne se voit plus) et d'autre part des facteurs nouveaux interviennent.

L'hypotrophie simple (en dehors des cas où elle continue un état analogue des 4 premiers mois) est le plus souvent en rapport avec une *alimentation défectueuse* (dyspepsie de lait de vache surtout) et *pauvre en vitamines ;* elle peut aussi relever de troubles endocriniens, et ici encore de l'hérédo-syphilis.

Les hypotrophies avec cachexie peuvent résulter de troubles digestifs sérieux et prolongés, ou d'*infections* parmi lesquelles la *tuberculose* prend une large place.

Si nous avons énuméré si complètement les facteurs étiologiques des hypotrophies, c'est, répétons-le, parce que *leur connaissance est nécessaire à la réussite du traitement.* Remédier à telle ou telle cause, c'est bien souvent, et du même coup, améliorer l'hypotrophie elle-même.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

JOURNÉE PÉDIATRIQUE DU 24 MAI 1932

Séance du matin.

QUESTION A L'ORDRE DU JOUR

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES SUPPURATIONS INTRAPULMONAIRES CHEZ L'ENFANT

M. Jean HUTINEL, à propos de deux cas personnels et de quelques autres relevés dans la littérature, étudie les caractères essentiels de l'abcès du poumon chez l'enfant. Il lui paraît impossible de dégager un tableau de l'abcès du poumon propre à l'enfant, et dans la grande majorité des cas les aspects cliniques en sont calqués sur ceux de l'adulte.

Cependant, il paraît nécessaire d'insister sur quelques points un peu particuliers de la symptomatologie et de l'évolution.

La seule *notion étiologique* importante est la fréquence des corps étrangers de la trachée et des bronches à l'origine d'un abcès du poumon, et encore ce facteur n'a-t-il pas un rôle exclusif.

Au point de vue clinique, à l'opposé de ce que l'on observe habituellement chez l'adulte, les **abcès simples** ou **aigus** sont beaucoup plus fréquents que les abcès subaigus.

Leur diagnostic n'est généralement pas possible par les seuls moyens cliniques. Les symptômes qui amènent à faire examiner l'enfant sont des plus variables. Les signes physiques font défaut ou sont trompeurs : en particulier un épanchement pleural de la grande cavité peut venir masquer l'abcès sous-jacent, et il faudrait peut-être soupçonner cette dernière éventualité en présence d'un épanchement puriforme aseptique.

C'est donc en dernière analyse l'examen radiologique qui peut seul permettre le diagnostic. L'auteur projette à ce propos une série de radiographies montrant les stades successifs du développement d'un volumineux abcès du lobe inférieur droit, terminé par la guérison après vomique, malgré l'existence d'un pyopneumothorax de la grande cavité du côté opposé.

L'*évolution* de ces abcès aigus est en effet généralement bénigne et la guérison spontanée, sans aucun traitement, est le mode de terminaison le plus habituel. Il peut dans certains cas rester des séquelles, sous forme surtout de bandes de sclérose pulmonaire.

L'auteur a pu poursuivre dans deux cas l'*étude bactériologique* d'un abcès simple. Dans le premier cas, il s'agissait d'un abcès métastasique apparu au cours d'une ostéomyélite sévère : l'agent pathogène était le staphylocoque doré. Dans le deuxième cas, déjà publié en collaboration avec MM. Hallé et Bureau, on a retrouvé dans le pus retiré par ponction de la cavité de l'abcès un entérocoque typique ; il s'agissait dans ce cas d'un abcès survenu chez un enfant atteint de sténose cicatricielle de l'œsophage, et il est vraisemblable que l'infection avait dans ce cas gagné le poumon par voie lymphatique.

L'abcès subaigu et fétide est plus rare, et l'auteur n'en a observé qu'un seul cas. Il a la même évolution chez l'enfant que chez l'adulte, et les lois concernant son évolution, édictées par M. Sergent, lui sont applicables. En particulier, dans le cas observé par M. Hutinel, la guérison n'était pas encore survenue au bout d'un an, malgré une rémission vers le troisième mois.

La thérapeutique de l'abcès du poumon, quelle que soit sa variété, est faite dans les six premières semaines de l'évolution, de petits moyens tels que vaccinothérapie, traitement par l'émétine, bronchoscopie, etc... La tendance spontanée à la guérison dans la grande majorité des cas explique les nombreux succès que chaque méthode a à son actif.

Passé la sixième semaine, au contraire, toutes les thérapeutiques sont inefficaces et l'intervention chirurgicale s'impose.

MM. NOBÉCOURT, DUHEM et KAPLAN estiment, au contraire, que la guérison spontanée peut parfaitement survenir après le délai de six semaines admis par M. Hutinel, et qu'il faut savoir temporiser avant d'avoir recours à l'intervention chirurgicale.

Ils rapportent, pour confirmer cette opinion, l'observation d'un garçon de cinq ans qui a présenté, à la suite d'une congestion pleuro-pulmonaire aiguë, un abcès à pneumocoques du poumon droit. On peut suivre facilement sur les films radiologiques se rapportant à ce cas la formation et la disparition de deux cavités successives, puis le nettoyage radiologique des lésions en une durée totale de quatre mois.

MM. LE MÉE, A. BLOCH et SOULAS étudient ensuite les **abcès post-opératoires du poumon en oto-rhino-laryngologie infantile**. Ces abcès s'observent surtout après la tonsillectomie. Une enquête approfondie auprès de nombreux médecins ne leur a pas donné les résultats qu'ils escomptaient pour en apprécier la fréquence exacte, et ils en étudient surtout les conditions pathogéniques.

La théorie la plus communément admise en France est la théorie mécanique : ces abcès sont consécutifs à l'inoculation directe de la trachée et des grosses bronches par le sang et les produits septiques déglutis au cours de l'opération.

A l'appui de cette théorie, on peut invoquer le fait que la présence du sang dans la trachée a été constatée après opération par tous les auteurs. Elle paraît inévitable quelles que soient les précautions prises, attitude spéciale du sujet, anesthésie générale réduite au minimum avec conservation du réflexe laryngé supérieur, anesthésie locale, etc...

Mais il n'est pas possible de l'admettre : en réalité, le sang ne dépasse pas les bronches souches ou les premières collatérales et ne peut donc inoculer le poumon. En outre, la localisation presque élective de ces abcès au lobe supérieur droit est un nouvel argument contre l'origine mécanique de ces abcès.

La propagation par voie lymphatique ne paraît pas admissible pour des raisons anatomiques.

Les auteurs se rallient donc à la théorie embolique, qui leur paraît beaucoup plus séduisante et contre laquelle on ne peut élever aucune objection sérieuse.

M. André BLOCH étudie les **indications de la bronchoscopie dans le traitement des abcès du poumon.** C'est un procédé qui devient relativement facile chez l'enfant à partir de deux ans, et dont le seul inconvénient réside dans l'apparition possible d'une laryngite sous-glottique ou d'un œdème de la glotte. Ces deux complications sont surtout dues à une erreur de technique et à l'emploi de tubes trop gros.

Cette méthode fournit quelques renseignements pour le diagnostic en montrant l'état de la trachée, de l'éperon trachéal et des grosses bronches du côté malade. Mais elle a surtout un intérêt thérapeutique et semble agir en décongestionnant et en désobstruant les bronches du côté malade et en facilitant la reprise ultérieure du fonctionnement du poumon.

Elle donne ses meilleurs résultats quand elle est faite précocement, et il ne faut pas hésiter à la renouveler si besoin est. Elle paraît être de mieux en mieux supportée.

M. ISELIN traite des **indications opératoires dans l'abcès du poumon.** Ces indications sont les mêmes chez l'enfant et

chez l'adulte : il faut opérer les abcès qui n'ont pas évolué vers la guérison dans un délai de six semaines, soit spontanément soit sous l'influence du drainage de posture, de la bronchoscopie avec aspiration ou de la vaccinothérapie. L'intervention sera moins fréquente chez l'enfant à cause de la tendance à la guérison spontanée.

Un seul point particulier à l'enfant mérite d'être retenu : c'est l'association fréquente d'une pleurésie purulente de la grande cavité et d'un abcès, qui aggrave considérablement le pronostic si on se borne à intervenir sur le foyer pleural. Il faut, dans ces cas, traiter la pleurésie comme si elle était seule, en conservant les indications posées par MM. Ribadeau-Dumas et Rocher. Ultérieurement, on interviendra sur l'abcès pulmonaire.

L'auteur dit ensuite quelques mots du *traitement chirurgical des bronchectasies :* on n'intervient actuellement que dans les cas compliqués d'abcès ou de pleurésie. La phrénicectomie a donné quelques résultats, mais l'opération de choix sera sans doute un jour la lobectomie.

MM. Lesné, Clément et Mlle Ronget rapportent un cas d'**abcès du poumon guéri par pneumothorax spontané.** Il s'agit d'une fillette de quatre ans ayant présenté, à la suite d'une broncho-pneumonie morbilleuse, un abcès du lobe supérieur droit.

Une aspiration par bronchoscopie permit de retirer 25 cc. de pus fétide et produisit une modification très nette de l'image radiographique, mais fut suivie d'incidents si graves (œdème et ulcérations laryngées) qu'on ne put la renouveler. C'est une méthode à rejeter chez l'enfant.

Les différents traitements médicaux successivement mis en œuvre n'empêchèrent pas le développement d'une cachexie profonde, et seul un pneumothorax spontané apparu au bout d'un mois d'évolution et entretenu pendant quatre mois entraîna la disparition des signes physiques et radiologiques et le rétablissement complet de l'état général.

MM. P.-F. Armand-Delille et Soulas rapportent un cas d'**abcès du poumon consécutif à une amygdalectomie, et amélioré par la bronchoscopie avec drainage.** Ce cas est intéressant par plusieurs points : il s'agit en effet d'un abcès de nature exclusivement pneumococcique survenu à la suite d'une tonsillectomie, reconnu à la radiographie par l'apparition d'une ombre globulaire typique et traité pendant deux mois avec des résultats satisfaisants par bronchoscopie et drainage. Le décès se produisit cependant au bout de ce temps, par suite d'une pleurésie purulente secondaire.

M. Vallette rapporte ensuite les quatre observations d'abcès du poumon recueillies durant ces dernières années dans le service du professeur Rohmer (de Strasbourg). Ces cas sont survenus chez des nourrissons de 12 à 15 mois.

M. Comby se demande si les abcès du poumon s'observent vraiment avec une telle fréquence chez l'enfant. Il rappelle la difficulté de diagnostic avec les pleurésies enkystées qui se voient chez l'enfant avec une grande fréquence ; en outre, la coexistence des deux affections, souvent signalée par les auteurs précédents, vient encore compliquer le problème.

M. Lereboullet, en se basant sur les cas qu'il a personnellement observés, insiste sur la fréquence des épanchements réactionnels de la grande cavité pleurale. Il croit qu'il n'y a pas lieu de se hâter pour instituer une thérapeutique chirurgicale, et le Propidon à petites doses lui a souvent donné de bons résultats.

Enfin, traitant des **aspects radiologiques des suppurations pleuro-pulmonaires,** M. Duhem projette une série de clichés montrant que le sinus costo-diaphragmatique peut être relativement clair même en cas de pleurésie de la grande cavité, et M. Mouriquand insiste sur la nécessité de prendre les radiographies en station debout.

Séance de l'après-midi.

Communications.

Association de maladie de Friedreich et de myopathie. — MM. L. Babonneix et C. Roederer présentent une jeune fille guérie d'une luxation congénitale de la hanche et chez laquelle les symptômes sont à la fois ceux de la myopathie (démarche dandinante, pseudo-hypertrophie, impossibilité de se relever), et de la maladie de Friedreich (scoliose, nystagmus, pied creux).

Hémiplégie infantile et arriération mentale. — M. L. Babonneix présente un cas intéressant pour deux raisons : 1° notion d'hérédo-syphilis ; 2° existence de lésions craniennes visibles à la radiographie de profil et intéressant la région rolandique.

Malformation cardiaque. — M. L. Babonneix et Mlle Riom présentent un petit hérédo-syphilitique âgé de trois ans et porteur d'une malformation cardiaque.

Agénésie pilaire et malformations. Rapports possibles avec la Progeria. — MM. Jean Hallé et Jacques Odinet présentent une fillette de douze ans atteinte d'un curieux syndrome constitué par une alopécie presque complète, une agénésie des cils et des sourcils, des plaques rouges du visage et des anomalies veineuses au membre supérieur. Il n'existe aucune étiologie précise à ce syndrome, qui est apparu entre la naissance et l'âge de deux ans et a persisté depuis lors sans changement.

Les auteurs discutent les rapports de ce curieux syndrome avec quelques observations d'agénésie pilaire retrouvées dans la littérature et la Progeria. Bien qu'il manque trois des symptômes essentiels de cette dernière, le nanisme, les rides et les malformations osseuses, les signes rencontrés chez leur malade et habituels au cours de la Progeria leur font penser qu'il s'agit peut-être d'une forme fruste de cette affection.

Rétrécissement pulmonaire sans cyanose avec malformation vertébrale. — MM. Apert, P. Garnier et Vildé présentent une fillette de douze ans ne présentant pas de cyanose et chez laquelle on entend au foyer pulmonaire un souffle systolique. La radiographie montre une saillie considérable de l'arc moyen du bord gauche du cœur ; elle a révélé en outre une lésion passée jusque là inaperçue et consistant en une fusion des 2e, 3e et 4e vertèbres dorsales avec affaissement de leur partie droite, entraînant une déviation de la colonne bientôt rétablie par une courbure de compensation.

Ce cas rappelle les rétrécissements congénitaux de l'artère pulmonaire sans cyanose et avec malformations thoraciques, dont le premier cas a été décrit par Apert en 1899 et d'autres publiés par Huchard, Cochez et Essighofer. Il en diffère en ce que, dans ces derniers cas, il s'agissait de malformations costales, tandis que, dans le cas actuel, il s'agit de malformation vertébrale.

Rachitisme et ergostérine. — M. Mouriquand divise les rachitismes d'après leurs réactions vis-à-vis des rayons ultra-violets et de l'ergostérine, en rachitismes uviosensibles et uviorésistants.

Le rachitisme floride, qui a déjà une tendance naturelle à la guérison spontanée, guérit encore mieux avec l'un de ces deux traitements.

Les rachitismes hypotrophiques, dont la tendance à la guérison spontanée existe tout en étant très faible, sont éga-

lement favorablement influencés par le traitement. Au contraire, ceux qui n'ont aucune tendance à la guérison spontanée sont uviorésistants.

L'association dans ce dernier cas du traitement antisyphilitique n'améliore pas le pronostic.

Des résultats comparables peuvent être obtenus expérimentalement chez l'animal.

Six cas de colipyurie infantile traités par le sérum de Vincent. — M. FERRU (de Poitiers) rapporte six cas d'infection urinaire à colibacilles survenus tous chez des petites filles et guéris par le sérum de Vincent. Il a obtenu quatre guérisons rapides, une guérison plus lente et un échec.

Ces résultats confirment ceux qui ont été antérieurement publiés par d'autres auteurs, et l'auteur pense que cette sérothérapie donne ses meilleurs effets si elle est appliquée précocement et intensivement avec opportunité et mesure.

Ectopie thoracique droite de l'estomac chez l'enfant. — MM. GIRAUD et ASTIER (de Marseille) rapportent l'histoire d'un enfant de 22 mois qui, depuis sa naissance, présente sans arrêt des vomissements aqueux ou glaireux, rarement alimentaires, sans horaire fixe. L'état général reste excellent. A la base droite existe un foyer de bruits hydroaériques.

L'examen radiologique a montré qu'il s'agissait d'une ectopie thoracique de l'estomac avec biloculation gastrique, liée sans doute à un défaut d'évolution de l'estomc.

Cette anomalie paraissant bien supportée, ils préconisent l'abstention thérapeutique.

Un nouveau cas de maladie de Ritter. — MM. PAISSEAU, TOURNANT et PATEY. Ce cas s'ajoute à ceux qui ont été antérieurement publiés par M. Babonneix et par MM. Lereboullet et Brizard.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 MAI 1932)

Influence du chauffage du sérum sur la floculation provoquée par sa dilution dans l'eau distillée. — MM. Charles ACHARD, Augustin BOUTARIC et Maurice DOLADILHE.

Sensibilité du spermophile « citillus citillus » à la spirochétose ictéro-hémorragique. — M. Jean CAMINOPÉTROS.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 7 JUIN 1932)

A propos du procès-verbal. — M. NETTER prend la parole à propos de l'observation de *polynévrite consécutive à l'ingestion d'apiol* rapportée par M. Henri Roger (de Marseille) dans la dernière séance. C'est le premier exemple rapporté en France d'accidents de cette nature. Depuis l'année dernière, on en avait signalé aux Pays-Bas, en Yougoslavie et en Allemagne. D'autre part, Van Ittalie (de Leyde) a signalé la présence dans les diverses préparations incriminées d'un éther triorthocresylphosphorique.

« L'Académie estimera sans doute, dit M. Netter, qu'il serait opportun de rechercher la présence très vraisemblable de cette falsification dans les préparations d'apiol débitées en France et d'en interdire, en ce cas, la mise en vente, mesure déjà en vigueur en Hollande et à Hambourg. Cette interdiction serait d'autant plus aisée que les préparations d'apiol ne figurent plus dans l'édition du Codex de 1928 et que d'autres accidents plus graves encore, parfois mortels, ayant pour origine une grave atteinte du foie et des reins, ont été récemment rapportés à Lyon par Trillat et Thiers, et à Paris par Laederich et Brûlé.

« Il conviendra également d'attirer sur la possibilité de ces accidents l'attention des chirurgiens qui, à la suite de Doppler (de Vienne), emploient en France les applications de tricresyl à la surface des artères, du testicule, des ovaires, afin de réaliser une sympathicectomie chimique. »

Le traitement du cancer du col utérin. — M. Jean-Louis FAURE répond à des observations faites dans la dernière séance par M. Regaud.

« Celui-ci persiste à considérer les cas II de Genève comme ne répondant pas aux bons cas de ma statistique. Les bons cas sont les cas mobiles ; or, d'après la définition même de Regaud, les cas de II sont ceux dans lesquels le néoplasme dépasse le col mais où, cependant, la mobilité est conservée. Il n'y a donc aucune différence, puisque cliniquement la mobilité seule est le critérium de l'opérabilité.

« Au surplus, comment M. Regaud peut-il établir par le seul examen clinique le degré d'infiltration de l'utérus ? L'examen clinique au spéculum ne donne des notions que sur les lésions superficielles. Le toucher, vaginal et rectal, ne peut préjuger de l'envahissement périutérin que par la constatation de la mobilité ou de l'immobilisation, encore une fois seul critérium opératoire.

« Pour se rendre compte du degré plus ou moins grand d'infiltration du col, il faut avoir en mains la pièce fraîche et la couper dans tous les sens comme je l'ai fait mille fois peut-être...

« Comment, après l'application du radium, M. Regaud peut-il vérifier l'exactitude de son diagnostic ?

« La classification de Genève est sans aucune valeur au point de vue chirurgical et il est impossible à qui que ce soit de cataloguer un cas quelconque comme étant du degré II. C'est pourquoi dans ma première communication j'ai pris comme bons cas les cas mobiles et je les ai comparés aux cas I et II de Genève également mobiles. »

Pathogénie des épanchements séreux articulaires. — MM. Pierre DELBET et Pierre CARTIER.

Les aliénés en liberté. — M. CLAUDE. « Le nombre toujours croissant des drames de la folie attire une fois de plus l'attention sur la quantité plus considérable qu'on ne pense d'aliénés vivant depuis longtemps en liberté ou remis dans la vie au dehors après une période plus ou moins longue de traitement dans des établissements spéciaux. On verrait diminuer le nombre de ces drames si le public acceptait plus facilement et plus rapidement le traitement des troubles mentaux en cure libre ou en placement volontaire et si la coopération des médecins et des services administratifs était réalisée dans l'esprit même de la loi de 1838 et notamment de l'article 18 qui permet aux préfets « sans invoquer le danger imminent » (art. 19) de prendre toutes mesures utiles lorsque l'état mental d'un individu est signalé par le médecin comme de nature à troubler l'ordre public et la sûreté des personnes. »

Après un exposé remarquablement précis, M. CLAUDE propose à l'Académie « d'étudier certaines dispositions, comme par exemple la création d'une commission médico-judiciaire qui interviendrait d'office dans les cas signalés par des médecins ou par les officiers de police dans lesquels on hésite en raison des responsabilités ou de la résistance des familles à prendre les déterminations d'ordre thérapeutique. L'intervention de cet organisme donnerait des ga-

ranties à l'opinion publique et permettrait soit la mise en œuvre immédiate de ces moyens thérapeutiques, soit de faire intervenir une certaine surveillance administrative à l'égard d'individus dont les réactions peuvent n'avoir qu'un caractère anormal passager. D'autre part, une surveillance plus étendue et mieux organisée des aliénés sortis en liberté donnerait une sécurité plus grande qui permettrait de prolonger moins longtemps le temps d'hospitalisation. Cette action gagnerait à s'exercer parallèlement à celle des services de prophylaxie mentale qui ont eu déjà une action efficace dans le dépistage des troubles mentaux, et mériterait d'être généralisée dans toute la France et non limitée à un seul service à Paris. »

Etude morphologique du virus rabique. — M. C. Levaditi, Mlle R. Schoen et M. J.-G. Mezger précisent l'aspect que revêt le virus rabique dans les cellules nerveuses cérébrales des souris inoculées de rage des rues. Le germe de la rage, de nature très probablement microsporidienne, apparaît sous forme de spores presque ultramicroscopiques, et par conséquent filtrables (comme l'est, d'ailleurs, le virus rabique lui-même), vers le 3e jour de l'incubation. Par la suite, il se multiplie et accomplit tout un cycle évolutif, se terminant par l'envahissement total des neurones encéphaliques contaminés. Les auteurs décrivent les diverses phases de ce cycle évolutif du parasite rabique, et relatent des expériences démontrant l'existence d'un rapport direct entre la présence de certaines phases évolutives et le degré de la virulence du système nerveux.

Sur une méthode capable d'augmenter la tolérance des tuberculeux pulmonaires à l'égard des sels d'or. — M. Dumarest. Il résulte de cette communication de notre éminent confrère d'Hauteville, apportée à la tribune par M. Léon Bernard, que les solutions huileuses sont mieux tolérées que les solutions aqueuses.

Les fixateurs du calcium. — MM. G. Mouriquand, A. Leulier, Bernheim et Mlle Weill. La clinique montre que certains rachitismes sont très sensibles à l'action des ultra-violets ou de ses dérivés (ergostérine irradiée, huile de foie de morue). Ce sont le plus souvent des rachitismes florides, mais on observe aussi l'uviosensibilité de certains rachitismes hypotrophiques.

Par contre, certains rachitiques appartenant tous ou presque tous à la catégorie des rachitismes hypotrophiques sont uviorésistants.

L'expérimentation reproduit facilement le rachitisme uviosensible, rachitisme qui, par un régime spécial, n'est obtenu que grâce à la croissance du sujet.

Les recherches des auteurs viennent de leur permettre de réaliser le rachitisme hypotrophique (sans croissance du sujet). Ce rachitisme peut être dans certaines circonstances uviosensible (rachitisme hypotrophique du calcium), et dans d'autres, uviorésistant (rachitisme du strontium.

L'expérimentation permet donc de reproduire actuellement les deux types cliniques de rachitisme ; l'un sensible à l'action des rayons ultra-violets et de leurs dérivés ; l'autre résistant à leur action.

De l'utilisation du violet de gentiane dans les infections sanguines. — MM. Carrière et Martin.

PRATIQUE MÉDICALE

L'INHIBITION DU PÉRISTALTISME INTESTINAL (1)

Par le docteur CAUDRELIER.

Le péristaltisme intestinal est sujet à de grandes variations, liées à l'état du sympathique ; il peut être inhibé, partiellement ou complètement, ce qui constitue les états parétiques et paralytiques. Ces deux états sont fréquents après les interventions portant sur les viscères abdominaux. Le premier est pour ainsi dire de règle dans les 48 heures qui accompagnent une laparotomie ; plus accentuée, la parésie peut être la cause de graves complications post-opératoires. Les lavements huileux, la sonde rectale, qui réussissent généralement dans les formes légères, échouent presque toujours dans les formes graves.

Deux moyens permettent alors de réactiver le péristaltisme : le lavement électrique et l'injection de péristaltine. C'est à cette dernière que vont les préférences de l'auteur, parce que sans danger, simple, commode et pouvant être pratiquée préventivement toutes les fois que la nature de l'intervention fait craindre une inhibition motrice. Deux centigrammes de péristaltine, injectés au moment de l'intervention, préviennent presque sûrement cette complication si elle est déjà constituée, 2 ou 3 injections en viendront à bout en donnant au bout de 8 ou 15 heures une exonération abondante.

LIVRES NOUVEAUX

L'Asthme bronchique (2), par PASTEUR VALLERY-RADOT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des Hôpitaux, et François CLAUDE, médecin consultant au Mont-Dore.

Dans cette monographie, les auteurs tracent les grandes lignes de la symptomatologie de l'asthme, esquissent la pathogénie telle qu'on peut la concevoir actuellement, enfin passent en revue des principaux traitements qui ont fait leurs preuves.

« C'est, disent-ils, parce que depuis dix ans nous avons examiné et traité sans parti pris un très grand nombre d'asthmatiques que nous sommes aujourd'hui éloignés de tout dogmatisme. »

Dans un premier chapitre, les auteurs étudient les caractéristiques de l'accès d'asthme, puis les types d'accès, enfin les équivalents respiratoires : coryza spasmodique, rhume des foins, toux spasmodique.

Dans un second chapitre, ils montrent sur quelles notions s'étaye aujourd'hui la pathogénie de l'asthme. Ils font l'étude du terrain diathésique et du mécanisme de la crise. Les auteurs font preuve d'un grand éclectisme : c'est leur mérite d'avoir montré que l'asthme a des mécanismes extraordinairement variés. En cela se distingue ce livre de ceux qui l'ont précédé sur l'asthme. Les auteurs ne sont pas partisans d'*une* pathogénie, ils jugent en cliniciens qui ont examiné impartialement chaque cas soumis à leur examen.

Le traitement est longuement étudié : traitements agissant sur la crise ; traitements ayant pour but de modifier la constitution de l'asthmatique ; agents transformateurs du système vagosympathique ; méthodes humorales ; méthodes de désensibilisation spécifique, etc.

« Les traitements de l'asthme, disent les auteurs, sont variés. On ne doit pas les employer sans discernement. Certains asthmatiques bénéficient beaucoup d'un traitement qui se montre complètement inefficace chez d'autres. Il faut donc, avant tout essai thérapeutique, faire un examen minutieux du malade, rechercher les causes qui sont à l'origine de l'état asthmatique et les conditions d'apparition des crises.

« C'est une erreur de supposer qu'il peut y avoir une méthode générale de traitement de l'asthme. A chaque asthmatique répondent des traitements différents et chaque asthmatique doit essayer successivement les diverses méthodes thérapeutiques appropriées à son asthme. »

Ce livre est une excellente mise au point de la question. Il renferme les données essentielles de nos connaissances sur l'asthme. Il est écrit par des auteurs particulièrement compétents qui ont su étudier les faits en observateurs et en critiques. La lecture de cette monographie permettra à l'étudiant comme au médecin de se mettre rapidement et aisément au courant d'un des problèmes les plus complexes de la pathogénie.

L. G.

(1) *Journ. des prat.*, 10 janv. 1931.

(2) In-8 de 54 pages avec figures dans le texte. — Prix : 16 fr. Paris, Doin et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 13 *juin*. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Marcel Labbe, Lemierre, Portes. — M. DE BERG. Etude du traitement de la syphilis au cours de la gestation. — M. SOLEIL. Etude des troubles nerveux dans les colites.

Mardi 14 *juin*. — Jury : MM. Bezançon, président ; Binet, J.-L. Faure, Sézary. — M. PYT. Etude sur les symptômes pleuro-pulmonaires au cours de la hernie diaphragmatique congénitale. — M. COTET. La coquille de l'œuf de poule. Considérations pratiques. — M. SCHMID. Etude pharmacodynamique du novarsenobenzol. — M. BRON. A propos de la gastrectomie.

Mercredi 15 *juin*. — Jury : MM. Léon Bernard, président; Fiessinger, Legueu, Brûlé. — M. BOCQUET. La cessation et les résultats éloignés du pneumothorax artificiel. — M. ALIBERT. La tuberculose pulmonaire de l'adolescent. — M. ASSELIN. Les résultats éloignés de l'urétéro-cysto-néostomie.

Jeudi 16 *juin*. — Jury : MM. Carnot, président ; Gougerot, Heitz-Boyer, Gastinel. — M. DELAPORTE. Etude de la colibacillose biliaire. — M. CABILLE. Le dépistage de la syphilis héréditaire dans les consultations prénatales à Reims. — M. MATTIASSEVICH. Notions actuelles sur l'eczéma du nourrisson et son traitement.

Samedi 18 *juin*. — Jury : MM. Achard, président ; Lereboullet, Roussy, Debré. — M. CUKIERMAN. Diagnostic précoce du typhus exanthématique. — M. POCHON. Le centre d'adaptation à l'allaitement artificiel des enfants assistés de la Seine. — Mlle SOURDILLON. Sur les premières manifestations cliniques ou radiologiques de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. — M. DUPONT. Le traitement des adénopathies tuberculeuses par les sels d'or. — Mme PICHON-DELPUECH. Etude de la sédimentation globulaire. La réaction de sédimentation dans les affections médicales de l'enfance.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 48. — MERCREDI 15 JUIN 1932. 105e ANNÉE. SAMEDI 15 JUIN 1932. — N° 48.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du prosectorat.* — *Epreuve de physiologie.* — Séance du 8 juin. — MM. Couvelaire, 19; Cordier, Dreyfus, Longuet, Maës et Padovani, 18.

Epreuve de chirurgie. — Séance du 9 juin. — MM. Couvelaire et Padovani, 19; Cordier et Longuet, 18; Maës, 17; Dreyfus, 16.

CONCOURS DE MÉDECIN CHEF DU SANATORIUM DE LA-BRUYÈRE. — Jury : MM. Bezançon, Ameuille, Debré, Marchal, Laubry.

Epreuve sur titres. — Séance du 6 juin 1932. — MM. Polak, 18,5; Fourès, 19.

INSTITUT D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS. — Liste des diplômés pour l'année 1932 :

MM. Altenbach, Ameur, Barakat, Benmilat, Berkovici, Bleiweiss, Bréhon, Briand, Bosquet, Boucher, Mme Buquet, Mlle de Cambiaire, M. Castanakis, Mme Catel-Beghin, MM. Chambin, Charmant, Cheikh, Copperie, Dangauthier, Delthil, Desmier, Diriart, Mlle Dumans, M. Farahal-Lévy, Mlle Fayot, MM. Feldein, Floresco, Fort, Gaujoux, Mlle Goldberg, M. Gossart, Mme Gravelvick, MM. Grange, Hardouin, Mmes Judes, Lacroix, Lecomte, M. Logothetis, Mlle Loir, Mme Lydaki, MM. Melnotte, Misset, Mlle Nanu, MM. Nicol, Petit, Pochon, Polack, Poruzol, Prades, Raymond, Rivera-Otero, Rolland, Rosenfeld, Salauze, Seuki, Simonin, Stuhl, Susini, Terrial, Thépenier, Théron, Thivet, Thomas (Emile-André), Tourneux, Valot, Voiriot, Zelonni, Zewos.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BRUXELLES. — M. le docteur Auguste Weymeersch est nommé professeur de clinique obstétricale, en remplacement de M. Valère Cocq, atteint par la limite d'âge.

HÔPITAL SAINT-GILLES (BRUXELLES). — M. le docteur Clercx L'Olivier est nommé chef du service de chirurgie.

GUERRE. — ECOLE D'APPLICATION DE MARSEILLE. — La chaire de clinique médicale et de pathologie exotique est déclarée vacante à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales pour compter du 1er janvier 1933.

Il sera procédé à la nomination du nouveau titulaire dans les conditions prévues par l'article 9 du décret du 22 août 1928 portant organisation de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Les demandes des candidats, accompagnées de l'exposé de leurs titres et travaux scientifiques et d'un état des services, et revêtus des avis détaillés des autorités hiérarchiques, devront parvenir au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) le 1er décembre 1932 au plus tard.

— Mutations :

Médecins colonels. — MM. Epaulard, sous-directeur du Service de santé des troupes du Maroc, est affecté comme sous-directeur du Service de santé de la 5e région, à Orléans; Potet, médecin et spécialiste des hôpitaux militaires, des troupes du Maroc, est désigné comme sous-directeur du Service de santé des troupes du Maroc.

Médecin lieutenant-colonel. — M. Varatges, médecin chef de l'hôpital militaire de Toul, est affecté aux troupes du Maroc.

Médecins commandants. — MM. Poy, de la Commission consultative médicale, à Paris, est affecté à l'hôpital mili-

taire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris; Houssin, du 19e corps d'armée, est affecté au 43e d'inf., à Lille; Morand, de l'école d'aviation, à Istres, est affecté au 153e d'inf., à Bitche.

Médecins capitaines. — MM. Prevot, du 4e d'art., à Mulhouse, est affecté au 4e d'art., à Colmar; Billiet, du 67e d'inf., à Compiègne, désigné pour le 153e d'inf. à Bitche (n'a pas rejoint), est affecté à l'infirmerie hôpital du camp de Sissonne comme médecin chef; Marican, du 21e d'aviation à Nancy, est affecté au 33e d'aviation, à Nancy; Allegre, du 41e d'inf., à Saint-Malo, est affecté au 110e d'inf., à Dunkerque; Laplagne, du 110e d'inf., à Dunkerque, est affecté à la Commission consultative médicale, à Paris; Broussolle, de la 8e compagnie régionale du train, Dijon, est affecté aux troupes du Maroc; Rocquet, du 19e corps d'armée, confins algéro-marocains, est affecté au 41e d'inf., à Saint-Malo; Icart, des troupes du Maroc, est affecté au 14e d'inf., à Toulouse; Mauvais, du 32e d'inf., à Tours, est affecté au 501e rég. de chars de combat, à Tours.

Médecins lieutenants. — MM. Savy, du 28e d'art., à Belfort, est affecté à l'école d'aviation, à Istres; Camboulives, du 40e d'art., à Châlons-sur-Marne, désigné pour les troupes du Levant comme volontaire (n'a pas rejoint), est maintenu au 40e d'artillerie, à Châlons-sur-Marne; Roux, du 16e bat. de chasseurs à pied, à Saint-Avold, est affecté aux troupes du Maroc; Proust, de l'hôpital militaire du camp de Mailly, est affecté aux troupes du Levant.

COMMISSION DU CODEX. — M. Lormand (Charles), membre de la Commission du Codex, assistant à la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, est nommé secrétaire technique de la Commission du Codex, en remplacement de M. le général pharmacien Breteau, décédé.

CHRONIQUE

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

Le dimanche 5 juin a eu lieu l'assemblée générale annuelle de l'Association générale des médecins de France, sous la présidence de M. le docteur Bellencontre, président.

Cette réunion, qui est la 70e, a eu lieu dans la salle des séances de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, siège de la Confédération des syndicats médicaux français et de l'Association.

65 sociétés départementales étaient représentées par leur président, secrétaire, trésorier ou délégués, et après avoir approuvé le compte rendu du trésorier et attribué, sur le rapport du docteur Babonneix, 66 pensions viagères, a passé à l'examen des vœux émis par les sociétés locales et a décidé la création d'une caisse d'assurance-maladie.

A 20 h., dans les salons Lutétia, un banquet de 90 couverts réunissait, sous la présidence de M. le professeur Surmont (de Lille), les invités de l'Association et tous les délégués ayant pris part à la réunion.

Au dessert, M. le président Bellencontre adressa au nom de l'Association à M. le professeur Surmont ses plus sincères remerciements pour l'honneur qu'il lui avait fait en acceptant la présidence de ce banquet annuel et remercia toutes les personnalités présentes d'avoir bien voulu répondre à l'invitation du Conseil général. Il félicita tous les présidents et les délégués des sociétés départementales du zèle et du dévouement qu'ils apportent à l'accomplissement de leur tâche souvent ingrate, et leva son verre à la prospérité toujours croissante de notre grande œuvre de solidarité professionnelle.

M. le professeur Surmont, président, M. le docteur Dibos, président de la Confédération des syndicats médicaux français, M. Merlin, sénateur, M. Bonnefous, député, prirent également la parole et remercièrent le président de l'A. G. de l'accueil cordial qui leur avait été réservé.

ASSOCIATION DES DIPLÔMÉS DE L'INSTITUT D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

Pour la sixième fois, les membres de l'Association des diplômés d'hygiène se sont réunis samedi en un dîner amical à l'occasion de la remise des diplômes aux élèves de l'Institut.

Le dîner était présidé par M. le professeur Tanon. A ses côtés, on remarquait M. Legros, ancien député, dont on connaît le rôle bienfaisant dans l'élaboration des lois sur l'hygiène ; M. Loir, du Havre ; les professeurs de l'Institut d'hygiène MM. François Martin, Henri Labbé, Neveu, Briau, Navarre, Dumont ; M. Clerc, président, et M. Leclainche, secrétaire général de l'Association ; Mmes Réquin, Leconte, Fraenkel, MM. Thépenier, Cambessedès. La presse médicale était représentée par MM. G. Vitoux, G. Boyé, Morin et F. Le Sourd.

M. Clerc, président de l'Association, après avoir souhaité la bienvenue à ses invités, et avoir excusé les absents, montre avec sa précision habituelle les progrès de l'association. Comme l'an dernier, il déplore que les places d'hygiéniste ne soient pas attribuées en quantité suffisante aux diplômés d'hygiène. Il s'efforcera d'obtenir pour eux la priorité, il dit même « le privilège », il s'efforcera également de faire rendre plus de justice aux femmes diplômées d'hygiène, trop peu utilisées jusqu'ici. Si nous ne nous trompons, trois seulement sont actuellement pourvues d'un poste.

M. Legros vivement applaudi, donne à l'association l'assurance qu'il continuera, malgré son éloignement du Parlement, à s'intéresser aux hygiénistes et à la question de l'emploi des femmes à laquelle il est entièrement favorable.

M. Loir (du Havre), président du Syndicat des médecins hygiénistes de France, apporte les conseils d'un aîné, et il encourage les diplômés à se mettre au courant des questions administratives, afin de ne pas rester de simples conseillers techniques.

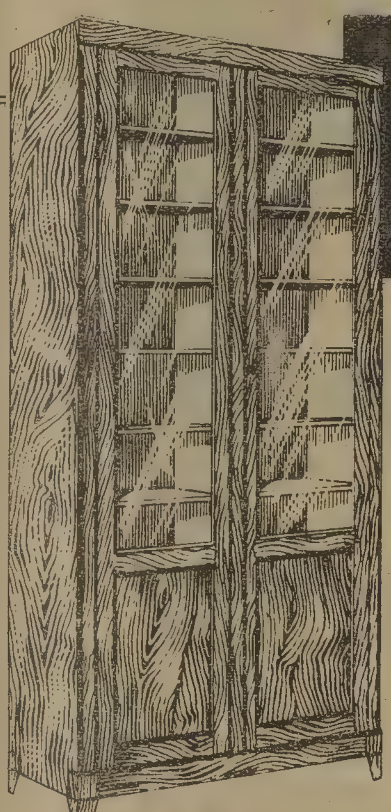
M. F. Le Sourd parle au nom de l'Association de la presse médicale française, puis M. François-Martin, au nom des professeurs de l'Institut d'hygiène, prononce un excellent discours plein d'enseignements précieux.

M. le professeur Tanon, enfin, apporte ses félicitations aux nouveaux diplômés. Avec son solide bon sens, et avec la grande bienveillance qu'il sait si bien montrer à ses élèves, il leur donne d'ultimes conseils. Il est l'objet d'une longue et affectueuse ovation.

Je m'en voudrais de ne pas mentionner un jeune confrère qui, avec un entrain joyeux, vint nous dire la spirituelle ballade de l'hygiéniste. Il remporta un brillant et très juste succès.

RENSEIGNEMENTS

MÉDECIN : Sanatorium dans station d'altitude renommée cherche association avec médecin ayant clientèle. Capitaux et résidence pas nécessaires. Offres par écrit sous chiffre 632 au cabinet Gallet, 47, boulevard Saint-Michel, Paris.




DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
RACHITISME AFFECTIONS HÉPATIQUES ASTHÉNIE ETC
DRAGÉES DE
CHLORURE DE MAGNESIUM
ADRIAN
LE MEILLEUR PRÉVENTIF DES NEOPLASMES
BOURGEOIS
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE. PARIS (3e)

LIVRES NOUVEAUX

La lecture sur les lèvres chez les sourds. Rééducation psycho-visuelle (1), par Henriette HOFFER et G. DE PARREL.

La lecture sur les lèvres est l'art de comprendre la parole d'autrui par les mouvements des organes phonateurs externes et du visage tout entier. C'est pour les sourds une *véritable audition par les yeux.* Mais ce procédé de suppléance auditive ne s'invente pas ; il ne s'acquiert qu'à la longue et grâce à des exercices méthodiques.

Les auteurs — qui ont une grande pratique de l'enseignement de la lecture sur les lèvres chez les sourds et les sourds-muets — ont exposé avec une précision remarquable les *principes directeurs* et la *technique de l'instruction labiologique.* Ils ont pris soin de rappeler les *notions indispensables de phonétique,* qui sont à la base de la labiologie. De nombreuses photographies permettent de suivre facilement le texte et d'étudier à loisir les dessins labio-faciaux des différents phonèmes.

Les sourds et les personnes de leur entourage trouveront dans ce manuel des leçons toutes préparées qui leur permettront de mener à bien cette initiation à la lecture sur les lèvres, sans perte de temps, sans fausses manœuvres.

La *lecture sur les lèvres est une aide précieuse pour le présent et une sauvegarde pour l'avenir.* Tous les enfants sourds, toutes les jeunes filles ou jeunes femmes atteints d'otospongiose, tous les adultes et les gens âgés scléreux de l'oreille, devraient apprendre à lire sur les lèvres dès que l'amoindrissement de leur acuité auditive se manifeste de façon précise et avant que le temps n'accomplisse son œuvre de déchéance fonctionnelle.

La lecture sur les lèvres rétablit le courant des échanges d'idées, facilite l'exercice professionnel, maintient le contact avec l'entourage, en un mot permet au sourd de vivre d'une existence se rapprochant d'aussi près que possible de la normale. Comme l'ont fort bien dit la doctoresse Hoffer et le docteur de Parrel, c'est « *le plus puissant des palliatifs à la plus lourde des infirmités* » ; il faut les remercier d'avoir mis ce remarquable moyen de secours à la portée de tous dans ce livre si clair et si pratique.

L. G.

(1) Collection de Parrel des Manuels de rééducation. In-8 carré de 192 pages avec 50 figures dans le texte. — Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

L'Examen gynécologique. Principes et technique de l'exploration. Grands syndromes gynécologiques (1), par Ch. LEFEBVRE.

Ce livre est destiné à ceux qui veulent entreprendre l'étude de la Gynécologie, et particulièrement aux étudiants désireux d'aborder avec assurance la clinique gynécologique. Il est divisé en trois parties :

I. *Des considérations anatomiques et physiologiques rapportées à la clinique.*

II. *Les moyens d'investigation.*

III. Enfin, dans une troisième partie, l'auteur expose rapidement *les grands syndromes gynécologiques.*

Ainsi compris, ce livre devient l'aide indispensable qui facilitera considérablement la tâche de ceux pour lesquels le diagnostic devient d'autant plus aisé et certain que les recherches ont été effectuées avec ordre, méthode et précision.

L. G.

(1) Paris, Maloine.

SÉMÉIOLOGIE DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA DOULEUR MORALE

LEUR TRAITEMENT

Par M. L. MARCHAND.

Certains états morbides ne consistent en réalité qu'en l'exagération d'un état physiologique. C'est ainsi que l'anxiété et la douleur morale, qui peuvent être des manifestations psychiques légitimes, peuvent aussi constituer à elles seules des états morbides ou former un des éléments d'un syndrome neuro-psychique.

L'anxiété légitime ou normale est un phénomène psychique d'ordre affectif caractérisé à son plus faible degré par un sentiment d'incertitude, d'irrésolution, d'attente et d'espoir, à un degré plus élevé par la douleur morale. Elle s'accompagne d'un état particulier de l'idéation et de l'attention qui restent localisées sur tout ce qui concerne la cause de l'anxiété. L'angoisse, phénomène physique, s'associe souvent à l'anxiété et à la douleur morale, mais non nécessairement. De même, peuvent se surajouter tous les troubles multiples d'ordre vago-sympathique tels que désordres vasomoteurs, sécrétoires, cardiaques et moteurs.

Cette forme légitime de l'anxiété est généralement déterminée par l'incertitude où l'on se trouve au sujet d'un danger sérieux couru soit par soi-même, soit par une personne qui vous est chère, au sujet du résultat d'un examen ou d'une entreprise hasardeuse (trac des artistes, etc...), au cours d'affections organiques, principalement au cours de celles qui intéressent le cœur, le système digestif, les organes génito-urinaires.

Chez le sujet normal, l'anxiété et la douleur morale disparaissent avec la cause qui leur a donné naissance, mais quand cette cause se prolonge trop longtemps, quand l'espoir va en s'affaiblissant, quand les émotions sont répétées, il peut en résulter des troubles dont les principaux sont l'insomnie, l'amaigrissement, le dégoût de la vie. Il se crée ainsi un état psychopathique secondaire que tout médecin, même s'il n'est pas familiarisé avec l'étude des troubles mentaux, doit connaître, car un traitement prophylactique peut intervenir avec succès.

Ainsi, chez le sujet normal, l'anxiété et la douleur morale disparaissent généralement en même temps que les circonstances qui les ont provoquées. Entre cet état physiologique et les formes morbides que nous énumérons plus loin, il existe un état constitutionnel qui répond à la constitution émotive de Dupré. Il s'agit de sujets qui deviennent anxieux à propos de causes futiles, insignifiantes, qui sont inquiets pour des riens. Parmi ceux-ci, certains s'occupent constamment de leur santé et rentrent dans le groupe des malades dits imaginaires. Une simple parole, une lecture peut déterminer chez eux une crise anxieuse. Quant l'anxiété et la douleur morale revêtent une exagération durable, quand il y a nettement disproportion entre leur degré et la cause, le syndrome constitue la psychose anxieuse de Devaux et Logre.

L'anxiété et la douleur morale sont des manifestations très communes au cours ou au début de nombreuses affections. Elles peuvent se présenter avec des caractères particuliers qui permettent d'apporter un appui précieux au diagnostic. Nous les étudierons au cours des névroses, des psychoses, des malades nerveuses organiques à symptomatologie mentale prédominante, au cours des maladies nerveuses organiques pouvant accessoirement se traduire par des troubles psychiques.

Névroses. — NEURASTHÉNIE. — L'anxiété et la douleur morale sont secondaires aux sensations physiques anormales que le neurasthénique éprouve, au sentiment de fatigue aussi bien motrice qu'intellectuelle qui le rend incapable d'agir.

HYSTÉRIE ET PITHIATISME. — Une crise émotive simple peut constituer la forme légère de la crise pithiatique. Au cours de celle-ci, l'anxiété accompagne toujours la sensation de boule rétrosternale et de constriction thoracique. A l'époque où la grande crise hystérique avec son allure théâtrale était cultivée inconsciemment par les médecins eux-mêmes, la dernière phase de la crise consistait généralement en une crise émotive intense avec expression d'épouvante extrême.

NÉVROSE TRAUMATIQUE. — Les observations nombreuses faites au cours de la guerre ont permis de préciser qu'il y avait lieu de considérer dans tout accident cranien, d'une part l'émotion-choc, d'autre part la commotion cérébrale, les deux conditions pouvant réunir leurs effets sur le même individu.

L'émotion-choc est celle qui se produit à l'occasion des grands accidents, au moment de la déflagration des explosifs sans que le sujet ait subi la moindre commotion. Chez les personnes bien équilibrées, l'émotion-choc cesse rapidement et n'entraîne aucune conséquence fâcheuse. Chez le sujet prédisposé, le désordre psychique persiste plus ou moins longtemps et revêt les caractères de la psychose anxieuse dont nous avons parlé plus haut. Le choc émotif peut aussi déterminer un état d'obnubilation intellectuelle présentant les caractères de la confusion mentale aiguë avec rêves terrifiants.

La commotion cérébrale est en rapport avec des lésions organiques diffuses du cerveau et se traduit cliniquement par un état confusionnel (psychose traumatique) qui peut, comme n'importe quel état confusionnel, s'accompagner d'anxiété.

Qu'il s'agisse de choc émotif, de commotion cérébrale ou même de blessure quelconque, il est fréquent de voir se développer chez l'accidenté un état d'hyperémotivité qui complique les troubles organiques dûs au traumatisme et entraîne un état hypocondriaque venant exagérer les conséquences possibles de l'accident ou de la blessure.

Il est enfin une forme particulière d'anxiété qui apparaît chez les accidentés soumis à la loi sur les accidents du travail. Il se crée chez eux un état émotif particulier causé par la crainte de ne pas être assez indemnisés. Cette réaction aboutit fréquemment à une psychose de revendication à laquelle Brissaud a donné le nom significatif de sinistrose.

Psychoses. — OBSESSIONS. PSYCHASTHÉNIE. — L'anxiété est entretenue par l'idée obsédante, que celle-ci

soit en rapport avec une crainte, une phobie, un doute, une impulsion, une perversion instinctive. Le sujet a conscience du caractère parasitaire de l'idée que son raisonnement, tout en en reconnaissant l'absurdité, est impuissant à chasser, et il reconnaît qu'il s'agit d'une manifestation pathologique.

Toxicomanies. — L'état de besoin du toxique (opium, morphine, cocaïne, etc...) se traduit par un état anxieux qui n'est calmé que par l'administration d'une nouvelle dose du toxique. Au moment du sevrage thérapeutique, on peut assister à de violentes crises d'anxiété avec angoisse, agitation et idées de suicide qui nécessitent le placement du toxicomane dans une maison de santé.

Etats hypocondriaques. — Les troubles cénesthésiques et les manifestations douloureuses plus ou moins localisées dominent la scène morbide et entraînent un état d'anxiété, de malaise moral et d'angoisse. Les malades se croient atteints d'une affection grave et incurable.

Etats mélancoliques. — Dans la mélancolie simple avec conscience et dans la forme délirante, la douleur morale est le symptôme dominant ; le sujet reste prostré, déprimé, son activité cérébrale est inhibée, ses sentiments affectifs sont abolis.

Dans la mélancolie anxieuse, qui n'est qu'une phase ou un épisode de la mélancolie simple ou délirante, les réactions anxieuses telles que l'agitation, les gémissements, la gesticulation désordonnée, les fugues, dominent la scène.

Quand l'anxiété et la douleur morale apparaissent pour la première fois chez des sujets ayant dépassé la cinquantaine, il faut penser à la forme dite « mélancolie d'involution » dont le pronostic chronique est à redouter.

Quand la mélancolie avec son caractère anxieux alterne avec l'excitation maniaque elle constitue une phase de la psychose à double forme ou psychose maniaque-dépressive.

Délire de persécution. — Au début de cette psychose, il est fréquent de noter un état anxieux, un sentiment d'inquiétude sans douleur morale accusée. Le sujet en même temps qu'il éprouve des sensations étranges se figure que l'attitude de son entourage est changée, que sa sécurité est en danger.

Maladies nerveuses à symptomatologie mentale prédominante. — Confusion mentale simple. — C'est surtout quand à la confusion des idées s'associe de l'onirisme, que l'anxiété est fréquente. La plupart des cas de confusion mentale rentrent soit dans le groupe des délires toxiques dont le type est le délire alcoolique, soit dans le groupe des encéphalites psychosiques, soit dans celui des psychoses traumatiques.

Alcoolisme cérébral. — Dans la forme subaiguë, l'onirisme est le symptôme dominant. C'est un délire de rêve pantophobique, surtout nocturne. Le sujet est en proie à des hallucinations terrifiantes. L'anxiété domine le tableau clinique.

Quand cet état onirique se complique de fièvre, de tremblement, de sueurs, de troubles vaso-moteurs, l'accès prend le nom de *delirium tremens*.

Encéphalites psychosiques. — Dans ces encéphalites, dont le syndrome appelé délire aigu est la forme la plus grave, les troubles mentaux prédominent sur les autres symptômes et consistent en un état de confusion mentale anxieuse avec onirisme. Au point de vue physique, le sujet présente un état typhoïdique.

Paralysie générale. — Une crise anxieuse avec douleur morale absolument semblable à celle de l'anxiété mélancolique peut marquer le début de la paralysie générale. Souvent à cette période il n'existe encore aucun des signes physiques de la paralysie générale. Les recherches des stigmates spécifiques, les résultats positifs d'une ponction lombaire permettent le diagnostic.

Démence précoce. — A sa période initiale l'anxiété est un symptôme fréquent, surtout dans la forme encéphalitique. Elle est liée à d'autres troubles psychopathiques, en particulier à la confusion mentale avec délire mélancolique ou hypocondriaque et elle peut être le symptôme dominant. Cette particularité est importante à connaître, car toute crise anxieuse survenant sans cause apparente chez de jeunes sujets doit faire craindre un début de démence précoce.

Démence sénile. — C'est surtout au début même de la démence sénile qu'on observe des crises d'anxiété avec douleur morale, idées mélancoliques. Cet état décrit sous le nom de mélancolie présénile précède la déchéance intellectuelle.

Quand la démence sénile est confirmée, les crises anxieuses sont plus rares. Cependant quand, au cours de l'affaiblissement intellectuel sénile, apparaissent de la défiance et des idées de préjudice, on peut encore observer des réactions anxieuses avec agitation.

Epilepsie. — L'aura de la crise épileptique peut consister en un état anxieux, angoissant, apparaissant brusquement, conscient, s'accompagnant d'un malaise indéfinissable ou d'un sentiment de peur. Chez certains sujets traités, la crise ne consiste plus qu'en cet état qui n'a qu'une courte durée, mais qui est très pénible pour le malade.

Maladies nerveuses organiques. — L'anxiété et la douleur morale peuvent également s'observer au cours des maladies organiques suivantes : les tumeurs cérébrales, les méningo-encéphalites, l'encéphalite épidémique, les encéphalites toxi-infectieuses, en particulier la rage, la syphilis cérébrale, l'abcès cérébral, l'artério-sclérose cérébrale, le ramollissement cérébral, le syndrome pseudo-bulbaire, le tabès, la paralysie agitante. Les sujets atteints de ces affections ont souvent conscience de la gravité de leur état, assistent au progrès du mal, leur anxiété est légitime.

Mais à côté de cette forme, de véritables crises anxieuses confusionnelles peuvent survenir au cours de ces affections, à titre épisodique, ou même en marquer le symptôme initial.

Des réactions somatiques dans l'anxiété. — L'anxiété et la douleur morale, phénomènes psychiques, ont pour siège le cortex cérébral. La crainte, l'appréhension, le sentiment d'espoir font partie des opérations intellectuelles conscientes. Les sujets atteints d'affaiblissement intellectuel profond n'éprouvent plus ni anxiété, ni douleur morale. L'anxiété peut ne pas s'accompagner de réactions somatiques. Certains sujets peuvent se dominer et restent impassibles. Généralement l'anxiété entraîne un déséquilibre endocrino-sympathique intéressant la motricité, la respiration, la circulation, les sécrétions, la vaso-motricité. Il y a autant de réactions différentes qu'il y a de causes émotionnelles et d'individus. Chez le même sujet, suivant son état physiologique (état digestif, état de fatigue, etc...), la crise anxieuse peut se traduire par des phénomènes somatiques différents.

On a tenté cependant de classer les réactions anxieuses suivant deux formes. C'est ainsi que Logre décrit une anxiété sympathicotonique et une anxiété vagotonique, Laignel-Lavastine une anxiété « blanche » et une anxiété « rouge » d'après les réactions vasomotrices.

Il est en effet fréquent de voir, au cours des états anxieux, l'un des deux tonus, sympathique ou parasympathique, l'emporter sur l'autre, mais l'observation montre, en fait, que tout le système nerveux végétatif est perturbé, qu'il y a intrication des réactions sympathiques et vagotoniques. Au cours de la même crise anxieuse, on peut voir alterner l'une et l'autre de ces réactions.

Traitement. — Le traitement de l'anxiété et de la douleur morale est prophylactique, étiologique, symptomatique.

Aux sujets présentant la constitution émotive, on devra éviter toutes les causes de dépression, on leur conseillera les professions qui ne nécessitent ni surmenage, ni intoxications, ni émotions, une vie calme, régulière. Souvent, la présence à côté d'eux d'une personne ayant su capter leur confiance suffit pour prévenir l'éclosion d'une crise anxieuse.

En présence d'un état anxieux, on devra chercher d'abord si cet état n'est pas symptomatique d'une affection organique du système nerveux susceptible de disparaître sous l'influence d'un traitement. Parmi les maladies que nous avons énumérées plus haut, certaines peuvent être combattues avec succès, par exemple l'intoxication alcoolique, les encéphalites toxi-infectieuses, la syphilis cérébrale, le ramollissement cérébral et même la paralysie générale.

Le traitement symptomatique, quelle que soit la cause de l'anxiété, aura pour but de combattre l'amaigrissement, l'insomnie et l'excitabilité neuro-végétative.

Contre l'amaigrissement, on aura recours à une hygiène alimentaire réglée, au repos au lit, aux accélérateurs de la nutrition (préparations phosphorées, arsenicales).

Contre l'insomnie et l'excitabilité neuro-végétative, de nombreux médicaments ont été préconisés ; les uns sont présentés comme inhibiteurs du sympathique, les autres comme inhibiteurs du pneumogastrique. Il faut reconnaître que le traitement sera le plus souvent empirique et qu'on devra procéder par tâtonnement puisque tout le système nerveux végétatif est perturbé.

Les bromures, l'opium, les barbituriques et certains produits d'origine végétale tels que la belladone, la valériane, la jusquiame, la stramoine, l'aubépine, la passiflore, l'anémone pulsatile, la ballote, la drosere forment l'arsenal thérapeutique de l'anxiété et de la douleur morale.

L'opium, sous forme de sirop, ou le laudanum, à doses progressives, a de nombreux succès à son actif. Il a le seul inconvénient de causer une constipation opiniâtre qui nécessite l'usage fréquent des purgatifs. On ne doit user de l'injection de morphine qu'avec beaucoup de prudence, car chez les psychopathes le besoin de doses de plus en plus fortes se fait rapidement sentir.

Les bromures calment surtout l'anxiété et la douleur morale des obsédés, l'agitation anxieuse ; l'inconvénient des bromures est de déterminer souvent des troubles digestifs dès que l'on atteint la dose thérapeutique nécessaire (3 à 4 grammes par jour).

Les produits d'origine végétale ne sont à conseiller que dans les cas de légère anxiété et principalement chez les névropathes plus angoissés qu'anxieux. Associés aux bromures, ils sont de très bons modérateurs de l'excitabilité neuro-végétative.

Parmi les barbituriques, on a préconisé de nombreux produits. La phényl-éthyl-malonylurée associée aux alcaloïdes totaux de la belladone sous le nom de Belladénal nous a toujours rendu de grands services à la dose de 2 à 4 comprimés par jour dans toutes les formes d'anxiété et de douleur morale en rapport avec les affections organiques du système nerveux, chez les alcooliques avec onirisme anxieux, chez les morphinomanes au cours de la désintoxication, chez les mélancoliques, chez les sujets atteints de paroxysmes anxieux au cours de syndromes viscéraux (angine de poitrine). Cette association médicamenteuse agit à la fois sur l'insomnie et sur l'excitabilité neuro-végétative. Il sera toutefois nécessaire de surveiller la tolérance de chaque malade.

On a préconisé aussi les extraits de glandes à sécrétion interne, principalement l'extrait ovarien ou orchitique. L'hydrothérapie sous forme de douche tiède, de bains, le repos au lit sont de précieux adjuvants du traitement médicamenteux.

La psychothérapie variera suivant les formes d'anxiété. L'expérience a montré qu'il est inutile de raisonner les mélancoliques et les délirants anxieux. Par contre, les obsédés sont toujours très sensibles aux arguments rassurants qui leur démontrent combien leurs craintes sont injustifiées.

Enfin, tout anxieux doit être surveillé. Si la crise anxieuse s'accompagne d'idées de suicide, l'isolement dans une maison de santé est indiqué.

Thérapeutique médicale : III *Foie, glandes endocrines et nutrition*, par Maurice LOEPER, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, avec la collaboration du docteur André LEMAIRE, chef de laboratoire à la Faculté. Un volume de 372 pages, avec 55 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

HYGIÈNE PUBLIQUE

RÉHABILITONS LE LAIT CRU

Dans un article publié en mars 1932 par « La Pratique Médicale Française », l'auteur, docteur en médecine et docteur-vétérinaire, après une incursion rapide dans les conditions de l'approvisionnement de Paris en lait, les résultats de ses recherches, au nombre de 44, sur la présence du coli-bacille dans cet aliment, et après avoir parlé de la nécessité d'un contrôle hygiénique, termine par cette conclusion inattendue :

« Aussi, croyons-nous qu'il est bien difficile de livrer ceux-ci (les laits crus) avec des garanties supposant l'absence de bacille tuberculeux, de coli-bacille, de streptocoques, de micrococcus melitensis... Comme, d'autre part, leur composition chimique et biologique ne convient pas à la très grande majorité des nourrissons, nous restons partisan de l'approvisionnement de Paris en lait contrôlé, pasteurisé, de préférence à basse température. »

Voilà le grand mot lâché, la tarte à la crème des ennemis de tout effort !

Il y a des microbes pathogènes dans le lait ?

Pasteurisez et buvez !

Il y a du pus dans le lait ?

Pasteurisez et buvez !

Il y a de la m... dans le lait ?

Pasteurisez et buvez !

Récemment, paraît-il, un des maîtres de nos Ecoles vétérinaires, parlant au grand public par T.S.F., après avoir montré que le lait peut donner la tuberculose, la fièvre de Malte, etc., aurait conclu par le fameux : « Faites bouillir le lait ! »

Qui ne comprend combien de tels conseils sont désespérants pour les producteurs intelligents, instruits, consciencieux, courageux, qui font des efforts considérables et dispendieux pour produire un lait cru aussi peu offensif que possible et offrant au consommateur cette richesse vitale que les laits cuits ne possèdent plus !

Comme on sait bien, chez nous, paralyser les bonnes volontés, saper les énergies, protéger la routine !

Hélas ! à tout instant, nous retrouvons les mêmes difficultés, les mêmes objections, les mêmes craintes, et, aussi, les mêmes défaillances de caractère préconisant les mêmes abandons.

C'est ainsi qu'au VIIe Congrès International de Laiterie qui s'est tenu à Paris en mai 1926, avait été proposé le vœu « que tous les laits mis en vente en nature soient pasteurisés par des procédés industriels efficaces ou stérilisés ».

Des nombreuses protestations qui s'élevèrent et qui le firent rejeter, je ne veux retenir que celle-ci, de M. Posthuma, ancien ministre de l'Agriculture des Pays-Bas :

« Si M. le Président parle du lait produit en France, il ne m'appartient pas de m'inscrire en faux contre ses paroles, car je ne connais qu'imparfaitement les conditions de la production du lait dans ce pays. Mais nous ne devons pas oublier que notre Congrès est international et je demande qu'on veuille bien nous donner acte que les Pays-Bas produisent depuis vingt-cinq ans d'excellent lait cru. »

Il n'y a pas que les Pays-Bas ! En Belgique, en Angleterre, aux Etats-Unis, etc., on produit et on consomme d'excellent lait cru.

On en produit aussi en France. Grâce à la circulaire interministérielle du 15 novembre 1927, de MM. Queuille et Fallières, la production de lait propre, réservée jusqu'alors à de rares exploitations, s'est étendue à plusieurs départements.

Désormais, on peut consommer du lait cru dans de nombreuses villes. On en peut consommer à Paris. Nos hôtes américains, amateurs de lait cru, ne seront plus obligés de le faire venir d'Angleterre par avion comme auparavant : ils en trouveront à Paris.

Mais, toutefois, à une condition.

C'est que la population ne soit pas travaillée en sourdine par une propagande inspirée bien plus de la basse concurrence commerciale que du souci de la santé publique et tendant à jeter le discrédit sur les laits crus contrôlés par les services officiels. Je n'insiste pas ; tout le monde comprendra.

Il ne faut pas, non plus, que des hommes qualifiés par leur science, par leurs fonctions, par leur autorité, se fassent les complices inconscients de ces manœuvres hypocrites et que leur naïve loyauté d'hommes de laboratoire serve d'appoint précieux aux sinistres naufrageurs.

La question est d'importance !

La stérilisation — et la pasteurisation n'est qu'une stérilisation imparfaite — la stérilisation appliquée à un produit vivant, destiné à des êtres vivants, est une absurdité. L'alimentation doit contenir des cellules vivantes, non des germes morts. Or, que nous donne-t-on sous forme de lait pasteurisé ? Des cadavres en bouteille. Nous n'en voulons pas. Nous voulons un aliment propre, vivant, nutritif. Le lait pasteurisé n'est ni propre, ni vivant, ni nutritif. Il n'est pas nutritif en ce sens qu'une partie, la plus importante, peut-être, des principes vitaux du lait a été détruite par la pasteurisation, en même temps, je le veux bien, qu'un certain nombre de microbes pathogènes. Je n'apprendrai rien à personne en rappelant que les phosphates de chaux, notamment, sont gravement altérés par la pasteurisation. Or, combien d'enfants, aujourd'hui, sont rachitiques ? A quoi est dû ce rachitisme, presque ignoré il y a trente ans ? A cette lamentable méthode préconisant d'alimenter les enfants avec un lait décomposé par la chaleur.

Et combien d'autres composants sont modifiés ou détruits par la chaleur ! Lécithines, vitamines, diastases sont substances fragiles : la nature a prévu qu'elles ne subiraient le contact que de muqueuses délicates, imprégnées de liquides organiques idoines ; elle s'insurge lorsque nous les brutalisons par des températures meurtrières.

N'ai-je pas le droit de rappeler aussi que le lait est une substance vivante au sortir de la mamelle et que la nature a prévu que cette *chair liquide vivante* serait consommée telle quelle, sans modification ?

La stérilisation tue la vie. On l'a même inventée pour cela ! Mais la pasteurisation, instrument imparfait et aveugle de stérilisation, respecte des germes de putréfaction, si bien qu'un lait pasteurisé doit être considéré comme un aliment en voie de putréfaction.

C'est cela que des savants nous recommandent de donner à nos enfants ? Une mixture qui n'est plus du lait, dans laquelle les bienfaisants bacilles lactiques ont été soigneusement exterminés, mais qui permet aux germes putréfiants de pulluler à l'aise, comme ils le font sur n'importe quelle charogne ?

Car je vous le dis en vérité : le lait tout-venant pasteurisé n'est pas autre chose qu'une charogne, une charogne qui a généralement gardé la couleur et l'odeur de l'aliment frais, une charogne hypocrite, mais une charogne. J'en excepte les rares laits contrôlés officiellement.

Quant à l'efficacité du lait cru, je dois à l'obligeance du docteur Babonneix, médecin de l'Hôpital d'Enfants, à

Saint-Louis, d'avoir cueilli deux observations intéressantes, dans une brochure publiée en octobre 1906, il y a plus d'un quart de siècle, par la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiâtrie, portant ce titre : « L'alimentation des nourrissons par le lait de vache cru. Ses avantages et ses inconvénients, par MM. Méry et L. Guillemot ».

OBSERVATION I. — X... pesait à sa naissance 3 k. 335 le 16 novembre 1905. L'enfant est mise au sein pendant quelques jours puis, presque immédiatement, on donne du lait stérilisé à domicile que l'enfant ne supporte pas. Elle présente des vomissements, de la diarrhée. On change le lait, tout en continuant le lait stérilisé. Les troubles gastro-intestinaux continuent et le 19 janvier 1906, c'est-à-dire à 2 mois et 3 jours, l'enfant n'avait augmenté que de 385 grammes. Mise au lait cru le 19 janvier, pesant 3 k. 725, le 26 janvier, elle pèse 4 k. 250, ayant augmenté de 530 grammes en 9 jours. L'enfant continua de progresser régulièrement. Au 1er juillet, elle pesait environ 8 kilos. Aucun incident ne s'était produit pendant toute cette période. L'enfant était ferme, bien colorée, de santé parfaite. Le lait cru fut continué pendant le mois de juillet sans le moindre incident. A la fin de juillet, l'enfant partit à la mer, aux environs de Berck. On tenta l'expédition du lait cru, mais on dut presque aussitôt y renoncer, l'enfant ayant eu des accidents de gastro-entérite à la suite de la première bouteille de lait transporté.

OBS. II. (Thèse de Huré). — Enfant T..., nourri au lait stérilisé, puis mis au lait Backhaus sans aucune amélioration. Cet enfant, dès qu'il prit le lait cru, se mit à augmenter régulièrement, prenant 1.200 grammes en 1 mois et 1/2.

Et les deux médecins ajoutent :

Aussi, nous vous demandons... de bien vouloir vous unir à nous pour obtenir que l'Assistance publique, elle aussi, puisse faire bénéficier ses nourrissons malades de ce précieux mode d'alimentation, en créant un établissement où la production et l'administration du lait cru seraient surveillées médicalement d'une façon rigoureuse.

Puisque je parle de l'Hôpital Saint-Louis, faut-il rappeler que le docteur Jules Renault, membre de l'Académie de Médecine, a publié dans la revue « Le Lait », en juillet-septembre 1923, une étude sur l'emploi du lait cru chez les enfants de son service. Sa conclusion est la suivante :

Si l'on tient compte de la surveillance rigoureuse à laquelle sont soumises les vaches et du fait qu'on peut impunément consommer le lait sans le faire bouillir... nos résultats autorisent à encourager vivement les procédés de traite et de conservation de laits crus analogues à celui que nous avons étudié.

La nature n'a jamais imaginé de faire cuire le lait des mères avant de le faire boire aux petits. La chienne ne fait pas bouillir son lait ; la baleine nourrit son baleineau de lait cru, la chauve-souris, elle-même, nous apprend Buffon, transporte et allaite ses petits en volant. Quel est, dans toute la classe des mammifères, l'animal qui fait bouillir le lait avant de le donner à son enfant ? Un seul, et c'est l'Homme !

Et lorsque l'enfant n'arrive pas à digérer le lait de vache cuit, archi-cuit, recuit, homogénéisé, sucré, condensé, mutilé de mille manières, que fait le médecin, que fait l'hygiéniste ? O ! comble d'illogisme, d'inconséquence et de sottise : il fait boire à l'enfant du lait d'ânesse *cru !*

G. ROÉLAND,
Docteur vétérinaire,
Conseiller municipal de Paris,
Conseiller général de la Seine.

Précis de radiodiagnostic, par Paul LAMARQUE, professeur agrégé de Montpellier. In-8° de 750 pages avec 374 radiographies hors texte et schémas explicatifs. Prix : cartonné : 125 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 AVRIL 1932)

Sur un nouveau mode d'autosérothérapie dans les asthmes graves et les coryzas spasmodiques apiriodiques. — MM. André JACQUELIN, J. TURIAF, DAVOUS et RÉVRILLAUD ont pensé qu'il pouvait y avoir intérêt à modifier la méthode autosérothérapique de MM. Achard et Flandin en injectant autosérum directement dans les muqueuses sensibilisées ou à leur voisinage immédiat, chez les asthmatiques et chez les malades atteints de trachéobronchite ou de coryza spasmodique apiriodique.

Cette *autosérothérapie intra-muqueuse* a été appliquée uniquement à des cas graves, anciens, pour la plupart traités vainement par les médications les plus diverses, notamment l'auto-hémothérapie, la peptonothérapie, la radiothérapie.

Ils ont ainsi pu améliorer d'une manière le plus souvent considérable 10 asthmatiques graves sur 13 traités, 1 cas de trachéobronchite spasmodique et 4 cas de coryza spasmodique apiriodique.

A propos des désordres hématoloppis provoqués par les sels d'or. — MM. Ch. ACHARD, F. COSTE et R. CAHEN.

Sur un nouveau cas d'agranulocytose post-chrysothérapique. — MM. André JACQUELIN et A. ALLANIC (de Lorient) relatent un cas d'agranulocytose typique apparue au cours d'un traitement par la crisalbine pratiqué chez une tuberculeuse pulmonaire à des doses relativement faibles. Un traitement antérieur du même type avait été très bien supporté. Les auteurs posent la question du rôle des sels d'or dans l'apparition de cette complication mortelle.

Incontinence nocturne d'urine chez les enfants. — M. J. COMBY ne croit pas que l'énurésie des enfants soit de nature syphilitique, et le traitement spécifique échoue toujours. Il conseille un régime plus végétarien que carné avec restriction des boissons, et l'acide phosphorique.

Sur l'origine des hématémèses. — MM. René-A. GUTMANN et Michel DEMOLE rapportent le résultat de l'étude complète de 100 malades envoyés en consultation pour hématémèse. Ils ont, pour simplifier, éliminé les cas de moloena, qui posent des problèmes topographiques encore plus variés.

Sur ces 100 malades, les auteurs n'ont trouvé que 19 ulcéreux.

Le cancer de l'estomac n'a pu être mis en évidence que dans 3 cas.

Les hématémèses chez des malades atteints d'appendicite ou de cholécystites, avec ou sans périviscérite, sont bien connues ; mais les auteurs insistent sur leur fréquence.

6 fois seulement on se trouva en présence de petits hépatiques, cirrhoses alcooliques, syphilis hépatique.

Après avoir éliminé un certain nombre de causes plus rares : tumeurs bénignes, syphilis gastrique, il reste 21 cas dont aucune investigation, aucune exploration ne permet à l'heure actuelle de faire la preuve, et qui sont peut-être en rapport avec des troubles sanguins, vasculaires ou spléniques au début, tous encore peu connus.

Cette statistique prouve qu'il ne faut pas, en présence d'une hémorragie digestive, penser *d'abord* à l'ulcère ou au cancer ; elle appelle l'attention sur les hémorragies des dyspepsies secondaires (appendicites, cholécystites) et surtout sur l'importance, dans la genèse des hémorragies, des facteurs dyscrasiques encore à l'étude.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 AVRIL 1932)

Action du poumon sur les acides gras volatils du sang circulant (2e note). — MM. L. Binet, E. Aubel et Mlle M. Marquis. 1° La disparition des acides gras volatils dans les poumons est précédée d'une fixation des acides par le parenchyme pulmonaire ;

2° L'acide fixé peut être défixé par divers électrolytes. La nature de l'anion de l'électrolyte joue un rôle dans le pouvoir défixant.

3° La disparition de l'acide volatil est le fait du système réticulo-endothélial.

Mesure de l'excitabilité du double système neuro-sécrétoire de la glande sous-maxillaire. Chronaxie et temps de sommation. — M. et Mme A. Chauchard ont étudié comparativement, chez le chien, l'excitabilité de la corde du tympan et des filets sympathiques sécrétoires. La chronaxie de ces filets nerveux est de 1 à 1,5 millièmes de seconde, tandis que celle de la corde du tympan est de 4 dix millièmes de seconde. Les temps de sommation de ces deux systèmes sont très voisins : 8 secondes par excitation de la corde du tympan, 9 à 10 par excitation du sympathique.

Sur la bacillémie et la virulence des tissus apparemment sains des cobayes tuberculeux. — M. A. Boquet. Quels que soient l'importance de la bacillémie et le degré de la généralisation tuberculeuse, certains tissus peuvent rester indemnes. Or, ces mêmes tissus se montrent pendant un très long délai réceptifs aux surinfections exogènes. Par conséquent, on ne peut attribuer à un état d'immunité le fait qu'ils échappent aux surinfections endogènes qui les menacent continuellement.

Il apparaît donc que le bacille de Koch peut circuler indéfiniment dans les vaisseaux sanguins sans engendrer la moindre lésion. On est ainsi conduit à penser que les métastases bacillaires, les localisations les plus éloignées produites par les surinfections endogènes bacillémiques dépendent directement de facteurs locaux qui favorisent la fixation des germes véhiculés par le sang.

Variations du taux du G. S. H. dans le sang sous l'influence d'infections de vagotonine. — MM. L. Garrelon et T. Gallet, dosant sur des chiens le G. S. H. réduit dans le sang avant et après injection de vagotonine, constatent une augmentation de ce taux de plus du tiers. Des expériences de contrôle faites avec une insuline purifiée ne permettent de constater aucune variation du taux de G. S. H. dans le sang.

Ainsi se trouve démontrée l'action bien spéciale de la vagotonine.

Une mesure de l'activité physiologique. — M. Leconte de Nouy montre, par l'étude de la cicatrisation des plaies, que l'activité physiologique diminue avec l'âge. Cette communication est le point de départ d'une intéressante discussion. M. Lapicque fait intervenir la notion de chronaxie. M. Weinberg demande qu'on précise la médication employée pour traiter les plaies qu'a servies l'auteur. M. Piéron distingue entre les perceptions courtes, qui ont une origine purement sensorielle, et les perceptions longues, dans l'estimation desquelles intervient un facteur psychologique.

Résultats des cutiréactions effectuées, chez des hommes atteints d'hypersensibilité pollinique, avec des extraits protéiniques des différentes parties de la plante. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric, Paul Giroud et Mme A. Hugo montrent que, chez un sujet sensibilisé à une graminée telle que dactyle aggloméré, l'extrait de pollen et l'extrait d'étamines donnent des cutiréactions à peu près égales : les pouvoirs antigéniques de ces deux extraits sont donc équivalents. L'extrait de plante sans pollen et sans étamines peut aussi servir comme antigène. L'extrait de racine n'a aucune propriété antigénique. Ainsi, pour mettre en évidence une sensibilisation aux graminées, il est possible d'utiliser des extraits soit du pollen, soit des étamines, soit même de la plante privée de ses étamines et de son pollen. Cette constatation n'est pas seulement d'ordre pratique : elle montre que l'homme sensibilisé aux graminées a une sensibilisation non pas uniquement au pollen, mais à la plante entière.

Sur l'intensité de l'allergie cutanée à la tuberculine chez les femmes tuberculeuses. — MM. Vacaboulis, C. Kerestetzis et Joannides ont recherché l'intensité de la réaction cutanée à la tuberculine chez les femmes tuberculeuses pendant la période de menstruation.

Chez les malades présentant des lésions de tuberculose pulmonaire torpide évoluant vers la guérison par sclérose, avec conservation d'un bon état général et disparition de l'expectoration bacillifère les cutiréactions pratiquées pendant les premiers jours de l'écoulement menstruel sont nettement plus fortes que celles faites avant ou après les règles.

Chez les tuberculeuses avec mauvais état général et dont les lésions continuent à évoluer, l'épreuve cutanée à la tuberculine qui était faiblement positive avant les règles ne subit aucune modification durant la période menstruelle et après la fin de celle-ci.

Nouvelle électrode portative pour détermination rapide périmentale du singe et de la souris blanche. — MM. C. Levaditi, P. Ravaut et R. Schœn. 1° Le virus lymphogranulomateux se conserve au moins 12 jours dans le vide et à basse température ;

2° Le germe de la maladie de Nicolas et Favre ne traverse pas les ultrafiltres en sacs de collodion ;

3° Chez les souris infectées par voie névraxique ou péritonéale, le virus se généralise ; il peut être présent dans le sang et dans la plupart des organes. La maladie expérimentale de la souris est, au même titre que celle du singe, une infection généralisée.

Nouvelle électrode portative pour détermination rapide du pH. — MM. Leconte de Nouy et Loiclein.

Eloge funèbre de M. Heymans. — M. Legendre, président.

— Société de biologie de Lyon (séance du 18 avril 1932) :

Indépendance du pouvoir bactéricide des urines des tuberculeux pour le bacille de Koch et des variations du pH et de certains constituants chimiques de ces urines. — MM. Paul Courmont, Henri Gardère, P. Pichat et Morelon continuant leurs intéressantes recherches sur le pouvoir bactéricide dans les urines des tuberculeux pour le bacille de Koch en cultures homogènes, les auteurs cherchent quel rapport il peut y avoir entre ce pouvoir bactéricide, l'acidité des urines et la proportion de certains constituants chimiques.

1° Chez 22 malades, le pouvoir bactéricide des urines s'est montré sans rapport avec le pH qui a varié entre 5,2 et 7,3, l'acidité apparente ou réelle, la quantité de chlorures, de phosphates ou d'urée. On peut trouver le même pH, la même acidité, les mêmes quantités d'urée, de chlorures ou de phosphates dans des urines très bactéricides ou qui ne le sont pas.

2° Si l'on fait varier artificiellement le pH d'une même urine (entre 5,2 et 7,8), on ne constate pas de variation du pouvoir bactéricide.

3° Les variations notables du pH (de 5,2 à 7,5), de l'acidité, de l'urée, des chlorures et des phosphates, dans les urines prélevées à différentes heures de la journée, chez un même malade, n'ont pas influencé le pouvoir bactéricide qui est resté constant.

Ce dernier n'est donc pas dû à l'acidité ou à l'alcalinité des urines ni à la quantité des chlorures, des phosphates ou de l'urée, mais paraît en rapport avec le pouvoir bactéricide du sérum déjà étudié par les auteurs.

INAUGURATION DU MÉDAILLON DE CHARLES DUJARIER

Chirurgien de l'hôpital Boucicaut,
Directeur de l'amphithéâtre des hôpitaux.
(*1870-1931*)

[Le dimanche 5 juin, les amis et élèves du Docteur Ch. Dujarier se réunissaient, pour inaugurer son médaillon, dans son ancien service de l'Hôpital Boucicaut. MM. Bénac et Durand au nom de l'Assistance Publique ,le Professeur Gosset, Président du Comité de la Médaille, le Professeur agrégé R. Proust, Secrétaire général de la Société de Chirurgie, M. Bourdel, Président du Dispensaire de l'Espérance, le Docteur Braine, Chirurgien des Hôpitaux, Secrétaire du Comité, prirent la parole à cette touchante cérémonie du Souvenir. Le Dr Braine a bien voulu nous confier le texte de sa belle allocution : elle fait revivre la si attachante figure de l'excellent chirurgien, du grand honnête homme que fut notre ami Ch. Dujarier. N.D.L.R.]

Dans ce beau service qui était son œuvre, où il avait tant travaillé de ses mains habiles, où il avait tant donné de lui-même pour secourir les blessés et les malades les plus graves, où il avait instruit tant d'élèves qui lui gardent une fidèle reconnaissance pour tout ce qu'il leur a appris, pour tout ce qu'il a fait pour eux, il m'est particulièrement douloureux de répondre à l'appel de ses amis et de ses disciples, qui m'ont donné mission de prendre aujourd'hui la parole en leur nom.

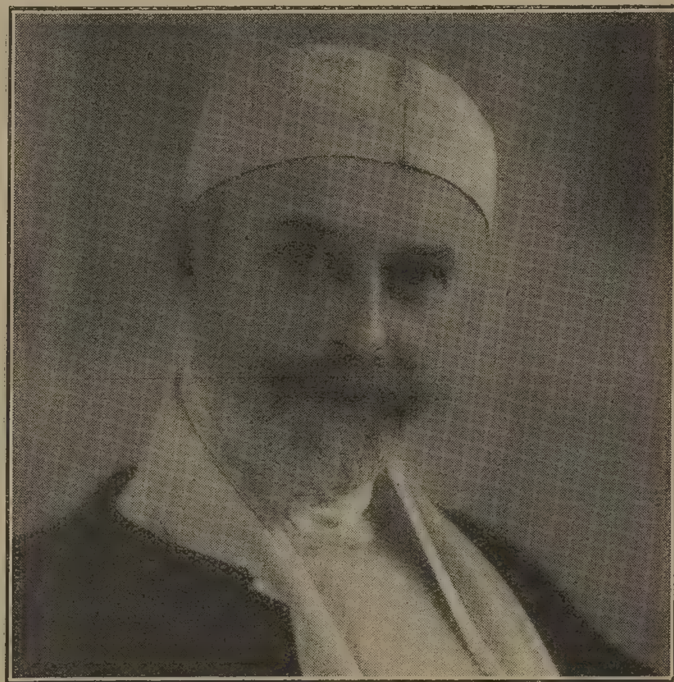
Il y a moins d'un an que la disparition soudaine, inattendue, d'un des meilleurs artisans de la chirurgie endeuillait cette Maison qui perdait son Chef : il animait ces salles de Boucicaut de son activité inlassable, de son énergie toute juvénile, de son dévouement sans bornes.

Nous avons peine à nous convaincre que sa haute silhouette, toute droite et toute franche, n'est plus ici à nos côtés et que la chirurgie qu'il avait si noblement servie, dans laquelle il avait coutume de placer tant d'espoirs, lui a refusé la guérison qu'il avait obtenue pour tant d'autres, quand l'heure vint pour lui-même de se confier à elle.

Pourquoi le taire : sa hâte à se soumettre à une intervention à laquelle il voulait ne consacrer qu'un temps très court, sans repos préalable, après une année de dur labeur où il avait mis à l'épreuve une résistance physique dont il n'avait jamais appris à mesurer les bornes, avait pour réel motif le désir d'opérer au plus tôt un malade auquel il avait promis son secours, sans nul souci de ménager ses propres forces ; n'est-ce pas là tout le caractère, fait de désintéressement et d'altruisme, de celui dont nous honorons aujourd'hui la mémoire, qui fut victime de son dévouement et de sa confiance inébranlable dans la chirurgie ?

Charles Dujarier aimait la chirurgie parce qu'il la faisait bien : il avait l'amour de l'ouvrage bien fait, l'horreur de l'à peu près. Un souci constant de faire mieux encore, d'améliorer ses techniques, d'étendre son champ d'action, une perfectibilité étonnante s'alliaient chez lui à l'enthousiasme de la jeunesse qu'il avait su conserver intact et à l'expérience d'un homme arrivé au point culminant de sa maîtrise. Ses gestes avaient une précision, une sûreté où se reconnaissaient à coup sûr les traditions les plus pures de l'anatomie et de la médecine opératoire, que son maître Farabeuf lui avait léguées et que, prosecteur à Clamart, il avait cultivées à la meilleure école.

Il est assez de mode actuellement, sous l'influence des écoles étrangères, de contester la portée des exercices cadavériques ; sous couleur d'une orientation plus « biologique » de la chirurgie, une sorte de coquetterie pousse parfois les meilleurs à nier la valeur éducative de l'amphithéâtre. Sans doute les préoccupations anatomiques s'estompent-elles, pour qui connaît à fond l'anatomie : ceux qui feignent de lui devoir peu ou d'en avoir, d'instinct, connu tous les détails, font penser à ces bons élèves qui,



Cliché Isabey.

pour en imposer aux autres, aiment à laisser croire qu'ils arrivent au but par pure intuition, en sachant tout, sans avoir eu besoin de rien apprendre. Pour bien connaître l'anatomie, il faut l'avoir, dit-on, plusieurs fois oubliée et réapprise : c'est pour ne plus tâtonner ou disséquer en opérant qu'il faut avoir beaucoup disséqué avant de savoir bien opérer, pour aller droit à la lésion, avec sécurité, temps par temps, par le meilleur chemin. Il suffit de voir opérer les chirurgiens qui furent de bons anatomistes et dont Ch. Dujarier fut le meilleur exemple, pour s'assurer que l'anatomie pratique, quoiqu'on dise, reste encore aujourd'hui la base de tout acte chirurgical digne de ce nom.

Dès qu'on voyait opérer Ch. Dujarier, dont le service était toujours si largement ouvert à qui voulait s'instruire, où tout se passait au grand jour, en pleine lumière, où rien n'était caché, on reconnaissait sans peine à la simplicité et à la précision de ses gestes, à la netteté de son champ opératoire, à l'ordre qui régnait dans la disposition de ses instruments dont le choix et le perfectionnement étaient un de ses soucis, à l'enchaînement méthodique des différents temps de son opération, un des meilleurs élèves de son maître Terrier. Si l'anatomie est à la base de la chirurgie, elle ne saurait suppléer à une discipline opératoire, à une technique réglée où se marque l'empreinte d'une Ecole : celle dont il était un des plus brillants représentants, se reconnaissait aisément.

C'était une belle figure de chirurgien complet, très polyvalent, que celle de Dujarier : on éprouvait un plaisir égal à lui voir opérer un goitre, un estomac, à lui voir pratiquer une intervention gynécologique ou une suture intestinale ; il y donnait autant que dans l'exécution d'une ostéosynthèse difficile, où il excellait, l'impression d'une maîtrise remarquable. Il avait ce point commun avec mon maître Paul Lecène, c'est qu'il s'attachait avec prédilection aux cas les plus ardus, qu'il semblait opérer mieux encore.

Un des mérites essentiels de celui dont la mémoire nous réunit aujourd'hui est d'avoir élargi le champ de la chirurgie que l'Ecole de Terrier lui avait appris à connaître, pour en transporter les méthodes dans des domaines nouveaux et particulièrement dans celui, plus récemment conquis, de la *chirurgie osseuse.* Mais s'il avait fait faire à cette dernière les progrès que l'on sait, c'est très certainement parce qu'il n'avait abordé cette spécialisation, à laquelle Lambotte d'Anvers l'avait initié, qu'après une connaissance parfaite de la chirurgie générale.

La chirurgie osseuse, minutieuse et précise entre toutes, qui exige une grande sûreté de main, un minimum de gestes, une hémostase rigoureuse, une asepsie absolue, ne pouvait être confiée à des mains plus expertes que les siennes. Il avait acquis dans cette branche difficile de la chirurgie qui ne s'accommode pas de médiocrité et qui peut aboutir à des désastres, une habileté consommée. Il pratiquait les ostéosynthèses les plus délicates, opérait des pseudarthroses, des fractures vicieusement consolidées, dont les difficultés avaient fait reculer les plus audacieux : il obtenait des résultats devant lesquels les adversaires les plus notoires de la chirurgie sanglante des fractures avaient dû s'incliner. Sa grande maîtrise lui permettait d'étendre les indications opératoires en chirurgie osseuse. On lui adressait de loin les cas les plus malaisés. Il ne se dérobait jamais devant les tâches ardues et les blessés ne se comptent pas qui doivent à sa courageuse attitude, à sa ténacité, à une expérience qui accroissait son audace, les guérisons les plus inespérées.

Son renom avait dépassé les frontières de notre pays, une assistance étrangère venait fréquemment s'instruire à Boucicaut ; sa perte a endeuillé la Chirurgie française.

Mais puisque c'est au nom de l'amitié, de l'attachement très profond que lui conservent ses élèves, que je viens rappeler ici ce qu'il fut, c'est moins du maître de la chirurgie osseuse, dont tous connaissent la renommée, qu'au *Patron* au grand cœur, à la limpidité de son caractère, à son désintéressement absolu, qui l'attachait avec prédilection aux plus humbles, à la solidité et au dévouement de son amitié, à toutes ces qualités intimes de l'homme que ceux qui le fréquentaient assidûment connaissaient mieux, car il les cachait souvent sous une apparente brusquerie, que je voudrais consacrer mes derniers mots.

Ch. Dujarier était la franchise même ; sa probité était transparente comme son allure était droite. Un perpétuel besoin d'action allié à un dévouement sans bornes le trouvait toujours prêt à mettre son habileté au service de ses malades.

Il savait s'attacher ses élèves et pourtant, comme il le reconnaissait volontiers, il ne les abreuvait pas de compliments, mais ceux qui avaient su mériter une confiance

qu'il ne donnait qu'à bon escient, trouvaient en lui un vrai maître qui, non content de leur apprendre admirablement leur « métier », leur accordait un appui sans réserves. D'aucuns savent très bien qu'il n'hésitait pas, toutes choses cessantes, à aller lui-même étudier sur place une situation lointaine pour tel de ses élèves en mal d'installation. Une de ses dernières paroles ne fut-elle pas pour manifester une joie profonde du succès à un dur concours, après une lutte ardente, de deux de ses élèves qu'il chérissait entre tous : « Le jour de leur nomination, disait-il, fut le plus beau de ma vie ! » J'aurais mauvaise grâce à ne pas me rappeler avec quelle bienveillance il revenait le soir à Boucicaut, tout spécialement pour nous obliger en nous argumentant sur des malades de son service, quand nous préparions, mes amis Boppe, Petit-Dutaillis et moi, le concours des Hôpitaux.

Comme il arrive d'ordinaire à ceux qui ont du caractère, le sien ne se ployait pas plus volontiers que sa haute, droite et fine silhouette, mais son cœur généreux savait, lui, toujours fléchir à l'appel d'un service à rendre, d'un ami à obliger, d'un malheureux à secourir. Il m'avait confié en riant qu'un jour Farabeuf lui avait lancé cette boutade, au début de sa carrière : « Tu es toujours raide, comme en fer, il te faudra pourtant plier pour réussir dans la vie ». Il aimait son vieux maître, qui plus que tout autre pouvait l'influencer ; il n'avait pourtant pas plié... ce qui n'empêcha pas ses grands mérites de le faire arriver.

Droiture, sincérité, probité absolue, s'alliaient chez lui à une ardeur à défendre ses idées, une combativité qui souffrait assez mal la contraction et que connaissent bien les assidus de la Société de Chirurgie ; mais il n'hésitait jamais à modifier ses idées sous l'influence de faits nouveaux ou d'affirmations contraires aux siennes, quand il les avait objectivement contrôlées.

Non seulement il ne voilait jamais un échec ou même un résultat dont sa critique exigeante était incomplètement satisfaite, mais il leur donnait aussitôt la plus large publicité ; il s'attirait ainsi l'estime entière de ses collègues. Mais sa belle franchise eut à souffrir quand, pour avoir laissé fléchir son cœur compatissant devant une insistance assaisonnée de larmes féminines, il fut victime des revendications ultérieures d'une protestataire intéressée !

Etait-ce vraiment rendre justice à la probité, au dévouement, que d'accabler un pareil homme sous des « attendus » pitoyables ? Les juges semblent trop facilement exposés, en ce qui nous concerne, à de singulières aberrations !

Il y a quatre ans, nous étions réunis ici, dans l'intimité, pour fêter une rosette bien gagnée. Le brave commandant Monteil, l'ancien directeur de cet hôpital, héros et tardive victime de la grande guerre, hélas aujourd'hui disparu, la lui épingla sur la poitrine : une grande amitié avait d'emblée lié ces deux hommes au cœur généreux, si bien faits pour se comprendre et s'estimer. Il est un autre nom que je ne saurais taire aujourd'hui, celui d'un des premiers, du plus cher de ses élèves, qui fut le plus dévoué de ses assistants : Jean Tourneix, mon vieux camarade d'Orient, a laissé dans cette Maison un souvenir toujours vivant. Si un destin cruel ne l'avait arraché à l'affection de tous, c'est lui, aujourd'hui, qui eût pris la parole au nom des disciples de Ch. Dujarier.

Je tiens à associer au souvenir de notre Maître, parmi celles qui furent ses collaboratrices de tous les instants et qui lui gardent leurs pensées très fidèles, l'excellente Mère Saint-Prosper, l'âme de son service, et sa chère Madeleine, la meilleure et la plus prévenante des panseuses ; elles eurent parfois à subir les effets d'une impatience, avide à la fois de promptitude et de perfection, qui n'est d'ailleurs pas rare chez ceux pour qui le moindre temps perdu entrave le cours de l'action bienfaisante et qui s'illustrait chez lui d'épithètes énergiques, aiguës et colorées.

Celui qui se donnait tout entier à sa tâche hospitalière n'était pas homme à manquer de prévoir, à l'approche de l'impitoyable limite d'âge des hôpitaux, un emploi à son activité qui demeurait débordante : il m'avait confié ses projets d'avenir. Son Dispensaire de l'Espérance, où il opérait depuis nombre d'années, représentait pour lui la possibilité de continuer longtemps encore la pratique active de la chirurgie ; il devait conserver plusieurs années la direction de l'Ecole anatomo-chirurgicale de Clamart ; enfin son attachement à la population de Grenelle, à laquelle il avait rendu tant de services, lui faisait entrevoir la perspective, pour l'obliger encore, d'ambitions municipales et même parlementaires. Mais c'était compter sur d'insaisissables lendemains et sa belle carrière devait s'interrompre avec la brutalité que chacun sait.

Quand l'irréparable fut accompli, quand le destin cruel eut immobilisé pour toujours, sur son lit de la Clinique, les traits si expressifs, le masque si plein d'ardeur et de vie de notre Maître, son fin profil sembla s'être affiné plus encore et la mort, qui ne s'y trompe pas, fixa en un relief saisissant toute la loyauté de celui qui n'était plus : elle venait de nous ravir, avec un chirurgien de grande classe, qui lui avait si souvent livré bataille, un être droit et bon. C'est beaucoup de clarté qui s'en est allée avec lui.

*
**

Le talent de M. Auguste Maillard a fixé les traits de Ch. Dujarier avec d'autant plus de mérite qu'il n'avait pas connu son modèle. Permettez-moi de le remercier en votre nom. Le très beau médaillon que vous nous avez permis d'offrir aujourd'hui à l'Assistance Publique, conservera à Boucicaut le souvenir de notre Maître et de notre Ami.

JEAN BRAINE.

PRATIQUE MÉDICALE

LA MÉDICATION ANALGÉSIQUE DANS LA PRATIQUE STOMATOLOGIQUE (1)

Par M. le docteur H. Favier.

Dans son étude très documentée, M. Favier constate que l'allonal lui a donné d'excellents résultats non seulement en médecine générale, en chirurgie, en gynécologie, en neuro-psychiâtrie, et même en obstétrique et pédiâtrie, contre les algies de toute nature, spécialement chez les sympathicotoniques, mais encore il insiste sur les résultats particulièrement heureux obtenus par l'emploi de ce médicament dans la pratique stomatologique où la lutte contre la douleur et l'anxiété occupe une place absolument prépondérante.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Jeudi 16 juin. — (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Nicolas, Panisset. — M. Barthélemy. Histoires médicales épizootiques et agricoles aux pays de Vosges, Lorraine, Alsace et frontière des Allemagnes depuis les temps préhistoriques jusque vers la fin du 19e siècle.

Vendredi 17 juin (Thèse vétérinaire). — MM. Grégoire, président ; Bresson, Coquot. — M. Peris. De la névrectomie du cubital et du médian chez le chien.

(1) *Courrier méd.*, n° 21, mai 1931.

NOTES POUR L'INTERNAT

CRISES GASTRIQUES DU TABÈS

Elles sont caractérisées par des douleurs atroces, des vomissements incessants, avec altération de l'état général, un début subit, une terminaison rapide, qui sont caractéristiques de l'évolution de la crise. C'est un des accidents les plus pénibles et les plus douloureux du tabès, et aussi l'un des plus tenaces.

CLINIQUE

Accident précoce en général, il peut précéder de longtemps les autres symptômes de la maladie, et en faire faire le diagnostic.

Début. — Les prodromes sont rares : malaises, fatigue, alternance de rougeur et de pâleur aura-sensorielle ; pratiquement, le malade entre d'emblée dans la douleur.

Etat. — a. *La douleur* est d'emblée maximum, apparaissant à n'importe quel moment de la journée, siégeant au creux épigastrique, irradiant variablement dans l'épigastre gauche, dans le dos, vers l'abdomen, ou jusqu'au pli de l'aine. Elle est plus diffusée que dans les gastropathies organiques ; c'est une sensation atroce de torsion, de brûlure, d'arrachement, contre laquelle le patient lutte, pâle et angoissé, le visage altéré, creusant son ventre ; la douleur est continue et s'exacerbe en des paroxysmes extrêmement violents.

b. — *Les vomissements* sont fréquents, provoqués par l'alimentation, l'ingestion de boissons ou d'aliments, qui d'ailleurs est bientôt impossible ; ils sont peu abondants, alimentaires, puis bilieux, muqueux, par hypersécrétion gastrique, finalement vomissements à sec, avec douleurs atroces.

EXAMEN PHYSIQUE

a. — Local. — L'abdomen est rétracté, les grands droits tendus ; à la palpation superficielle il y a de l'hyperesthésie cutanée ; à la palpation profonde, une douleur cœliagique intense ; il est plus rare que les lésions tabétiques anciennes aient provoqué de l'anesthésie profonde.

b. — L'état général est rapidement altéré, visage tiré, pouls petit et rapide, température normale, tension artérielle tantôt abaissée, tantôt élevée, tantôt normale, oligurée.

c. — Réactions gastriques. — Du point de vue chimique, le suc gastrique n'est guère influencé, le malade faisant sa crise avec la muqueuse qu'il possède. La motricité gastrique est accrue, les contractions gastriques sont amples et intenses, non modifiées par la compression des globes oculaires.

Il faut, en présence d'une crise douloureuse abdominale à début aussi brusque, toujours penser aux crises gastriques du tabès, et rechercher les autres signes de l'affection (abolition des réflexes tendineux, rotuliens, achilléens, signe d'Argyll-Roberston-Romberg), mais très souvent il s'agit de tabès fruste. On recherchera les petits troubles de la sensibilité objective : hypoesthésie en bande dans le territoire de la 5e et 9e racines dorsales, disparaissant avec la crise, l'antécédent de douleurs fulgurantes, d'une syphilis plus ou moins manifeste, cliniquement ou biologiquement.

d. — Evolution de la crise. — Elle est très variable. Après un à quatre jours, elle se termine brusquement, sans raison, sans influence thérapeutique ; l'état digestif redevient normal, le malade est affaibli, déshydraté, fatigué.

e. — Répétition des crises. — Elles varient d'un individu à l'autre, espacées au début ; elles tendent à se rapprocher. L'état général est atteint chroniquement, il s'agit parfois d'un véritable état de mal entraînant souvent le malade vers la morphinomanie, contre laquelle il faut cependant résister, car la morphine finit par faire traîner les crises, tandis que le malade ne peut plus s'en passer ; au bout de quelques années, ces accidents ont généralement tendance, chez un grand nombre de tabétiques, à s'espacer et à disparaître.

FORMES CLINIQUES

a. — Suivant les symptômes. — On a décrit :

1° *Des formes frustes.* — Avec douleurs subites, mais passagères durant quelques heures, vomissements.

2° *Des formes gastralgiques.* — Avec douleurs fulgurantes, sans vomissements.

3° *Des formes algides.* — Dans lesquelles une *crise intestinale* s'associe à la crise gastrique, entraînant de la diarrhée, et des phénomènes de collapsus.

4° *Des formes vomitives.* — Avec vomissement incessants et peu de douleurs.

b. — Formes anormales. — 1° *Les formes hémorragiques.* — De pathogénie discutée encore récemment, avec hématémèse d'abondance variable, généralement peu abondante, marc de café.

Cette hématémèse peut relever de la rupture d'un vaisseau chez un athéromateux au moment de la crise, d'une lésion organique associée, mais il semble qu'elle doive bien plutôt être rapprochée des ecchymoses cutanées qui peuvent naître chez le tabétique au moment des douleurs fulgurantes, et dans la pathologie desquelles on a invoqué la participation du Sympathique.

2° *La forme flatulente.* — Ici, la crise d'aérophagie douloureuse domine le tableau clinique, et l'on est à la limite de la véritable crise gastrique du tabès.

3° *Les formes boulimiques* ont pu être exceptionnellement décrites.

4° *Les formes associées* à d'autres crises viscérales :

a. *Crises intestinales.* — L'antéralgie peut l'emporter sur la crise gastrique, ou les deux avoir la même violence ; il peut y avoir en même temps constipation ou diarrhée.

b. *Crises vésicales.* — Nous ne parlerons pas ici de la paresse, de l'incontinence fréquente symptomatiques du tabès, mais de la douleur suraiguë, angoissante, traduisant l'irradiation du parasympathique pelvien.

c. *Crises rénales* rappelant les coliques néphrétiques.

d. *Crises laryngées.* — Avec toux coqueluchoïde, accès de suffocation, tirage sus ou sous-sternal, parfois véritable ictus laryngé.

e. *Crises nasales.* — Avec rhinorrhée.

Toutes ces crises peuvent alterner avec les crises gastriques, ou plus rarement les chevaucher.

5° *La forme des morphinomanes.* — La morphine, lorsqu'elle est devenue une médication habituelle, déforme les crises ; leur début est plus insidieux, la douleur est sans doute moins vive, mais elle dure beaucoup plus longtemps et disparaît plus lentement ; il semble que, sous l'influence de la morphine, les crises aient tendance à prendre un caractère subintrant ; c'est dire l'action néfaste de ce médicament.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — TROISIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Composition écrite.* — Séance du 13 juin. — MM. Hillemand, 17 ; Azerad, 18 ; Clément, 19,54 ; Chevalley, 20.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — PRÊTS D'HONNEUR. — La date limite de réception des dossiers de demandes de prêts d'honneur est fixée au 15 octobre prochain.

Ces dossiers pourront être adressés à M. le Recteur à partir du 1er septembre.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du prosectorat.* — *Epreuve de dissection.* — Séance du 14 juin. — MM. Maës et Padovani, 24 ; Cordier, Couvelaire, Dreyfus et Longuet, 23.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Nicolas Billey (Américain).

MÉDAILLE D'HONNEUR DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE. — La médaille d'honneur de la Prévoyance sociale est attribuée à M. le docteur Henri-Fischer (de Bordeaux), lauréat de l'Académie de médecine et de l'Institut, pour services rendus aux œuvres sociales.

GUERRE. — M. le médecin général inspecteur Gaide a été placé, à compter du 13 juin 1932, dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire des troupes coloniales.

— Le *Journal officiel* du 11 juin 1932 publie un décret modifiant le décret du 22 août 1928 fixant l'organisation de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales ; un décret modifiant le décret du 22 août 1928 instituant un concours pour le titre de médecin, chirurgien, spécialiste des hôpitaux coloniaux et de pharmacien chimiste du Service de santé colonial ; un décret modifiant le décret du 22 août 1928 instituant un concours pour le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux.

INSTITUT DE TECHNIQUE SANITAIRE ET HYGIÈNE DES INDUSTRIES. — L'Institut de technique sanitaire et hygiène des industries, organisme d'Etat, rattaché au Conservatoire national des Arts et Métiers et destiné à la formation de techniciens de l'assainissement, ouvrira sa prochaine session en novembre.

Les élèves régulièrement inscrits, et qui satisfont à l'examen de fin d'études, reçoivent un diplôme d'Etat : brevet de technicien sanitaire.

Des auditeurs libres sont admis sans être astreints à une scolarité régulière ; il peut leur être délivré un certificat d'assiduité.

L'enseignement est gratuit. Il comprend la technique sanitaire urbaine, celle des habitations, des usines, ateliers, etc. ; une série de conférences est consacrée à la technique sanitaire rurale : aspects spéciaux de la technique sanitaire dans les campagnes. Constructions rurales : habitations et bâtiments de ferme, écuries, étables, alimentation en eau, puits et citernes, fumiers et fosses à purins, hygiène de la voie publique au village.

Conditions spéciales d'exécution, dans le milieu rural, des opérations courantes de la technique sanitaire.

La durée des cours est limitée à trois mois, de façon à permettre aux élèves de province de les suivre sans séjourner trop longtemps à Paris. La plupart des cours et conférences ont lieu le soir de 20 à 22 h. La scolarité peut être répartie sur deux années.

Les leçons pratiques à l'amphithéâtre sont complétées par des démonstrations pratiques, manipulations, visites d'installations sanitaires, examens de dispositifs d'assainissement et rédactions de projets.

Pour inscription et tous renseignements, écrire au directeur de l'Institut, au Conservatoire national des Arts et Métiers, 292, rue Saint-Martin, Paris (IIIe).

(*Voir la suite des* « Informations », *p. 921.*)

Jean LAUMONIER

Nous avons le très profond regret d'apprendre la mort d'un de nos anciens collaborateurs, le docteur Jean Laumonier, décédé à Paris.

Jean Laumonier a été un des plus remarquables journalistes médicaux de notre époque. Sa documentation vraiment prodigieuse lui permettait de traiter avec compétence les sujets les plus variés ; il le faisait avec un grand bon sens et un rare talent d'exposition.

Depuis plusieurs années, notre ami, devenu aveugle, avait cessé, à notre grand regret, sa collaboration à la *Gazette*. Secondé par son admirable femme, il continuait néanmoins à publier des ouvrages sur lesquels nous reviendrons.

Nous voulons seulement dire aujourd'hui notre émotion en apprenant la disparition de celui qui consacra toute sa vie au travail, qui fut un grand honnête homme et qui demeura toujours pour nous un ami fidèle et très cher.

Nous prions Madame Laumonier et ses enfants d'agréer l'expression très profonde de notre bien affectueuse sympathie.

F. L. S.

CHRONIQUE

CRÉATION DE LA SOCIÉTÉ DE PROPHYLAXIE CRIMINELLE

Les attentats toujours plus nombreux qui inquiètent l'opinion et le tragique assassinat du Président Doumer ont conduit des psychiatres, des magistrats, des juristes et des parlementaires à se réunir en vue d'étudier la création d'une Société d'études pour l'organisation d'une prophylaxie criminelle.

Cette Société s'est constituée sur l'initiative du Dr Toulouse, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique Henri Rousselle, président de la Ligue nationale d'hygiène mentale, qui a été élu président. M. Justin Godart, aujourd'hui ministre de la Santé publique, a accepté la présidence d'honneur. Les professeurs Charles Achard, de l'Institut, et Henri Claude, professeur de la clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine, font partie du Comité d'honneur. Le Dr André Ceillier a été nommé secrétaire général et le Dr Paul Schiff, secrétaire général adjoint.

Neuf Commissions ont été constituées : 1° *Action parlementaire* (Présidents : MM. Penancier et André Hesse ; rapporteur : M. Blacque-Belair) ; 2° *Organisation de la prophylaxie criminelle* (Dr Toulouse) ; 3° *Etablissements pénitentiaires, expertises et psychiatrie criminologique* (prof. Henri Claude) ; 4° *Réforme pénale* (prof. Hugueney); 5° *Biotypologie criminelle* (prof. A. Gosset et prof. Laugier) ; 6° *Enfance délinquante* (Dr J. Roubinovitch et Dr Heuyer) ; 7° *Facteurs sociaux du crime* (Me Campinchi) ; 8° *Criminologie sexologique* (Mme Maria Vérone et Dr Rogues de Fursac) ; 9° *Alcoolisme et toxicomanies* (prof. Charles Achard et sénateur Fernand Merlin).

Au cours de la première réunion de travail, présidée par M. Justin Godart et à laquelle ont notamment participé M. Georges Leredu, sénateur, ancien ministre et M. Paul Matter, procureur général près la Cour de Cassation, le Dr Toulouse a montré que les criminels, qui sont le plus souvent des anormaux et des psychopathes, attirent d'habitude avant leurs attentats l'attention de leurs proches ou des tiers par leur comportement (injures, menaces, violences, etc.). Or ces actes, qui ne tombent pas toujours sous le coup de la loi, les rendent suspects à leur entourage et sont suffisants pour que ces individus soient signalés aux Centres de prophylaxie mentale ou aux services de psychiatrie. Il serait urgent que les examens de ces sujets, aux fins de dépistage, de traitement et d'isolement, soient facilités par les organismes actuels de justice et de police.

Mais une question plus large, posée et étudiée mondialement, c'est la détermination de l' « état dangereux » d'un individu avant qu'il n'ait commis un acte constituant une infraction à la loi pénale et justifiant des mesures de protection. Une loi serait nécessaire et devrait s'inspirer, après une étude psychiatrique et juridique complète, des projets et dispositions envisagés dans les divers pays. Ce serait le moyen le plus sûr de se préserver contre les anormaux qui troublent chaque jour l'ordre social et la sécurité des personnes.

De son côté, le professeur Henri Claude avait indiqué la nécessité de prendre des mesures à l'égard des récidivistes et d'abord de rechercher dans les *Annexes psychiatriques des prisons*, — dont, avec le Dr André Cellier, il a pris l'initiative et qui ont été créés sur la proposition de M. Blacque-Belair, rapportée par le Dr Paul Caujole à la Chambre — les tares psychiatriques de ces délinquants pour les colloquer, le cas échéant, dans des asiles de sûreté, ainsi que cela se fait en Belgique. Il propose en outre la création d'une Commission composée de médecins-experts, magistrats et avocats, devant laquelle on ferait venir les individus dangereux, en vue de les amener à accepter d'entrer volontairement dans un service psychiatrique pour s'y faire traiter.


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 3 cuillerées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl Sirop
ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
R.C. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

INFORMATIONS

(SUITE)

CONTRE LES FLÉAUX SOCIAUX. — L'intérêt que le grand public prête aux questions d'hygiène sociale vient de se manifester de façon éclatante dans une réunion organisée dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne par la revue de vulgarisation médicale *Guérir*, mercredi soir 8 juin.

Plus de 3.000 personnes se pressaient dans l'hémicycle et les tribunes et un grand nombre ne purent trouver place dans l'immense salle.

Devant un auditoire tour à tour attentif et passionné, des maîtres éminents de la médecine et de la chirurgie françaises exposèrent les moyens mis en œuvre et les résultats obtenus dans la lutte contre les fléaux sociaux.

M. Justin Godart, ministre de la Santé publique, président du parti social de la Santé publique, retenu par les devoirs de sa charge, avait délégué pour le représenter le docteur Georges Schreiber, secrétaire général du parti social de la Santé publique.

Après une courte allocution du docteur Davesne, rédacteur en chef de *Guérir*, le professeur Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine, membre de l'Académie des sciences, qui présidait la séance, sut éloquemment dire le danger de l'alcoolisme. Le professeur Jean-Louis Faure, de l'Académie de médecine, montra l'importance du diagnostic précoce du cancer dont la guérison est possible dans la majorité des cas, à condition que le traitement ait été institué dès le début.

Le professeur Léon Bernard, membre de l'Académie de médecine, exposa de la façon la plus brillante les résultats de la lutte quotidienne contre la tuberculose. Le professeur Tanon, qui traitait des maladies coloniales et en particulier de la maladie du sommeil, captiva ses auditeurs par la description de ce mal et de ses méthodes curatives, et exalta l'œuvre et le dévouement des médecins coloniaux et de leur personnel.

Le docteur Toulouse, président de la Ligue nationale d'hygiène mentale, intéressa vivement l'assistance par un exposé plein de vues originales sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies mentales. Le professeur Gougerot, médecin chef de l'hôpital Saint-Louis, donna au sujet des maladies vénériennes et de leurs conséquences familiales et sociales les plus utiles conseils.

Enfin, M. Louis Forest, l'infatigable animateur de la propagande contre la tuberculose, apporta la note de détente, d'humour et d'optimisme. Avec une fantaisie charmante, parsemant son discours d'anecdotes savoureuses, il lança un appel pour la coordination des efforts dans la lutte entreprise contre tous les fléaux sociaux. Il cita, comme exemple, les résultats magnifiques obtenus par la Ligue nationale contre la tuberculose et le Comité du timbre antituberculeux.

La radio-diffusion des discours était assurée par le poste de la Tour Eiffel, et la séance se termina par la projection de films de propagande d'hygiène sociale du plus haut intérêt.

Le Crapouillot, qui l'an dernier avait connu le grand succès avec les *Mystères de la guerre*, commence la publication d'une *Histoire de la guerre* illustrée, rédigée par Jean Galtier-Boissière, l'auteur de *La Fleur au fusil*. La première livraison qui vient de paraître et a trait aux origines secrètes et au déclenchement du conflit mondial est d'un intérêt passionnant. (La livraison 12 fr. au *Crapouillot*, 3, place de la Sorbonne, Paris.)


OVAIRE
(Vache)
corps jaune
follicule
THYROÏDE
(Bœuf)
LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) { Cachets Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse { Ampoules stérilisées
POST-HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY_ 48 rue Théophile Gautier_ PARIS (XVIe)

REVUE GENERALE

ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT DES HYPOTROPHIES DE LA Ire ENFANCE [1]

Par M. P. BAIZE,

Chef de clinique à la Faculté.

TRAITEMENT

Nous ne sommes pas désarmés devant l'hypotrophie; certes, des états graves comme l'athrepsie confirmée ou comme certaines cachexies liées à des affections difficilement curables (tuberculose, par exemple) sont encore au-dessus de nos ressources thérapeutiques. Mais dans la plupart des cas, notre action est réelle, empêche l'évolution vers le marasme et permet un redressement satisfaisant de la nutrition.

Le but poursuivi par le traitement est *triple :* d'abord et avant tout *supprimer la cause* de l'hypotrophie toutes les fois que cette cause sera connue ; ensuite, *stimuler directement la nutrition* par divers moyens que nous passerons en revue dans un paragraphe ultérieur ; enfin, *combattre les symptômes*, mais ceci n'est pas le plus important. Au reste, ces trois médications : étiologique, physiologique et symptomatique, qu'il faut savoir combiner, n'auront de chances d'agir qu'à la condition de mettre les petits malades dans *les meilleures conditions d'eutrophie possibles*, c'est-à-dire de leur assurer une *diététique convenable* (suffisante dans certains cas à amener à elle seule la guérison) et de les soustraire à « ce péril infectieux » qui est la plaie des services hospitaliers et des agglomérations de nourrissons. La réalisation de ces conditions (14) a permis à M. Marfan, puis à M. Lereboullet d'abaisser la mortalité des hypotrophiques aux Enfants-Assistés, jadis si tristement célèbres, à moins de 7 0/0 et de faire disparaître presque complètement l'athrepsie des lieux mêmes où Parrot l'avait décrite.

A. **Les agents du traitement** (15). — 1° LES RÉGIMES. — Les régimes dont nous disposons sont : avant tout *le lait de femme* et ses succédanés, en particulier le babeurre ; et divers régimes que nous grouperons sous le nom de régimes *de complément* et *de substitution ;* nous allons les passer rapidement en revue.

I. *Le lait de femme* est par excellence l'aliment des hypotrophiques ; il est indiqué chez les *prématurés et débiles* (16), chez les hypotrophiques âgés de *moins de 5 mois* et dans *les formes graves* d'hypotrophie (hypothrepsies et athrepsies). Passé 6 mois, son utilité est moins évidente. Sans entrer ici dans les détails de son administration, disons simplement que les hypotrophiques, comme les débiles, ont besoin d'une ration alimentaire un peu supérieure à la normale. En général, sous l'influence du lait de femme, et même quand il existe des troubles digestifs et que ceux-ci tardent à disparaître, la chute de poids se ralentit plus ou moins vite, puis la courbe pondérale se met en plateau et recommence son ascension indépendamment de toute autre médication.

Malheureusement, le lait de femme n'est pas toujours utilisable, en raison de son prix élevé et de la difficulté de s'en procurer. En dehors des maternités et hospices (17), le seul recours, quand la mère ne peut pas remettre son enfant au sein, est de le confier *à une nourrice*, procédé onéreux et qui peut avoir des inconvénients pour le nourrisson, lorsqu'il s'agit de nourrices peu consciencieuses ou éloignées, de surveillance difficile.

II. Ces difficultés ont conduit les pédiâtres à rechercher pour l'alimentation des hypotrophiques *d'autres laits dont la composition se rapproche autant que possible de celle du lait de femme*. De ces laits, les uns sont naturels (lait d'ânesse, aussi coûteux et plus difficile encore à trouver que le lait de femme), les autres sont des laits de vache auxquels on a fait subir diverses modifications qui les rendent, chimiquement parlant, très voisins du lait de femme. Ces *laits humanisés*, de fabrication compliquée, sont devenus à peu près introuvables dans le commerce depuis la guerre.

De bons résultats ont pu être obtenus chez certains hypotrophiques porteurs de troubles digestifs par l'emploi du *lait écrémé simple* (babeurre doux), du *lait condensé écrémé et sucré*, de la *poudre de lait maigre et demi-maigre.* Mais il semble bien que l'aliment le mieux toléré, le plus digestible, et le mieux approprié à la nutrition des hypotrophiques à qui l'on ne peut donner de lait de femme, soit le *babeurre*, sur l'emploi duquel M. Marfan et ses élèves ont attiré l'attention (18).

Le babeurre, pauvre en graisses et riche en acide lactique, est particulièrement indiqué chez les *hypothrepsiques âgés de moins de 4 ou même de 2 mois* toutes les fois que la dénutrition paraît liée à des *troubles digestifs* (diarrhée commune ou cholériforme, dyspepsie du lait de vache). On l'emploiera seul ou mieux *associé au lait de femme* (allaitement mixte) toutes les fois que cela sera possible. Mais on n'oubliera pas que le babeurre n'est qu'un *aliment de transition*, pauvre et carencé, et *très vite*, lorsque la tolérance intestinale semblera acquise et la nutrition rétablie, on réintroduira progressivement dans le régime de l'enfant le lait condensé, puis le lait de vache ordinaire, en surveillant la courbe de poids et la tolérance du sujet.

Quant aux divers *laits acidifiés*, au *lait coagulé*, au *kéfir* ou au *yoghourt* (qui peuvent être utiles chez l'en-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 47, p. 885.

(14) Voir P. LEREBOULLET. La lutte contre la mortalité infantile à l'hospice des Enfants-Assistés, *Paris-Médic.*, 15 novembre 1930. — Mme CHEINISSE-WERTHEIMER, *Th. de Paris*, 1931 (inspirée par le Prof. Lereboullet).

(15) Voir P. BAIZE, Le traitement des Hypotrophies de la 1re enfance, *Th. de Paris*, 1931 (Arnette, édit.), où l'on trouvera l'étude détaillée et la bibliographie complète des divers agents thérapeutiques.

(16) VENIZELOS. *Th. de Paris*, 1931.

(17) A.-B. MARFAN. L'alimentation des débiles et des hypothrepsiques à l'Hospice des Enfants-Assistés, *Le Nourrisson*, janvier 1929, p. 1.

(18) Voir comme travail d'ensemble : A.-B. MARFAN, *Le Nourrisson*, mai 1930, et *Traité de l'Allaitement*, 4e édit. 1930, p. 776.

fant un peu grand, passé 6 mois) ils ne donnent pas en général de meilleurs résultats que le babeurre.

III. Les *régimes de complément* (19) sont destinés soit à augmenter la valeur nutritive des aliments (le plus souvent par adjonction d'hydrates de carbone), soit à apporter à l'enfant les substances et vitamines indispensables à sa croissance normale et qu'il ne trouve plus en quantité suffisante dans son alimentation.

Parmi les premiers, l'emploi du *lait hypersucré* est celui qui donne les meilleurs résultats. Variot, M. Nobécourt et ses élèves ont insisté depuis longtemps sur la tolérance des nourrissons vis-à-vis des sucres, et plus particulièrement des nourrissons hypotrophiques qui en supportent de grosses doses. Ces constatations sont en désaccord complet avec les idées de Finkelsteim pour qui le sucre est avant tout agent d'intoxication et l'un des facteurs essentiels de la « dekomposition » (c'est-à-dire d'athrepsie), idées qui ont été le point de départ de l'emploi du lait albumineux, lait privé de la presque totalité de son lactose et dont Nobécourt et Schreiber ont montré les dangers. En fait, le sucre, donné sous forme *de saccharose* (de préférence au lactose qui entraîne facilement de la diarrhée) et ajouté au lait ordinaire, au babeurre ou même au lait de femme, donne souvent des résultats excellents, particulièrement chez les hypotrophiques *à poids stationnaire*. En moyenne la ration de sucre peut atteindre 30 grammes par kilo de poids et par 24 heures, au delà de cette limite elle peut être mal tolérée. Le régime hypersucré est en tout cas contre-indiqué en cas de pyodermites étendues.

Le régime hypersucré peut encore être réalisé par l'emploi du *lait condensé sucré* donné *pur* suivant la technique de M. Le Lorier, sous forme *d'une cuillerée à café* en « sandwich » au milieu d'une tétée 2 ou 3 fois par 24 heures (20). Cette méthode nous a donné plusieurs fois d'excellents résultats.

Chez d'autres hypotrophiques, il peut être utile de donner de très bonne heure (dès le 2e ou 3e mois) des *farineux* sous forme de lait additionné de 2 0/0 de farine, roussie au feu (Ribadeau-Dumas) ou d'une quantité équivalente de pomme de terre cuite au four (Barlow). Enfin, l'amidon partiellement digéré par l'extrait de malt (=bouillies maltées) a été employé avec succès chez quelques hypotrophiques par Keller, E. Terrien et d'autres. M. Marfan pense qu'avant 6 mois ces régimes doivent rester exceptionnels.

Les régimes destinés *à apporter des vitamines* présentent un intérêt considérable dans certains cas (que nous avons déjà signalés) d'*hypotrophie du 2e semestre de la vie* probablement liés au régime lacté trop exclusif et trop prolongé, et à certaines *carences frustes* en particulier en vitamines. Le régime doit alors s'efforcer d'apporter, en même temps qu'une alimentation quantitativement bien réglée, les vitamines nécessaires : *vitamines A*, sous forme de *jus de légumes* (carottes, tomates, pommes de terre, légumes verts) cuits à la vapeur, ou encore sous forme de beurre ou d'huile de foie de morue ; la *vitamine B* sous forme de malt ou de levure de bière fraîche ; la *vitamine C*, sous forme de jus de fruits (citrons, oranges, raisins) ; la *vitamine D*, sous forme d'huile de foie de morue ou de stérols irradiés. L'association de toutes ces substances à doses suffisantes, et leur synergie, réalisées dans un *régime varié* (21) est indispensable à leur action et, dans notre thèse, nous en avons rapporté plusieurs exemples remarquables, observés avec le Prof. Lereboullet et J. Chabrun.

IV. *Les régimes de substitution* n'ont que des indications assez limitées dans les hypotrophies. Cependant, quand celles-ci paraissent liées à ce que M. Barbier appelle la « pathologie du lait de vache », on peut être conduit à supprimer la plus grande partie du lait de l'alimentation. *Ces régimes sans lait*, surtout étudiés par les Allemands et en France par M. Ribadeau-Dumas et ses élèves (22), consistent tantôt en de simples farines préparées à l'eau ou au bouillon de légumes, tantôt en la *soupe au beurre* de Czerny-Kleinschmidt (lait au roux de Forest), tantôt en *pudding au foie* d'Epstein ou en bouillies de soja ou de tournesol surtout préconisées par M. Ribadeau-Dumas. Ces préparations, qui doivent être le plus souvent combinées, sont d'exécution difficile, et ne peuvent être considérées que comme des régimes d'exception ; elles doivent en tous cas comporter *un minimum* de lait (10 0/0 environ) indispensable à la croissance (Ribadeau-Dumas, Lereboullet, Mlle Domela).

2° LES MÉDICATIONS. — On a proposé, pour traiter les hypotrophies, un nombre considérable de médications ; nous ne pouvons songer à les étudier toutes ici, et il s'en faut, d'ailleurs, que toutes aient la même valeur. Les unes, plus spécialement *étiologiques*, tendent à supprimer la cause même de l'hypotrophie ; les autres, *physio-pathologiques*, ont pour but de stimuler ou de corriger la nutrition déficiente. Les premières se résument presque uniquement dans le traitement *antisyphilitique*, les secondes comprennent surtout *l'insulinothérapie*, les médications *thyroïdienne* et *arsenicale*. Enfin, la médication symptomatique peut rendre de grands services.

I. *Médications étiologiques*. — Nous serons bref sur ce chapitre. On conçoit facilement en effet combien les indications thérapeutiques sont variables suivant les circonstances étiologiques. Quelquefois, la cause de l'hypotrophie est *au-dessus de nos ressources thérapeutiques* (par exemple en ce qui concerne la tuberculose) ; dans d'autres cas, elle relève du *traitement chirurgical* (cas d'une sténose pylorique, d'un bec-de-lièvre entraînant une sous-alimentation grave) ; plus souvent encore, elle est de nature médicale et son traitement (surtout quand il s'agit de *troubles digestifs*) doit précéder obligatoirement le traitement de l'hypotrophie.

Mais la thérapeutique étiologique la plus importante, la plus active, celle que l'on aura le plus souvent l'oc-

(19) Voir H. ABONNEAU, *Th. de Paris*, 1927.
(20) LE LORIER, *Soc. de Pédiatrie*, 15 mars 1927. — G. MAZIOL, *Th. de Paris*, 1929.
(21) Mme CODET. *Th. de Paris*, 1931.
(22) Voir comme études d'ensemble : J. CATHALA et VERMOREL, *Presse Médicale*, 15 déc. 1928. — M. VERMOREL. *Th. de Paris*, 1930. — Mlle DOMELA. *Th. de Paris*, 1930.

casion d'appliquer dans les hypotrophies du premier âge, est la thérapeutique *anti-syphilitique*. Les méthodes ne diffèrent en rien de celles qu'on emploie dans le traitement des hérédo-syphilis du nourrisson en général, et nous n'avons pas à nous y étendre ici. On peut utiliser, suivant les cas, les *frictions mercurielles* ou les injections sous-cutanées de *sulfarsénol* (ces dernières jouant le double rôle de médication spécifique et de stimulant de la nutrition), ou encore, per os, le *lactate d'hydrargyre*. Nous avons, dans le service du prof. Lereboullet, employé ces divers procédés chez nombre d'hypotrophiques, et souvent avec des résultats remarquables. Il va sans dire qu'il faut avoir recours au traitement spécifique toutes les fois que, chez un hypotrophique, on constate des stigmates cliniques d'hérédo-syphilis ou une réaction de Wassermann positive ; mais il est bon de le mettre en œuvre, de façon empirique, chaque fois que la cause d'une hypotrophie n'apparaît pas nettement.

II. *Médications physio-pathologiques*. — Dans un certain nombre de cas, surtout lorsque le facteur étiologique n'est pas évident, on peut chercher à corriger le trouble dystrophique en *favorisant l'assimilation* de certains aliments (principalement des hydrates de carbone), en *stimulant la fonction des glandes endocrines* (surtout du corps thyroïde) ou en *agissant de façon directe sur la nutrition*. Parmi les nombreuses médications qui répondent aux indications précédentes, 3 seulement paraissent douées de réelle efficacité, sinon de façon constante, du moins dans la majorité des cas: ce sont *l'insulinothérapie*, *l'opothérapie thyroïdienne*, *la médication arsenicale*.

1° *Insulinothérapie* (23). — C'est l'Américain Pitfield qui, le premier, en 1923, a employé l'insuline dans le traitement des hypotrophies du premier âge. On sait que, dans l'hypothrepsie ou l'athrepsie, *l'hypoglycémie est de règle* (Fleming, Maillet, Meyer et Grulee, Guy, Coblins, Chapin et Myers, Utheim, Haverschmidt, Nobécourt et Max-Lévy). Haverschmidt a montré qu'elle descendait souvent à 0 gr. 50 par litre (contre 0 gr. 80 chez le nourrisson normal) et qu'un régime riche en hydrates de carbone élevait à peine le taux du sucre du sang. On a pensé que l'insuline pourrait favoriser l'assimilation de cette faible quantité de sucre par les tissus et que, d'autre part, elle stimulerait la glycogénèse ; l'amélioration du métabolisme des sucres entraînerait par contre-coup une meilleure assimilation des graisses et des protéines, en même temps qu'une plus grande fixation d'eau dans l'organisme. D'autres auteurs ont pensé, en outre, que l'insuline excitait la fonction exocrine du pancréas, d'où l'amélioration des troubles digestifs.

En s'appuyant sur ces vues théoriques, nombre d'auteurs ont essayé l'insuline dans les hypotrophies, en l'associant, dans la plupart des cas, au régime hypersucré. Mais les avis sur l'efficacité de cette thérapeutique sont assez partagés. Tandis que Nobécourt et Max-Lévy, Lesné et Mlle Dreyfus-Sée, Boisserie-Lacroix, Mlle Tendron, Spyropoulos, Aubertin, Haushalter, R. Salvatore, Bertoye, signalent les bons effets de cette médication, Fischer, Haverschmidt, Heim, Tezner et Ebell, Tisdall et ses collaborateurs disent n'avoir obtenu aucun résultat appréciable de l'insulinothérapie que M. Marfan considère comme antiphysiologique. Avec M. Lereboullet et Brizard, nous l'avons expérimentée chez 20 nourrissons hypotrophiques et 17 fois nous avons obtenu une *amélioration des plus nettes*. A l'exemple de la plupart des auteurs, nous injections chaque jour, pendant 15 ou 20 jours, *une unité clinique d'insuline par kilogramme de poids*, 1/4 heure avant un repas ou une prise de lait sucré. Quand la dose était plus forte, nous la faisions suivre d'une injection intra-musculaire d'une solution de glucose à 10 0/0 (=20 à 30 cc.).

Dans ces conditions, nous n'avons pour ainsi dire jamais observé d'*accidents hypoglycémiques :* ceux-ci paraissent rares chez les hypotrophiques et, en tout cas, sont plus dramatiques que graves. De cette étude, nous avons conclu que l'insuline a *une action très heureuse* sur nombre d'hypotrophies ; pourvu que l'enfant ne soit pas athrepsique, elle détermine une reprise de poids rapide, surtout nette chez les nourrissons âgés de plus de 6 mois. Enfin, c'est une méthode absolument dénuée d'inconvénients.

2° *L'opothérapie thyroïdienne* (24). — Déjà préconisée anciennement par Bonnet (d'Anvers), et par Simpson, l'opothérapie thyroïdienne a surtout été employée par le prof. Nobécourt et ses élèves Maillet et Max-Lévy. Sa mise en œuvre est justifiée par la fréquence des lésions dégénératives et scléreuses du corps thyroïde , constatées à l'autopsie d'hypo— ou d'athrepsiques, lésions qui, si elles ne sont pas la cause de la dénutrition (Marfan), n'en contribuent pas moins à précipiter la déchéance organique ; bien entendu, le traitement thyroïdien est indiqué quand l'hypotrophie peut être rattachée au myxœdème congénital. Une seule contre-indication : l'extrait thyroïdien est inutile ou même dangereux quand la dénutrition est *d'origine tuberculeuse ;* en général, il est bien toléré par les nourrissons, à condition de procéder avec prudence et de commencer par des *doses faibles*. Il existe deux modes principaux d'administration : par ingestion et par injection. *Par ingestion*, on peut donner chaque jour 1 *à* 2 *centigrammes de corps thyroïde desséché*, par séries de 10, 15 ou 20 jours (Maillet, Lereboullet et Baize) ; *en injections sous-cutanées*, Nobécourt et Max-Lévy ont utilisé des doses plus fortes et progressives, allant de 0 *gr.* 025 *à* 0 *gr.* 10 *d'extrait liquide* par jour et par séries de 6 à 12 jours. Les résultats sont généralement (mais non constamment) bons : l'appétit, les troubles digestifs s'améliorent, la courbe thermique se stabilise, et l'augmentation de poids est rapide, *à des taux quotidiens parfois énormes* (100 à 135 gr. par jour dans certaines observations de Nobécourt et Max-Lévy, 240 gr. en 3 jours à certaines périodes de l'observation XXXII de notre thèse) ; il est possible que *la rétention hydrique* joue

---

(23) Voir comme études d'ensemble : E. AUBERTIN (de Bordeaux. Rapport au *Congrès français de Médecine*, Liége, 1930. — A.-Fr. HAUSHALTER. *Th. de Nancy*, 1930. — Mlle J. TENDRON. *Th. de Paris*, 1930. — P. BAIZE, in *Th. de Paris*, 1931, p. 100.

(24) Voir Mlle S. GUÉRIN. *Th. de Paris*, 1930.

un rôle dans la production de ce phénomène, et l'on commence actuellement à entrevoir le rôle régulateur de la thyroïde dans le métabolisme de l'eau.

La médication thyroïdienne, surtout en injections, peut entraîner des *accidents d'intolérance*, les uns légers (fièvre, accélération du pouls), les autres plus graves (chute perpendiculaire du poids (Maillet), lipothymies, voire mort subite (Mlle Guérin)) : elle doit donc être surveillée étroitement et suspendue en cas d'alerte. Au reste, il est inutile d'atteindre des doses aussi élevées ; on obtient des résultats sensiblement équivalents par *l'ingestion de faibles quantités* de corps thyroïde.

3° *Les arsenicaux.* — On peut, chez les hypotrophiques, employer la liqueur de Boudin, l'arséniate de soude, l'arrhénal, mais la méthode la plus intéressante est celle qui utilise les *injections sous-cutanées de sulfarsénol*. Préconisées d'abord par Bodin et Mme Chevrel (de Rennes), elles ont été étudiées par D. Leroy dans sa thèse (Paris, 1928) et appliquées en grand, tant à l'hospice des Enfants-Assistés qu'à l'annexe d'Antony, par le Prof. Lereboullet, Bohn et nous-mêmes. En Allemagne, et dans un même ordre d'idées. Tezner a traité les hypotrophiques par *le stovarsol*. D'une façon générale, les résultats obtenus par le sulfarsénol sont excellents. Certains auteurs, en particulier M. Marfan, M. Pinard, ont pensé qu'il en était ainsi parce qu'un très grand nombre d'hypotrophiques sont des *hérédo-syphilitiques ;* à notre avis, si grand que soit le nombre de ces syphilis occultes, cette manière de voir n'explique pas la constance des résultats observés. *Chez plus de cent nourrissons*, chez lesquels rien, ni dans les antécédents des parents, ni dans l'examen clinique, ni dans les réactions humorales obstinément négatives, ne permettait d'incriminer la syphilis, nous avons presque toujours (dans 96 0/0 des cas) obtenu le « démarrage » immédiat de la courbe de poids et une amélioration saisissante de l'état général, souvent dès les première ou deuxième injections.

Nous croyons donc que si l'arsenic agit quelquefois à titre de médicament antisyphilitique (ce qui, du reste, n'en contre-indique pas l'emploi), c'est, la plupart du temps, *en stimulant la nutrition générale* et les échanges organiques qu'il modifie si heureusement l'évolution des hypotrophies.

La technique est des plus simples : tous les 3 ou 4 jours, on injecte des doses d'abord faibles (1/2 centigramme), puis progressivement croissantes de sulfarsénol, jusqu'à donner *un centigramme par kilo de poids corporel :* en tout 8 à 10 injections, suivies de 3 semaines de repos, et, éventuellement, d'une nouvelle série. L'action du *stovarsol* paraît moins sûre, mais son emploi peut être utile, en clientèle de ville, quand les injections de sulfarsénol sont impossibles : la posologie est la même que pour l'hérédo-syphilis. Les arsenicaux sont *contre-indiqués* chez les nourrissont qui souffrent de *troubles digestifs sérieux* et dont on peut supposer que le foie est lésé.

4° *Médications diverses.* — Nous ne pouvons, dans le cadre de cet article, insister sur les innombrables médications qu'on a préconisées, souvent sans raisons bien valables, dans les hypotrophies : nous renvoyons, pour leur étude détaillée, à notre thèse (Paris, 1931, p. 133 et suivantes).

De ces médications, les plus importantes se proposent de *réhydrater l'organisme et de le nourrir par la voie parentérale.* On a utilisé dans ce but des *solutions salines* (sérum physiologique à 7 0/00, plasma de Quinton, solution de Locke-Ringer) ou *glucosées isotoniques*, de préférence par la voie sous-cutanée, moins choquante que les injections intra-sinusales. Les solutions salines agissent surtout en saturant les tissus de sels qui attirent et retiennent de grandes quantités d'eau ; elles peuvent être contre-indiquées lorsqu'il y a hyperchlorémie (Ribadeau-Dumas) (25) : dans ce dernier cas, le sérum glucosé, ou les injections intra-veineuses d'eau bicarbonatée isotonique paraissent préférables.

D'autres auteurs ont conseillé les injections sous-cutanées de *sérum de cheval*, sous forme de sérum antidiphtérique (Putzig, Freeman, Fereira) ou mieux antipneumococcique (Ribadeau-Dumas et Meyer), à des doses variant de 20 à 40 cc. par jour. Pour éviter certains cas graves, on peut, au sérum ordinaire, substituer un *sérum désalbuminé aminé*, suivant la technique de MM. Ribadeau-Dumas et Fouet. Rappelons encore que Combe et Narbel, s'inspirant de certaines expériences de Danilewsky, de Desgrez et Ali Zaky, ont employé avec quelque succès les injections sous-cutanées de *lécithine* (tous les 2 jours, 5 centigrammes de lécithine dans 1 cc. d'huile).

D'autres auteurs ont proposé de traiter l'hypothrepsie par les *injections intra-musculaires de sang citraté* (Franca-Rocha, Larsonneur (Thèse de Paris, 1928), H. Vignes), méthode de valeur contestée (Mouriquand). Les *transfusions vraies*, utilisées par MM. Guéniot et Séguy dans la débilité congénitale grave, ont été également appliquées chez les hypothrepsiques (Bakwin, Baumann). M. Marfan les rejette comme trop choquantes), ainsi que les *injections intra-péritonéales* de sang ou de sérum physiologique.

Enfin, les injections sous-cutanées de *lait de femme tyndallisé* (Marfan) ou *cru* après traite aseptique (Rocaz (Thèse de Bordeaux, 1920), Galli, Porta), auraient donné de bons résultats dans quelques cas d'hypotrophie liée à la suppression du sein, en apportant les vitamines et enzymes dont la carence, au cours de l'allaitement artificiel, est un facteur important d'hypothrepsie ou d'athrepsie (Marfan).

A côté de la médication thyroïdienne, on a proposé d'autres traitements opothérapiques qui sont loin d'avoir fait leurs preuves ; telles sont : l'administration de *pepsine*, de *maltase*, de *pancréatine*, préconisée même quand il n'existe que peu ou pas de troubles digestifs (Nobécourt et Bize, P. Girardon, Thèse de Paris 1928) — d'*adrénaline* par voie buccale ou sous-cutanée (Combe) ; — l'*opothérapie embryonnaire* (Carnot, Lereboullet), l'ingestion d'*extrait sec de placenta humain* par l'enfant (Marfan) ou par sa nourrice (Hammet) ; l'*opothérapie thymique* enfin, qui a paru donner quelques résultats à Stoppato (1889), à Blondel (1900) et à Mlle Feldzel (Thèse de Paris, 1910). Le Prof. Lereboullet, qui emploie souvent l'extrait thy-

(25) Voir J. Fleury. *Th. de Paris*, 1930.

mique chez l'enfant plus âgé (26), l'a également essayé chez le nourrisson à titre de médication de complément alternée avec l'opothérapie thyroïdienne ou embryonnaire, sans résultats bien nets, au moins par la voie digestive ; par voie sous-cutanée, il a obtenu quelques succès, notamment dans un cas d'achondroplasie diagnostiqué chez un nourrisson de 6 mois et suivi pendant 16 mois.

Enfin, on a encore cherché à stimuler la nutrition des hypotrophiques par les *inhalations d'oxygène* (Mlle Landais, Ribadeau-Dumas, Meyer et Demerliac) ou les *injections sous-cutanées de ce gaz* (Briand) ; — le *protoxalate de fer*, qui nous a donné, ainsi qu'à notre collègue Benoist, quelques résultats intéressants ; — *les agents physiques*, tels que la *diathermie* (Mouriquand, Chevallier et Josserand), *l'héliothérapie* (Armand-Delille et Mlle Linossier) et surtout les *rayons ultra-violets* (Saidman et Henry, Macchi, Velasco Blanco et Virasoro, Mlle Trombetta (Thèse de Montpellier, 1928) de l'action desquels on peut rapprocher l'action des *aliments irradiés* (Spolverini).

Les effets de ces diverses méthodes thérapeutiques sont trop inconstants, leurs indications trop limitées, pour qu'elles puissent, malgré leur intérêt, jouer autre chose qu'un rôle de second plan dans le traitement des hypotrophies.

III. *Hygiène et médications auxiliaires.* — Nous avons déjà insisté sur la nécessité de mettre l'hypotrophique dans les meilleures conditions hygiéniques et en particulier de le protéger contre le « péril infectieux » si redoutable dans les crèches, hôpitaux ou agglomérations de nourrissons.

Que ce soit en clientèle de ville ou à l'hôpital, les règles d'hygiène ne diffèrent pas chez l'hypotrophique de ce qu'elles sont chez le nourrisson normal. Mais en outre, on *désinfectera* avec un soin particulier *les voies respiratoires supérieures* pour éviter l'otite et les broncho-pneumonies si fréquentes ; on *dépistera* par l'ensemencement la *diphtérie larvée* qui peut être à elle seule une cause d'hypotrophie, et on la préviendra par les instillations nasales de *novarsénobenzol* ou d'*acétylarsan* suivant la technique de MM. Lereboullet et Gournay. Les hypotrophiques seront placés dans des salles spacieuses, largement aérées et accessibles à la lumière, et dont la température sera maintenue entre 16 et 18°. Les nourrissons cachectiques et les débiles ont une *grande tendance au refroidissement* que l'on combattra par des moyens appropriés : couvertures, bains chauds, boules d'eau chaude, etc.

Enfin, dans nombre de cas, la tendance au refroidissement ou au collapsus sera utilement combattue par l'emploi de divers *moyens stimulants : bains chauds sinapisés, injections sous-cutanées de caféine* (1 cc. d'une solution à 1 0/0), *d'huile éthérée camphrée* à 5 0/0, de *solucamphre* (2 cc. plusieurs fois par jour) ou de *sulfate de strychnine* (1/4 à 1/2 milligramme par 24 heures), etc.

Tels sont les différents moyens, nombreux, mais à vrai dire de valeur assez inégale, que nous possédons pour lutter contre les hypotrophies dans la première enfance. *Dans quelles circonstances faut-il les employer, et de quelle manière doit-on les combiner ?* C'est ce que nous allons tenter d'exposer dans un dernier chapitre en fonction de l'*âge* de l'enfant et de la *forme de son hypotrophie.*

B. **L'organisation du traitement.** — Les considérations thérapeutiques qui suivent ont seulement la valeur *d'indications générales ;* il est évident que la première condition de guérison est le traitement de la cause qui a donné naissance à l'hypotrophie, et que cette cause est infiniment variable ; d'autre part, les indications respectives de chaque médication n'ont pas une rigueur absolue, et il y a dans l'établissement du traitement, une certaine part de tâtonnements et d'empirisme. L'exposé qui va suivre a donc un *caractère schématique* que nous ne nous dissimulons point. Il importe, en tous cas, de distinguer, ici encore, les hypotrophies des « moins de cinq mois » et celles des enfants plus âgés.

I. *Avant le 5e mois.* — *a*) Le traitement de *l'hypotrophie simple*, sans dénutrition, se confond pratiquement avec celui de la débilité congénitale : c'est avant tout une *question de régime*, et, à cet égard, l'aliment idéal est le *lait de femme*, qu'on donnera pur, ou *associé au babeurre*, sous forme de repas petits et répétés. A défaut de lait de femme, on a recours, non au lait de vache, mal toléré par les voies digestives, mais au lait concentré sucré ou au lait sec, associés ou non au régime hypersucré. Les *médications stimulantes* (rayons U.V., héliothérapie, injections de sérum de Quinton, de caféine ou de strychnine) sont indiquées, ainsi que les « moyens hygiéniques » : bains chauds, frictions excitantes, lutte contre le refroidissement. On instituera enfin le traitement antisyphilitique, toutes les fois que la syphilis, si fréquente à l'origine de la débilité congénitale, pourra être incriminée.

b) Lorsque l'hypotrophie s'accompagne de dénutrition (ce qui est fréquent dans les 4 ou 5 premiers mois de la vie) la conduite du traitement devient beaucoup plus délicate : toute faute thérapeutique peut en effet précipiter l'évolution vers l'athrepsie. L'enfant nourri au sein ne faisant que très exceptionnellement de l'athrepsie, nous aurons surtout en vue le traitement des hypothrepsies et de l'athrepsie chez le nourrisson privé du sein.

1° *Le régime*, dans les hypothrepsies du 1er et du 2e degrés, est sensiblement le même que celui des débiles, c'est-à-dire que, chaque fois que cela sera possible, on remettra l'enfant au lait de femme ou à l'allaitement mixte (lait de femme + babeurre), suivant des principes et une technique identiques : petites quantités, souvent répétées au début, augmentées ensuite progressivement de façon à atteindre *la forte ration alimentaire* nécessaire à ces petits malades. Le poids reste stationnaire parfois pendant des semaines, mais, même quand il existe des troubles digestifs, il ne faut pas craindre d'*alimenter quand même*, tout en surveillant la tolérance de l'enfant.

Quand l'athrepsie est confirmée, la situation paraît le plus souvent désespérée ; néanmoins, il faut encore

(26) P. Lereboullet, Rapport au *Congrès de Stockholm*, août 1930, in *Paris-Méd.*, octobre 1930.

lutter : là encore, le seul salut est dans l'administration du lait de femme, donné comme chez l'hypothrepsique, mais à doses initiales encore plus petites : 15 à 20 gr. dix fois par jour, à la cuiller ou à la sonde. Quand le lait de femme manque, le problème de l'alimentation de l'hypothrepsique grave ou de l'athrepsique devient extrêmement difficile à résoudre : on utilisera le babeurre auquel on substituera ensuite, et progressivement, le lait condensé sucré, ou le lait sec 1/2 maigre additionné de sucre.

2° *La médication*, dans l'hypotrophie accompagnée de dénutrition, poursuit un triple but : réhydrater l'organisme, stimuler la nutrition, supprimer la cause.

La première indication, la plus urgente, puisque « la perte en eau bloque la cellule et paralyse ses fonctions » (Mouriquand), est remplie par les injections sous-cutanées, intra-musculaires ou à la rigueur intraveineuses de *solutions glucosées ou salines* ou *de sérum de cheval*.

Comme stimulant de la nutrition, l'*insuline*, le *sulfarsénol*, *l'extrait thyroïdien* agissent remarquablement dans les hypothrepsies, mais paraissent moins efficaces en cas d'athrepsie confirmée ; en revanche, le camphre, la caféine, la strychnine, les bains sinapisés n'ont que des avantages et doivent systématiquement être mis en œuvre.

Bien que *la médication étiologique* soit ici particulièrement importante, nous serons bref sur ce chapitre que nous avons déjà développé précédemment. Les fautes alimentaires, d'ordre *quantitatif*, seront aisément réparées par la réglementation des tétées ; il n'en va pas de même de l'alimentation *qualitativement* inappropriée, dont les méfaits ne seront guère atténués que par la reprise de l'allaitement maternel ou à son défaut de l'allaitement mixte (babeurre-lait de femme) ou au lait concentré. — *Les troubles digestifs* comportent chacun leur thérapeutique propre ; il est évident que la sténose pylorique est justiciable de l'intervention chirurgicale ; quand il s'agit, non de sténose, mais de *vomissements habituels*, la médication antiémétique (sous-nitrate de bismuth, belladone, gardénal) associée à un régime approprié (lait condensé pur, lait évaporé, etc.) fait souvent merveille.

Beaucoup plus délicat et important est le traitement des hypothrepsies et athrepsies liées aux *troubles intestinaux* (dyspepsie du lait de vache et des farineux, diarrhée commune, diarrhée cholériforme, etc.) si fréquemment en jeu à l'origine des états de dénutrition dans la première enfance. Nous ne pouvons songer à détailler ici le traitement de ces diverses affections, sur lesquelles nous avons insisté ailleurs (27), mais il est un point particulièrement important que nous ne pouvons passer sous silence : c'est la question de *la diète hydrique* chez les hypothrepsiques. On sait que celle-ci est *théoriquement indiquée* comme premier temps du traitement des syndromes diarrhéiques ; mais chez l'hypothrepsique grave, elle peut, par le mécanisme de *l'inanition*, porter le dernier coup à la nutrition déjà si compromise. Aussi M. Marfan recommande-t-il de ne pas l'établir pour une durée supérieure à 6 ou 8 heures dans les cas graves, à 12 heures au plus dans les cas moins accentués. Il faut, suivant l'expression de M. Mouriquand, user d'une « véritable diplomatie, à la fois vis-à-vis de la digestion et de la nutrition défaillantes ». Au moment de la réalimentation, le lait de femme ou le babeurre sont tout particulièrement indiqués.

Nous ne nous étendrons pas sur la thérapeutique des diverses *infections*, aiguës ou chroniques, qui peuvent être à l'origine des hypothrepsies, et parmi lesquelles *la syphilis* est de beaucoup la plus importante et la plus curable. On se rappellera que l'étiologie d'une hypotrophie est souvent *complexe* et que le traitement peut avoir à faire face à des indications thérapeutiques multiples.

II. *Après le 5e mois.* — Après le 4e ou 5e mois, l'enfant se défend mieux et fait moins facilement de la dénutrition grave : en particulier, l'athrepsie du type Parrot ne se voit pratiquement plus ; si les causes exposées au paragraphe précédent peuvent encore agir, en revanche d'autres facteurs apparaissent : avitaminoses, troubles endocriniens, etc.

1° *Le régime* des hypotrophiques âgés de plus de 5 mois ne diffère pas foncièrement de celui des enfants normaux ; le lait de femme est ici moins nécessaire, et le babeurre souvent mal accepté. Il faut noter cependant qu'un certain nombre de ces petits malades supportent mal le lait de vache, et l'on peut être amené à substituer progressivement à celui-ci *un régime varié* comprenant des bouillies aux farines, des jus de légumes, des vitamines, etc. Mais cette substitution ne doit être que *partielle*, la conservation dans le régime d'une certaine quantité de lait paraissant indispensable à la croissance.

2° *L'insuline, l'extrait thyroïdien, le sulfarsénol, les rayons U. V.* agissent bien sur ces hypotrophies du 2e semestre de la vie ; leur action n'est pas subordonnée à la cause de l'hypotrophie, elle s'exerce sur la nutrition de façon directe. Ceci ne veut pas dire qu'il faille négliger la thérapeutique étiologique : l'*hérédo-syphilis, la tuberculose*, le myxœdème congénital restent justiciables des traitements appropriés. La coexistence de signes de *rachitisme* commande l'emploi des rayons U. V., de l'héliothérapie, des stérols irradiés, de la médication calcique. *L'anémie*, fréquemment associée, sera traitée par le fer ; les signes de *carence fruste* justifieront l'emploi des diverses vitamines, associées à doses suffisantes. Là encore, on tiendra compte de la complexité étiologique de certaines hypotrophies, et on leur opposera une thérapeutique polyvalente.

III. Enfin, quel que soit l'âge des hypotrophiques, il faudra prévenir et, lorsqu'elles sont déclarées, traiter par les moyens appropriés certaines complications particulièrement fréquentes sur ces terrains débilités : pyodermites et escharres cutanées ; muguet et ulcérations buccales, pharyngite du cavum à pneumocoques ou à bacilles diphtériques, otite moyenne, et surtout *manifestations broncho-pulmonaires* souvent latentes, qui sont les causes habituelles de la mort chez ces petits malades.

(27) Voir P. Baize. Le Traitement des diarrhées estivales du nourrisson. *Bull. Méd.*, 11 juillet 1931.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 JUIN 1932)

Action vaccinante réciproque des venins d'abeille et de vipère Aspic. — Mme PHISALIX. Aussi bien que le venin de frelon, le venin d'abeille inoculé frais ou chauffé vaccine les animaux (cobaye et souris) à la fois contre sa propre action et contre celle du venin de vipère. Inversement : le venin de vipère, inoculé en solution fraîche ou chauffée, vaccine à la fois contre sa propre action et contre celle du venin d'abeille.

Immunisation des cobayes contre la morve. — MM. R. LEGROUX, KEMAL-DJEMIL et Mme Colette JERAMEC.

Phénomènes paradoxaux de la propriété immunisante du virus aphteux. — M. LIGNIÈRES.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 14 JUIN 1932)

L'hygiène et les industries de soies artificielles. — MM. P. CAZENEUVE, A. MOREL et DE LEENW. L'industrie des soies artificielles qui, depuis trente ans environ, s'est créée suivant des procédés divers, comporte l'emploi d'agents chimiques qui peuvent engendrer des maladies chez le travailleur de ces usines ou incommoder le voisinage.

Alcoolisme, éthérisme, actions irritantes par les corps acides ou alcalins, intoxications par l'ammoniaque, l'hydrogène sulfuré et le sulfure de carbone, tel est le bilan des accidents constatés chez l'ouvrier, ou tel peut être le point de départ des incommodités dont peut souffrir le voisinage des usines.

Organiser dans les ateliers l'absorption des gaz et vapeurs toxiques ou irritants, ainsi que la ventilation, a été la tâche des ingénieurs sur l'initiative des médecins de ces industries et des inspecteurs du travail ou des établissements classés.

Il faut reconnaître que, de plus en plus, dans cette industrie des soies artificielles très importante, soit en France, soit à l'étranger, les maladies professionnelles, grâce à de rigoureux procédés techniques de protection, tendent à devenir plus rares.

Discussion. — M. DE LAPERSONNE a constaté des conjonctivités et des kératites par pulvérisation de l'acide sulfurique.

Importance de l'état glycémique préalable sur l'intensité du choc provoqué. Le glucose, agent protecteur contre le choc. — M. DESGREZ présente un travail de MM. A. CADE et Ph. BARRAL, réalisé avec la collaboration de MM. Huc d'Arrac et H. Seguin. Ces auteurs montrent que l'hyperglycémie protège les animaux contre le choc anaphylactique ou peptonique ; l'addition de solution glucosée à l'antigène ou à la peptone atténue ou abolit les manifestations du choc. Par contre, lorsque ce choc est réalisé sur un animal préalablement hypoglycémié, il est toujours plus intense que chez les animaux témoins. Ces recherches ont conduit leurs auteurs à une interprétation nouvelle de certains des accidents dits hypoglycémiques survenant au cours du traitement insulinien. Ces notions paraissent susceptibles d'être utilisées en thérapeutique humaine chaque fois qu'il y aura intérêt à protéger un sujet contre un choc anaphylactique, protéinique ou peut-être même médicamenteux.

Résultats obtenus par l'irradiation des régions surrénales dans 40 cas d'oblitérations artérielles des membres (Note présentée par M. Zimmern). — MM. L. LANGERON et R. DESPLATS (de Lille) apportent les résultats de leur expérience du traitement des oblitérations artérielles des membres par les irradiations des régions surrénales dans 40 cas, et concluent ainsi : la méthode a donné 25 bons résultats, 2 échecs complets et 9 résultats partiels ; dans 4 cas, elle ne pouvait rien donner. Les symptômes sont, dans la grande majorité des cas, favorablement impressionnés, et leur persistance, des douleurs en particulier, est en faveur de la nécessité d'une amputation. Même d'ailleurs dans ce cas, la méthode n'est pas inutile en permettant d'opérer dans de meilleures conditions. Il s'agit d'un procédé d'action essentiellement vaso-motrice, comparable aux interventions sympathiques et qui peut présenter sur ces dernières certains avantages.

La stérilisation des eaux d'alimentation domestique par l'argent métallique. — M. André KLING, directeur du laboratoire municipal, présente une étude relative au mécanisme suivant lequel s'exerce l'action stérilisante de l'argent métallique sur les eaux contenant des bacilles typhiques et des colibacilles. Il fait justice des nombreuses explications plus ou moins fantaisistes qui avaient été proposées pour expliquer cette action, et par suite d'expériences, dont les résultats ne laissent aucun doute, il montre que c'est par une dissolution pure et simple du métal dans l'eau que se produit la stérilisation.

Cette mise au point étayée par un certain nombre d'expériences, dont chacune précise un point du problème, met définitivement fin aux discussions qui se sont élevées récemment sur ce sujet.

Sur un cas de septicémie à streptocoques d'origine otitique, traitée et guérie par le sérum antistreptococcique du professeur H. Vincent. — M. DIDIER rapporte l'observation d'un malade qui, à la suite d'une bronchite grippale, a fait une otite double avec double mastoïdite opérée d'urgence. Trismus, rhino-pharyngite, micropolyadénite cervicale, bronchite, intermittences cardiaques, albuminurie. Faciès amaigri, infecté, terreux. Température élevée.

Malgré des injections de propidon, de septicémine, de pyoformine, etc., et bien que les plaies opératoires fussent en parfait état, des symptômes infectieux redoutables apparaissent en même temps que de violents frissons, une fièvre intense, et une hémorragie intestinale.

L'hémoculture pratiquée aussitôt révèle la présence du streptocoque dans le sang. En outre, les symptômes généraux sont tellement graves que le pronostic est fatal. On institue, six jours après, le traitement sérothérapique par le sérum de Vincent (100 cc., puis 80 cc., 60 cc.) injecté en partie dans les veines, en partie sous la peau ou dans les muscles.

La défervescence a commencé le lendemain de la première injection de sérum ; la température qui était de 40° la veille est descendue, en effet, le lendemain matin à 37°,9 et 38°,4 le soir, puis progressivement est devenue entièrement normale quatre ou cinq jours après. En même temps l'état général s'amendait, le teint terreux disparaissait, l'appétit se réveillait. La guérison est survenue sans aucune réaction sérique, bien que le sérum ait été injecté à hautes doses et, en grande partie, dans la veine.

Election de deux correspondants nationaux dans la 1re division. — Sont présentés en première ligne : MM. Surmont (de Lille) et Nicolas (de Lyon) ; en deuxième ligne,

ex æquo, et par ordre alphabétique : MM. Euzière (de Montpellier) ; Masson (de Strasbourg) ; Mouriquand (de Lyon) ; Paviot (de Lyon) ; Spillmann (de Nancy) ; adjoint par l'Académie : M. Halipré (de Rouen).

Au premier tour de scrutin, sont élus : MM. les professeurs Surmont (de Lille) et Nicolas (de Lyon).

SOCIETE DE CHIRURGIE

(Séance du 4 mai 1932)

Rachianesthésie dans les luxations traumatiques de la hanche. — M. Louis Bazy rapporte ce travail de M. René Bloch. L'attitude en flexion dans trois luxations de la hanche s'étant transformée en extension sous rachianesthésie, l'auteur se demande si la théorie de Bigelow est vraie et s'il ne s'agit pas de flexion par simple contracture musculaire.

M. Hartmann n'en est pas persuadé.

Pylorectomies limitées et ulcus peptiques. — Ce travail de M. Charrier est présenté par M. Gosset : deux pylorectomies limitées pour ulcus ont été suivies d'ulcus peptique. Il faut rejeter ces opérations pour la gastro-entérostomie simple ou la gastrectomie large.

Ostéosynthèse à ancrage. — M. Picot rapporte ce travail de M. Reinhold, qui emploie des plaques spéciales avec vis s'enfonçant obliquement dans la corticale osseuse.

Tétanos après opération sur le tube digestif. — Ce travail de MM. Lefebvre et Cantegril (Toulouse) est rapporté par M. Sauvé. Les auteurs, à propos d'une observation personnelle, rappellent la fréquence du bacille de Nicolaier dans le tube digestif, heureusement combattu par des microbes empêchants et par l'immunité antitétanique ou acquise spontanément.

Ce tétanos post-opératoire peut avoir aussi une origine cutanée, comme le rappelle M. Sauvé, mais le catgut reste la grosse cause de ces tétanos post-opératoires, comme le disent MM. Lenormant, Pierre Duval, Thiéry et Louis Bazy.

Diverticulite appendiculaire primitive. — MM. Pierre Moiroud et Imbert (Marseille) ont observé cette affection chez un homme de 71 ans, avec péritonite généralisée. Ils opposent les diverticules congénitaux exceptionnels aux diverticules inflammatoires ou physiologiques.

Fibrome intra-péritonéal du ligament rond gauche. — M. Petit (Niort) a pu enlever ce gros fibrome par résection uniquement du ligament.

Carbogène et anesthésie générale combinés. — M. Gaudier insiste sur l'utilité du carbogène durant les anesthésies et dans les complications pulmonaires post-opératoires.

Hétéro-greffe nerveuse. — M. Leriche, chez un blessé de guerre amputé trop bas qui présentait des troubles trophiques du pied consécutifs à la section du sciatique, avec récidive sur le moignon, fit une résection du neuro-gliome supérieur et une greffe de Nageotte avec le bout inférieur. En onze jours l'ulcération était cicatrisée, donc ce sont les troubles vaso-moteurs engendrés par le neuro-gliome du bout central qui déterminent les troubles trophiques. Guérison parfaite neuf ans et cinq mois après l'intervention.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

AMÉLIORATION DES RELATIONS ENTRE L'AVALLONAIS, CLAMECY ET PARIS. — A partir du 22 mai, les trains 168 et 174 (toutes classes) sont avancés et accélérés et mis ainsi en correspondance à Laroche-Migennes respectivement avec le rapide 506 et l'express 108 sur Paris.

Avallon et Clamecy, dép., 9 h. 02 ; Auxerre-Saint-Gervais, dép. 11 h. 17 ; Laroche-Migennes, arr. 11 h. 42 ; Paris, arr. 14 h. 20.

Wagon-restaurant entre Laroche et Paris.

Avallon-Clamecy, dép. 12 h.; Auxerre-Saint-Gervais, dép. 13 h. 50 ; Laroche-Migennes, arr. 14 h. 15 ; Paris, arr. 16 h. 45.



Corps étrangers articulaires du coude. — M. CHATOU complète une observation déjà présentée en indiquant le bon résultat fonctionnel de son opéré.

Ostéo-synthèse par le procédé de Cunéo. — M. JUVARA est très partisan des ostéosynthèses dans les fractures de l'avant-bras, et rapporte trois beaux résultats après utilisation du matériel de Cunéo légèrement modifié.

Sympathectomies périartérielles et insuffisances testitulaires. — M. LERICHE estime que la sympathectomie périartérielle n'est pas une opération dangereuse. Toutes les tentatives sur le sympathique n'ont malheureusement donné pour les glandes que des résultats temporaires.

Iodoventriculographie cérébrale. — M. JOSÉ-ARCÉ (de Buenos-Ayres) expose sa technique et ses résultats. L'iodoventriculographie fut utile 151 fois sur 171 où elle fut pratiquée. L'endoscopie cérébrale a été utilisée 9 fois, surtout pour étude de l'hydrocéphalie.

Présentation de malades :

M. BASSET. Arthrotomie en U transligamenteuse pour plaie pénétrante du genou gauche par éclat d'obus. Excellent résultat seize ans plus tard.

M. SORREL. Angiome diffus du membre inférieur droit. Ce gros angiome est douloureux. L'exérèse est impossible. On va tenter les injections de sels de quinine.

M. Paul MATHIEU. Résection arthroplastique de la hanche pour arthrite déformante douloureuse.

(SÉANCE DU 11 MAI 1932)

Pseudarthrose et sympathectomie. — M. MATHIEU rapporte ce travail de M. Thalheimer. Une pseudarthrose de jambe persistait depuis de longs mois. La guérison survint en quelques mois après sympathectomie périfémorale.

Maladie de Bessel-Hagen. — Ce travail de M. Gentil est présenté par M. MATHIEU. Un arrêt de développement du cubitus entraîna une luxation pathologique du radius en haut avec perforation spontanée des téguments et issue de la tête radiale. M. Gentil fit un raccourcissement du radius et put réintégrer la tête sous les téguments.

M. SORREL considère qu'il s'agit d'une luxation congénitale du coude.

M. LANCE, dans un cas où l'extrémité radiale supérieure menaçait la peau des deux côtés, a confié ce malade à M. Ombrédanne qui a pratiqué la résection bilatérale de cette extrémité radiale avec succès.

M. MOUCHET est partisan de la résection de la tête radiale.

M. LENORMANT ne croit pas que ces lésions soient congénitales.

Abcès osseux de l'extrémité inférieure du fémur droit. — M. MATHIEU rapporte cette observation de M. Masini. La trépanation osseuse suivie de mise en place d'une masse musculaire dans la caverne et fermeture cutanée permit une rapide guérison.

Rupture traumatique des ligaments croisés du genou. — — Ces trois observations de MM. Madranges et Masini sont rapportées par M. MATHIEU. L'un d'eux fut traité par suture du ligament croisé antérieur, l'opération ayant pu être pratiquée précocement. Dans un autre cas, datant de deux ans, les auteurs pratiquèrent la réfection des deux ligaments croisés, suivant le principe de Hey-Groves. M. Mathieu rappelle qu'actuellement Leriche et Oudard dans leurs interventions précoces s'occupent peu des ligaments croisés, mais reconstituent soigneusement les ligaments latéraux et les plans fibreux antérieurs.

M. DESPLAT, dans quatre cas de rupture des croisés, a obtenu d'excellents résultats de l'opération de Hey-Groves.

M. OUDARD, dans ses interventions précoces, a rétabli les ligaments latéraux sans vérifier les croisés et ne peut rien dire à ce sujet.

M. MAISONNET pense que le mouvement de tiroir est fonction de la rupture non seulement des ligaments croisés, mais aussi des ligaments latéraux.

M. MADIER a vu un mouvement de tiroir par rupture du seul ligament croisé antérieur.

M. MÉTIVET a vu des mouvements de tiroir sur des genoux n'ayant pas subi de traumatisme.

Traitement du cancer du rectum. — M. PROUST résume la discussion sur ce sujet. Ce cancer est avant tout justiciable de la chirurgie, tant qu'il est opérable. Le radium donne en général de mauvais résultats. Dans les cas d'inopérabilité, il vaut mieux employer le radiumpuncture dans la tumeur.

Traitement des hémorragies gastriques. — — M. GRÉGOIRE cherche à préciser les indications de l'intervention. La recherche de l'anémie sanguine, l'examen de la tension artérielle ne peuvent pas dire si l'hémorragie est arrêtée ou non. Il cite un cas où il ne put intervenir à temps pour hématémèses répétées. Dans un nouveau cas analogue, il intervint mais ne trouva qu'un ulcère d'apparence cicatrisé qui fut réséqué. Les hémorragies ne se sont pas reproduites. Il faut agir suivant son intuition clinique.

Fracture transcotyloïdienne du bassin avec luxation intrapelvienne de la tête fémorale. — MM. LEVEUF et PALSOUSKI ont obtenu un excellent résultat en enfonçant une vis dans le col fémoral et en exerçant une traction progressive sur cette vis.

M. Louis BAZY, à côté des fractures du fond du cotyle, a vu un cas de vraie fracture du bassin, très étendue, et intéressant le cotyle.

M. MATHIEU a pu réduire après traction par broche de Kirchner, mais n'avait pu maintenir cette réduction.

M. FREDET, malgré une traction sur anse métallique, n'a pu réduire complètement un cas récent.

M. CUNÉO trouve le point d'appui sur le plâtre ingénieux.

M. BASSET trouve mauvais le terme de fracture de la hanche et insiste sur la nécessité d'une réduction précoce.

Présentation de malades :

M. VEAU présente les résultats d'un bec de lièvre bilatéral total dont le premier côté avait été opéré à sept semaines.

M. Veau a obtenu un excellent résultat sans toucher ni au vomer, ni au tubercule médian qu'il ne résèque et ne replace plus jamais.

Précis de radiodiagnostic, par Paul LAMARQUE, professeur agrégé de Montpellier. In-8° de 750 pages avec 374 radiographies hors texte et schémas explicatifs. Prix : cartonné : 125 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

NOTES DE PRATIQUE

PRÉSCLÉROSE GASTRO-INTESTINALE

Sous cette dénomination est envisagé un état pathologique justiciable des médicaments utilisés contre l'artériosclérose. Chtchoukine n'a eu que des insuccès avec l'iode comme avec les iodures ainsi qu'avec la théobromine. Par contre, l'Adonis vernalis s'est montrée efficace ; il attribue cette supériorité de l'Adonis sur la théobromine à ce que celle-ci ne provoque qu'une dilatation des parois vasculaires, tandis que l'Adonis exerce, en outre, une action stimulante de la circulation, d'où rétablissement d'un équilibre suffisant.

En conséquence, prescrire de l'Adonis sous forme de Diurène, deux à trois cuillerées à café en y ajoutant quelques gouttes de teinture de condurango à titre de tonique gastro-intestinal.

LIVRES NOUVEAUX

Les asphyxies accidentelles. — Les asphyxies du temps de paix et du temps de guerre.

Au moment de l'affreux assassinat de M. Paul Doumer, le grand public a appris la belle organisation qui existe dans les hôpitaux de Paris pour la transfusion du sang. Une organisation analogue existe pour le traitement des asphyxiés ; elle fut créée dans le corps des sapeurs-pompiers de Paris, par M. le médecin lieutenant-colonel Cot, assisté de ses dévoués collaborateurs du régiment des sapeurs-pompiers, MM. Jacob, Joly et Sarroste. Le fonctionnement de ce service est si parfait qu'il est souvent mis à contribution non seulement pour les accidents en ville, mais aussi pour les asphyxiés apportés dans les hôpitaux.

Deux livres que vient de publier à ce sujet M. le docteur Cot doivent être particulièrement retenus.

Le premier ouvrage (1) contient la substance de la déjà longue expérience de l'auteur.

La première partie expose l'étude clinique des trois grandes variétés d'asphyxies accidentelles. Le mécanisme de la submersion notamment est exposé de façon très originale, en raison des recherches de l'auteur qui lui ont permis de l'identifier à celui qui détermine la mort dans l'œdème suffocant du poumon. De même l'importance du pH, et celle des alcaloses et des acidoses gazeuses circulatoires dans l'intensité de la réaction au choc asphyxique est très bien exposée ; pareillement les relations qui unissent à l'état de déséquilibre vago-sympathique, les modes asphyxique ou syncopal de cette réaction. Ces idées originales se retrouvent dans la deuxième partie de l'ouvrage consacrée à l'étude de la thérapeutique. Ce chapitre, après avoir donné la revue critique des agents et des moyens thérapeutiques à employer, souligne plus spécialement deux points très importants :

1° L'emploi de l'oxygénation sous masque suivant la méthode de Henderson au carbogène ;

2° La pratique de la phlébotimie dans l'immense majorité des cas, qu'il s'agisse d'asphyxie par submersion et électrocution ou bien même d'asphyxie par gaz de combustion ou d'éclairage. Ce sont là deux notions qui jusqu'ici étaient, la première inconnue ou inappliquée en France, la deuxième contre-indiquée, au moins en ce qui concerne l'asphyxie par CO. Les résultats remarquables obtenus par l'auteur et ses collaborateurs indiquent que la saignée doit avoir incontestablement à nouveau « droit de cité » dans l'arsenal thérapeutique d'extrême urgence.

La troisième partie de l'ouvrage étudie l'hygiène préventive des asphyxies accidentelles. Les médecins, les hygiénistes, les chefs d'industries (mines, usines, centrales électriques, gazogènes, chemins de fer électrifiés) y trouveront un exposé complet des moyens à mettre en œuvre pour arriver à juguler le plus possible le danger que le machinisme moderne, de plus en plus envahissant, fait courir aux techniciens et aux profanes.

Dans un deuxième volume (1), le docteur Cot s'adresse plus spécialement aux sauveteurs : Croix-Rouge, hygiénistes, administrateurs des cités, membres de commissions départementales de défense aérienne, commandants des compagnies de sapeurs-pompiers, etc., etc..., mais les médecins y trouveront également de précieuses et utiles indications.

Le problème d'urbanisme qui y est exposé est traité non seulement du point de vue du temps de paix, mais la question de la protection de la cité en cas d'attaque aéro-chimique y est envisagée dans six leçons qui, pour la première fois, donnent une étude d'ensemble des gaz de combat dans leurs rapports avec les mesures de protection actives ou passives de la cité. Parmi ces dernières, celles qui ont trait plus spécialement aux « équipes de dégazage et de sauvetage », étudiées suivant les principes du professeur Parisot, sont exposées avec une clarté et une autorité remarquables.

L'importance de ce livre, le premier qui situe l'ensemble de cette grande question d'urbanisme, est suffisamment démontrée par la préface que le général Niessel, membre du Conseil supérieur de la Guerre, et tout spécialement compétent en matière de défense aérienne, a tenu à écrire pour le présenter à la masse des gens cultivés que préoccupe, non sans raison, ce problème d'actualité. L. G.

(1) Docteur COT. *Les asphyxiès accidentelles. Submersion. Electrocution. Intoxication oxycarbonique. Etude clinique, thérapeutique et préventive.* Un fort volume de 420 pages, Paris, Maloine.

(1) *Les asphyxies du temps de paix et du temps de guerre. Guide du sauveteur spécialisé*, par le docteur COT. Un fort volume de 450 pages, 66 figures. — Prix : 30 fr. — Dépôt : Librairie Lorillot, 30, rue Henri Monnier, Paris (IXe).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 20 juin. — Jury : MM. Baudouin, président ; Lemierre, Loéper, Harvier. — M. PANSIN. Etude des abcès métastasiques du cerveau, au cours des bronchectasies. — M. PELLETIER. Etude des accidents nerveux de l'endocardite maligne lente et en particulier de la forme psychique. — M. Elphège JOUIS. Traitement des hyperchlorhydries par l'extrait hydroalcoolethere de Jaborandi.

Mardi 21 juin. — Jury : MM. Cunéo, président ; J.-L. Faure, Lenormant, Vaudescal. — M. BONAMY. Les perforations intestinales au cours des paratyphoïdes différentes. — M. GUIHÉNEUC. De l'exclusion haute de l'estomac. — M. LE CORRE. L'anesthésie régionale en chirurgie urinaire. — M. DAVID. Etude de la thrombophlébite primitive du golfe de la jugulaire et particulièrement son diagnostic. — M. FORESTIER. Les abcès de la cloison recto-vaginale. — M. KUPERCYN. A propos de quelques cas de grossesses extra-utérines doubles.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Troisième concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 15 juin. — MM. Marie, 19,72; Layani, 18,54; Lambling et Escalier, 19,72.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux (admissibilité). — *Epreuve clinique.* — MM. Bidoire, 29; Suzor, 30; Sureau, 29.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Chambéry. — Le 4 juillet 1932, à 8 h. du matin, s'ouvrira un concours public pour la nomination d'un médecin accoucheur, professeur d'école d'accouchement à la Maternité de Chambéry.

— Lyon. — Le concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Gaucherand.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours du prosectorat.* — *Epreuve de dissection.* — Séance du 16 juin. — MM. Cordier, Longuet et Maës, 28; Dreyfus, 27; Couvelaire et Padovani, 26.

Sont proposés : MM. Cordier, 135; Couvelaire et Padovani, 134.

LÉGION D'HONNEUR. — Est inscrit au tableau de concours pour la Légion d'honneur (réserve) :

Pour chevalier. — M. Terray, capitaine. Le capitaine Terray n'est autre que notre excellent confrère le docteur Henri Terray (d'Aix-les-Bains), que nous sommes heureux de féliciter.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME. — La prochaine réunion scientifique de la Ligue, consacrée à des présentations de malades, aura lieu dans le service de M. le professeur Marcel Labbé, à l'hôpital de la Pitié, le samedi 25 juin, à 10 h. 30.

Objet des présentations : acromégalie et rhumatisme, maladie de Dupuytren et rhumatisme, spondylose rhizomélique, etc.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE. (Limoges, 25-30 juillet 1932.) — Président : M. le professeur Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; vice-président : M. le professeur Georges Guillain (de Paris); secrétaire général : M. le docteur René Charpentier (de Neuilly-sur-Seine); secrétaire annuel : M. le docteur Calmettes, médecin chef de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne); trésorier : M. le docteur Vignaud, 2, rue Falret, à Vanves (Seine).

Programme des travaux et des excursions. — Lundi 25 juillet : 9 h. 15. Séance solennelle d'ouverture, sous la présidence de M. le préfet de la Haute-Vienne, salle des Fêtes, Hôtel de Ville.

14 h. 15. Premier rapport : Psychiatrie. — *Le rôle et l'importance des constitutions en psychopathologie.* — Rapporteur : M. le docteur Achille Delmas, médecin-directeur de la maison de santé d'Ivry-sur-Seine (Seine), salle des Fêtes, Hôtel de Ville.

18 h. 15. Visite du musée Adrien-Dubouché.

21 h. 15. Réception à l'Hôtel de Ville.

Mardi 26 juillet : 9 h. 15. Deuxième rapport : Neurologie.

— *Les leucoencéphalites et autres affections diffuses de la substance blanche du cerveau.* — Rapporteur : M. le docteur M. Moreau, assistant à l'Université de Liége, chef du service de neurologie à l'hôpital d'Ougrée-Marihaye, salle des Fêtes, Hôtel de Ville.

14 h. 15. Séance de communications, salle des Fêtes, Hôtel de Ville.

16 h. 15. Visite d'une usine de porcelaine de Limoges.

17 h. 30. Promenade dans les environs de Limoges.

Mercredi 27 juillet : 9 h. 15. Assemblée générale des membres titulaires du Congrès, salle des Fêtes, Hôtel de Ville.

11 h. Visite, par groupes, d'ateliers de céramique, émaux.

14 h. 15. Séance de communications avec projections, salle des Fêtes, Hôtel de Ville.

16 h. 30. Les membres du Congrès sont invités à assister à l'Ecole de médecine de Limoges à la cérémonie d'inauguration d'un buste du professeur Gilbert Ballet, ancien président du Congrès, monument élevé sur l'initiative de l'Association générale des médecins de la Haute-Vienne, sous la présidence d'honneur de M. le professeur d'Arsonval, membre de l'Institut, et sous la présidence de M. le professeur Raymondaud, directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Limoges.

21 h. 15. Réception par le Corps médical limousin.

Jeudi 28 juillet : 9 h. 15. Troisième rapport : ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE. — *La protection des biens des psychopathes : le rôle actuel du curateur à la personne, celui qu'il devrait jouer.* — Rapporteur : M. le docteur Lauzier, médecin chef de la maison de santé de Fitz-James, à Clermont-de-l'Oise, salle des Fêtes, Hôtel de Ville.

13 h. Excursion à Saint-Junien, aux bords de la Glane, et au rocher de Corot. Visite du musée régionaliste de Jean Teilliet (prix de l'excursion : 20 fr. par personne).

18 h. Retour à Limoges. Visite de l'Asile départemental de Naugeat.

19 h. 30. Dîner offert aux congressistes par l'établissement.

Vendredi 29 juillet : 9 h. 15. Séance de communications, salle des Fêtes, Hôtel de Ville.

13 h. Excursion à Solignac, Uzerche, Le Glandier, Pompadour (prix de l'excursion : 35 fr. par personne).

21 h. 15. Soirée offerte par le président et les membres du Congrès dans les salons du Central Hôtel, place Tourny. Tenue de soirée facultative).

Samedi 30 juillet : 9 h. 15. Séance de communications, salle des Fêtes, Hôtel de Ville. Clôture du Congrès.

12 h. 30. Excursion en Creuse, les gorges du Taurion, Chatelus, la Creuse, Crozant, le barrage d'Eguzon et Gargilesse (prix de l'excursion : 45 fr. par personne).

Un Comité de dames de Limoges se tiendra à la disposition des dames du Congrès pour des visites de la ville (musée d'échantillons, ateliers, usines, etc.) pendant les séances de travail.

S'adresser pour tous renseignements au docteur Calmettes, secrétaire annuel, médecin chef à l'Asile de Naugeat (Haute-Vienne).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mercredi 22 juin. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Ombrédanne, Mathieu, Portes. — M. Jules JULIEN. Influence de l'accouchement sur certains accidents toxi-infectieux au cours de la seconde moitié de la grossesse. — M. Ivo VNISKI. Etude des accidents dus à la rétention de la dent de sagesse inférieure.

Jeudi 23 juin. — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Guillain, Lereboullet, Terrien. — M. DUTRAY. La reprise du pneumothorax artificielle. — M. TUCHMANN. Etudes nouvelles cliniques et thérapeutiques de la paralysie faciale périphérique. — Mlle PAPAÏOANNOU. La péritonite à pneumocoques. — Mlle KAZ. Etude de la kératite disciforme.

Samedi 25 juin. — Jury, MM. Bezançon, président ; Desgrez, Roussy, Hazard. — M. LEROY. Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux compliqué de péricardite. — M. PAILHERET. La méralgie paresthésique (névralgie du fémoro-cutané).

Jeudi 23 juin. — *Thèse vétérinaire.* — Jury : MM. Tanon, président ; Bresson, Dechambre. — M. LÉON. Anquenides : notes phylogéniques et zoologiques. Etude zootechnique.

CHRONIQUE

REMISE D'UNE MÉDAILLE A M. LE DOCTEUR CH. BUIZARD

Dimanche matin, grande et joyeuse animation à la Société des chirurgiens de Paris. Ne s'agit-il pas de fêter la rosette de son éminent secrétaire général et de lui remettre, en ce jour marqué pour tous d'une pierre blanche, la médaille due au talent de M. Turin, et qui fixe dans le bronze, ses traits d'empereur romain ! Dans la salle, de si charmantes femmes que les journalistes, rarement à pareille aubaine, en oublient leur dénombrement familier... Noté pourtant au hasard MM. Belot, Bonneau, Delaunay, Hautefort, Léopold Lévi, Massart, Noir, Peugniez, Marcel Pinard, Planson, Rathery. A l'heure exacte, le professeur Gosset ouvre la séance. Successivement, au nom de la Société des Chirurgiens de Paris, de la Société des Médecins de Paris, de la Société médicale de l'Elysée, de l'Umfia, du Syndicat des Chirurgiens de Paris et de la région parisienne, des anciens camarades, du comité d'organisation, MM. Léo, Lobligeois, Rœderer, Dartigues, Massart (pour M. Séjournet), Baudouin, Pauchet prennent la parole. Les applaudissements sont à peine terminés que se lève le professeur Gosset. Chaque fois qu'on a l'occasion de l'entendre, on se prend à penser que ce grand chirurgien aurait pu être aussi un grand avocat. Il loue, en Buizard qu'il a connu tout jeune, chez le professeur Terrier, le caractère, l'énergie, l'habileté, le dévouement à ses malades comme à la Société dont il est l'âme. Très ému, le héros de la cérémonie répond aux divers orateurs. Il dit sa profonde reconnaissance à ses parents, à ses premiers maîtres, à ses amis, à ses collègues. Discours très bref et qui n'en a été que plus émouvant dans sa sobre éloquence. Comment, en l'entendant, ne pas s'associer aux vœux que formulait le professeur Gosset ? Comment ne pas souhaiter à Charles Buizard de garder, longtemps encore, cette activité bienfaisante dans laquelle il met tout son esprit et tout son cœur !

L. BABONNEIX.

RENSEIGNEMENTS

On demande **DOCTEURS ou ÉTUDIANTS** pour s'instruire et rendre service en examinant 600 enfants partant colonie de vacances, *dimanche 31 juillet*, 9 h. à 12 h., ou 14 à 17 h. — S'inscrire : « Enfants Montagne », 26, faubourg Saint-Jacques, Paris (XIVe). — Petite indemnité.

PARALYSIES FACIALES CONGÉNITALES

Par MM. L. BABONNEIX et A. MIGET.

Parmi les nombreuses affections congénitales du système nerveux, celles qui intéressent les nerfs crâniens occupent une place importante. Certaines paires, telles que la septième et la sixième, paraissent plus particulièrement lésées.

D'intéressants travaux leur furent consacrés depuis les thèses de Landouzy (1839), Pajot, Roullaud, Falloux, inspirées par l'un de nous, et l'excellent mémoire de Cabannes (1900). Ceux, plus récents, de Delherm, Marfan et A. Delille, Souques, Babonneix et Harvier, Thomas, Alajouanine, Huc et Gopcevitch, ont mis en relief différents types particuliers de paralysie faciale congénitale, pure ou associée, dont nous avons eu l'occasion d'observer trois cas.

LES FAITS

A. — Paralysies faciales de type périphérique

Observation I (L. Babonneix et A. Miget). — *Paralysie faciale et ophtalmoplégie externe bilatérale et congénitale.* — Solange A..., âgée de 5 ans, est née à terme, après un accouchement normal et rapide. Dès la naissance, l'entourage a remarqué une déformation de la face, de la bouche en particulier, accompagnée de troubles de la succion et de la déglutition qui ont rendu l'alimentation difficile. Plus tard, vers l'âge de 3 ans, on a constaté l'atrophie linguale, en raison du retard et de la difficulté de la parole.

A l'examen, l'attention est attirée d'emblée par le facies. La physionomie immobile, inexpressive, hébétée, les yeux largement ouverts et larmoyants, le nez épaissi à la racine, la bouche entr'ouverte laissant apercevoir des dents irrégulières, mal plantées et cariées, le menton fuyant, donnent à l'enfant l'apparence d'une pseudo-bulbaire (*fig.* 1).



Fig. 1.

Les troubles de la musculature oculo-palpébrale consistent surtout en une abolition des mouvements de latéralité volontaire et réflexe, avec strabisme convergent et conservation des mouvements de verticalité. Le clignement est rare, mais le réflexe naso-palpébral donne une réponse légère.

Une asymétrie faciale, très nette au repos, témoigne d'une paralysie faciale gauche, De ce côté, les traits paraissent plus étalés, la queue du sourcil plus basse, le sillon naso-génien moins accentué, la commissure buccale légèrement déviée à droite, les rides du front effacées.

Les mouvements volontaires exagèrent la paralysie faciale gauche, évidente à un simple examen, et font apparaître la paralysie faciale droite, d'ailleurs atténuée.

L'occlusion des paupières est incomplète avec signe de Charles Bell bilatéral.

La bouche est déformée, la lèvre supérieure proéminente, l'inférieure comme rétractée. La fermeture de la bouche est impossible, sans qu'intervienne un trouble de l'articulation dentaire et l'enfant ne peut ni siffler, ni souffler.

La langue, non déviée, peu mobile, animée de contractions fibrillaires, est petite, amincie, creusée d'une gouttière médiane et irrégulière. La parole est nasonnée, lente, monotone et difficile, la salivation abondante, la mastication et la déglutition très gênées.

Il n'existe ni paralysie vélo-palatine, ni troubles auditifs, respiratoires ou cardiaques.

La motilité des membres paraît normale, sans diminution appréciable de la force musculaire, sans amyotrophie ; la sensibilité n'est pas modifiée. Les réflexes tendineux sont uniformément vifs, les réflexes cutanés normaux sans extension de l'orteil, le réflexe cornéen diminué.

L'examen complet ne révèle aucun trouble important, l'état général est satisfaisant.

L'examen oculaire (Dupuy-Dutemps) donne les résultats suivants : réflexes pupillaires normaux, occlusion incomplète des paupières, strabisme convergent qui semble dû à une parésie bilatérale des droits externes, plus accentuée à gauche, comme la paralysie faciale. Paralysie du moteur oculaire commun, ébauche du réflexe paradoxal de Cestan et Dupuy-Dutemps. Fond d'œil normal.

L'examen électrique décèle une inexcitabilité faradique et galvanique du nerf facial gauche et une hypoexcitabilité faradique et galvanique du facial droit, sans réaction de dégénérescence.

Intelligence et caractère semblent normaux.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang des parents et de l'enfant, chez laquelle on ne constate d'ailleurs aucun stigmate, en dehors des lésions dentaires.

L'étude des antécédents héréditaires ou collatéraux ne met en évidence aucun fait pathologique important.

La petite Solange est la cadette d'une famille de cinq enfants bien portants — (l'une de ses sœurs est atteinte de luxation congénitale de la hanche peu accusée) — et les parents jouissent d'une excellente santé.

Obs. II (L. Babonneix et P. Harvier). — *Paralysie faciale unilatérale et ophtalmoplégie externe bilatérale congénitale.* — Léonie D..., âgée d'un an, est l'unique enfant de parents bien portants. Née à terme, après une bonne grossesse et un accouchement normal.

Dès la naissance, la mère aurait constaté une déviation de la bouche et une convergence des globes oculaires.

Actuellement, l'état général, malgré des troubles intestinaux liés à une alimentation défectueuse, est assez satisfaisant. Les différents organes sont sains.

Lorsque l'enfant est au repos, on constate une paralysie faciale gauche évidente. Toute l'hémiface gauche paraît immobile. Les fentes palpébrales sont également ouvertes des deux côtés, mais la queue du sourcil est plus basse du côté gauche. Le sillon nasogénien est à peine esquissé, l'aile du nez aplatie et l'orifice nasal rétréci, la commissure labiale nettement déviée et abaissée de ce côté.

Cette paralysie devient plus évidente encore au moment des cris ou lors du sommeil, la paupière gauche ne recouvrant, alors, qu'à moitié le globe oculaire.

Il existe, de plus, une ophtalmoplégie externe bilatérale ; au repos, on note un strabisme convergent des plus nets ; lorsqu'on fait suivre des yeux un objet brillant, on constate que les mouvements d'élévation en haut et en dehors (petit oblique), d'adduction, de rotation en bas et en dehors (grand oblique) sont impossibles, tandis que les mouvements d'élévation et d'abaissement du globe oculaire sont corrects. Il s'agit donc d'une paralysie des muscles droits externes, grands et petits obliques. Il n'y a pas de ptosis. Des deux côtés, on constate un nystagmus continu, rapide, vertical ou rotatoire. Les pupilles sont légèrement dilatées, mais égales. Les réflexes lumineux et consensuels sont normaux, de même que la sensibilité de la cornée et de la conjonctive. L'examen du fond d'œil montre des papilles légèrement saillantes, les veines dilatées, les artères un peu rétrécies, la choroïde en voie d'atrophie, et l'absence congénitale de pigment rétinien.

Il n'y a pas d'autre déformation. La langue, la voûte palatine, le voile, la luette sont intacts, la déglutition facile.

Les troubles de la sensibilité, les troubles trophiques et vaso-moteurs font défaut. Les réflexes tendineux sont normaux, le réflexe cutané plantaire se fait en flexion des deux côtés.

L'examen électrique nous a montré l'existence d'une inexcitabilité faradique et galvanique complète du nerf facial à son point moteur. Des muscles faciaux, seuls les muscles du menton, de la commissure labiale et de l'aile du nez sont excitables, mais leur excitabilité est diminuée par rapport à celle du côté droit.

Ces deux observations sont des exemples typiques de paralysies faciales congénitales du type périphérique. Elles revêtent cliniquement deux formes :

1. *Bilatérale ;*
2. *Unilatérale,* dont on peut rapprocher certaines formes *partielles* décrites par Remak.

1. La forme *bilatérale,* diplégie faciale, se caractérise par l'atteinte de tous les muscles, avec prédominance sur certains d'entre eux (orbiculaire, frontal) et même sur un côté, par son association presque constante avec des troubles de la motilité oculaire (paralysie oculo-faciale congénitale de Gowers) et par la coexistence fréquente d'autres malformations. Parmi celles-ci, en dehors des cas d'absence des caroncules lacrymales, d'un chef musculaire des pectoraux, de l'amygdale et du pavillon de l'oreille, de division du lobule de l'oreille, de bifidité de la luette, il convient de mentionner l'existence de double pied-bot.

Récemment, MM. Alajouanine, Huc et Gopcevitch, dans un intéressant mémoire de la *Revue neurologique,* ont individualisé un type clinique très particulier qui a fait l'objet de la thèse de F. J. Demahis. Il est caractérisé par une paralysie faciale double, associée à une double paralysie du moteur oculaire externe et par un double pied bot. Notons que l'association à une paralysie faciale congénitale d'un pied bot varus équin avait déjà été signalée par MM. Perriol et Bouvier, qui mentionnent, de plus : 1° diverses malformations des oreilles, dues à une non soudure des deux premiers arcs branchiaux ; 2° une aplasie mastoïdienne unilatérale ; 3° une surdité probable du côté de la paralysie faciale. Elle a été retrouvée par Stewart et par Garrahan et Cucullu.

Certains auteurs ont rapporté des cas de paralysie faciale bilatérale associée à une paralysie de la douxième paire, à une ophtalmoplégie externe (Gutzmann, Lagrange), à une paralysie incomplète de l'oculo-moteur commun (Möbius). Gerlich a même signalé des cas de paralysie faciale congénitale isolée.

2. La forme *unilatérale* est *totale* ou *partielle* (Minor, Nonne). Les troubles oculaires et les malformations y sont exceptionnellement observées. MM. Estève et A. Gareiso, qui en ont rapporté un cas, signalent la coexistence d'une malformation du pavillon de l'oreille correspondante et l'évolution vers la contracture, indépendante de tout traumatisme obstétrical, de toute agénésie du rocher.

B.— Il existe aussi des PARALYSIES FACIALES CONGÉNITALES DU TYPE CENTRAL. En voici un cas personnel :

Obs. III. — Jeannine X., 9 ans, vue le 10 février 1932. Elle nous est envoyée de l'hôpital Bretonneau pour paralysie faciale congénitale siégeant à gauche.

A. H. et A. P. — Les parents, non consanguins, sont bien portants, ainsi qu'une autre fille âgée de 10 ans. Pour la jeune Jeannine, bien que la grossesse ait été normale, l'accouchement s'est produit trois semaines avant terme ; il a d'ailleurs été très rapide. Le poids, à la naissance, était de 2 k. 500.

L'enfant a été nourrie au sein quatre mois, puis soumise à l'allaitement mixte. Elle a eu ses premières dents « très tard », a marché vers 15 mois. A deux ans, coqueluche compliquée de broncho-pneumonie. Plus tard, oreillons.

H. de la M. — La paralysie faciale a été soignée, il y a quelques années, par M. Delherm qui, à l'examen électrique, a trouvé des réactions normales pour le nerf comme pour les muscles.

E. A. — La paralysie faciale, de type central (*fig.* 2), siège à gauche. Elle s'accompagne :

1° de microcéphalie ;
2° de myopie ;
3° d'arriération mentale ;
4° de troubles du caractère : impulsions, colères ;
5° de lésions dentaires : dents irrégulières, en mauvais état, que l'on pourrait rattacher à la spécificité, bien que les réactions de Wassermann et de Hecht soient négatives pour la mère et pour l'enfant.



Fig. 2.

Il n'y a, ni paralysie oculaire, ni malformation : pied bot, anomalies congénitales du cœur.

LEUR INTERPRÉTATION

Les paralysies faciales congénitales de type périphérique, indépendantes de tout traumatisme obstétrical et de toute agénésie du rocher, mais associées à d'autres paralysies, posent un double problème : 1° localisation ; 2° étiologie des lésions.

Dans nos deux cas, les rapports intimes des septième et sixième paires expliquent l'atteinte simultanée des deux nerfs. (V. fig. 3.)

Dans l'observation I, l'atteinte bilatérale semble indiquer une malformation bulbo-protubérantielle s'étendant, en avant, jusqu'aux tubercules quadrijumeaux où se trouvent les origines de la troisième paire, en arrière, jusqu'aux noyaux du XII.

Même interprétation pour l'observation II, avec du VI, il atteint les noyaux du pathétique et, des deux côtés, le centre du petit oblique contigu aux précédents. Selon la conception de Hensey et Voelkers, il est possible d'admettre, dans ce cas, une agénésie de la substance grise du côté gauche, étendue en longueur de l'eminentia teres, en arrière, à la partie la plus postérieure du noyau du III, et, à droite, localisée aux noyaux du moteur oculaire externe (VI), du pathétique (IV) et à la partie voisine du noyau de la troisième paire.

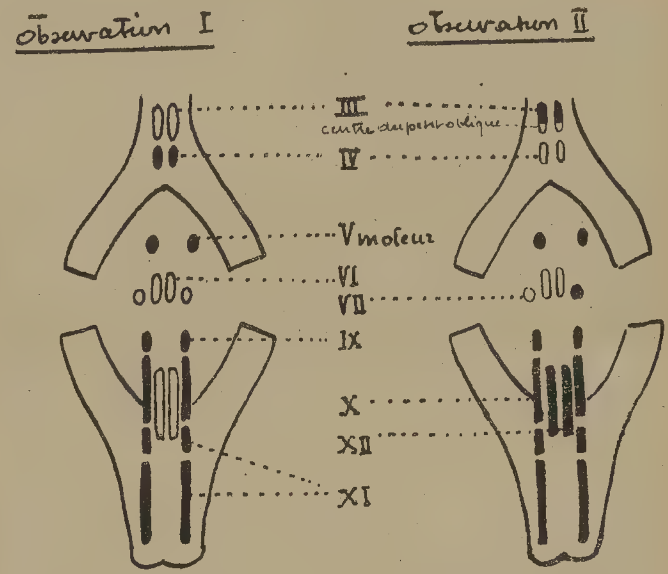


Fig. 3. — *Noyaux moteurs des nerfs craniens* (Charpy). — Les noyaux supposés atteints d'agénésie sont en blanc.

L'aplasie nucléaire, invoquée par Möbius, est donc probablement la cause des troubles paralytiques observés dans ces deux cas. Les troubles électriques plaident en faveur de cette hypothèse, ainsi que l'existence, dans l'observation II, de choroïdite atrophique et l'absence de pigment rétinien, lésion dont l'origine congénitale est indiscutable.

Quoi qu'il en soit, l'étiologie de ces malformations curieuses doit être recherchée avec soin, soit chez les parents, avant la conception et pendant la grossesse, soit dans une affection du fœtus. Le rôle de la syphilis ne peut qu'être soupçonné dans nos cas ; celui d'un traumatisme obstétrical paraît douteux. L'aplasie nucléaire bulbo-protubérantielle, due à une affection fœtale intra-utérine (Möbius), reste donc l'hypothèse la plus vraisemblable, la coexistence de malformations diverses pouvant s'expliquer par l'intervention de la même cause.

Quant aux paralysies de type *central*, elles sont encore mal connues, et il est vraisemblable qu'elles sont dues, elles aussi, à des malformations, intéressant, non plus le tronc du facial, mais l'un des faisceaux géniculés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 AVRIL 1932)

La sclérose des varices et des hémorroïdes par la glycérine chromée. — MM. JAUSION, MEDIONI, PECKER et GOZIAN. Comme la glycérine s'est révélée capable d'engendrer chez quelques malades de petites hématuries, d'ailleurs discrètes, les auteurs lui adjoignent, à faible dose, un coagulant, correcteur de l'*alun de chrome.*

La dilution chromo-glycérinique est alors un sclérosant parfait, qui a permis de traiter 65 cas de varices, et en une seule intervention, 34 hémorroïdes.

Pour la cure hémorroïdaire, les auteurs exposent leur technique, qui consiste à n'injecter que les seules hémorroïdes externes ou procidentes.

Fièvre typhoïde suivie de 5 rechutes successives durant 182 jours. Guérison. — MM. BACALOGLU, DUMITRESCO-MANTE et CIORAPCIN (Bucarest).

Un cas de thyroïdite aiguë suppurée d'origine grippale. — MM. PLAZY, GERMAIN et DUPAS (Toulon). Observation d'un matelot de 22 ans qui, au décours d'une grippe typique, fut atteint d'une thyroïdite aiguë suppurée à streptocoques. Le métabolisme basal étant diminué, on institua de l'opothérapie thyroïdienne, sous l'influence de laquelle le métabolisme basal revint à la normale au bout de 10 jours, mais la prolongation du traitement dépassa le but et amena 10 jours plus tard un léger syndrome d'hyperthyroïdie .

Recherches sur la rechloruration au cours de certains troubles digestifs. — MM. Léon BINET et C. ZAMFIR rapportent des faits, expérimentaux et cliniques, qui démontrent les bienfaits de la rechloruration au cours de l'occlusion intestinale, de la sténose pylorique, des vomissements répétés de certains tuberculeux ; ils abordent l'étude expérimentale des lavements effectués avec une solution saline hypertonique.

Xanthomatose cranio-hypophysaire (maladie de Shuller Christian). — MM. E. LESNÉ, J.-A. LIÈVRE, Yves BOQUIEN. Premier cas français de cette infection. Il s'agit d'un enfant de trois ans et demi, atteint depuis un an d'un grand diabète insipide avec polyurie et polydipsie intenses, syndrome de déshydratation tissulaire. Les radiographies du crâne révèlent les lacunes de la voûte, caractéristiques de l'affection. On note d'autre part une légère exophtalmie unilatérale, et des troubles de développement. La ponction d'une lacune cranienne a permis de vérifier la nature xanthomateuse des lésions. Les auteurs considèrent la polyurie comme secondaire à l'infiltration xanthomateuse de la région hypophyso-tubérienne.

Gangrènes cutanées superficielles en plaques, curables et récidivantes. — MM. Maurice RENAUD et BORDES. Malade qui présente aux deux cuisses, des placards de sphacèle noir, en voie d'élimination.

Le sphacèle est apparu il y a 30 jours. Son apparition a toujours coïncidé avec un petit syndrome infectieux. La suppuration qui a accompagné la chute des escharres, est toujours restée des plus minimes. La cicatrisation s'est faite en quelques semaines.

Après examen des hypothèses possibles, les auteurs inclineraient à penser que le sphacèle est secondaire à des embolies microbiennes partant d'une endocardite.

MM. DEBRÉ, CLÉRET et GÉE. — Fillette de 8 ans, atteinte de **malformations osseuses multiples du crâne, de la face, des mains et des pieds, apparues à l'âge de 16 mois**, coïncidant avec une énorme tuméfaction de l'amygdale gauche. Calcémie normale. BW négatif chez l'enfant alors que le BW et le Heicht sont positifs chez le père. Le traitement anti-syphilitique n'a donné aucun résultat.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 7 AVRIL 1932)

La dégénération hypertrophique des olives bulbaires chez le vieillard. — MM. J. LHERMITTE et J. TRELLES. — Dans la sénilité, il est très commun d'observer la dégénérescence pigmentaire des cellules olivaires, associée à la prolifération de la névroglie. Les auteurs étudient des lésions toutes différentes. Non seulement les éléments de l'olive ne sont pas atrophiés, mais ils présentent un gonflement énorme de leur cytoplasme, des proliférations monstrueuses de leurs dendrites, des divisions de leur noyau. Sur nombre de cellules, l'aspect du cytoplasme hyperplasié rappelle de près celui des cellules des ganglions rachidiens greffés. Parfois cette dégénération hypertrophique s'accompagne de pseudo-hypertrophie olivaire. La dégénération hypertrophique de l'olive est indépendante de la dégénération des faisceaux qui traversent le bulbe ; c'est une lésion locale autochtone, probablement liée à des altérations du réseau vasculaire de l'olive.

Myélomalacie, paralysie extenso-progressive secondaire à l'échinococcose intrarachidienne lombaire. — MM. F. DÉVÉ, J. LHERMITTE et J. TRELLES. — Les conditions du ramollissement de la moelle sont encore très obscures. Ce ramollissement ne se produit pour ainsi dire jamais à la suite de l'artériosclérose spinale. Dans le cas relaté, la myélomalacie s'est établie à la suite de la compression de la région lombo-sacrée par des kystes hydatiques ; le ramollissement est ici indépendant de tout élément infectieux.

Ce fait doit être rapproché de la myélomalacie du segment spinal supra-lésionnel consécutive à la compression chronique, laquelle donne lieu à la formation de cavités syringomyéliques, et aussi du ramollissement extensif que provoquent, dans certains cas exceptionnels, les traumatismes fermés du rachis.

Les auteurs émettent l'hypothèse que certaines lésions médullaires peuvent provoquer la production d'une neurotoxine susceptible d'agir à distance sur la moelle.

Tumeur de la région hypophysaire traitée avec succès par la radiothérapie. — MM. WORMS, FRIBOURG-BLANC et GAUTHIER, comme suite aux communications de MM. ROUSSY, BOLLACK et PAGES et de MM. GUILLAIN, Pierre MATHIEU et PARFOURY, présentent un officier atteint de tumeur hypophysaire, dont l'état a été amélioré de façon remarquable par la radiothérapie : disparition d'une parésie de la IIIe et de la VIe paires ; récupération de l'acuité visuelle de 7/10 à 10/10 pour l'œil droit et de 1/10 à 6/10 pour l'œil gauche ; atténuation d'un syndrome adiposo-génital ; espacement d'accidents comitiaux. L'amélioration, obtenue rapidement par la radiothérapie intensive, persiste depuis trois ans, si bien que cet officier a pu reprendre du service. Le malade a reçu, en même temps, des injections d'extraits hypophysaires.

Polio-encéphalo-myélite subaiguë progressive. — MM. Georges GUILLAIN et Pierre MOLLARET présentent un malade de cinquante-deux ans, atteint depuis huit mois d'une paralysie flasque avec amyotrophie des membres inférieurs, qui

s'est étendue ultérieurement aux membres supérieurs, aux muscles masticateurs, au tronc, puis aux cordes vocales, et qui s'est compliquée récemment de troubles respiratoires d'origine bulbaire.

L'existence d'hypertrophie des troncs nerveux ayant pu être envisagée, une biopsie fut pratiquée, qui permit des inoculations au singe.

L'absence de tout signe pyramidal élimine le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique et autorise à porter celui de poliomyélite antérieure subaiguë, dont les rapports avec la maladie de Heine-Medin méritent d'être envisagés.

M. CLAUDE a récemment observé un cas analogue survenu à la suite d'un traitement sérothérapique.

M. CHAVANY a vu une paralysie subaiguë ascendante du même type s'arrêter à la suite d'une sérothérapie antipoliomyélitique.

Effets des injections intraveineuses hypo ou hypertoniques. Influence de la température du liquide injecté. — MM. BARRÉ et KLEIN (Strasbourg), continuant une série de recherches entreprises par l'un d'eux avec différents collaborateurs, apportent des graphiques sur lesquels figurent les variations de pression du liquide céphalo-rachidien de l'homme, sous l'influence d'injections intraveineuses de solutions hypotoniques (eau distillée), ou hypertoniques (sérum glucosé à 30 p. 100, solution de NaCl à 25 p. 100). Ces différentes solutions, injectées en petites quantités (15 à 20 centimètres cubes), et rapidement, ont toujours fait baisser la pression du liquide céphalo-rachidien quand elles étaient froides (3°), et l'ont toujours fait monter quand elles étaient chaudes (40°).

Dans les conditions choisies par les auteurs et facilement utilisables chez l'homme, le facteur température l'emporte donc sur le facteur concentration du liquide et sur le facteur masse, surtout considéré par Weed et Mac Kibben.

L'injection d'eau froide pourrait agir transitoirement sur la céphalée des tumeurs cérébrales, à la manière d'une trépanation décompressive.

M. Cl. VINCENT, M. DE MARTEL, M. BARUK ont vu les injections hypertoniques tièdes déterminer la diminution de pression du liquide céphalo-rachidien.

Note sur quelques réactions des extrémités d'origine labyrinthique chez l'animal et chez l'homme (étude physiologique et clinique. — MM. G.-G.-J. RADEMAKER et Raymond GARCIN étudient, chez l'animal et chez l'homme, quelques réactions des extrémités d'origine labyrinthique, consécutives aux déplacements *rapides* dans l'espace autour de l'axe bitemporal et de l'axe fronto-occipital. Ils proposent, chez l'homme, un signe clinique simple, qui permet de diagnostiquer une perturbation de l'appareil labyrinthique. Le sujet est placé dans la position quadrupédale sur un simple lit qu'on déplace rapidement par rotation autour de son grand côté ou de son petit côté. Les réactions des quatre membres, qui se produisent à l'état normal dans ces conditions, font défaut chez les sujets atteints de lésions labyrinthiques bilatérales. Le signe est négatif (c'est-à-dire que toutes les réactions physiologiques des extrémités sont présentes) chez le cérébelleux comme chez le tabétique ataxique, ainsi que l'étude comparée de 23 cas le leur ont montré. Dans 2 cas, les vérifications anatomiques ont confirmé ce que ce signe avait permis de soupçonner cliniquement.

Volumineuse tumeur du 4e ventricule (astrocytome vermien). Exérèse ayant nécessité l'ablation du vermis. Guérison. Considérations d'ordre neurologique. — MM. A. THOMAS, DE MARTEL et J. GUILLAUME présentent un enfant âgé de six ans, chez lequel une tumeur du 4e ventricule, pesant 22 grammes, a été enlevée. L'intervention a rendu nécessaire l'ablation totale du vermis. Auparavant, l'enfant avait peine à se tenir debout. Actuellement (quatre mois après l'opération), l'enfant marche et court presque normalement. Le syndrome cérébello-vestibulaire résiduel n'est plus qu'ébauché et ne peut être mis en évidence que par un examen très minutieux.

Présentation de malades opérés par un nouveau procédé d'utilisation des courants à haute fréquence en neuro-chirurgie (Statistique opératoire depuis l'emploi de cette méthode). — MM. Th. DE MARTEL, J. GUILLAUME et M. GUILLAUME-LASSERY envisagent les principaux problèmes que pose la chirurgie des tumeurs du cerveau. Ils considèrent que le diagnostic en est maintenant presque toujours possible ; ils découvrent la tumeur dans l'immense majorité des cas.

La question de la voie d'abord leur semble être au point. La technique de M. de Martel permet aux neuro-chirurgiens assistants de lever un grand volet latéral ostéoplastique en vingt à vingt-cinq minutes, ce qui diminue d'autant la durée de l'opération proprement dite.

Une partie importante des complications post-opératoires peut être évitée grâce au drainage systématique des espaces sous-arachnoïdiens.

L'hémostase reste un grave problème. L'emploi des muscles hétérogènes a déjà constitué un progrès. Les auteurs peuvent faire mieux en modifiant le bistouri électrique. Ils utilisent actuellement des instruments bipolaires, qui évitent le passage du courant à travers le névraxe, passage dont l'action était souvent redoutable.

Ils présentent une série de malades opérés récemment dans ces conditions, et qui ont repris une activité normale.

Les uns étaient porteurs de méningiomes de la région frontale d'un volume considérable. Une malade a subi l'ablation d'un méningiome supra-sellaire qui déterminait une atrophie optique primitive, avec cécité de l'œil droit depuis dix-huit mois, et vision de l'œil gauche réduite à 1/25 dans le segment nasal du champ visuel. Actuellement l'acuité visuelle est de 10/10 à gauche avec champ normal et de 1/25 à droite.

Une petite malade était porteuse d'une tumeur cérébelleuse dont le centre occupait le vermis et adhérait au plancher du 4e ventricule. La tumeur fut enlevée entièrement et la malade est en excellent état.

Grâce à l'utilisation de ces méthodes, une série de 19 malades opérés récemment n'a donné que deux décès.

Sur un cas de myasthénie avec signes d'atteinte protubérantielle. Aggravation au cours de grossesses successives. — MM. O. CROUZON et J. CHRISTOPHE présentent une malade de vingt-six ans atteinte de myasthénie d'Erb-Goldflam. Ils insistent sur deux points particuliers : 1° l'existence de symptômes cliniques (paralysie des mouvements associés des yeux vers la gauche, signes pyramidaux des membres du côté opposé, hémiplégie alterne sensitive) traduisant une atteinte protubérantielle ; 2° le rôle étiologique capital joué par cinq grossesses consécutives dans l'apparition et dans l'évolution de l'affection. La malade étant actuellement enceinte, la question se pose de savoir si cette grossesse doit être interrompue.

Un cas de tumeur cervicale juxta-médullaire chez une fillette de neuf ans. Opération. Guérison. — MM. WEILL-HALLÉ, PETIT-DUTAILLIS et Mlle Claire VOGT rapportent une observation de tumeur médullaire chez une fillette de neuf ans. Après une phase de douleurs radiculaires localisées, une paraplégie flasque s'est constituée, avec troubles discrets de la sensibilité. On constate, en outre, une atrophie de la main droite, de type Aran-Duchenne. La température est de 38°. L'ensemble donne l'impression d'une

polynévrite infectieuse. Un mois après la paraplégie flasque est totale, avec signes pyramidaux et réflexes de défense. Les troubles de la sensibilité sont graves et remontent jusqu'à D^2. Il y a incontinence des sphincters. La ponction lombaire montre une dissociation albumino-cytologique. L'injection de lipiodol sous-occipitale met en évidence l'arrêt complet et persistant du lipiodol en C^7. L'intervention chirurgicale permet l'ablation d'une tumeur radiculaire à localisation prémédullaire, située au niveau de $C^7 D^1$. Sa structure est bénigne, c'est celle d'un fibrogliome. Cette observation est intéressante en raison de la rareté des tumeurs médullaires infantiles.

M. Cl. Vincent a opéré 3 enfants de tumeurs de la moelle (douze ans, treize ans et dix-sept ans). Dans le second cas, il s'agissait d'un lipome médullaire, type rare, qui se caractérise par son évolution en poussées successives et par l'atteinte précoce et élective des cordons postérieurs avec troubles des sensibilités profondes.

M. Vincent n'a pas perdu un seul des 45 ou 50 malades qu'il a opérés de tumeurs médullaires.

Myoclonies oculo-vélo-palato-laryngées. — MM. E. Krebs, P. Puech et Lemoine. — En réalité, seules les myoclonies oculaires et laryngées sont constantes chez ce malade. Les myoclonies vélo-palatines sont faibles, inconstantes, et limitées au côté gauche.

A ces symptômes myocloniques s'associent une névrite rétrobulbaire de l'œil droit, une paralysie parcellaire de la IIIe paire de l'œil gauche, une paralysie faciale périphérique gauche avec spasme permanent post-paralytique, des signes pyramidaux et cérébelleux bilatéraux plus accusés du côté droit. Les auteurs poursuivent chez cette malade des recherches pharmaco-dynamiques.

Syndrome de la région inférieure du noyau rouge. — MM. J.-A. Chavany et F. Thiébaut présentent un malade de cinquante-six ans, atteint depuis l'âge de vingt-trois ans de mouvements choréiques et de tremblement intentionnel de la tête et des membres du côté droit et de strabisme divergent de l'œil gauche. Ce syndrome alterne, caractérisé par l'hémiplégie cérébelleuse droite et par la paralysie du moteur oculaire commun gauche, est survenu à la suite d'un ictus au cours d'une typho-malaria. Les auteurs insistent sur le caractère dissocié des troubles cérébelleux et sur les conditions qui sont capables de modifier les mouvements involontaires. Ils discutent la pathogénie de lésions rhumatismales chroniques qui sont localisées au genou droit.

Astéréognosie bilatérale, symétrique, progressive et autonome. — MM. Georges Guillain et P.-R. Bize rapportent l'observation d'un malade atteint d'une affection spéciale, caractérisée par une astéréognosie bilatérale qui se développe d'une façon progressive et sans ictus préalable.

Cette astéréognosie s'accompagne de modifications objectives des sensibilités élémentaires : hypoesthésie sans anesthésie au tact, à la température, à la pression, à la localisation corporelle ; anesthésie à la douleur, au poids, au diapason, aux mouvements articulaires ; élargissement considérable des cercles de Weber ; conservation relative du sens des attitudes et de l'orientation spatiale. Il n'existe aucun trouble pyramidal, cérébelleux ni extrapyramidal ; aucune atteinte du langage, de la praxie ni du mécanisme intellectuel.

Les auteurs sont enclins à penser qu'il s'agit, dans leur cas, d'une dégénération atrophique progressive, frappant électivement un système, et qui peut se localiser dans la zone cortico-sous-corticale des régions pariétales.

Oligodendrogliome de la région rolandique. — MM. G. Guillain, D. Petit-Dutaillis, I. Bertrand et J. Lereboullet présentent une jeune femme, chez laquelle un volumineux oligodendrogliome de la région rolandique put être extirpé avec succès. Une étude histologique approfondie leur a permis de retrouver tous les caractères essentiels de cette variété anatomique de gliome, assez rare, et décrite par Bailey et Bucy chez des malades de la clinique de Cushing. Leur cas cependant se distinguait par l'abondance des mitoses, qu'on n'observe pas habituellement dans ce genre de tumeur ; ce caractère anormal, mentionné aussi par Cushing dans un tout récent ouvrage, leur fait conclure, comme le fait cet auteur, que l'oligodendrogliome est plus malin qu'on ne le pensait tout d'abord.

Syndrome évolutif unilatéral de la queue de cheval avec dissociation albumino-cytologique et blocage total du cul-de-sac sous-arachnoïdien. Guérison par un traitement antisyphilitique. — M. J. Dereux (de Lille) relate l'observation d'un malade atteint d'une affection des nerfs de la queue de cheval, qui ne présentait ni cliniquement, ni biologiquement, les caractères de la syphilis, et qui a guéri complètement par le traitement antisyphilitique.

L'auteur discute l'hypothèse étiologique de la syphilis ou d'une autre infection indéterminée, qui appartiendrait à ce groupe d'attente que constituent les infections subaiguës du névraxe avec dissociation albumino-cytologique. Il insiste sur l'intérêt du syndrome humoral réalisé ici par un processus manifestement infectieux.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DE NOUVEAUX DANGERS POUR LES RADIOLOGUES

On connaît le martyrologe déjà si long des radiologues, le nombre des morts connues est grand. Mais que de morts inconnues à notre avis et dues à ce que j'ai appelé « radio-anaphylaxie, radioclasie, choc radiant », et qui transforment peu à peu et invisiblement l'organisme, le rendent réceptible à toutes les infections.

A côté des radio-dermites graves que la nouvelle opération chez notre sympathique et éminent confrère, le Dr Haret, a remis à l'ordre du jour et qu'a consacrée la rosette de la Légion d'honneur apportée par MM. Paul Dousmer et Camille Blaisot à son chevet, on peut rappeler l'accident plus grave arrivé à son camarade d'études chez le Dr A. Béclère, de l'Académie de médecine, qui a tant fait pour les radiations, je veux parler de la mort inexpliquée du Dr Jaugeas.

C'était pendant la guerre. Jaugeas, excellent radiologue aux beaux travaux, examinait à l'écran un malade lorsqu'il fut foudroyé. Comment ? Pourquoi ? Je ne sache pas qu'on en ait encore donné une raison suffisante.

Et voici un fait analogue plus sensationnel extrait du *Matin* du 30 mars 1932 :

Un malade est électrocuté à Trieste pendant une radiographie

« *Trieste, 29 mars. — (Dép. Information). — Un grave accident s'est produit hier à l'Institut de Rœntgenologie de l'hôpital de Trieste.*

« *Trois docteurs éminents, parmi lesquels les professeurs Corton et d'Este, procédaient à l'examen d'une personne, dont la jambe venait d'être fracturée à la suite d'un accident d'automobile, lorsque, tout à coup, une haute flamme, suivie d'une décharge électrique très forte, jaillit de l'appareil dont ils se servaient. Le blessé fut tué sur le coup*

tandis que les trois médecins étaient grièvement brûlés aux mains.

« *La cause de cet accident n'est pas encore connue.* »

Est-ce ici pendant une radioscopie ou une radiographie ?.. Radioscopie probablement, et en un milieu, peut-on dire, de cette opération qui se fait dans l'obscurité, et par contraste, en un milieu très éclairé, c'est-à-dire très compétent en l'espèce !

Mais la mort partielle, l'émiettement par brûlures, anémie pernicieuse et lente, sont les accidents les plus fréquents. Les parties découvertes du corps sont le plus souvent atteintes. Existe-t-il des organes plus sensibles ? Voici un fait de *La Presse Médicale* :

« La sensibilité du cristallin aux rayons X. — M. Nordmann rapporte l'observation d'un jeune garçon atteint de cataracte bilatérale. L'opacité du cristallin a l'aspect typique de la cataracte par rayons X. L'enfant a été traité pour microsporie ; on lui a appliqué une seule fois des rayons pour épilation. Il est vrai que ce traitement a été suivi d'une radiodermite étendue. Aucune autre cause ne peut être invoquée pour expliquer la cataracte. »

On connaît la cataracte des wattmann due aux brusques flammes des court-circuits, mais on ne la connaît pas encore, ni pour les malades examinés, ni pour les radiologues. Cependant, il faut s'attendre à tout, se méfier de tout.

A l'heure présente où les radiologues sont de plus en plus nombreux, où « le coup d'écran », comme en écrivait récemment A. Zimmern, est courant, le radioscopiste est exposé aux radiations, et souvent il se dispense des lunettes au plomb classiques et qui s'embuent si facilement qu'il n'y voit plus ! Il expose donc ses yeux fréquemment aux perfides Rayons X, et il ne semble pas que la cataracte ait atteint de ce chef un radiologiste ?

***

Le radiologue ne risque pas seulement de perdre la vie, mais aussi les moyens de l'assurer, autrement dit de pouvoir exercer sa profession en toute liberté.

On a connu en 1921 et 1929 la campagne contre les Rayons X qui détérioraient, abimaient, « morbidifiaient » à la ronde, les individus et même les immeubles. Nos sociétés scientifiques compétentes et l'Académie de médecine, mises en mouvement par le Conseil municipal et notamment par l'un de ses membres, M. Alexandre, par la Préfecture de police, statua, se confirmant à huit ans d'intervalle, qu'il n'en était rien, que rien n'était moins prouvé. J'avais, dans le *Matin* et ailleurs, répondu à l'accusateur, montrant combien étaient restés indemnes les voisins immédiats du radiologue, lui souvent, ses parents, son personnel, ses animaux familiers.

Ce fut une belle alerte menaçant l'existence même de la carrière. Bien des propriétaires de radiologues voulant leur locaux pour s'étendre ou les louer plus chers — et les gros loyers ne baissaient pas encore, et il faut tant de place, donc gros loyer et patente au radiologue ! — s'empressèrent d'en « jouer » ou refusèrent de louer à des candidats locataires praticiens des Rayons X.

Les radiologues s'émurent peu, sûrs de leur inocuité propre, c'est le mot, mais à mon sens ils eurent tort. Le mal se répand et s'incruste plus que le bien, et depuis j'ai souvent entendu des magistrats, des experts, des propriétaires, des médecins même, dire : « Sait-on jamais ? » et dans le doute, je choisirai plutôt tout autre locataire qu'un radiologue, ou préférerai même laisser mes locaux vides. L'abondance des gros loyers changera peut-être leur mentalité, cet état d'esprit que nous n'avons pas assez combattu.

Il y a aussi certains malades radiographiés gratuitement surtout, allant partout, se faisant brûler, et poursuivant l'un des divers radiologues où ils sont allés.

Mais voici une autre menace, facile à conjurer, de la part des constructeurs d'appareils électriques, c'est de supprimer de la part de nos appareils les parasites de la T. S. F. qu'ils engendrent, répandent à profusion autour d'eux, et qui se peuvent, je me hâte de le dire, facilement détruire, annihiler, à la condition de les entourer de dispositifs appropriés.

Une véritable campagne des sans-filistes « conscients et organisés » existe contre tout ce qui les gêne, enseignes lumineuses, ascenseurs, tramways, sonneries, haute fréquence et dérivées, lampes au néon, rayons X, et l'atmosphère qui souvent se mêle aussi d'envoyer, de produire des parasites. Un Congrès s'est tenu à l'Exposition Coloniale à la fin 1931. Un comité de défense s'est formé sous la présidence de M. Mellet, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation, avec des membres : M. Homburg, avocat à la Cour ; M. Lote, avoué. M. C.-M. Savarit, président de la Presse, sans-filiste ; MM. Givelot, Adam..., le président de la Confédération nationale des Radio-Clubs (moi-même)....

J'ai signalé le danger à nos constructeurs d'appareils, par lettres, articles..., ils ne paraissent pas assez s'émouvoir, et cependant que de jugements déjà intervenus contre des radiologues, les condamnant à supprimer leurs parasites, — ce que des condensateurs et autres moyens permettent — ou leur coupable (?) industrie, les sans-filistes cherchent du reste les remèdes dans l'intérêt de tous.

L'Allemagne est encore plus terrible en cet ordre d'idées: que de coiffeurs même faisant des ultra-violets — qu'ils disaient ! — avec un petit appareil de haute fréquence, se sont vus interdire ces usages médicaux, non parce qu'illégaux, mais parce que parasitaires (la T. S. F. protégée, ici, supérieure à la santé !)

La T. S. F. n'est pas simplement un agrément, comme on le croit assez, mais un instrument de sauvetage, appelant au secours, lançant le S. O. S. de détresse, et j'en voudrais l'émission libre. Pour cela, je la demande souvent, à nos ministres, Santé publique et M. Blaisot ; Marine marchande et M. Chappedelaine ; P. T. T. et M. Guernier..., mais on prétend que cela permettrait l'espionnage; en raison de cette hypothèse improbable, des vies humaines se perdent ; des consultations ou conseils médicaux d'ordre général qui pourraient être donnés de partout et partout, empêchant des épidémies naissantes, ne sont pas donnés... Mais ceci est, comme dirait Kipling, une autre histoire !

Revenons à l'existence matérielle des radiologues, ou plutôt aux appareils qui avec leur science, leurs dépenses, voire leur courage, la leur peuvent assurer. Eh bien, cette existence est en danger si nos constructeurs n'y veillent, ne veuillent, et ... trouvent. Ce n'est pas quand une inondation est déclarée qu'on la peut facilement arrêter. Quand les rayons X seront accusés de tous les méfaits, — on voit qu'on les multiplie — qu'ils auront contre eux le nombre énorme des sans-filistes, nombre sans cesse croissant, qu'ils pourront lancer, à leur tour, le S. O. S. de détresse !...

Beaucoup de médecins sont d'ailleurs sans-filistes eux-mêmes, et terminons par la note optimiste — celle de faire confiance, en les priant de se hâter, aux constructeurs — et d'utiliser la découverte de Branly pour eux-mêmes, et d'être comme celui-ci que j'extrais de *T. S. F. Revue* :

« *Un ingénieux médecin*

« Un médecin établi dans une petite ville tchécoslovaque a ingénieusement tiré parti du progrès accompli par la technique des micros et des haut-parleurs. Il a monté, dans le mur, à côté de sa porte d'entrée, un micro et un haut-parleur. Ainsi lorsqu'un client se présente, pendant la nuit, le

docteur peut lui parler de son lit sans être forcé de s'habiller précipitamment pour venir lui ouvrir. »

Quand l'émission sera libre avec des règles et instruments spéciaux — sinon quel brouillage d'ondes — le malade appellera ou consultera de chez lui, comme cela s'est passé, se passe souvent en mer, et ce qui a permis souvent de soigner des malades à distance et de les sauver !...

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

LIVRES NOUVEAUX

Le Vin et les Médecins (le pour et le contre) par le docteur J.-A. DOLÉRIS.

Nul parmi les médecins n'était plus qualifié que l'auteur de ce livre pour écrire la « *défense et illustration* » du bon vin de France.

Ancien président de l'Académie de Médecine, président de la Chambre d'Agriculture des Basses-Pyrénées, membre du Conseil de la Société des Viticulteurs de France et d'ampélographie, le docteur J.-A. Doléris parle, comme dit Montaigne, « de son gibier ».

Parmi toutes les crises dont nous souffrons, la crise vinicole est une des plus aiguës. Attaqué de toutes parts, le vin, le bon vin, n'a pas trouvé encore près des médecins et des hygiénistes, les défenseurs qu'il mérite.

Les idées du docteur J.-A. Doléris, qui sont des idées du bon sens, l'auteur les résume en trois phrases lapidaires :

« Toutes les personnes jouissant d'une santé normale « ont un réel intérêt à boire du vin. » Telle est la bonne règle hygiénique.

« Les malades auxquels les médecins l'interdisent, en rai- « son de leur maladie, sont hors de cause. » Voilà l'exception.

« Le vin est une ressource précieuse pour la thérapeu- « tique médicale et chirurgicale (grippe, pneumonie, débi- « lité, convalescence, suites opératoires, etc.). » C'est l'évidence.

Nous pourrions résumer encore et dire :

« Le bon vin n'a jamais fait le moindre mal aux bien « portants, il fait souvent le plus grand bien aux malades. »

C'est à dessein que nous ne parlons que du bon vin ; contre le mauvais, le frelaté, le travaillé, le « bistrouillé », le docteur J.-A. Doléris n'a pas assez d'anathèmes. Nous ne pouvons que lui donner raison.

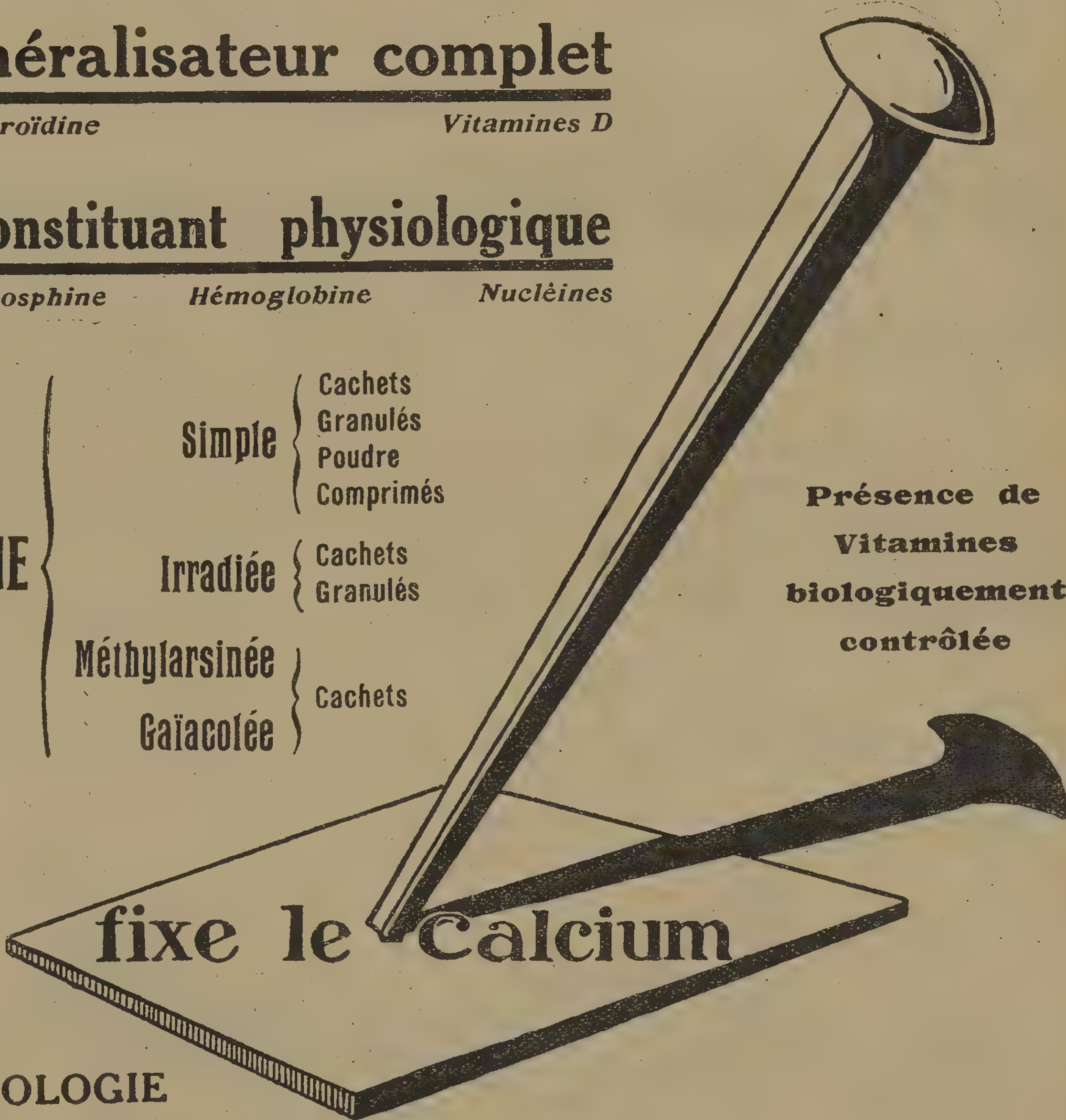
C'est à chaque instant que, dans la pratique, le médecin doit répondre aux questions de ses malades en ce qui concerne le vin au point de vue de l'hygiène alimentaire, la composition des bons et des mauvais vins, le vin-aliment et jusqu'à une étude médico-historique du vin dans l'alimentation.

Livre à lire pour le médecin et même, en raison de la clarté et de l'agrément du style, à faire lire par les non-initiés.

L. G.

(1) In-8 carré de 236 pages. — Paris, Vigot frères.




fixe le calcium

NOTES POUR L'INTERNAT

CRISES GASTRIQUES DU TABÈS [1]

DIAGNOSTIC

A. **Le tabès est connu ou évident.** — Le diagnostic est très facile, même dans les formes atypiques.

B. **Le tabès est fruste ou au début.** — La crise gastrique peut être l'accident révélateur, ce n'est pas rare, et c'est alors que le diagnostic peut être difficile.

Il faut d'abord pratiquer un interrogatoire complet, détaillant le mode de début de la crise, les antécédents digestifs, l'absence de crises antérieures, et la notion de périodes intercalaires entre ces crises.

Il faut rechercher les moindres symptômes du tabès par une séméiologie méthodique, et s'aider éventuellement d'une ponction lombaire ou d'une réaction de Wassermann dans le sang.

On évitera, par un examen complet du malade, de croire à :

1° *Une affection chirurgicale* justiciable d'une intervention d'urgence : perforation gastro-duodénale, occlusion au début, pancréatite, appendicite.

2° *Une affection organique de l'estomac ou du duodénum.* — D'autant plus que l'on a décrit une forme pseudo-tabétique de l'ulcère de l'estomac, avec paroxysmes cœlialgiques par propagation de la péri-gastrite au plexus solaire. Ici, c'est l'absence de signe de la série tabétique, les antécédents du malade qui font le diagnostic.

3° *La douleur du cancer du pancréas.* — Spécialement cancer du *corps* du pancréas, qui n'est habituellement pas ictérigène, et s'accompagne quelquefois de douleurs épigastriques violentes ; l'antécédent d'amaigrissement progressif, la stéarrée, l'absence de signes tabétiques ou digestifs proprement dits orientera le diagnostic.

4° *Les coliques saturnines.* — Faciles à vérifier par la coexistence des autres signes du saturnisme : liséré de Burton, hypertension artérielle, antécédents professionnels.

Chez un syphilitique avéré, il faut discuter la possibilité d'une *syphilis gastrique*, celle-ci pouvant être protéiforme, simuler l'ulcère, le cancer et dyspepsie douloureuse, mais ne donnant généralement pas de paroxysmes aussi violents que les crises du tabès.

Il faut encore éliminer les douleurs de l'*aortite abdominale*, qui ont pour elles d'être plus angoissantes, sorte d'angor bas placé, avec sensation de constriction abdominale et anxiété extrême, celle-ci pouvant s'accompagner de vomissements et simuler de près la crise gastrique.

Enfin, lorsque les symptômes sont particulièrement violents, la question pourrait se poser d'un *empoisonnement alimentaire*, ou, chez une femme enceinte, les *vomissements incoercibles* de la grossesse.

PRONOSTIC

Ces crises ne sont pas graves en elles-mêmes, mais elles sont affreusement douloureuses et, lorsqu'elles se répètent, rendent la vie presque intolérable. Elles poussent le malade à la morphinomanie, contre laquelle il faut lutter, finissent par s'accompagner de l'altération de l'état général lorsqu'elles se répètent fréquemment, mais souvent, avec les années, elles s'espacent. Il est exceptionnel qu'elles entraînent à la mort par syncopes ; dans la règle, elles suivent le pronostic général de la syphilis et du tabès.

TRAITEMENT

1° **Médical.** — Le malade étant alité, à la diète, on appliquera des compresses chaudes, ou une vessie de glace sur l'abdomen, des boissons peu abondantes et glacées, un goutte à goutte rectal ; contre les vomissements de l'eau chloroformée ou bromoformée ; contre les douleurs, de petits lavements d'antipyrine. On ne fera de morphine que la main forcée ; la ponction lombaire ou même la rachianesthésie peuvent atténuer les crises.

Dans l'intervalle, le malade devra suivre l'hygiène générale du tabétique, s'abstenir d'alcool, d'aliments irritants ; le traitement anti-syphilitique sera poursuivi par les médications habituelles (l'arsenic, mercure, bismuth), et il semble que le bismuth ait une action particulière pour atténuer les douleurs gastriques.

Ce traitement spécifique, fait dès le début, peut faire disparaître les crises ; tardivement, il n'aura plus aucune influence modératrice.

2° **Chirurgical.** — Le traitement opératoire est basé sur des interprétations pathogéniques.

a. Intervention sur le pneumo-gastrique. — Elle a été invoquée sur la foi de troubles bulbaires, ralentissement du pouls, mydriase, etc., qui peuvent apparaître au moment de la crise, évoquant les lésions possibles du noyau bulbaire de 10e paire ; mais aucun de ces arguments n'est strictement fidèle, les lésions du pneumo-gastrique manquent souvent, et lorsqu'elles existent, devraient entraîner un tabès bulbaire grave, alors qu'il n'en est rien.

b. Opérations sur le sympathique. — Pour certains auteurs germaniques ou autrichiens en particulier, américains et français aussi, la plupart des impressions sensitives de l'estomac passeraient par le plexus solaire, le grand splanchnique, pour atteindre la ramicommunicantès des racines postérieures de la 3e à la 9e dorsales ; l'on a pu observer des lésions anatomiques de ces fibres.

D'autre part, cliniquement, il n'est pas rare de voir des signes de participation des racines postérieures correspondantes : douleurs en ceinture, hypoanesthésie, ou hyperesthésie cutanée, coexistence rare, mais possible de zona, enfin certaines névralgies intercostales, radiculaires, peuvent s'accompagner de crises gastriques.

Les fibres sympathiques contenus dans les racines postérieures, en particulier au niveau du cul-de-sac péri-radiculaire, seraient atteints, en même temps que ces racines, et même sensiblement détruits.

Sur cette pathogénie, l'on a basé diverses opérations : l'élongation du plexus solaire a paru être un traitement insuffisant ; la radicotomie postérieure intra-durale est grave, extra-durale difficile ; la gangliectomie rachidienne extra-duremérienne après laminectomie n'est pas efficace ; l'élongation des nerfs intescostaux, de manière à arracher les ramicommunicantès est assez efficace. La bicordotomie latérale a permis des succès. Enfin, on a préconisé la section physiologique des nerfs atteints par injection profonde de novocaïne dans les masses sacro-lombaires.

Au fond, toutes ces interventions ne sont pas bénignes, sont de résultats assez aléatoires, et doivent être réservées aux crises très violentes, très fréquentes, à l'état de mal, sans tendance à l'amélioration.

En résumé, les crises gastriques du tabès sont une des manifestations les plus douloureuses de cette maladie. Il faut en craindre la répétition qui altère l'état général, rend la vie très pénible, invite à la morphinomanie, contre laquelle il faut lutter.

De pathogénie fort intéressante, mais encore discutée, elles ont suggéré des interventions chirurgicales diverses, mais non toujours curatrices et qui ne sont justifiées que dans les formes graves.

Les crises gastriques du tabès, contre lesquelles on est relativement désarmé, ne sauraient être évitées que par un traitement systématiquement précoce et longtemps poursuivi, du tabès et de la syphilis.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 48, p. 914.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — TROISIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 17 juin. — MM. Marie et Lambling, 19,90 ; Escalier et Chevalley, 20.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX (admissibilité). — *Epreuve clinique.* — MM. Séguy, 30 ; de Peretti, 28 ; Digonnet, 29.

Médecine opératoire (épreuves définitives). — Questions données : « Désarticulation du pouce. — Ligature de l'artère cubitale au tiers inférieur de l'avant-bras. »

M. Digonnet, 8.

Total des points obtenus aux épreuves d'admissibilité :

MM. Digonnet, 20 + 25 + 29 = 74 ; Suzor, 14 + 15 + 30 = 59 ; Sureau, 18 + 11 + 29 = 58 ; Bidoire, 11 + 15 + 29 = 55 ; Séguy, 14 + 8 + 30 = 52 ; de Peretti de la Rocca, 13 + 11 + 28 = 52.

Admissible : M. Digonnet.

— Par suite de la nomination de M. le docteur Charles Martin comme professeur suppléant à l'Ecole d'Angers, la place de moniteur d'orthopédie à la Clinique chirurgicale infantile de la Faculté de Paris se trouve vacante.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Assistance publique, avenue Victoria, à Paris.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — Un concours pour une place de pharmacien chef du laboratoire de chimie et de bactériologie aux hôpitaux d'Orléans s'ouvrira aux hôpitaux de Tours le jeudi 3 novembre 1932, à 8 h. du matin.

Les inscriptions seront reçues par M. le directeur des hôpitaux d'Orléans jusqu'au 20 octobre 1932.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le directeur des hôpitaux d'Orléans, 1, rue Porte-Madeleine.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — La chaire de clinique chirurgicale de la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie d'Aix-Marseille est déclarée vacante.

— STRASBOURG. — La chaire de clinique chirurgicale A est déclarée vacante.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Le concours pour la place de professeur adjoint d'anatomie à l'Ecole de médecine d'Angers vient de se terminer par la nomination du docteur Charles Martin, moniteur d'orthopédie à la Clinique chirurgicale infantile de la Faculté.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Desport, chef de bureau hors classe à l'administration centrale du ministère de l'Education nationale, a été nommé secrétaire de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, en remplacement de M. Dursent, décédé.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Corcket (de Caen), Barbillon (de Paris), Le Rasle et Leroux (de Caen), Baruk (de Saint-Maurice), Fontaine (de Saint-Sever).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Pelicand (de Bourg), Dulac (de Paris), Pin (de Briançon), Boivin (de

Saint-André-sur-Orne), Bouvy (de Metz), Dansac (d'Asnelles), Cermont (de Caen), Debeyre (d'Honfleur), Bertrand (du Bény-Bocage), Lefèvre (de Caen).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Miégeville (de Paris), Villey, interne des hôpitaux de Caen ; Gazet du Chatellier (de Chauny), Germain (de Mios), Foucaud (de Château-Thierry), Ichok (de Clichy).

ACADÉMIE DE MARINE. — Le docteur Henri Le March'hadour, médecin en chef de réserve de la marine, a été élu membre titulaire dans la section législative et administrative de l'Académie de marine.

LIGUE D'UNION LATINE. — La Ligue d'Union latine a fêté récemment son cinquième anniversaire. A cette occasion son président-fondateur, M. Raoul Follereau, a publié un manifeste relatant l'œuvre accomplie par la Ligue et qu'on peut résumer ainsi :

En France, défense de la littérature et des études classiques.

A l'étranger, création par la Ligue d'Union latine de 45 bibliothèques gratuites et publiques d'ouvrages français contenant plus de 30.000 volumes, tous capables de faire connaître et aimer la France sous son véritable visage. Œuvre magnifique dont le rayonnement et la portée sont considérables et qui fut créée avec les seules ressources de la Ligue, sans aucune subvention ni du gouvernement, ni d'aucun groupement, ni d'aucun mécène. Création de prix de français, voyages de propagande, etc.

Enfin les cours de culture latine donnés cet hiver par Raoul Follereau à l'Ecole de psychologie de Paris, en attendant la création prochaine de l'Institut d'Union latine, étendent encore le rayon d'influence bienfaisante de cette organisation.

La Ligue d'Union latine publie une revue mensuelle *L'Œuvre latine*, 51, rue Saint-Georges, Paris (IXe).

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LITHIASE BILIAIRE. (VICHY, 19-22 septembre 1932.) — Peu de questions médicales, au cours de ces dernières années, ont subi autant de modifications que le problème de la lithiase biliaire.

Signalons sommairement les principales controverses actuelles pour montrer tout l'intérêt du grand Congrès qui se prépare.

Tout récemment encore, on ne voyait, dans la lithiase, que la manifestation d'une infection microbienne locale de la vésicule biliaire.

La possibilité de lithiase aseptique est admise par tous aujourd'hui. Fréquents sont les cas qui semblent relever d'un trouble des fonctions muqueuse ou résorbante de l'épithélium biliaire, d'une stase biliaire par atonie vésiculaire d'origine neuro-végétative, d'une modification de l'équilibre colloïdal des humeurs, ou surtout d'une hypercholestérinémie, sous la dépendance plus ou moins directe d'une insuffisance chronique de fonctionnement du foie.

Dans l'ensemble, on attache une importance sans cesse grandissante au foie, toujours lésé dans la lithiase, comme les biopsies l'ont démontré ; et l'on s'explique ainsi les liens de famille indiscutables qui l'unissent aux autres maladies de la nutrition (lithiase urinaire, goutte, rhumatisme, obésité, diabète) susceptibles comme elle d'avoir une origine hépatique.

Il était admis, jusqu'ici, que les calculs ne se formaient que dans la vésicule. En réalité, il en naît dans les méandres du cystite, dans les canaux excréteurs, et même dans les canalicules biliaires intrahépatiques, l'enlèvement de la vésicule n'arrivant donc pas toujours à mettre à l'abri des récidives.

La symptomatologie des coliques hépatiques peut être fournie par bien d'autres causes que la présence des calculs dans la vésicule : simple cholécystite, coliques protéiniques, congestion du foie, ptoses viscérales, etc.

L'ictère, même au cours de la lithiase calculeuse la plus franche, est loin d'être toujours d'origine mécanique ou par occlusion. Souvent il provient d'un trouble fonctionnel de la cellule hépatique, et l'on conçoit que cette perspective fasse hésiter devant les risques d'une intervention chirurgicale, toujours nocive pour le foie.

La cholécystectomie précoce était en grande faveur il y a quelques années. On estimait qu'en enlevant la vésicule, cause de tout le mal, on aboutissait, comme pour l'appendicectomie, à une guérison radicale.

Les résultats ont été parfois bien décevants, en raison de la persistance des douleurs et surtout de l'état constant de fragilité hépatique. Lorsqu'elle n'est pas imposée par les circonstances, on lui préfère la cholécystectomie avec drainage, mais aussi le traitement médical et les cures thermales spécialisées qui ont conservé toute leur faveur.

Par ailleurs, nombreuses sont les discussions sur les tenants et aboutissants des examens radiologiques, des recherches chimiques d'exploration fonctionnelle du foie, du drainage biliaire, de la diathermie, etc.

Ne pouvant aborder à la fois tant de points divers, le Comité du prochain Congrès s'est arrêté à trois sujets particulièrement en vue :

1° *Les séquelles de la cholécystectomie.*

2° *Le traitement médical et hydrominéral du cholécyste dans la lithiase biliaire.*

3° *Le foie lithiasique.*

L'ensemble des rapports, des discussions et des communications auxquels ces sujets donneront lieu formera une large étude de tout le domaine de la lithiase biliaire et des multiples questions qui s'y rattachent.

Si l'on en juge par les nombreuses adhésions déjà reçues de toutes parts, les réunions médicales en préparation peuvent compter sur le plus grand succès.

Nous rappelons que la limite des inscriptions est fixée au 1er août et que toutes les demandes de renseignements, adhésions et cotisations doivent être adressées à M. le docteur Jean Aimard, secrétaire général du Congrès international de la lithiase biliaire, 24, boulevard des Capucines, Paris (IXe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jules Gardin (de Paris), père du docteur Charles Gardin, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, à qui nous adressons l'expression de nos vives condoléances ; Iscovesco (de Paris), Henri Fourcaud (de Nice), Baudelot (de Zuydcoote) ; Paul Cordonnier (de Paris) ; Louis Alexandrowicz (d'Alès).


SPASMOSÉDINE
EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT
POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE
SÉDATIF
CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE
TONIQUE
CARDIAQUE
LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 _ RUE D'ASSAS _ PARIS

REVUE GENERALE

LE RÉGIME de SAUERBRUCH-HERRMANNSDORFER-GERSON SES BASES THÉORIQUES SES RÉSULTATS DANS LA TUBERCULOSE EXTERNE

Par MM. MARCEL MEYER et E. IRRMANN.

Travail du service orthopédique de la Clinique chirurgicale B de la Faculté de Strasbourg.

Directeur : M. le professeur STOLZ.

Depuis quelques années, on parle beaucoup de traitement diététique de la tuberculose pulmonaire et extrapulmonaire, surtout dans les pays de langue allemande. Nous avons eu l'occasion de revoir à ce sujet un nombre considérable de publications que nous devons à l'amabilité d'un confrère allemand (1), et nous avons essayé, à l'aide de ces travaux, de nous faire une opinion sur l'efficacité de ce traitement. Nous avons nous-mêmes essayé depuis 2 ans cette méthode à la Clinique chirurgicale B de la Faculté de Strasbourg et dans la clientèle privée de l'un de nous ; mais il nous semble que ce que nous avons pu réaliser à l'hôpital au moins ne répondait pas tout à fait aux exigences des auteurs qui l'ont mise au point. Les malades atteints de tuberculose externe étaient placés dans la salle commune avec des malades de chirurgie générale, on n'a, dans ces conditions, qu'un contrôle très limité sur la nature de l'alimentation, en particulier en ce qui concerne le manque total de sel de cuisine. Notre expérience personnelle, en cette matière, n'a de ce fait qu'une valeur limitée.

I. Historique. — L'idée d'un traitement diététique des affections chirurgicales n'est pas toute nouvelle. Hippocrate, Celse et Galien recommandaient le jeûne comme une excellente thérapeutique dans les infections. *Hugo de Lucca* et *Henri de Mondeville* prescrivaient une alimentation riche en protides et formée surtout de viande, d'œufs, de pain et de vin. D'une façon générale, on considérait une alimentation acide comme favorable à la guérison des plaies. Au début de l'ère bactériologique, on se préoccupait uniquement des agents infectieux et on négligeait complètement l'étude du terrain et les moyens qu'on pouvait appliquer pour le modifier. Comme on restait cependant impuissant contre le bacille de Koch, il fallait s'occuper particulièrement du régime des tuberculeux et là on reconnut bientôt qu'une alimentation riche en albumines et en lipides protège le mieux l'organisme. Ce fut l'époque, encore pas lointaine, du gavage systématique des bacillaires par les protides et par les graisses.

En même temps naquit un mouvement puissant en faveur d'une alimentation exclusivement végétarienne.

(1) Nous remercions ici le Dr SCHULZ-GOCHT, de Stettin, d'avoir bien voulu nous communiquer sa documentation si complète sur la question.

Vers la fin du siècle dernier, un médecin des environs de Dresde faisait beaucoup parler de lui par les succès qu'il obtenait par un régime spécial qu'il appliquait dans son sanatorium au Cerf blanc de Loschwitz. C'était Lahmann, méprisé par la médecine officielle comme un outsider riche en idées fantaisistes ; toutefois apparaît-il maintenant que les théories de ce praticien étaient en grande partie vraies et qu'il a simplement devancé ses contemporains d'un demi-siècle. Avec lui son élève Ragnar Berg recommandait un régime dont voici les caractéristiques :

1. Alimentation riche en légumes et fruits, avec forte diminution des viandes.
2. Réduction du NaCl ajouté à la nourriture, jusqu'à 2 gr. 50 par jour ; diminution de l'alimentation liquide.
3. Prescription d'un mélange de sels extraits de plantes.
4. Emploi d'une graisse végétale extraite de noix et d'amandes pour la préparation des aliments (Lahmann's vegetabile Pflanzenmilch).

La diète que Bircher-Benner, de Zurich, a fait connaître plus récemment se rapproche fortement de celle de Lahmann. Cet auteur a supprimé complètement la viande ; il se sert de graisses végétales et animales et ne donne pas de mélange de sels. Gerson, de Bielefeld, s'inspirant de certaines considérations de la médecine naturelle, est arrivé également à la constitution d'un régime alimentaire analogue, strictement végétarien, déchloruré, avec prescription d'un mélange de sels formés surtout de lactate et de phosphate de chaux et d'une graisse animale qui est l'huile de foie de morue phosphorée. Ayant imaginé d'abord un régime spécial pour se guérir lui-même et d'autres de migraines tenaces, ce praticien a vu accessoirement régresser sous son influence des lésions tuberculeuses.

Les premiers essais de l'auteur remontent à 1908 ; ils ont été interrompus par la guerre et ont été repris sur une grande échelle à partir de 1924, quand Sauerbruch et son collaborateur Herrmannsdorfer, étudiant l'influence du régime alimentaire en général sur la guérison des plaies, s'intéressèrent à la question. Ils modifièrent sur plusieurs points le régime de Gerson ; nous désignerons sous le nom de régime de Sauerbruch-Herrmannsdorfer-Gerson (S. H. G.) le traitement tel qu'il a été établi en définitive par les deux premiers auteurs, et mis en pratique et étudié dans les cliniques de Sauerbruch à Munich et à Berlin.

II. Le traitement. — Voici d'après Herrmannsdorfer le régime :

Aliments défendus :
Sel de cuisine ;
Conserves de toute espèce ;
Viande salée et fumée ;
Saucisses, jambon ;
Poissons salés ou fumés ;
Vinaigre ;
Extrait Maggi et cubes de bouillon.

Aliments permis en petite quantité :
Viande fraîche jusqu'à 500 gr. par semaine ;
Foie, rate, rognons, cervelle, poumon, ris de veau ;
Poissons frais ;
Poivre ;
Extrait de viande de Liebig ;
Bière ;
Vin rouge et Malaga (ajoutés aux aliments) ;

Café, thé, chocolat, en quantité juste suffisante pour colorer le lait.

Aliments permis :

Lait : 1 litre à 1 litre 1/2 par jour ; surtout du lait cru, puis du lait caillé, du lait sous forme de pudding, ou avec du riz, du chocolat au lait, de la crème, du képhir, du fromage non-salé, du quark, du fromage en pots.

Beurre : non-salé, saindoux, lard non-salé, huile d'olive.

Fruits : de toute espèce, surtout crus, mais aussi cuits, sous forme de compote, de gelée, de jus de fruits, de limonade, de salade de fruits, etc...

Salades et légumes verts : qui ne doivent pas être échaudés, mais seulement étuvés. Beaucoup de légumes crus et des sucs de légumes crus qu'on ajoute au potage et aux autres aliments. — Tous les légumes permis, tels que les carottes, les tomates et les raves, les pommes de terre, le poireau, les betteraves, les asperges, les choux-fleurs, les choux rouges, les choux, la choucroute, les endives, les salades, la rhubarbe, les épinards, les pois, les haricots, les lentilles, les champignons, les concombres, les melons, etc., etc...

Farines : sous toutes formes : pain blanc non-salé, pain noir, biscottes, nouilles, macaronis, pâtisserie.

Œufs : aussi sous forme de mayonnaise, de puddings, de bouillies, de gâteaux.

Riz : non décortiqué, semoule, tapioca, gruau d'avoine.

Sucre : surtout le sucre candi brun, le *miel.*

Condiments : il faut en user largement pour rendre la nourriture appétissante : oignons, feuilles de menthe, feuilles de laurier, persil, céleri, marjolaine, estragon, herbe d'aneth, herbe de concombres, ciboulette, cumin, raifort, gingembre, radis, vanille, anis, amandes, noix de coco, noix, raisins de Corinthe, levures, citrons.

Médicaments :

Huile de foie de morue phosphorée 45 gr. jour.
Phosphore, 0,025.
Huile de foie de morue 300,0.

Mineralogén, 3 fois par jour, 1 bonne cuillerée à café dans un peu d'eau ; remuer avec une cuiller en bois.

Type de menu journalier :

7 *heures :* soupe épaisse (1/3 de litre de lait, un peu d'eau, flocons d'avoine ou riz, ou semoule ou maïzena ou tapioca ou analogue), un demi-œuf, une cuillerée de beurre, sucre, citron ou canelle ou vanille.

9 *heures :* café léger (surtout café malt avec peu de grains de café), avec beaucoup de lait, du pain, du beurre, de la marmelade ou du *miel.* Après, une cuillerée à café de Mineralogen.

12 *h.* 1/2 *: Déjeuner :* soupe, un plat, dessert (fruits). Ensuite : 1 cuillerée à café de Mineralogen.

16 *heures :* lait (cacao ou un peu de café), gâteaux, cakes, biscottes, pain beurré, marmeladé ou miellé.

18 *h.* 1/2 *: Souper :* soupe épaisse (comme le matin). Ensuite 1 cuillerée à soupe et demie d'huile de foie de morue phosphorée.

Le régime primitif de Gerson était beaucoup plus riche en eau ; on donnait très fréquemment des jus de légumes et de fruits. Le Mineralogen a été ajouté au régime parce que dans l'esprit de Gerson le mélange de sels devait inonder l'organisme d'ions de K et de Ca et y déterminer une sorte de « transminéralisation » favorable à la guérison des lésions bacillaires En voici l'analyse d'après Herrmannsdorfer, Jung et Stein :

NOM CHIMIQUE	FORMULE CHIMIQUE	MILLI-ÉQUIVALENTS en Bases.	MILLI-ÉQUIVALENTS en Acides.	SURPLUS en Bases.	SURPLUS en Acides.
Alun de potasse	ALK $(SO^4)2$	11,61	11,61	»	»
Phosphate de chaux	$CaHPO^4$	302,07	453,10	»	151,03
Silicate de soude	Na^2SiO^3	14,09	14,09	»	»
Sulfate de magnésie	$MgSO^4$	24,34	24,34	»	»
Sulfate de soude	Na^2SO^4	31,03	31,03	»	»
Sous-nitrate de bismuth	4 $BiONO^3$.Bio (OH)	18,08	$NO^3 = 4,788$	22,868 en calculant NO^3 comme basique	
Lactate de chaux	$(CH^3.CHOH.COO)^2Ca$	324,44	»	324,44	»
Lactate de strontium	$CH^3.CHOH.COO)^2Sr$	7,35	»	7,35	»
Bisulfate de soude	$NaHSO^4$	12,49	24,98	»	12,49
Bromure de sodium	NaB^2	77,73	77,73	»	»
Albuminoïdes	$C^{12}H^{112}N^2SO^{22}$	»	»	»	»
		+ 828,018	— 636,88	+ 54,65	— 163,52
		+ 191,138		— 191,138	

Par conséquent, 15 grammes de Mineralogen contiennent un surplus de bases : $\frac{191,138 \times 15}{100} = + 28,67$.

L'huile de foie de morue faisait depuis longtemps partie de l'arsenal thérapeutique dirigé contre la tuberculose. Les auteurs y ont ajouté le phosphore parce qu'il stimule et accélère le métabolisme de toutes les substances alimentaires.

III. Ses bases théoriques. — L'une des caractéristiques du régime S. H. G. est la suppression du chlorure de sodium. Pour Gerson, la quantité de sel de cuisine contenue dans les aliments à l'état naturel couvrirait largement le besoin minimum de l'organisme de 2 gr. de NaCl. par jour ; tout le sel pris en excès est du poison. On connaît toute une série de peuples primitifs qui vivent sans sel. Il en est ainsi des Kirgises nomades ; un auteur, Vrgoc, qui a longtemps vécu parmi eux, a constaté que la tuberculose n'existait pas chez eux, mais aussitôt que cette race changeait d'habitudes et que certaines tribus devenaient sédentaires et prenaient du sel, la tuberculose y aurait fait son apparition.

En administrant du Mineralogen et en donnant beaucoup de jus de légumes et de fruits, Gerson croit provoquer une certaine alcalose qui favoriserait les processus de guérison. En appauvrissant l'organisme en NaCl, on le déshydrate et on le rendrait apte à s'enrichir en Ca, en K et en Mg, ions contenus dans le Mineralogen et dans les jus de légumes et de fruits. Il y aurait une « transminéralisation » dans tout l'organisme qui favoriserait la guérison des lésions tuberculeuses. La diète provoquerait une sécrétion biliaire abondante par laquelle l'organisme se désintoxiquerait en même temps que toutes les glandes digestives sont stimulées. Le corps est littéralement inondé de vitamines ; toutes les glandes à sécrétion interne sont

stimulées et on assiste à une véritable régénération, à un rajeunissement de l'organisme dont toutes les forces défensives sont réveillées ; Gerson a vu augmenter, sous l'influence de son régime, la sensibilité aux médicaments tels que le salvarsan, le cyanure de mercure, l'iode, la digitale et l'arsenic qui n'étaient plus tolérés qu'à des doses minimes tout en devenant beaucoup plus actives ; les rayons ultraviolets et les rayons X ne sont supportés qu'à une dose dix fois moindre, ainsi que l'a aussi constaté Bommer.

Herrmannsdorfer a cherché une explication plus précise à l'action du régime qu'il a modifié après Gerson. S'appuyant sur la théorie française de Robin et Binet sur la déminéralisation de la tuberculose et rappelant les idées de Teissier qui parlait d'un véritable diabète phosphaturique des bacillaires, cet auteur a essayé de prouver scientifiquement la possibilité de la transminéralisation. Il croit aussi que la guérison du processus tuberculeux comme de toutes les infections est favorisée par une acidose locale et générale du corps provoquée par le régime S. H. G.

Il s'appuie sur les résultats pratiques obtenus sur des séries de malades porteurs de toutes sortes d'infections non tuberculeuses et de tuberculose osseuse fistulisée grave ; les malades qui suivaient le régime S. H. G. se seraient améliorés d'une façon étonnante par rapport à ceux qui étaient soumis au régime ordinaire. Un dermatologiste, Luithlen, chez des animaux d'expérience, a changé la richesse de la peau en Na, Ca, K et Mg, suivant le genre d'alimentation qu'il leur donnait ; en même temps changeait la réaction de la peau envers les irritations médicamenteuses.

Herrmannsdorfer en conclut que pareille chose doit être possible pour tous les tissus.

Il y aurait beaucoup de choses à dire sur les expériences mises en train par H. pour prouver le bien-fondé de sa théorie. Malheureusement elles ne sont pas à l'abri de toute critique et elles ont trouvé beaucoup d'opposition dans le camp des chimistes. Voici ce qu'on peut objecter aux hypothèses de H.

La théorie de la déminéralisation repose sur une erreur. Normalement la calcémie, qu'on a prise comme test de l'excrétion calcaire exagérée, varie de 1 à 4. Elle dépend éminemment de la quantité de Ca évacuée dans les fèces, mode d'excrétion principal des sels calcaires. Alors que l'homme normal perd du Ca surtout par les selles, chez le tuberculeux la calciurie augmente parce que les pertes calcaires fécales diminuent. Ferrier a soutenu que les caries dentaires sont plus fréquentes chez les tuberculeux que chez les individus sains et il en a conclu à une décalcification générale de l'organisme. Siffre a montré que la carie dentaire n'est pas précédée de décalcification de la dent ; et Kienhule, Lemoine et Laufer, avec d'importantes statistiques de dispensaires, ont prouvé qu'il n'y a aucun rapport entre la tuberculose et la carie dentaire. Ni les dents, ni les autres tissus ne s'appauvrissent en Ca, comme l'ont montré Barkus, Steinitz et Weigert par des analyses précises ; seul Rosenfeld a trouvé les poumons tuberculeux appauvris en Ca.

La calcémie, étudiée dans ses rapports avec la tuberculose par Wells, Halverson, Sveany, Sergent et Binet, a toujours été trouvée normale. Pour Philippe B. Matz, Winkle, Greisbeiner, van Howe et Medlar elle ne varie que dans des proportions infimes ; elle est liée à l'alimentation et a tendance à monter chez les malades qui prennent beaucoup de lait.

Guyonnaud a trouvé de l'hypocalcémie chez les tuberculeux, seulement s'il y avait une cause générale de décalcification telle que les fièvres hectiques, la sous-alimentation et du rachitisme concomitant. Kroemeke et Knuesti, Verdina, Einis, Henius, Bing, Zimmermann et Lischfeld ont trouvé également de l'hypocalcémie dans les cas très graves où évidemment ces facteurs étaient en cause.

Il n'est pas non plus vrai que le tuberculeux est plus souvent phosphaturique que l'homme normal. Il est souvent hyperchlorhydrique et se gave fréquemment d'œufs, ce qui explique des phosphaturies qu'on peut observer chez lui. Pour Jung (Bâle), la phosphaturie est le résultat d'un changement de l'état colloïdal de l'urine ; en effet, le malade élimine souvent des acides aminés dans l'urine qui dévient une solution colloïdale et font précipiter les phosphates.

Il est aussi très discutable que NaCl ait une influence nocive dans la tuberculose. Monceaux pense au contraire qu'il faut donner beaucoup de sel aux tuberculeux scrofuleux et rachitiques parce qu'il intensifie les échanges nutritifs ralentis chez ces malades ; il rappelle qu'en 1851 Latour préconisait de donner aux tuberculeux 30 gr. de sel par jour avec du lait de chèvre.

La restriction de NaCl s'impose tout au plus chez les enfants lymphatiques, gorgés d'eau, offrant un terrain peu résistant au bacille de Koch. Ad. Czerny depuis 1905, Finkelstein de Berlin depuis 1907, ont amélioré de cette façon les catarrhes des muqueuses et les angines chez les enfants.

Herrmannsdorfer pense combattre avec son régime la décalcification ; admettant que celle-ci existe — ce qui n'est pas le cas — on ne saurait y arriver en administrant le mélange de sels calcaires et autres qui est le Mineralogen. L'organisme n'assimile ni la chaux ni la magnésie ni la silice données sous forme médicamenteuse et on peut admettre que le Mineralogen est intégralement éliminé par les selles. Seulement deux agents peuvent fixer le Ca sur les tissus, comme l'a montré Mouriquand pour le rachitisme : les rayons ultraviolets et le facteur D contenu dans l'huile de foie de morue. La seule forme immédiatement assimilable des substances minérales est celle des sels organiques très répandus dans les légumes et dans les fruits. C'est cette chaux *alimentaire* qu'il faut donner, à la dose d'environ 20 gr. par jour, pour activer les diastases, pour favoriser la phagocytose et pour stimuler les fonctions antitoxiques de l'organisme.

Herrmannsdorfer a parlé d'une véritable transminéralisation qui se ferait si l'on prive le corps de NaCl et si on le gave d'autres ions. Cette conception est une erreur biologique. Les mécanismes régulateurs du sang et des tissus sont trop fins pour se laisser imposer des ions en excès et pour s'appauvrir sur commande en ions Na. Ambard, Lucet, Claret et Monceaux ont même montré que, privé de chlorure de sodium, l'organisme tuberculeux se met plus rapidement en équilibre chloruré que l'organisme sain, de même qu'il excrète plus vite qu'à l'état normal un excès de NaCl ingéré. Aussi la grande majorité des chimistes sont-ils

d'accord pour rejeter la théorie de la transminéralisation de Herrmannsdorfer.

D'un autre côté, cet auteur croit pouvoir influencer par le régime le pH sanguin et provoquer une acidose qu'il estime favorable aux processus de guérison ; Gerson au contraire visait à la réalisation d'une certaine alcalinité sanguine. Or il est très difficile de troubler l'équilibre acide-base du sang. Le pH sanguin varie seulement entre 7,30 et 7,50 ; il est maintenu constant par les tampons et par le fonctionnement rénal et respiratoire. C'est uniquement quand ce dernier est profondément troublé, dans la tuberculose pulminaire avancée, que la réserve alcaline a été trouvée diminuée comme l'ont montré Lopo de Carvallio et Ferreira de Mira. Cordier, Delore, Dautrebande, chez l'homme ; Arloing, Cluzet et Kofman chez le cobaye tuberculisé, ont montré que le pH sanguin reste normal ou augmente dans les cas graves ; 3 fois seulement on a constaté chez l'homme un pH très bas, entre 7,21 et 7,29, mais c'était à la période immédiatement prémortelle.

Il paraît donc impossible d'influencer profondément par le régime le pH sanguin qui reste remarquablement constant à part les troubles profonds provoqués par les déséquilibres de la nutrition tels qu'on les trouve dans le diabète avec dénutrition et dans la cachexie. Provoquer une acidose générale et locale à souhait semble illusoire. H. croit qu'une acidose locale réalise les conditions optima pour la guérison rapide de n'importe quelle plaie. Ce n'est pas prouvé ; rappelons simplement que Leriche, Haour et Jung, ont vu chez le lapin que le pH local, acide dans les plaies à cicatrisation lente, devient neutre ou même très légèrement alcalin dans les plaies rendues aseptiques et guérissant rapidement après sympathectomie.

Tout ce qui a été écrit par Sauerbruch et son école pour donner une base théorique aux changements de milieu créés par le régime de S. H. G. ne repose sur aucun fait scientifiquement établi. Sauerbruch a lui-même renoncé actuellement à toute explication scientifique de l'action de ce régime.

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que les résultats que le traitement diététique de la tuberculose a donnés ont été diversement interprétés. Certains auteurs ont aussi peu à peu éliminé les facteurs du traitement qui leur paraissaient inutiles ou reposer sur une erreur de conception.

L'efficacité du *Mineralogen* a été le plus mise en doute. Pour la mettre en évidence, Herrmannsdorfer traitait une série de malades sans Mineralogen. Les augmentations de poids maxima qu'il obtenait montaient à 12 kg. 1/2 ; en ajoutant du Mineralogen, certains malades augmentaient de 15 à 25 kg. Son collaborateur Jung a vu augmenter son poids de 5 kg. grâce au Mineralogen. Stein et Clairmont, toute une série de médecins, d'infirmiers et d'infirmières du service diététique de Sauerbruch attestent qu'ils se sentent mieux et que leur capacité de travail augmente avec du Mineralogen. Si l'on en prend trop, il s'installe de l'insomnie, des palpitations cardiaques et une certaine excitabilité nerveuse. Birk, de la Clinique infantile de Tubingue, lui, dénie au contraire toute action, de même toute une série d'auteurs dont surtout Bommer, et Jesionek, Bremer et Schueller, Oegstgeest, Wichmann et E. Abderhalden, dont les derniers ont aussi supprimé l'huile de foie de morue phosphorée. Rehfeld et de Raadt ne croient pas à son utilité ; Birk et Rehfeld ne pensent non plus que la suppression de NaCl soit utile, contrairement à Bommer qui en additionnant du sel au régime des malades n'a de loin pas vu d'aussi bons résultats dans le lupus que s'il faisait observer un régime strictement déchloruré.

Van Leersum s'oppose à l'emploi du *phosphore* combiné à l'huile de foie de morue. Le phosphore, dont l'action favorable sur la tuberculose n'est d'ailleurs pas prouvée, détruit la vitamine D ; la vitamine A reste parfaitement bien conservée, car le phosphore accapare l'oxygène qui lui serait nuisible. Si l'on veut donner la vitamine D, il faut administrer l'huile de foie de morue pure ou donner à côté de l'huile phosporée une préparation de vitamine D telle que la radiostol. Aussi Plath, Ertl, Hein et Menschel attribuent la plus grande importance à la vitamine D qu'ils prescrivent sous forme de Vigantol.

Birk et Pawslowski sont d'accord pour préconiser l'emploi copieux de l'huile de foie de morue ; Bacmeister qui y voit une des causes essentielles de l'efficacité du traitement met cependant en garde contre les doses excessives de phosphore qu'on donne habituellement en prescrivant 3 cuillerées à soupe d'huile de foie de morue phosphorée à raison de 0,025 de P sur 300 cc. d'huile ; le malade reçoit en effet 1 mmgr. 2 de P par prise et 3 mmgr. 6 dans la journée. La dose maximum de 3 mmgr. admise par le Codex allemand est donc largement dépassée, surtout que certains modèles de cuillerées à soupe contiennent jusqu'à 20 cc.; le Codex français n'admet même comme dose maximum que 1 mmgr. de P par jour. Bacmeister a généralement constaté chez ses patients, 2 à 3 semaines après le début du traitement, des signes d'intoxication, tels qu'une diminution de la faculté de concentration intellectuelle, de l'apathie et dans un cas un véritable coma pendant 6 jours avec des signes d'intoxication phosphorique et de méningite séreuse, Il vaut mieux donner seulement 1 à 2 cuillerées à soupe par jour de la solution huileuse à 0,02 pour 300 cc. Gerson et Bacmeister ont vu, en diminuant ainsi la dose d'huile de foie de morue et de phosphore, des augmentations de poids moins considérables qu'avec l'ancien dosage.

Mentionnons pour mémoire la conception de de Raadt pour qui le régime sans sel provoquerait une phénolisation intense de l'organisme, d'après un mécanisme d'ailleurs assez invraisemblable. L'auteur admet que par la suppression de NaCl on crée de l'achlorydrie suivie d'une *augmentation* des fermentations des albuminoïdes dans l'intestin ; ainsi naît du phénol et du parakrésol qui sont absorbés et qui ont une action bactéricide sur le bacille de Koch. Il recommande de donner aux tuberculeux un régime riche en albumine et d'y ajouter une dose journalière de 250 mmgr. de phénol dissous dans de l'huile de foie de morue. On a aussi avantage à donner une régime riche en légumes secs fermentescibles tels que les haricots. Monceaux pense au contraire que le phénol est très toxique pour le foie qui est un des organes les plus atteints dans la tuberculose ; ce corps doit être évité dans le traitement médicamenteux des tuberculeux.

Le même auteur préconise l'emploi de l'acide phosphorique chez les tuberculeux. Il enrichit l'organisme en lactacidogène, il favorise les échanges nutritifs, il relève l'acidité gastrique et stimule de cette façon les secrétions hépatiques, pancréatiques et intestinales, ce qui *diminue* les fermentations intestinales. En plus, il a l'avantage d'être ni toxique, ni stéatosant ; sous forme d'acide phosphorique P ne lèse en effet pas le foie.

La plupart des auteurs, en particulier Birk, Schlesinger, Pawlowski, Gloor, Bommer, Mecklenburg et Rehfeldt attribuent l'efficacité du régime S. H. G. à sa richesse en vitamines et en sels organiques facilement assimilables.

Là paraît être une grande part de vérité. Le malade soumis au régime de S. H. G. est littéralement inondé de vitamines et de substances minérales immédiatement assimilables. La prédominance de légumes crus et de fruits, de crème et de beurre frais, la préparation particulière des légumes qui sont peu bouillis et servis dans leur eau de cuisson n'est pas sans agir extrêmement favorablement sur un organisme soumis jusque-là à une alimentation préparée selon des habitudes anciennes et irrationnelles. L'un de nous a pu constater sur lui-même d'une façon extrêmement démonstrative la réaction salutaire de l'organisme vis-à-vis d'une alimentation conçue d'après des principes modernes. Un mois de repos complet à la montagne avec une alimentation abondante, mais préparée à la façon habituelle, n'a eu aucun effet sur la reprise du poids en particulier. Une alimentation riche en crudités, en légumes peu cuits, en beurre frais, en lait et en pain complet a déterminé du jour au lendemain un changement total dans les fonctions d'assimilation et sous l'influence adjuvante de l'altitude et de bains d'air et de soleil le poids a augmenté de 5 kg. au bout de 16 jours.

Ce facteur alimentaire explique, à notre avis, un grand nombre des succès thérapeutiques de Gerson et de Herrmannsdorfer. Au bout d'un certain temps, de quelques semaines en général, ces auteurs ont, comme beaucoup d'autres, constaté un arrêt dans la reprise du poids et dans l'amélioration de la maladie. Les glandes endocrines, les glandes digestives, les tissus sont arrivés à un maximum de rendement qu'ils ne peuvent plus dépasser. Après un certain temps d'arrêt, d'une sorte de repos physiologique, la fonction d'assimilation semble généralement reprendre de nouveau et la guérison s'effectue par une série de poussées successives.

Si l'on considère en effet le régime alimentaire de S. H. G. dans son ensemble, en faisant abstraction de tous les facteurs surajoutés discutables et discutés, on ne peut s'empêcher de le trouver rationnel et conforme aux besoins alimentaires des tuberculeux sur lesquels on est actuellement presque unanimement d'accord.

L'alimentation est avant tout mixte ; elle renonce autant au gavage excessif par les albuminoïdes et les graisses qu'à la nourriture uniquement végétarienne préconisée primitivement par Gerson. C'est ce qu'il faut pour rendre les aliments attrayants et pour stimuler les glandes digestives.

La viande fraîche est prise à raison d'environ 500 grammes par semaine ; en plus on donne des poissons frais, des organes riches en pentoses et lipoïdes, tels que des cervelles, de la rate, du foie, des rognons, du riz, des œufs, des fromages variés, non salés, et du lait de préférence frais à raison de 1 litre à 1 litre 1/2 pour jour. Le lait est aussi pour l'adulte un des aliments les plus complets et les mieux assimilables ; il est en plus riche en vitamine D et en Ca assimilable dont il renferme environ 2 gr. par litre.

Le métabolisme des tuberculeux étant caractérisé par une dégradation insuffisante des protides, il est rationnel de ne pas en faire prendre trop.

On ne donne pas non plus un excès de graisses qui sont souvent mal tolérées par les bacillaires. On préfère la crème et le beurre de table frais, qui, particulièrement au printemps et quand le bétail se nourrit d'herbe fraîche, est excessivement riche en vitamine D. L'huile d'olives et le saindoux sont permis, les graisses végétales défendues, car elles ne renferment pas de vitamines.

Il y a intérêt à donner beaucoup d'hydrates de carbone aux tuberculeux ; cette condition est parfaitement remplie par le régime de S. H. G. Ils ont tout d'abord une action désamidante très utile dans la dégradation des albuminoïdes qui est incomplète, action d'autant plus nécessaire que d'après beaucoup d'auteurs les acides aminés non détruits seraient d'excellents facteurs de tuberculisation. En plus ces substances étant le plus facilement assimilées, permettent une reprise de poids plus rapide et plus importante. Les légumes et les céréales sont riches en vitamines et en sels organiques, surtout s'ils sont consommés crus ou peu bouillis et servis avec leur eau de cuisson. Ils apportent à l'organisme les éléments les plus variés : les épinards du fer, l'avoine du calcium, le maïs du magnésium, l'orge de la silice, les pois du fluor, etc... On fait prendre beaucoup de sucre et de miel. On donne beaucoup de fruits, de préférence à l'état cru ; ils sont riches en acides-alcools, tels que l'acide citrique, l'acide malique et l'acide tartrique saturés le plus souvent par la chaux ou la magnésie et dans cet état très combustibles. Ce sont des catalyseurs de premier ordre pour les albuminoïdes, et ils sont riches en vitamine C, facteur antiscorbutique et substance très importante dans le métabolisme du fer.

Monceaux pense qu'il faut proscrire dans l'alimentation du bacillaire l'acide oxalique qui précipite de Ca de ses combinaisons organiques ; il faut interdire par conséquent l'oseille, la rhubarbe, les endives, le céleri, les tomates, le thé, le café, le cacao, le chocolat et le poivre. Il faudrait aussi éviter la bière et les asperges, riches en asparagine, acide aminé mal utilisable et aliment de premier ordre pour le bacille de Koch. Herrmannsdorfer n'impose pas ces restrictions.

Ainsi comprise l'alimentation préconisée par les auteurs allemands est rationnelle, saine et particulièrement adaptée aux besoins du tuberculeux. Par sa variété elle flatte le goût et elle vainc l'inappétence habituelle chez les malades. Ce n'est pas un des moindres inconvénients qu'on a reproché, avec raison, au Mineralogen, qu'il gâte l'appétit ; ce mélange de sels où entre du sous-nitrate de bismuth doit saturer l'acidité gastrique souvent inférieure à la normale.

(*A suivre.*)

ACTION PHYLACTIQUE ET ANAGOTOXIQUE DES EAUX DE VALS

Par MM. Maurice et Lucien UZAN.

Nous nous sommes proposé de reprendre pour quelques-unes des nombreuses sources de Vals-les-Bains les expériences mettant en évidence les pouvoirs phylactique et anagotoxique de ces eaux.

Au début, pour la simplicité apparente de la méthode, nous avons voulu réaliser surtout des expériences d'immersion d'animaux aquatiques dans les eaux minérales additionnées de différents toxiques, comme l'ont fait avant nous Violle et Giberton, Perrin et Cuénot, etc... Nous avons utilisé divers animaux : sangsues, cyprins, anguilles. Comme produits toxiques nous avons employé la tournure de cuivre mise en contact 3 heures avec l'eau, des solutions titrées de sulfate d'atropine, de nicotine.

Mais pour les animaux considérés, tout au moins, nous avons de suite relevé une série de causes d'erreur. La durée de survie des sangsues et des cyprins en particulier est variable suivant les eaux dans lesquelles on les immerge en dehors de toute addition de toxique. C'est ainsi que les eaux aux Ph les plus élevés sont les moins bien supportées. D'autre part, la teneur en gaz CO^2 semble jouer un grand rôle : c'est ainsi qu'un cyprin placé dans l'eau bicarbonatée à 6 0/00 survit pratiquement indéfiniment, mais si on substitue à cette eau de l'eau de Vals Précieuse ou de Vals Souveraine, la survie n'est que de 34 minutes.

Par ailleurs, les expériences utilisant le cuivre sont sujettes à caution ; les eaux dissolvant des quantités fort variables de ce métal. Nous avons employé la technique suivante : 1 gramme de tournure de cuivre est laissé en contact 3 heures avec 500 cc. de l'eau étudiée, puis ôté. Au moyen de la réaction de Mayer, très sensible réactif du cuivre, on peut colorimétriquement apprécier les proportions de ce métal dissous. On observe des variations pouvant aller du simple au quintuple et plus encore : Vals Précieuse pouvant dissoudre jusqu'à 4 ou 5 fois plus de cuivre qu'Evian Cachat par exemple. L'animal immergé va donc se trouver en présence de quantités variables d'ions Cu et par conséquent les résultats ne peuvent plus être comparables.

Nous avons donc abandonné ces expériences. Cependant, nous pouvons retenir quelques résultats intéressants observés avec des sangsues en présence de nicotine. Dans ces conditions et en comparant aux témoins immergés dans l'eau minérale correspondante d'une part et dans l'eau ordinaire additionnée de nicotine d'autre part, on peut admettre que Vals Précieuse en particulier exerce une certaine protection vis-à-vis de cet alcaloïde. Dans une note ultérieure, d'ailleurs, nous reviendrons sur ce point.

Mais pour que les expériences d'immersion aient une valeur, il faudrait les étendre comme l'ont fait Perrin et Cuénot, sur de très nombreux animaux et se servir de larves de culex bien plus maniables.

Pour notre part, nous avons préféré revenir à l'expérimentation princeps de Billard sur le cobaye avec la spartéine.

Nous avons recherché cependant, avant l'utilisation de doses toxiques de ce corps, l'action comparée avec ou sans eaux minérales des doses toniques. Voici le protocole d'une de nos expériences les plus typiques.

I. Expérience du 17 janvier 1932 avec la spartéine a dose tonique.

Injection sous-cutanée de 1 milligramme de spartéine Buisson pour 100 grammes de cobaye.

COBAYE	SEXE	POIDS	INJECTION DE	HEURE DE L'INJECTION	OBSERVATIONS
A 25	☿	567 grammes	$5^{mmg}6$ de spartéine dans 5^{cc} de sérum physiologique.	18 h. 25′	L'animal est tout de suite *abattu* et se met en boule. Quelques phénomènes convulsifs discrets. Emissions nombreuses d'urines. Etat de mal pendant 1 heure.
A 32	♀	627 grammes	$6^{mmg}25$ de spartéine dans 5^{cc} de Vals Précieuse.	18 h. 33′	Dès le début, *phénomènes d'excitation.* Réponses très vives aux excitations extérieures. Evacuations très nombreuses dès le début d'urines et de selles. L'excitation va en diminuant, mais dure au total 1 heure.

II. Expérience du 18 janvier 1932 avec la spartéine a dose toxique.

Injection sous-cutanée de 8 milligrammes de spartéine Buisson pour 100 grammes de cobaye.

COBAYE	SEXE	POIDS	INJECTION DE	HEURE DE L'INJECTION	OBSERVATIONS	DURÉE
A 25	☿	567 grammes	40^{mmg} de spartéine dans 5^{cc} d'eau physiologique.	17 h. 22′	17 h. 24′ émission d'urine. 17 h. 40′ convulsions. 17 h. 50′ mort.	28′
A 32	☿	627 grammes	44^{mmg} de spartéine dans 5^{cc} de Vals Précieuse.	17 h. 20′	17 h. 43′ tremblements. 17 h. 50′ convulsions, paralysie du train postérieur. 18 h. 11′ mort.	51′

Ainsi, à doses toniques, la dissolution dans l'eau de Vals Précieuse semble exagérer les phénomènes d'excitation et d'élimination ;

A doses toxiques, elle retarde notablement la mort de l'animal ; dans l'expérience précitée, ce retard est de 23', ce qui est très appréciable.

Nous pouvons donc conclure que l'eau de Vals Précieuse a aussi un pouvoir phylactique, comme l'a défini Billard, ou biophylactique, comme veut l'appeler Tzanck, vis-à-vis de la spartéine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 JUIN 1932)

Applications médicales des émanations radioactives d'après les travaux de M. G. Vaugeois. — M. D'ARSONVAL. En 1925, M. Georges Vaugeois s'est attaché à trouver une source d'émanation plus simple que celle employée jusqu'ici pour extraire le Radon.

A la solution radifère, classique depuis Curie, Vaugeois a substitué une source émanogène *solide* de très faible volume (donc transportable), ne nécessitant aucune manipulation. La mise au point a été, après la mort de Vaugeois, continuée par M. Godin.

Cette source consiste en un simple tube métallique renfermant un sel de radium ou de thorium spécialement préparé d'après les formules de Vaugeois. Son emploi rend pratique et sans danger l'émanothérapie.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 21 JUIN 1932)

Sir Almoth E. Wright (de Londres), associé étranger, assiste à la séance.

M. le PRÉSIDENT fait part de la mort de M. Luigi Pagliani, de Turin, correspondant étranger depuis 1910. M. Pagliani était né en 1847, il était professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Turin et l'un des hygiénistes les plus éminents de notre époque.

Le virus tuberculeux dans le liquide amniotique. — MM. BRINDEAU, Pierre CARTIER et POUGIN ont recherché le virus tuberculeux dans le liquide amniotique. Ils l'ont rencontré chez quatre femmes enceintes, à tuberculose très avancée.

Une fois ils ont pu le déceler par l'examen direct et par l'inoculation au cobaye. Dans les autres cas, c'est l'inoculation seule qui a donné un résultat positif. Ils voient là une nouvelle preuve du passage transplacentaire du virus tuberculeux.

La préparation de la vagotonine. — M. DESGREZ présente une note de MM. D. Santenoise et H. Penau. Ces auteurs sont parvenus à mettre au point une technique de préparation permettant d'obtenir une vagotonine à purification très poussée, en quantité assez importante. Une première opération permet l'extraction de la vagotonine brute en partant du pancréas. Une seconde série d'opérations permet d'éliminer, par dialyse, précipitation par des sels neutres, la plus grande partie des impuretés, ainsi que l'insuline. Par des précipitations fractionnées successives, la purification est poussée beaucoup plus avant et la vagotonine est presque entièrement débarrassée de l'insuline. Une quatrième série d'opérations permet, par des passages successifs sur ultra-filtre, et précipitation à l'état de picrate, d'obtenir une vagotonine extrêmement purifiée.

Quelques précisions sur la pression veineuse. — M. Maurice VILLARET constate que, depuis quelques années, l'étude des circulations périphérique et veineuse est, de plus en plus, l'objet de l'intérêt des physiologistes et des cliniciens. Il se félicite de ce mouvement, car il concorde avec l'opinion qu'il soutient depuis longtemps au sujet de l'intérêt de premier ordre que revêt la mesure de la pression veineuse périphérique en clinique.

Après un bref exposé historique de la question, l'auteur résume les données principales acquises par ses recherches. Il envisage tout particulièrement, parmi les facteurs qui interviennent dans le déterminisme de la pression veineuse, le rôle des petits vaisseaux périphériques. Celui-ci est analysé, autant que possible, dans ses divers éléments (artériole, capillaire, veinule).

Il rappelle ensuite les aspects divers des rapports qui unissent pression veineuse et tension artérielle. Il montre que ceux-ci ne sont pas toujours très étroits et qu'une grande liberté de variations réciproques apparaît dans bien des cas. C'est ce que, récemment, il étudiait dans un travail spécial sous le nom d' « anisergies circulatoires globales ».

L'auteur termine son exposé par le rappel d'une partie de l'abondante documentation clinique qu'il a réunie depuis des années et qui lui ont permis de dégager le comportement de la pression veineuse au cours des états pathologiques les plus variés, d'en tracer, pour ainsi dire, la séméiologie. Il souligne combien celle-ci est riche, et combien est étendu le nombre des désordres dont le niveau de la pression veineuse peut montrer le reflet en pathologie ; cela par la simple raison que, à l'état pathologique, très multiples sont les facteurs qui concourent à déterminer ce niveau.

Digestion des farines chez les nourrissons. — MM. ARMAND-DELILLE, BESPALOFF et LESTOCQUOY rapportent une série de recherches qu'ils ont faites sur la digestion des farines chez les nourrissons, au moyen de la réaction iodophile dans les selles étudiées microscopiquement sur lames.

Ces recherches confirment scientifiquement l'opinion de la majorité des pédiâtres français :

Au-dessous de 6 mois, l'enfant sain ne peut digérer qu'une très faible quantité d'amidon ; à partir de 6 mois, la digestion est au contraire complète même pour des rations importantes.

Le nourrisson malade, même au-dessus de 6 mois, ne digère pas les farineux.

Ils concluent que, contrairement à la tendance actuelle de divers pays, les farines ne doivent pas être employées chez le jeune nourrisson avant 6 mois et que de toute façon, pour que l'amidon soit assimilable, il faut lui faire subir une cuisson prolongée ; les bouilles doivent être cuites pendant au moins trois quarts d'heure.

Autres communications :

Sur l'hysto-pathologie des myopathies primitives et surtout de la myopathie pseudo-hypertrophique. — MM. SCRIBAN et PAULIAN.

De l'intérêt très particulier de l'étude des maisons à cancer et de la manière dont on pourrait y procéder. — M. CHATON.

CONGRÈS

RÉUNION DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

(*Hôtel-Dieu, 22 mai 1932.*)

LA TUBERCULOSE RURALE

La première session d'assises médicales de l'assemblée française de médecine générale, consacrée à l'étude de la tuberculose rurale en France, a eu lieu conformément au programme fixé par le Comité directeur : les sections provinciales ont siégé dans vingt-trois départements, le 3 avril. Les observations cliniques, familiales, régionales, présen-

tées et discutées dans chacune d'elles ont été résumées en autant de conclusions locales. Elles furent immédiatement adressées à tous les membres de l'Association, ainsi que la synthèse de tous les débats.

En possession de ces documents, les membres et délégués de l'Association, venus des secteurs de France, au nombre de cent vingt-sept, se réunirent à Paris pour clôturer la première session.

Ces assises nationales eurent lieu, le 22 mai, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la présidence du professeur Carnot, président de la Société, assisté de M. Jules Renault, vice-président ; de M. Ed. Lesné, délégué à la section de Paris ; de MM. Barnsby, de Poitiers ; Barthélemy et Biard ; le professeur Blum, de Strasbourg ; le professeur agrégé Jean Cathala ; Henri Chabanier ; le professeur Clerc, Denoyelle, de Tours ; Jean Deroide, de Calais ; Doury, Gendron, de Nantes ; Henri Godlewski ; Julien Huber, Jacquinet, de Reims ; Jomier, Ledoux, de Besançon ; Ach. Louste, Marre, d'Orléans ; Meunier, de Pau ; Pironneau, Ch. Robert, de Versailles ; Tissier-Guy, J. Touchard, membres du Comité.

M. le professeur Stassen, de Bruxelles, médecin en chef des chemins de fer belges, fondateur de la première filiale de l'A. F. M. G. à l'étranger, assistait à la séance.

Les débats sur « Tuberculose rurale » furent constamment soutenus par l'intérêt des faits cliniques offerts à la discussion. Celle-ci porta successivement sur :

1° Rôles de l'hérédité et de la contagion ;
2° Age de la contagion ;
3° Prophylaxie.

Les arguments régionaux furent discutés successivement par MM. Meunier, de Pau ; de Léobardy et Marcland, de Limoges ; Pierre Bernard, Costes et Deguiral (Dordogne) ;

Gaston Duhamel, d'Agen ; Paul Durand (Eure-et-Loir) ; Jean Deroide, de Calais ; Denoyelle, de Tours ; Aumont, de Bordeaux ; Charles Godlewski, d'Avignon ; Ledoux, de Besançon ; Grenet, d'Etampes ; Paul Blum, de Strasbourg ; Monéger (Corrèze) ; Barnsby et Michiels (Vienne) ; Ker'-Guistel (Loire-Inférieure) ; le professeur Stassen, de Bruxelles ; Marre, d'Orléans ; Aublant, de Versailles ; Louste, Pironneau, Jean Cathala, Ed. Lesné, de Paris.

En fin de discussion de chaque arbitre, M. le professeur Carnot, M. Jules Renault et M. Lesné en dégageaient l'enseignement, conformément au but de l'association : dégager l'opinion française éclairée par ses maîtres.

Cette opinion se résume ainsi :

La tuberculose rurale est fréquente. Dans sa transmission, l'hérédité et la contagion jouent un rôle capital. Il est impossible cliniquement de faire leur part respective, mais pratiquement, il existe des familles de tuberculeux ; leur descendance est débile et victime de la maladie. La contagion, principalement redoutable, sévit sur terrain procréé ou acquis.

La contagion est réalisable à tout âge. Elle n'épargne ni l'enfant, ni l'adulte, ni le vieillard, mais l'enfant est le plus sensible à la contagion, ainsi que les organismes neufs. Elle sévit dans le milieu familial, dans les régions les plus salubres, jusque dans les chaumières isolées de la montagne ou de la plaine.

Le responsable est un hôte du foyer, « tousseur » connu ou méconnu ; il est souvent parti sain du village pour la ville et revenu malade au pays natal. Le rôle de la contagion ainsi importée a été considérable il y a quelques années, par les tuberculeux et pensionnés de guerre, rentiers d'Etat, qui ont ainsi fondé plus aisément des foyers à descendance éprouvée.

Parmi les conditions faisant « le lit de la tuberculose », il y a toutes les raisons de déficience organique connues à la ville et propagées dans les campagnes : le surmenage, les veilles prolongées, la débauche, fréquemment alliées à l'alcoolisme (si souvent rencontré au taudis), facteur de misère et d'alimentation insuffisante ou carencée.

La solution du problème est complexe.

La vaccination seule pourra vraisemblablement le résoudre un jour. Actuellement, il est trop tôt pour qu'elle soit obligatoire, mais déjà, elle est conseillée par le médecin dans tous les milieux contaminés.

La déclaration obligatoire souhaitée par beaucoup n'est pas réalisable actuellement, mais il est proposé la déclaration au dispensaire local, organisme auxiliaire du médecin traitant, centre d'outillage et de préservation sociale.

Cette préservation serait grandement favorisée par l'instruction antituberculeuse, qui doit commencer à l'école, se poursuivre au régiment et constamment au village et à la ville.

Tous les médecins protestent contre l'insuffisance des moyens d'isolement. Le sanatorium répond à une formule administrative qui a vécu ; le sanatorium-hôpital départemental, avec bénéfice de la loi Honorat, est unanimement réclamé.

Persuadé de l'importance de la contagion, le médecin tient pour indispensable l'isolement du tuberculeux semeur de bacilles.

La IIe Session des Assises Médicales aura lieu en juin-juillet sur « Maisons à cancer ». Elle se terminera en assises nationales à Paris, le 3 juillet, sous la présidence du professeur Castaigne.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, Docteur Godlewski, 14, rue Théodule-Ribot, Paris 17e.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mardi 28 juin. — Jury : MM. Binet, président ; Bezançon, Gougerot, Maurice Villaret. — M. VOULPIOTIS. Etude de l'hyperplasie musculaire au cours des cancers gastriques. — Mlle MAIRE. Essai de cardiologie expérimentale sur Hélix Pomatia. — M. GARNIER. Traitement de la rhinite ozéneuse par l'anatoxine diphtérique. — Mlle LAGASQUIE. Contamination syphilitique pendant la période d'incubation du chancre. — Mme GIRARD. Traitement de l'obésité à Brides-les-Bains.

Jury : MM. Claude, président; Rathery, Tanon, Galliard. — M. LAURENT. La phase somatique prodromique de la démence précoce. — M. TRILLOT. Hérédité cyclothymique, son utilité dans le diagnostic et le pronostic de certaines psychoses. — M. DESHAYES. Le sérum antitétanique (sa production). — Mlle HERBERT. Exploration radiologique des voies biliaires par injections des substances opaques. — M. ABRAMOVICI. Considérations relatives à l'influence de quelques maladies et de certains états physiologiques sur les lésions bucco-dentaires. — M. DELAETER. La pathologie des brouillards de la vallée de la Meuse.

Mercredi 29 juin. — Jury : MM. Gosset, président ; Legueu, Ombrédanne, Mathieu. — M. Paul CASALIS. Etude de la conduite opératoire dans les appendicites gangréneuses avec perforation en péritoine libre. — Mme RONSIERY. Etude de l'action des effluves dans quelques affections gynécologiques. — M. SIMKOW. Les grands kystes séreux du rein. — M. DOMINGUEZ. Etude du traitement des prostates vésiculites gonococciques. — M. PARRIQUE. Etude et traitement de l'uréthrite chronique. — Mme BELUGON. Etude de la calcification du disque intervertébral. — M. COSTES. Arrachement des points épiphysaires de l'iléon chez l'adolescent.

Jury : MM. Baudouin, président ; Léon Bernard, Clerc, Lemierre. — M. PUECH. Syndromes hiromégaliques au cours des tumeurs intracraniennes non hypophysaires. — M. DOUADY. Section des brides dans le pneumothorax artificiel. — Mlle DUMANS. Influence de la coqueluche sur la tuberculose du nourrisson. — M. MOLARD. Etude du syndrome hémorragipare de l'insuffisance hépatique. — M. BRUNEAU. Le diagnostic de la méningite à bacille de Pfeiffer. — M. CHATERGÉE. Paralysie faciale consécutive à l'anesthésie tronculaire du nerf dentaire inférieur.

Jeudi 30 juin. — Jury : MM. Brindeau, président ; Cunéo, Jeannin, Lenormant. — M. JARROUSSE. Considérations sur l'avortement tubaire. — M. DE LA HUSSAIRE. Les mastoïdites rétro-labyrintiques. — M. REYNAUD. Etude de la chirurgie thoracique. Techniques actuelles. — M. BOGARAZE. Etude d'erpès gestationis. — M. DUFOUR. Rupture artificielle précoce des membranes au cours de l'accouchement normal. — M. BLANCHET. De l'ostéoporose post-infectieuse et de l'ostéoporose algique post-traumatique.

Samedi 2 juillet. — Jury : MM. Carnot, président ; Roussy, Brûlé, Leroux. — M. AUGIER. La dolypose recto-colique. — M. MARINOFF. Etude du cancer précoce de l'estomac (jusqu'à l'âge de 30 ans).

Jury : MM. Lereboullet, président ; Nobécourt, Henri Labbé, Moure. — M. FRIC. La prophylaxie de la rougeole chez le nourrisson par le sérum de convalescent d'après une statistique des enfants assistés. — M. TISLER. Etude des pneumococcies prolongées de la première enfance. — M. GOUYEN. Recherches cliniques de la tuberculose de péricarde.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 22 juin. — M. Digonnet, 19.

Epreuve clinique double. — M. Digonnet, 29.

M. Digonnet est nommé accoucheur des hôpitaux.

HOPITAUX DE PROVINCE. — DREUX. — L'hôpital de Dreux, qui compte une moyenne de 195 journées de présence d'hospitalisés, demande un interne attaché à l'établissement.

Peuvent poser leur candidature les jeunes gens ayant au moins vingt inscriptions et ayant subi avec succès le concours de l'externat dans une ville de faculté.

L'interne serait logé à l'hôpital, avec vingt-quatre heures de repos par semaine, ce repos n'étant jamais un samedi, un dimanche ou un lundi. Il lui serait en outre attribué dans l'année quatre congés payés : deux de quinze jours, un de huit jours et un de quatre jours.

Le traitement serait de l'ordre de 24.000 fr., plus la nourriture.

Il y aurait lieu pour les candidats de prendre l'engagement de ne pas s'installer dans un rayon de 25 kilomètres de Dreux pendant quinze ans à partir de leur sortie de l'hôpital.

Les demandes peuvent être adressées dès maintenant au directeur de l'hôpital de Dreux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Par décret, sont créés : un emploi de professeur titulaire, un emploi de chef de clinique et un emploi de chef de laboratoire.

Le nombre des emplois du personnel des cliniques de la Faculté est fixé à 74.

— CONCOURS POUR L'OBTENTION DES BOURSES DE DOCTORAT EN MÉDECINE. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mardi 12 juillet 1932.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent subir les épreuves du concours. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que les candidats auront passé sous les drapeaux.

Les registres d'inscription seront clos le 5 juillet, à 16 h.

CONDITIONS D'ADMISSION A CONCOURIR ET NATURE DES ÉPREUVES. — Sont admis à concourir :

A. *Régime d'études de 1893-1899.* — 1° Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, ou à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 1re année;

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire;

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire;

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire.

B. *Régime d'études de 1911-1912.* — Les candidats pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

C. *Régime fixé par le décret du 10 septembre 1924.* — Les candidats pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions qui ont subi avec la note moyenne 7 l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites, savoir :

I. *Régimes d'études de 1893-1899 et de 1911-1912.* — Etudiants à 4 inscriptions : une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

Etudiants à 8 inscriptions : *a.* une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) et une composition d'histologie; *b.* une composition de physiologie.

Etudiants à 12 inscriptions : *a.* une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie.

Etudiants à 16 inscriptions : *a.* une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

II. *Régime d'études de 1924.* — Etudiants à 4 inscriptions : *a.* une composition d'anatomie; *b.* une composition d'histologie.

Etudiants à 8 inscriptions : *a.* une composition de physiologie; *b.* une composition de physique et de chimie biologique comportant :

1° Une question de physique biologique (une heure); 2° une question de chimie biologique (une heure).

Etudiants à 12 inscriptions : *a.* une composition d'anatomie pathologique; *b.* une composition de pathologie expérimentale.

Etudiants à 16 inscriptions : *a.* une composition de médecine générale; *b.* une composition de chirurgie générale ou d'obstétrique.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

N. B. — Peuvent obtenir, sans concours, une bourse de doctorat en médecine de première année les candidats qui justifient :

Soit de la note 75 à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (ou de la mention « assez bien » au certificat d'études supérieures portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle) et des mentions suivantes aux deux parties du baccalauréat de l'enseignement secondaire : 2 « bien », ou 1 « bien » et 1 « assez bien »;

Soit de la note 80 au certificat P. C. N. (ou de la mention « bien » au certificat dit P. C. N. supérieur) et au moins d'une mention « assez bien » à l'une des parties du baccalauréat.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur est convoqué en session ordinaire le mercredi 6 juillet 1932. La durée de cette session est fixée à trois jours.

GUERRE. — (Troupes coloniales.) Sont promus :

Au grade de médecin général. — MM. les médecins colonels Viala et Heckenroth.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henri Marciguey, ancien interne des hôpitaux de Paris; E. Flateau (de Varsovie).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SECOURS D'URGENCE POUR LES FEMMES ET LES ENFANTS DU CORPS MÉDICAL

On connaît l'effort considérable fait depuis quelques années par la Société de secours aux femmes et aux enfants du corps médical (F.E.M.) pour venir en aide aux infortunes professionnelles chaque jour plus nombreuses.

La Société adresse aujourd'hui un appel qui sera certainement entendu. Nous en extrayons les lignes suivantes :

« Grâce à la Société F.E.M., plus de 100.000 francs sont ainsi distribués annuellement à des familles dont la situation exige un appui immédiat; l'année courante semble, de par ses difficultés multiples, devoir augmenter encore le nombre de détresses à soulager. Jusqu'ici, la Société F.E.M. a pu suffire à sa lourde tâche, mais en raison de ses statuts, que nous avons l'obligation de respecter strictement, seuls les sociétaires régulièrement inscrits depuis deux ans ont droit aux subventions de la Société.

« Dans ces conditions, nous redoutons de ne pouvoir venir en aide, cette année, à toutes les familles médicales qui, tombées dans le dénuement le plus extrême, ne se trouveront pas dans les conditions statutaires acquises, et c'est en faveur de ces familles médicales, pour leurs orphelins, pour leurs veuves, que nous avons décidé de créer à leur profit le Secours d'urgence de la Société F.E.M.

« Nous demandons à tous nos confrères de faciliter notre tâche, en nous adressant un don personnel, destiné à la création du Secours d'urgence de la Société F.E.M. Ces dons devront être envoyés à M. le docteur CROUZON, trésorier, 95, rue du Cherche-Midi, Paris. Les noms des donateurs seront publiés dans les journaux médicaux.

« En raison de la crise économique, nous nous faisons un devoir d'adresser un appel suprême, non seulement à tous nos confrères, mais aux femmes de nos confrères qui, mieux qu'eux encore, comprendront l'affreuse détresse du foyer vide, les angoisses des mères et des enfants que la disparition prématurée du chef de famille laisse sans ressources.

« Nous avons le ferme espoir que les ménages heureux de notre profession ne seront pas indifférents aux souffrances des malheureux et qu'ils nous aideront, avec leur générosité coutumière, à secourir nos veuves et nos orphelins. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 27 juin. — *Thèses vétérinaires.* — Jury : MM. Lemierre, président; Loeper, Lesbouyries, Panisset, Cognot. — M. THIERRY. La Pullorove. — M. POETTE. Le synthol en méthode vétérinaire.

Mardi 28 juin. — *Thèses vétérinaires.* — Jury : MM. Guillain, président; Jeannin, Lesbouyries, Robin, Coquot. — M. JÉZÉQUEL. La chorée du chien. — M. CAMIS. La fourbure de parturition chez la jument.

Jeudi 30 juin. — *Thèse vétérinaire.* — Jury : MM. Gougerot, président; Henry, Lesbouyries. — M. ROGER. Dermatoses sympathico-endocriniennes chez le chien.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

GÉNÉRALITÉS

Traitement de l'ostéomyélite chronique par les larves de mouches. (William S. Baer. *The J. of bone and joint Surg.* juillet 1931, p. 438-475, 56 fig.).

Les larves de mouches dans le traitement des plaies et infections osseuses. (Hyman-I. Goldstein, Idem, p. 476-478).

Les maggots dans le traitement des plaies infectées, de l'ostéomyélite chronique et des fractures compliquées. (Etude basée sur 100 cas). S. K. Livingston, *Surg. gyn. and obst.*, avril 1932, p. 102-106, 7 fig.).

Le traitement de l'ostéomyélite et de ses complications suppurées par la méthode de Orr (Discussion de 155 cas). (Jacob Kulowski. *The J. of bone and joint Surg.*, juillet 1931, p. 538-562, 8 fig., 10 tableaux).

L'action bienfaisante des larves de mouches sur les suppurations osseuses a été souvent signalée, en particulier par Larrey ; Goldstein donne un historique complet de la question.

Baër et Livingston montrent comment on peut arriver à cultiver aseptiquement ces larves. L'espèce choisie est la mouche grise : calliphora crythro-cephala. Baër a obtenu de très beaux résultats dans 89 cas en ensemençant les plaies suppurantes des ostéomyélites chroniques avec les maggots. Les larves digèrent les débris osseux et les tissus infectés; en même temps, elles rendent la plaie alcaline, diminuant la pullulation microbienne. La plaie se nettoie et cicatrise rapidement. L'absence de tout antiseptique chimique et de septicité remonte vite l'état général du malade. La méthode ne semble pas avoir donné un résultat aussi encourageant dans les plaies tuberculeuses.

Livingston a traité ainsi 5 cas de fractures infectées, 4 cas d'ostéite tuberculeuse, 90 ostéomyélites chroniques, et 1 moignon d'amputation. Il se montre satisfait des résultats. Il ne pense pas que l'action des larves soit seulement de digérer les produits septiques, ses expériences lui ont montré la présence d'un agent spécial qui se développe dans la plaie, y concentrant l'ion hydrogène, et qui ne serait autre qu'un bactériophage.

Dans son travail, basé sur l'analyse de 155 observations, Kulowski montre les avantages de la méthode de Orr dans le traitement de l'ostéomyélite. Cette méthode a déjà été adoptée par de nombreux chirurgiens.

Voici ses principes tels que les énonce Kulowski :

1° Faire une incision des parties molles assez large pour avoir accès à toute la zone malade ;

2° Evider l'os en cuvette, en enlevant tout l'os malade, nécrosé ;

3° Nettoyer avec soin la cavité à la teinture d'iode et alcool ;

4° Bourrage non serré de la plaie avec de la gaze vaselinée ;

5° Placer le membre en position de repos physiologique ;

6° L'immobiliser dans un plâtre fermé qui sera changé ainsi que le pansement au bout de 1 à 2 mois, selon les indications fournies par la douleur et la fièvre.

Le plâtre doit être maintenu après la cicatrisation de la plaie jusqu'à reconstruction de l'architecture osseuse et articulaire. Il pourra être maintenu 6 mois à 1 an après la cicatrisation. Il en résulte de la raideur articulaire, mais si l'articulation n'a pas été atteinte, elle disparaîtra.

Les particularités de cette méthode sont donc l'immobilisation absolue et très prolongée de tout le membre dans de grands appareils plâtrés, et la rareté du pansement vaseliné à l'exclusion de tout antiseptique.

L'hospitalisation est considérablement diminuée, le malade ne revenant à l'hôpital que pour les changements de plâtre. Elle est donc très économique. Les résultats donnés dans de multiples tables sont très remarquables tant au point de vue de la mortalité très faible (2,3 %), que de la rapidité de cicatrisation (moyenne 6, 3 mois), et des bons résultats fonctionnels.

La traction au fil dans les fractures. (V. Putti, *La chirurgia degli organi di movimento*, sept. 1931, p. 395-413, 32 fig.). — On sait le progrès certain que la traction continue transosseuse avec un fil métallique sous tension telle que l'ont réalisée Klapp et Kirschner, constitue un réel progrès dans le traitement des fractures.

On trouvera un bon exposé de l'instrumentation et des diverses applications de la méthode dans le travail de Putti.

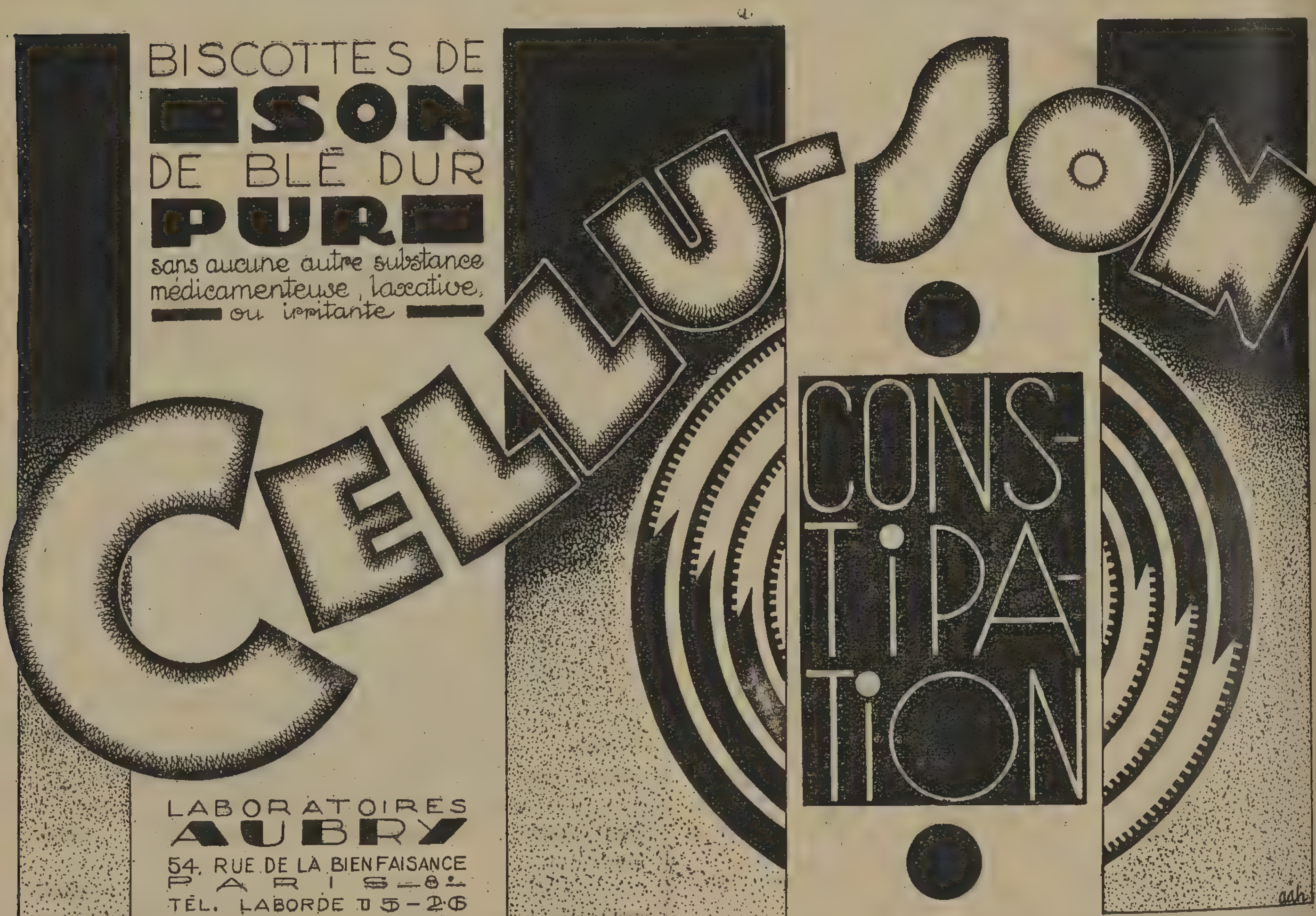
Les arthropathies des hémophiles. — MM. Prosper-Emile Weil et R. Massart. *Revue de Chir.*, n° 4, avril 1931, p. 199-228, 10 fig.) — Contrairement à l'opinion classique, les arthropathies hémophiliques n'évoluent pas fatalement vers l'ankylose si elles sont diagnostiquées à temps et correctement soignées.

Ces arthropathies ne surviennent que chez de grands hémophiles — et toujours consécutivement à un traumatisme.

C'est le genou qui est presque toujours atteint. Le premier stade est constitué par une hémarthrose à début brusque, abondante, avec parfois fièvre de résorption. Il ne faut pas ponctionner, mais immobiliser strictement. Le traitement général comporte la transfusion sanguine ou l'injection de sérum frais animal. On obtient ainsi la guérison en quelques jours.

Le second stade est constitué par l'arthrite avec épaississement synovial consécutif à des épanchements sanguins répétés. La radiographie montre une décalcification générale des os, élargissement de l'espace intercondylien, stries transversales au niveau de la métaphyse du tibia et péroné, diminution de hauteur du cartilage articulaire. Les mouvements sont limités, et il en résulte des entorses à répétition.

Ici encore, l'immobilisation et le traitement général amènent la guérison avec une mobilité articulaire presque complète.


BISCOTTES DE
SON
DE BLÉ DUR
PUR
sans aucune autre substance médicamenteuse, laxative, ou irritante
CELLU-SON
CONS-TIPA-TION
LABORATOIRES
AUBRY
54, RUE DE LA BIENFAISANCE
PARIS-8e
TÉL. LABORDE 15-26

Dans le stade terminal, on observe des déformations osseuses importantes. Il en résulte des positions vicieuses avec subluxation du tibia.

Pour pratiquer le redressement de ces déformations, il convient de préparer le malade par une transfusion une heure avant l'anesthésie. Le redressement doit se faire sans aucune brutalité ; contention dans un plâtre fenêtré. Mais, à ce stade, la terminaison par ankylose est fatale. Les auteurs insistent sur le fait que de tels cas pris à temps doivent guérir avec l'intégrité des mouvements.

Contribution à l'étude de l'osteochondrite disséquante de König (Etude du problème étiopathogénique). (Giusto Filippi. *La chirurgia degli organi di movimento*, mai 1931, vol. XVI, fasc. 1, p. 35-103, 34 fig.) — Ce travail, très documenté, repose sur l'étude de dix cas observés à l'Institut Rizzoli de Bologne (6 genoux, 3 coudes, 1 cou-de-pied). L'auteur, après avoir passé en revue toutes les théories cherchant à expliquer l'origine de la maladie, n'en retient que deux principales : la théorie traumatique pure, et la théorie de la nécrose embolitique, soutenue par Axhausen. Il résume ensuite tout ce qui a été rapporté au point de vue anatomo-pathologique, symptômes cliniques, aspect radiographique, marche, pronostic et traitement. Suivent les dix observations de l'Institut Rizzoli, observations très complètes avec reproduction des radiographies, photographies prises pendant l'opération, microphotographies des pièces enlevées.

L'examen de ces observations a montré que, pour six des dix observations, l'étude des anamnésiques ne pouvait donner la preuve de l'origine traumatique. Les symptômes montrent quelques particularités. Tout d'abord la longueur de l'évolution de la maladie qui s'est poursuivie pendant un temps variable de un à treize ans, quatre ans en moyenne. Les symptômes de blocage articulaire sont fréquents, surtout au genou. L'atrophie musculaire est notable, comme la limitation de certains mouvements articulaires.

La radiographie a montré, à la période de début, une tache opaque au niveau de la zone osseuse qui, par la suite, sera entourée du sillon de démarcation. L'opération a consisté non seulement dans l'ablation du corps mobile par arthrotomie, mais aussi dans un curettage et exérèse de la couche superficielle de la paroi osseuse de la logette.

Les examens histologiques du fragment libre comme des débris de la logette ont été deux fois en faveur de l'origine traumatique, deux fois douteux, quatre fois en faveur de la nécrose par embolie.

L'auteur conclut qu'on ne peut encore établir une théorie expliquant tous les cas. La pathologie reste donc en discussion.

American and German Orthopoedic Surgery. (Pr Fritz Lange (Munich), *The J. of bone and joint surg.*, juillet 1931, vol. XIII, n° 3, p. 479-490, 4 fig.) — Dans cet article, l'auteur fait un parallèle entre les méthodes employées en Amérique et en Allemagne dans le traitement chirurgical des séquelles de poliomyélite.

Il montre que pour le membre supérieur les méthodes employées sont les mêmes.

Pour la scoliose paralytique les Allemands n'ont pas employé les ostéosynthèses rachidiennes, d'un emploi courant en Amérique.

Au membre inférieur, les divergences sont nombreuses. Les Allemands sont restés fidèles aux transplantations tendineuses abandonnées aux Etats-Unis. C'est ainsi que la paralysie des fessiers est traitée par l'insertion au grand trochanter avec des tendons artificiels de soie d'une portion du grand dorsal ou de la masse sacro-lombaire. Au genou, la transplantation des muscles postérieurs à la rotule donne de bons résultats dans la paralysie du quadriceps, quand les fessiers sont conservés.

Mais c'est surtout dans le traitement des pieds paralytiques que les différences de méthode sont frappantes. Le traitement diffère selon l'âge : 1° jusqu'à 6 ans, 2° de 6 à 14 ans, 3° après 14 ans.

Dans la première période l'appareillage et la physiothérapie est le traitement universellement adopté.

De 6 à 14 ans, pour redresser la déformation et stabiliser le pied, les Américains emploient surtout l'astragalectomie de Whitman. Lange critique cette opération mutilante et donnant un pied raide avec résultat fonctionnel amoindri (gêne pour la danse, le tennis, la marche en montagne).

La transplantation tendineuse donne des résultats bien supérieurs, conservant la forme et les fonctions du pied. Lange en précise les indications et la technique. Il insiste sur le traitement post-opératoire minutieux et la nécessité d'un appareillage de dix-huit mois à deux ans.

Il n'admet l'astragalectomie que lorsqu'il est nécessaire de faire un traitement économique et rapide.

Après 14 ans, les orthopédistes américains pratiquent surtout la stabilisation du pied au moyen des différentes méthodes d'arthrodèse des articulations du pied.

En Allemagne, le redressement du pied est obtenu par des résections cunéiformes. Lorsque l'état de la musculature le permet, la stabilisation est demandée aux transplantations musculaires. C'est seulement dans les paralysies graves que la transplantation tendineuse est associée à l'arthrodèse sous-astragalienne.

Lorsqu'il y a un relâchement considérable de la médio-tarsienne, Lange préfère la stabiliser par des ligaments artificiels en soie que de pratiquer l'arthrodèse.

Directives actuelles du traitement orthopédique des séquelles de la paralysie infantile. (Deuxième sujet en discussion au *XXIIe Congrès de la Soc. Ital. d'Orthopéd.*, Milan, 25-27 oct. 1931, in *Revue d'Orthopédie*, mars 1932, p. 145-152 ; rapporteur : Palagi (Florence). — Le rapporteur et Piutti dans la discussion insistent sur la nécessité de faire campagne pour obtenir la prophylaxie des difformités paralytiques.

Dans la correction des difformités, deux tendances nouvelles importantes : 1° on tend à remplacer les ténotomies et sections musculaires par les allongements tendineux ou déplacements des insertions musculaires conservant mieux la vitalité des muscles, ou par des ostéotomies para-articulaires.

Quand la correction de la déviation a été obtenue et que l'équilibre musculaire est rompu, il se montre un partisan déclaré de la transplantation musculaire quand elle est possible. Il faut restreindre l'emploi de l'arthrodèse. A l'épaule son emploi est admis, ainsi que dans les articulations para-astragaliennes, avec le complément d'une arthrorise tibio-tarsienne qu'on tend à substituer aux ténodèses.

Dans la discussion qui a suivi et à laquelle de nombreux orthopédistes italiens ont pris la parole, la plupart se sont déclarés, dans un grand nombre de cas, partisans des transplantations tendineuses quand elles étaient possibles. Il faut avouer cependant que les statistiques produites ne plaident guère en faveur de cette manière de voir. Il s'agit naturellement de résultats éloignés, les seuls qui comptent ici.

Albanese (Milan) rapporte la statistique des transplantations tendineuses faites à l'Institut Rizzoli dans le pied valgus paralytique. Sur 77 cas revus à distance, il y a 20 échecs, 23 résultats discutables et 34 succès. Les échecs sont attribués à l'insuffisance du traitement post-opératoire

et de rééducation fonctionnelle. Poli (de Milan), sur 276 cas de transplantations tendineuses faites à l'Institut des Rachitiques, relève 72 % de bons résultats, 15 % de médiocres, et 12 % d'échecs.

Fusari (Turin), sur 20 cas de pied talus, note 4 raccourcissements du tendon d'Achille, avec 4 échecs, 10 cas de transplantation des muscles postérieurs avec 6 bons résultats et 4 échecs.

Au genou, Ferraris, sur 23 cas a traité 7 par l'arthrodèse, 2 par la ténodèse et 14 cas par la transplantation, avec des résultats inégaux.

Cependant, dans le genou paralytique, Putti reste un partisan résolu de la transplantation des muscles postérieurs pour suppléer le quadriceps, lorsque ces muscles sont suffisamment puissants. Comme le constate M. Nové-Josserand, la transplantation du tenseur du fascia lata seul, si elle peut donner un peu de stabilité au genou, ne suffit pas à assurer des mouvements actifs.

C.f. — **Traitement orthopédique et chirurgical de la poliomyélite.** — M. Lance, *Gaz. des Hôp.*, n° 13, 14 févr. 1931, p. 234-237.

Transplantation du tendon du biceps dans la rotule dans la paralysie post-poliomyélitique du quadriceps. (C. H. Crego et Frederick J. Fischer, *The J. of bone and joint Surg.*, juillet 1931, p. 515-529, 7 fig.) — Les auteurs donnent un historique de la question et rapportent en particulier les quatre importantes statistiques de Kleinberg, Colonna, Seiffert, Ritter, totalisant 141 opérations avec seulement quelques échecs.

Ils apportent ensuite les résultats éloignés de 61 cas opérés à Washington, entre l'âge de 5 ans et 22 ans. Dans 38 cas on a obtenu l'extension volontaire complète du membre, dans 14 l'extension à 160°, dans 8 cas la force d'extension était suffisante à obtenir la stabilisation du genou sans appareil, 1 seul échec dû à la négligence du malade et de sa famille.

Ces excellents résultats sont dus :

1° A la sélection rigoureuse des cas à opérer, conservation d'une musculature pelvi-crurale suffisante pour assurer la suspension du membre sans appareil, nécessité d'un muscle biceps puissant, de conservation de triceps sural, de redressement prémonitoire de la flexion de la cuisse, du genou, et suppression de l'équinisme ;

2° Une technique appropriée comprenant : 3 temps : A. la préparation du lit du transplant, creusement d'un tunnel dans la rotule avec conservation des lambeaux fibreux au-dessus.

B. — Section de la tête du péroné et dissection très étendue du biceps, section même de son court chef pour obtenir un trajet plus rectiligne.

C. — Fixation solide et en forte tension à la rotule remontée au maximum, genou et cuisse étendus.

Immobilisation dans un grand plâtre pelvi-jambier.

3° Une rééducation musculaire très attentive non seulement sur le muscle transplanté, mais sur les fléchisseurs du genou subsistant. Les auteurs indiquent en détail leur technique et insistent sur la nécessité absolue de ce temps. Leur seul échec a été celui d'un malade qui avait négligé les soins de physiothérapie post-opératoire.

Les deux complications observées ont été : le genu recurvatum (5 cas et la subluxation latérale externe de la rotule (2 cas). Le genu recurvatum est dû soit à de l'équinisme facilement corrigeable par l'allongement du tendon d'Achille, soit à l'insuffisance des fléchisseurs du genou, donc à une erreur d'indication.

L'arthrorise dans la poliomyélite.

Modification du bloc osseux rétro-astragalien de Campbell pour pied paralytique tombant. (Lewis Clark Wagner. *The J. of bone et joint Surg.*, vol. XIII, N° 1, janv. 1931, p 142-148.)

Nouvelle technique de l'arthrorise tibiotarsienne antérieure par lambeau astragalien pédiculé. (L. Michel. *Réunion de chir. et d'orthopédie de l'app. moteur de Bordeaux*, 26 nov. 1931 ; id. *Revue d'orthopédie*, janv. 1932, p. 54-61, 9 fig.)

Perfectionnement de l'arthrorise tibio-astragalienne. — (Putti. *La chir. degli org. di mov.*, mai 1931, p. 29-34, 6 fig.)

L'arthrorise dans le genu recurvatum paralytique. — Calandra, *Bibliographica ortopedica*, anno XI, juillet 1931, Nos 4, 5, 6, p. 226.

Directives actuelles du traitement orthopédique des séquelles de la paralysie infantile. (Palagi, Rapport au *XXIIe Congrès de la société italienne d'orthopédie*, Milan, 25 au 27 octobre 1931 ; Discussion : del Torto (Naples) ; Calandra (Palerme) ; Putti (Bologne).

Arthrorises antérieure et postérieure dans les pieds équins et talus. (Travail du service du Dr G. Huc.) Pierre Brisard. *Th. de Paris*, 1931.)

Dans les déviations articulaires consécutives à la paralysie de certains groupes musculaires, l'arthrodèse, soudure complète de l'articulation, rend de grands services dans certains cas, mais en bloquant l'articulation, elle constitue une infirmité. L'arthrorise qui consiste à limiter seulement la mobilité articulaire au moyen d'une butée osseuse est un progrès sur l'arthrodèse. Réalisée pour la première fois par Toupet en France, puis en Italie par Putti, elle a été surtout appliquée à la tibio-tarsienne dans le pied paralytique. Une butée antérieure est pratiquée dans le pied talus, par implantation d'un greffon tibial dans la partie antérieure de l'astragale. Dans le pied équin paralytique ou spasmodique, une butée postérieure est pratiquée par implantation d'un greffon tibial dans la partie postérieure de l'astragale.

Mais le butoir constitué par une greffe implantée qui a à supporter le poids du corps est parfois peu solide et des fractures, des résorptions ont été observées.

Aussi des modifications de technique ont été apportées.

Campbell prend sur le calcanéum et l'astragale des morceaux qu'il empile derrière la tibio-tarsienne, mais la colonnette osseuse ainsi constituée peut être fragile ou amener une ankylose — aussi Clark Wagner propose de sectionner l'astragale au ras du tibia, — puis contre cet avivement, on relève un pont osseux vertical taillé sur le calcanéum, lambeau pédiculé, plus vivant.

Comme la confection de l'arthrorise tibio-tarsienne est souvent le complément d'une arthrodèse sous-astragalienne, M. Nové-Josserand, pour constituer une butée postérieure, relève aussi un lambeau calcanéen, mais cette fois d'avant en arrière. Mais c'est surtout dans la constitution d'une butée antérieure, qui aura à supporter le poids du corps et non plus seulement le poids du pied comme dans la butée postérieure, que le greffon tibial peut se montrer insuffisant. C'est pourquoi Putti le remplace par un lambeau osseux pédiculé taillé d'avant en arrière sur le col de l'astragale et maintenu relevé par des fragments osseux prélevés sur la tête astragalienne. Carli démontre que cette méthode, supérieure au greffon, donne en 6 à 8 mois une butée solide.

M. Nové-Josserand, qui comme Putti a observé les inconvénients de l'arthrorise par cheville tibiale, relève aussi un lambeau dans le col astragalien, mais cette fois en ouvrant l'articulation tibio-tarsienne et d'arrière en avant, ce qui lui donne une meilleure orientation pour subir la poussée du tibia.

Dans sa thèse inspirée par G. Huc, Brisard veut dans la plupart des cas aller plus loin que de créer une simple butée d'arrêt pour la tibio-tarsienne. Reprenant la technique de Toupet, il cherche, en plus, en traversant par enchevillement la sous-astragalienne, à pratiquer du même coup l'arthrodèse sous-astragalienne. Il insiste sur l'importance capitale de la direction à donner au greffon pour éviter le sinus du tarse, et obtenir un canal osseux astragalo-calcanéen efficace. Il précise les points de repère et décrit la technique avec minutie. Il donne enfin les résultats obtenus.

On n'a pas employé l'arthrorise seulement pour limiter les mouvements de flexion extension du pied. On a tenté aussi de créer des butées latérales pour remédier aux déviations latérales dans les pieds paralytiques. Calandra, del Torto ont fait des tentatives dans ce sens. Elles semblent jusqu'ici assez peu encourageantes. Voici les résultats des arthrorises sous-malléolaires pratiquées par del Torto (Naples) pour pieds valgus ou varus : 18 opérations, 3 résultats mauvais, 15 ayant donné des améliorations. D'après del Torto, il convient de réserver l'emploi des butées sous-malléolaires à quelques cas de déviations latérales, et seulement comme complément des transplantations tendineuses.

Enfin, on n'a pas réservé l'arthrorise aux déviations du pied. Calandra de Palerme a pratiqué dans le genu recurvatum paralytique une butée antérieure tibiale. Il a montré au Congrès italien d'orthopédie que, à plusieurs années de distance, le greffon transplanté continue à remplir sa fonction, la saillie osseuse persiste.

Au même Congrès, Putti rapporte qu'il a employé deux fois l'arthrorise pour limiter les mouvements du coude.

COU

Torticolis du nourrisson et son traitement. (R.-J. HARRENSTEIN (Amsterdam), *Zeitschrift für orthropäd. chir.*, t. LIII, fasc. 2, 8 août, 1930, p. 190-195.)

L'intervention précoce dans le torticolis musculaire congénital. (BARGELLINI. *La chirurgia degli organi di movimento*, oct. 1931, p. 415-428, 8 fig.)

Harrenstein montre que le traitement du torticolis chez le nourrisson par les manipulations et le lit plâtré donne de bons résultats immédiats, mais le plus souvent des récidives. Il conseille de faire la ténotomie et le corset plâtré, mais d'attendre l'âge de 4 ans, à cause de la difficulté d'appareiller avant cet âge. Au contraire, Bargellini plaide en faveur de l'opération précoce.

Dans 3 cas de torticolis graves, avec asymétrie faciale déjà marquée et nodosité sur le muscle, Bargellini est intervenu dans les premières semaines après la naissance. Il a enlevé les nodosités fibreuses sur le muscle et l'examen histologique a montré qu'il s'agissait de cicatrices musculaires de date déjà ancienne.

Ces observations viennent renforcer les autres arguments (association avec d'autres malformations, hérédité, torticolis sur des enfants extraits par césarienne, etc...) qui plaident en faveur de l'origine congénitale ; l'origine obstétricale de d'arrachement n'était pas possible, le tissu de cicatrice étant d'origine plus ancienne.

L'opération précoce, sans danger, corrigeant efficacement et sans traitement consécutif, prolonge la déformation, évite l'augmentation de l'asymétrie cranio-faciale et de la scoliose. C'est le traitement de choix.

RACHIS

Spondylolisthésis. (H.-W. MEYERDING (Rochester). *The J. of bone and joint Surg.*, vol. XIII, N° 1, janv. 1931, p. 39-48.)

Spondylolisthésis. (relation de 4 cas). S. KLEINBERG (New-York). *The am. J. of Surg. new series*, vol. X, déc. 1930, N° 3, p. 521-530.)

Lésion de l' « isthme » (portion interarticulaire) des lames de la dernière vertèbre lombaire et leur relation avec le spondylolisthésis. (Fr. A. CHANDLER. *Surg. gyn. and obstétris*, vol. LIII, sept. 1931, N° 3, p. 273.)

Le spondylolisthésis acquis et le spondylolisthésis traumatique (REINBOLD. *Revue Suisse des accidents du travail et des maladies professionnelles*, 1931, N° 3.)

Défaut d'union de l'arc neural avec son corps vertébral. (Th.-A. WILLIS (Cleveland). *The J. of bone and joint surg.* vol. XIII, N° 4, oct. 1931, p. 109.)

Spondylolisthésis. (Norman CAPENER. (Exeter). *The British J. of Surgery*, vol. XIX, N° 7, 5 janv. 1932, p. 374-386.)

Le spondylolisthésis qui avait déjà été l'objet en 1930 d'importants travaux (Voir *Gaz. des Hôp.* N° 53, 4 juillet 1931, p. 1.035.) a continué à être un sujet d'études nombreuses. Il ressort de ces travaux certaines notions importantes.

Tout d'abord, le spondylolisthésis, que l'on pensait être une affection rare, est au contraire assez fréquent et sa fréquence augmente parce que la radiographie permet de le dépister de mieux en mieux.

Si Kleinberg en apporte 4 cas personnels, Capener en réunit 34 et Meyerding, à la clinique Mayo, 121 cas.

L'examen des statistiques montre que contrairement aux anciens travaux, faits surtout par des accoucheurs à cause des dystocies secondaires, le spondylolisthésis est plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

La pathogénie du glissement du corps vertébral est un point capital dans son histoire.

Il semble nettement démontré d'après les travaux ci-dessus que dans l'immense majorité des cas, le spondylolisthésis est précédé d'un lysis de l'arc postérieur entre les articulations supérieure et inférieurs de la 5e lombaire, au niveau de l'isthme.

Cette lésion de l'isthme est visible à la radiographie ; en la recherchant ainsi, on la trouve d'après Chandler dans 4 % des individus normaux ; Willis l'a trouvée de même dans 5 % de 1.520 squelettes examinés.

Ce fait établi, reste à l'interpréter.

S'agit-il d'une lésion traumatique d'une fracture comme le pensent Chandler, Reinbold, et aussi Capener, au moins dans un certain nombre de cas? S'agit-il d'un arrêt de développement, défaut d'union dans l'arc neural, et le traumatisme, début des accidents, ne ferait que révéler, aggraver une anomalie congénitale. C'est ce qui semble vraisemblable après la lecture du très consciencieux travail de Willis auquel nous ne saurions trop conseiller de se reporter.

Ceci n'a pas qu'une importance théorique. Les accidents du spondylolisthésis débutent presque toujours après un traumatisme et la notion accident du travail peut intervenir comme dans le cas de Reinbold. Dans ce cas, on a conclu à une fracture au niveau de l'espace interapophysaire postérieur et la réduction de capacité de travail a été estimée à 40 %.

Dans la symptomatologie, deux choses à noter. Sauf Meyerding, aucun des auteurs ne parle de la fameuse lordose dont les auteurs allemands veulent faire un des modes de production du spondylolisthésis : le prépondylolisthésis qui, par lésions, usure des articulations, pourrait entraîner le glissement vertébral. A notre avis, ceci est une erreur, et nous pensons, comme la plupart des auteurs cités ici, que dans le spondylolisthésis il n'y a pas de lordose vraie, mais une encoche brusque entre la 5e lombaire et la base





CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Des services automobiles P.-L.-M. relient la station thermale de Saint-Nectaire aux gares de Clermont-Ferrand et d'Issoire. — Deux services P.-L.-M. d'autocars facilitent l'accès de la station thermale de Saint-Nectaire. Ils la relient tous les jours, l'un jusqu'au 25 septembre à Clermont-Ferrand, l'autre jusqu'au 15 septembre, à Issoire.

Ces services assurent la correspondance à Clermont-Ferrand et à Issoire avec les trains en provenance ou à destination de Paris, Sète, Marseille.

Les principales gares P.-L.-M. délivrent pour Saint-Nectaire, Murols et le Mont Dore, des billets directs qui permettent aux voyageurs de faire enregistrer, dès le point de départ, leurs bagages pour l'une de ces trois stations et de se décharger, ainsi, de tout souci de leur transbordement à Clermont ou à Issoire.

du sacrum saillante en arrière, le sacrum est redressé au-dessous, et au-dessus le dos plat.

Dans le traitement, seul Meyerding parle de corsets, tous les auteurs conviennent que le traitement doit être l'ostéosynthèse.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Les dépôts calcaires de la bourse sous-deltoïdienne. (E.-B. MUMFORD et Florence J. MARTIN. *J. Amer. Med. Ass.*, XCVII, 609, 5 sept. 1931.)

La soi-disant calcification de la bourse séreuse sous-acromiale. John B. CARNETT. *Radiology*, XVII, 505, sept. 1931.)

C'est Codman qui, en 1906, montra pour la première fois la présence de dépôts calcaires visibles aux rayons X dans certains cas d'épaules douloureuses. Il localisa ces dépôts dans la bourse sous-acromiale.

Les essais d'extirpation ont montré que ces calcifications ne siègent pas dans cette bourse séreuse siégeant profondément entre l'acromion et la tête humérale, mais bien au pourtour ou dans le tendon du sous-épineux, où ces dépôts calcaires sont extrêmement fréquents et peuvent ne donner lieu à aucun symptôme. En effet, dans un cas d'épaule douloureuse, si on fait radiographier les deux côtés, dans 25 % des cas on trouve des calcifications du côté non douloureux. D'après Carnett ces dépôts seraient le résultat de petits traumatismes répétés; le membre étant en abduction. On ne les observe que très rarement avant 40 ans.

Les douleurs apparaissent le plus souvent à la suite d'un traumatisme plus violent qui peut produire une rupture partielle du tendon, et qui, chose curieuse, peut parfois être suivi de la résorption des dépôts.

La douleur vive dure 3 ou 4 semaines et est remplacée par une gêne qui peut durer plusieurs mois, même après la résorption des calcifications, de même que les calcifications peuvent persister après la cessation des phénomènes douloureux. Il n'y a pas parallélisme entre l'aspect radiographique et les signes fonctionnels.

La radiographie montre une tache fragmentaire le plus souvent. L'aspect peut simuler une fracture de la tubérosité. Carnett montre qu'il est nécessaire de faire deux épreuves, l'une en rotation externe de l'épaule, l'autre en rotation interne, le rayon central dirigé un peu en bas et en dehors. On voit ainsi que l'ombre siège en avant de la tubérosité.

Mumford et Martin s'élèvent contre toute tentative d'extirpation. La guérison est obtenue presque toujours par la diathermie.

Hémophilie et rétraction ischémique de Volkmann. (Ev. PASQUALI. *La chirurgia degli organi di movimento*, janv. 1931, p. 465-474, 3 fig.)

Un cas de contracture ischémique de Volkmann au début traitée par l'incision de l'aponévrose profonde. (C. W. FLEMMING. *The Lancet*, II, 293, 8 août 1931.)

Dans l'observation de Pasquali, il s'agit d'un enfant de 8 ans avec déficience endocrinienne évidente, et hémophile. Six jours après une chute, constitution d'un syndrome de Volkmann sans qu'il y ait eu appareillage. Vu le huitième jour, on trouve un hématome au pli du coude, avec rétraction des muscles fléchisseurs des doigts, altération de la sensibilité cutanée des doigts, troubles circulatoires et trophiques, diminution d'excitabilité galvanique et faradique du médian et du cubital, pas de lésions du squelette, diminution de la tension artérielle dans la radiale droite.

L'auteur discute les théories émises pour expliquer le syndrome : théorie ischémico-myogène, théorie nerveuse, théorie de troubles sympathiques. Il faut dès maintenant affirmer bien haut que le rôle d'appareillages trop serrés n'entre pour rien dans ces accidents. Comme dans le cas présent, Kirmisson, Anderson, Reinbold, Alan H. Todd, Mouchet, Moulonguet et Sénèque ont rapporté des observations où aucun appareillage n'avait eu lieu.

Il semble que le rôle de l'hématome soit capital dans la production des compressions nerveuses et vasculaires. Déjà en 1907, Hay Groves avait rapporté un cas de syndrome de Volkmann sur un hémophile, sans aucun appareillage.

Naturellement, chez les hémophiles, on ne peut aller pratiquer le débridement précoce de l'hématome, comme Moulonguet et Sénèque l'ont pratiqué avec succès en 1928, puis ensuite Mouchet.

Flemming a agi de même chez un enfant de 10 ans atteint de fracture susondylienne de l'humérus. Deux jours après l'accident, le pouls radial n'était plus perceptible, doigts immobiles et fléchis, gonflement considérable autour du coude. Incision longitudinale sur la ligne médiane ; après incision de l'aponévrose profonde, les muscles font saillie hors de la plaie. Ils sont très pâles, mais le sang ne s'épanche pas. Le lendemain, les doigts sont mobiles, puis réapparition du pouls. Guérison complète.

MEMBRE INFÉRIEUR

Sur le diagnostic radiographique de la nécrose aseptique dans la fracture du col du fémur. (Ernst FREUND. *La chirurgia degli organi di mov.*, vol. XVI, fasc. 3, juillet 1931, p. 223-245, 15 fig.) — Cette étude est basée sur l'examen des radiographies de 82 fractures du col du fémur observées depuis six ans à l'Institut Rizzoli. Sur 14 d'entre elles, la radiographie a montré une nécrose aseptique de la tête fémorale (certains opérés avec une vis d'ivoire avec une tige métallique centrale).

L'auteur conclut qu'il n'y a pas un aspect radiographique pathognomonique de la nécrose aseptique ; que l'ostéoporose caractéristique ne se produit qu'au bout de quelques mois. On peut, tardivement aussi, voir une reconstitution partielle ou totale, lorsque la vascularisation a pu se rétablir par le ligament rond conservé ou des débris périostiques du col. Le diagnostic de la nécrose aseptique de la tête fémorale présente un intérêt pratique capital, tant au point de vue de la possibilité de la consolidation de la fracture, que de la possibilité de la fixation par un vissage.

Cette importante étude ne fait que confirmer les faits déjà exposés dans la thèse de Funk-Brentano et aussi par Santos (*Archives of Surgery*, sept. 1930), qui a pu étudier l'état anatomique et l'aspect radiographique de nombreuses têtes fémorales enlevées lors d'opérations de Whitman.

Sur l'arthroplastie de la hanche. (ZAREMBA, *La chir. degli org. di movimento*, janv. 1931, vol. XV, fasc. 5, p. 454-456.)

La physiologie de l'arthroplastie. (W. C. CAMPBELL, *The J. of bone and joint Surg.*, vol. II, p. 223-245, avril 1931, 11 fig., 4 planches en couleur.)

La résection arthroplastique de la hanche pour pseudarthrose du col fémoral. (Paul MATHIEU, *Soc. de Chir.*, séance du 6 mai 1931, t. LVII, n° 16, p. 681-682.)

Résultat d'une arthroplastie du genou après deux ans et demi. (Bernard CUNÉO, *Soc. de Chir.*, séance du 3 juin 1931, t. LVII, n° 20, p. 864.)

Arthrite déformante de la hanche douloureuse traitée par résection arthroplastique. (Paul MATHIEU, *Soc. de Chir.*, séance du 21 octobre 1931, t. LVII, n° 27, p. 1241.)

La résection arthroplastique de la hanche. (Paul MATHIEU, *Journ. de Chir.*, juillet 1931, t. XXXVII, n° 1, p. 1-23, 14 fig.)

L'arthroplastie est la reconstitution aussi physiologique que possible par le moyen d'une opération sur une articulation ankylosée d'une nouvelle articulation.

Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée.

Rapide de nuit Paris-Evian-les-Bains. — A partir du 22 mai, le rapide nuit Paris-Genève (N° 651) comprend, pendant toute la saison d'été une rame à destination d'Evian, comportant des places de lits-salon, de couchettes, de 1re et 2e classes.

Paris, dép. 21 h. 55 ; Bellegarde, arr. 6 h. 50 ; Thonon-les-Bains, arr. 8 h. 42 ; Evian-les-Bains, arr. 8 h. 55.

En sens inverse :

Evian-les-Bains, dép. 20 h. 10 ; Thonon-les-Bains, dép. 20 h. 24 ; Bellegarde, dép. 22 h. 32 ; Paris, arr. 7 h. 10.

Considérée comme une opération difficile, présentant une grande incertitude dans ses résultats, nécessitant des suites opératoires longues, minutieuses, pénibles pour l'opéré, son emploi était jusqu'ici resté très limité. Il semble que, grâce à une précision plus grande dans les indications, et des perfectionnements de technique, les résultats soient devenus plus constants et que cette belle opération tende à entrer dans la pratique, tout au moins des chirurgiens spécialisés.

C'est ainsi qu'à Cracovie, depuis 1922, 18 arthroplasties ont été effectuées sur la hanche. Il s'agit d'ankyloses suite d'arthrite gonococcique ou ostéomyélitique, les coxalgies anciennes sont plutôt justiciables de l'arthrodèse. 8 malades ont pu être suivis à longue échéance, et ont montré 2 cas excellents avec mouvements étendus et sans douleur, 3 bons cas dans lesquels un peu de douleur persiste, 2 médiocres, 1 échec.

Dans son important travail, Campbell étudie l'arthroplastie par expérimentation sur l'animal, chez l'homme par l'examen clinique et fonctionnel soit des arthroplasties spontanées (reconstitution d'une néarthrose après destruction articulaire), soit des arthroplasties opératoires par les biopsies et autopsies, et les radiographies. L'auteur résume tous les travaux faits sur la question et apporte 10 observations personnelles : 4 de hanche (1 arthroplastie spontanée, 3 opérations : 2 après arthrite aiguë, 1 pour lésion traumatique), 6 de genou (4 arthrites traumiques, 1 polyarthrite ankylosante, 1 ankylose de nature indéterminée). Il montre comment, dans les cas heureux, une véritable articulation se reconstitue : cavité articulaire remplie de liquide, synoviale, extrémités osseuses recouvertes d'une couche de tissu fibreux dans la profondeur, qui se recouvre à la longue d'une couche de cartilage métaplasique.

Dans le courant de l'année 1931, plusieurs très beaux résultats d'arthroplastie ont été présentés à la Société de Chirurgie : un opéré du genou datant de deux ans et demi par le Pr Cunéo (ankylose fibreuse suite d'arthrite gonococcique), deux opérés de la hanche par Paul Mathieu, l'un pour une pseudarthrose du col fémoral, l'autre pour une arthrite déformante de la hanche. Dans ces deux cas, Paul Mathieu a employé le procédé de résection arthroplastique de la hanche, qu'il décrit de manière complète dans son bel article du *Journal de Chirurgie*. On y trouvera l'exposé complet de la technique et des indications de cette opération. Elle consiste principalement dans l'exérèse de la tête fémorale avec conservation aussi complète que possible du col, modelage du col qui, par abduction et rotation interne du membre, est réintégré dans le cotyle, réimplantation basse du trochanter pour mettre en tension les muscles abducteurs. Mathieu a employé avec succès cette intervention dans plusieurs cas d'arthrite chronique déformante de la hanche, rapportés dans la thèse de Padovani.

Pas plus que Cunéo, Mathieu ne pratique systématiquement l'interposition aponévrotique entre les fragments. Ils attachent plus d'importance pour la récupération des mouvements aux voies post-opératoires : traction continue, mobilisation précoce, marche précoce en appareil ou béquilles. Ce modelage spontané des surfaces articulaires, de même que la reconstitution de la musculature constituent les plus grandes chances de succès.

L'arthrite chronique déformante de la hanche. (Paul Padovani, *Th. de Paris*, févr. 1932, Louis Arnette, éditeur, 190 pages, 50 fig. (travail du service de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière et de M. P. Mathieu.)

Traitement chirurgical des arthrites déformantes de la hanche chez l'adulte. (P. Mathieu, *Gaz. des Hôp.*, 9 déc. 1931, n° 98, p. 1833-1840, 6 fig.)

Le diagnostic des subluxations congénitales douloureuses de l'adulte. (M. Lance, *Id.*, p. 1840-1844, 17 fig.) — Quelle que soit son étiologie, qui reste bien souvent indéterminée, il existe une affection cliniquement et anatomiquement individualisée, l'arthrite chronique déformante de la hanche, limitée à une seule ou atteignant les deux hanches, mais avec intégrité absolue des autres articulations. On a voulu reconnaître une origine unique, la malformation congénitale de la hanche à la base de tous les cas, c'est une erreur profonde.

Dans l'article ci-dessus, nous avons cherché à établir, par l'étude de 50 cas dans lesquels l'origine des déformations était bien congénitale, les signes et les aspects radiographiques particuliers à cette origine. Les antécédents, l'évolution, l'aspect radiographique permettent dans la grande majorité des cas d'établir le diagnostic et de différencier les déformations des subluxations congénitales, des arthrites acquises avec subluxation secondaire. Ce diagnostic est capital, car, pour nous, il commande le traitement. Depuis dix ans, nous avons montré que, dans la subluxation congénitale, le traitement de choix était la réfection, par une butée ostéoplastique d'un appui à la tête fémorale, complétée au besoin par une ostéotomie rétablissant les axes. Le traitement des arthrites vraies est tout autre. Il est d'abord médical, médicamenteux, physiothérapique, crénothérapique. Dans certains cas il peut être chirurgical.

Ce sont ces indications qui sont exposées dans l'article de Mathieu et dans la thèse si documentée de Padovani.

Dans les cas où toutes les ressources de la thérapeutique médicale ont échoué, et où les douleurs du malade sont devenues intolérables, deux opérations ont leurs indications.

L'arthrodèse extra-articulaire de la hanche, que nous avons pratiquée dans trois cas (voir *Soc. de Chir.*, juillet 1928, p. 1028, et thèse Padovani), supprime à coup sûr le malade, en lui laissant un membre ankylosé et solide. C'est une opération qui n'est pas shockante et peut être pratiquée chez des sujets déjà âgés, à musculature déficiente ; mais elle ne convient que si une seule hanche est atteinte, l'autre doit être absolument indemne.

La résection arthroplastique de la hanche, proposée, réglée, par P. Mathieu, et pratiquée avec succès par lui dans plusieurs cas, permet la conservation d'une étendue assez grande pour être pratiquée dans les cas où les deux hanches sont atteintes. Mais opération plus importante, elle ne peut être appliquée que sur des sujets choisis avec soin, encore résistants, énergiques, et ayant conservé une musculature suffisante. Sa technique, les soins post-opératoires si importants sont décrits en détail dans le travail de Padovani et dans l'article de la *Revue de Chirurgie* de P. Mathieu, avec des figures très démonstratives. Les résultats de cette intervention sont très beaux, ainsi qu'on a pu le constater sur plusieurs opérés présentés par P. Mathieu dans le courant de l'année à la Société de Chirurgie : cessation des douleurs, conservation suffisante des mouvements pour les actes ordinaires de la vie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Instruction sur l'organisation et le fonctionnement du Service de santé de l'armée en campagne. Publication du ministère de la Guerre. Charles Lavauzelle et Cie, éditeurs, Paris, 124, boulevard Saint-Germain.

Tous les régimes alimentaires. Guide pratique du malade et de son entourage, par le Dr Louis Caillon, médecin de l'hôpital thermal de Vichy. Un vol. — Prix : 10 fr. — Tunis, Imprimerie Aloccio, 4, rue Annibal.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 MAI 1932)

Action du nitrate d'ammonium sur les œdèmes. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et E. GILBRIN rapportent des observations qui montrent l'action que peut exercer le nitrate d'ammonium dans certains œdèmes cardiaques. Ils ont obtenu la rétrocession et la disparition presque complète des œdèmes dans quelques cas qui avaient résisté à toutes les thérapeutiques.

Devant des œdèmes cardiaques volumineux, rebelles à tous les traitements, on pourra essayer cet agent thérapeutique ; on aura parfois la satisfaction de voir s'effondrer des œdèmes qui, jusque-là, s'étaient montrés d'une ténacité désespérante.

A propos de l'anaphylaxie passive et des graphiques du choc analytique. — MM. PASTEUR-VALLERY-RADOT, G. MAURIC et Mme A. HUGO rappellent que l'anaphylaxie n'est pas la même chez le chien et chez le lapin. La différence d'aspect de la courbe de pression artérielle à la suite du choc protéique et à la suite du choc anaphylactique chez le lapin montre que c'est un excellent animal d'expérience pour les recherches d'anaphylaxie.

L'épreuve au galactose chez le sujet normal. — MM. Noël FIESSINGER, Henry WALTER et François THIÉBAUT étudient la façon dont se comporte le sujet normal à l'égard de la traversée du galactose, par le dosage dans les urines recueillies dans les quatre premières heures et l'étude de la concentration de cette galactosurie, de façon à fixer la limite du normal et du pathologique. De cette étude, il résulte qu'après l'ingestion de 49 gr. de galactose et de 200 gr. d'eau, le débit est toujours minime et dépasse rarement la quantité de 1 gr. 50 dans les 4 premières heures, par contre si le débit du galactose oscille dans des limites assez étroites la concentration varie notablement, mais le plus souvent au-dessous de 3 p. 1000. Ces notions fixent nettement la base, peut-on dire, physiologique de la galactosurie normale.

Endocardite maligne à forme lente à bacille de Pfeiffer. — MM. Noël FIESSINGER et A. ARNAUDET exposent l'histoire de deux endocardites : l'une d'une durée de près de 2 ans, avec fièvre variable, terminée par la mort.

L'autre plus courte, d'une durée de 5 mois et demi, s'accompagne de signes plus complexes : insuffisance aortique avec fièvre variable, puis apparition d'une temparésie droite avec aphasie motrice d'origine embolique, état méningé consécutif, hématurie puis néphrite avec œdème et polyurie paradoxale, puis insuffisance cardiaque avec œdème du poumon qui entraîne la mort.

Dans les deux cas, à plusieurs reprises, les cultures permirent l'isolement d'un bacille de Pfeiffer. Ces endocardites à Pfeiffer ont tous les caractères des autres endocardites à forme lente. Les auteurs insistent sur l'enseignement pratique qui découle de leurs constatations. Ces faits montrent que la maladie de Joecoud-Osler n'a pas de spécificité bactérienne absolue, que celle de relever de microbes peu toxiques et peu pathogènes.

Sclérose en plaques chez une hérédosyphilitique. Amélioration par le traitement spécifique. — M. MENDELSSOHN présente une malade qui offre des signes indiscutables d'hérédo-syphilis. Atteinte de sclérose en plaques, elle fut tellement améliorée par le traitement spécifique, qu'on peut prononcer le mot de guérison.

Le traitement fut mis en pratique d'abord parce que la malade est atteinte d'un rétrécissement mitral pur, que son père était syphilitique et que sa mère présente un Wasserman positif, et ensuite, parce que les traitements dits de choc : (salicylate de soude et Dmelcos) non seulement ont échoué mais ont aggravé la maladie.

L'auteur insiste sur le retour à la normale du liquide céphalo-rachidien, fait très rare et presque introuvable dans les observations d'amélioration publiées jusqu'à présent.

Sphacèle thérapeutique d'un cancer du sein. — M. Maurice RENAUD. Malade atteinte d'un volumineux adéno-carcinome du sein : moitié inférieure détruite par sphacèle. Celui-ci a été provoqué par des injections de sapoïdes organo-métalliques.

Syndrome basedowien évoluant vers le myxœdème à la suite du traitement. — MM. PARHON et BAILLIF. Femme de 32 ans chez laquelle le traitement par la diiodotyrosine de Harington et Randall détermina la répression des symptômes basedowiens et l'apparition de symptômes myxœdémateux, qui disparurent à la suite de la suspension du traitement.

Septicémie veineuse tubaïque. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, ESCALIER et ODINET. — Femme atteinte de varices très anciennes, traitée antérieurement par injections sclérosantes, fit à 3 mois d'intervalle deux poussées phlébitiques. Une menace grave d'extension de la phlébite fut enrayée par la ligature des veines enflammées. Cette intervention amena la résorption de l'œdème.

Traitement par le bleu de trypone des parkinsonniens d'origine encéphalique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et STERNE. — Résultats parfois remarquables de cette thérapeutique, toujours encourageants. Injections intra-veineuses, sans incident ni complication.

Tuberculose pulmonaire du nourrisson simulant une broncho-pneumonie, bacillémie constatée par la méthode de Lœwenstein. — MM. ARMAND-DELILLE, LESTOCQUOY et MONCEAU. — Nourrisson de 7 mois ayant symptômes de broncho-pneumonie, qui mourut après trois semaines de séjour. A l'autopsie, dilatation bronchique et tuberculose miliaire. Avant la mort, ensemencement de 10 cmc de sang par la méthode de Lœwenstein. Les auteurs discutent la méthode de cet auteur.

Sur un cas de maladie de Paget. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et BOQUIEN ne veulent pas confondre la maladie de Paget avec les autres Dysostoses de l'adulte, en particulier la maladie de Recklinghausen ; ils veulent lui conserver son autonomie complète.

Syndrome neuro-anémique rapidement amélioré par l'hépatothérapie. — MM. AUBERTIN et WESTER. — Malade atteint d'anémie pernicieuse qui, au cours d'une rechute, présenta un syndrome neurologique avec paraplégie. Le traitement par les injections intra-musculaires d'extrait hépatique améliora l'anémie et le syndrome neurologique.

Hématémèses dites essentielles dans leurs relations avec la pathologie spléno-hépatique. — M. CHABROL. — Statistique de 50 observations d'hématémèses sans lésion gastro-duodénales. Sur dix malades avec hypertrophie de la rate, six présentaient une cirrhose hépatique, quatre offraient le tableau d'une anémie splénique. Il ne faut réserver la splénectomie qu'aux splénomégalies primitives.

Embolie du cerveau et de l'artère humérale survenue après injection préventive de sérum antitétanique. Mort. — M. MORICHAU-BEAUCHAMP (Poitiers). — Homme de 60 ans qui, après une injection de 50 cmc de sérum antitétanique, présenta une hémiplégie gauche de nature embolique et une embolie de l'artère humérale droite. Mort rapide. Le malade, dix-huit ans avant, avait subi une première injection de sérum antitétanique.

(SÉANCE DU 13 MAI 1932)

Angiocholite aiguë catarrhale primitive rapidement guérie par le sérum anticolibacillaire du Pr Vincent. — MM. FERRU et FOUCAULT (de Poitiers), DELAGENIÈRE (de Loudun). Observation d'un homme de 34 ans, qui, après une courte phase de troubles gastro-intestinaux, présenta une longue série de grands accès fébriles, de type palustre. L'allure de la courbe thermique fit penser à une infection biliaire et porter le diagnostic probable d'angiocholite aiguë catarrhale primitive, en l'absence d'antécédents lithiasiques, de signes d'obstruction cholédocienne et d'autre localisation anatomique.

L'agent pathogène ne put pas être mis en évidence.

Les auteurs, en l'absence d'indication opératoire formelle, se crurent autorisés à tenter le sérum anticolibacillaire du Pr Vincent, en se basant sur le rôle prédominant du colibacille (2/3 des cas) dans les angiocholécystites.

La fièvre cessa définitivement après trois injections de 10 cc. chacune.

Etude sur le taux sanguin de la créatinine en dehors des néphrites et notamment chez les hépatiques, les asystoliques et les diabétiques. — MM. Fr. RATHERY et Maurice DÉROT. Chez les hépatiques, élévation du taux de la créatinine dans trois cas sur 15 et dans ces 3 cas, évidence d'une lésion rénale.

Chez 12 asystoliques, 3 fois hypercréatininémie et chez 2 malades, une lésion rénale fut retrouvée.

Chez 16 diabétiques, 4 fois élévation du taux de la créatinine et lésion rénale plus ou moins intense. L'élévation du taux de la créatinine doit donc faire rechercher une lésion rénale.

La transfusion sanguine dans les hémorragies gastro-duodénales. — M. A. TZANCK. Les hémorragies gastroduodénales le plus souvent, s'arrêtent d'elles-mêmes, et la transfusion sanguine à dose minima peut jouer un *rôle hémostatique* non négligeable.

Dans d'autres cas, l'hémorragie poursuit ; *la transfusion sanguine suffisamment abondante doit éviter la mort par hémorragie.* Elle doit être répétée aussi souvent que les circonstances l'exigent.

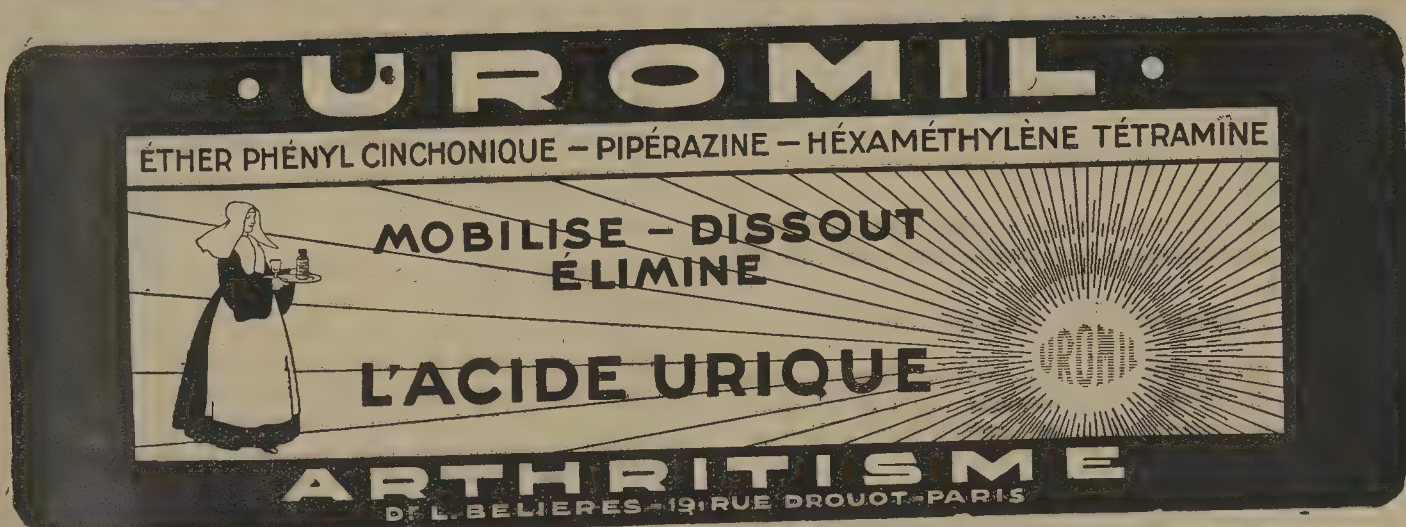
Enfin, lorsque l'hémorragie se prolonge plusieurs jours de suite, la transfusion sanguine suffisamment abondante pour réparer les pertes subies et prévoir celles de l'intervention.

Tels sont les trois types de tranfusion hémostatique, pouvant être mis en œuvre en présence des hémorragies du tube digestif.

Sur une affection spéciale non syphilitique caractérisée par des troubles pupillaires et l'abolition des réflexes tendineux. — MM. Georges GUILLAIN et J. SIGWALD apportent deux observations d'une affection spéciale dont la description a été proposée par W.-J. Adie ; ces deux cas concernent des sujets jeunes chez lesquels on retrouve des troubles pupillaires ayant atteint d'abord les réflexes à l'accommodation et à la lumière, et ayant, après rétrocession des troubles de l'accommodation, laissé persister un trouble du type Argyll-Robertson avec dilatation pupillaire ; ces signes pupillaires coexistaient avec l'abolition des réflexes tendineux.

Cette affection spéciale ne s'accompagne d'aucun trouble sensitif objectif, d'aucune ataxie, d'aucun trouble sphinctérien, le liquide céphalo-rachidien est normal, la réaction de Wassermann toujours négative.

Cette affection spéciale serait due à des troubles du système végétatif. MM. Guillain et Sigwald pensent plutôt à une



atteinte infectieuse ou toxique des voies réflexes spinales et des voies réflexes pupillaires de la calotte pédonculaire. M. Guillain a attiré l'attention depuis longtemps sur la présence du signe d'Argyll-Robertson dans des lésions non syphilitiques du pédoncule cérébral.

Recherches sur la créatininémie dans les néphrites. — MM. Fr. Rathery et Maurice Dérot. Dans les néphrites aiguës et subaiguës, la créatinine et l'urée sanguines subissent une élévation parallèle et la créatinémie n'a pas plus de valeur pronostique que n'en a l'hyperazotémie uréique.

Dans les cas de néphrites albumineuses simples, chez les hypertendus, au cours de certaines scléroses séniles du rein, la créatininémie ne s'élevait pas au-dessus du taux physiologique de 20 milligrammes par litre de sérum.

Au cours des néphrites azotémiques, deux cas par contre peuvent être envisagés : tantôt l'urée sanguine est seule élevée, tantôt l'urée et la créatinine le sont également. Le dosage de la créatininémie pourrait donc compléter les données que fournit le dosage d'urée.

Dans les néphrites avec œdèmes, élévation du taux de la créatinine chez certains malades.

Les auteurs concluent que le dosage de la créatininémie peut compléter les indications pronostiques données par le dosage d'urée.

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 MAI 1932)

M. Pierre Duval, président, annonce le décès de M. Boldo Rossi (Milan).

Tétanos post-opératoire. — M. J. Quénu rapporte un cas de tétanos survenu douze jours après traitement d'une perforation intestinale, et insiste sur le danger des gros catguts pariétaux.

Sympathectomie. — M. Desplas considère la sympathectomie chimique plus facile et plus complète que la sympathectomie chirurgicale.

Luxation congénitale du radius. — M. Sorrel rappelle qu'on doit séparer les arrêts de développement du cubitus des lésions observées dans les exostoses ostéogéniques.

Péritonite encapsulante. — M. Lenormant rapporte une observation de M. Soupault. Il rappelle l'aspect caractéristique de cette affection et considère qu'on obtient la guérison en enlevant la capsule d'enveloppe. Dans l'observation de Soupault, on constatait des lésions de péritonite tuberculeuse, et l'encapsulement n'était pas complet.

M. Bazy a observé un cas dans lequel il ne put cliver la capsule.

M. Grégoire n'a pas obtenu la guérison définitive en enlevant la membrane d'enveloppe.

M. Madier a vu une double capsule, l'une d'enveloppe, l'autre moulant les anses intestinales, et la guérison ne fut pas absolue.

M. Brocq a peut-être observé un cas analogue.

Hémorragies gastriques. — M. Cunéo estime qu'il est impossible de prévoir si l'hémorragie va ou non s'arrêter. Les opérations vraiment efficaces sont sérieuses et l'on peut hésiter à les faire.

M. Robineau estime que c'est souvent la muqueuse gastrique atteinte de gastrite, et non l'ulcère qui saigne, d'où la nécessité de larges gastrectomies dans ces cas. Il rapporte une observation dans laquelle de multiples transfusions sauvèrent le malade. L'intervention fut pratiquée un mois plus tard. Dans un cas analogue on intervint le lendemain de l'hémorragie, et le malade mourut. Les récents transfusés sont en effet en état extrêmement instable. Chez un troisième malade qui reçut 700 gr. de sang par transfusion durant l'intervention, et pour lequel on pratiqua une gastrectomie, on obtint la guérison. M. Robineau conclut qu'il faut transfuser à outrance d'abord, et n'intervenir que si malgré tout l'hémorragie continue.

M. Hartmann a vu des malades extrêmement anémiés guérir. L'intervention ne permet pas toujours d'appliquer une solution efficace. Il estime que, dans les ulcères aigus, il ne faut pas intervenir, tandis qu'il aurait tendance à intervenir dans les ulcères chroniques.

Présentation de radiographies :

M. Fredet. Enfoncement cotyloïdien et pénétration de la tête fémorale. Réduction partielle.

Présentation de malades :

M. Marion. Incontinence d'urine : réfection d'un urètre continent par la technique suivante : 1° Cystostomie et décollement de l'orifice vésical, fermeture vésicale ; 2° Prise d'un lambeau sur la paroi vaginale qu'on enroule autour d'une sonde ; grâce à un trocart et une pince de même courbure, on abouche le lambeau pédiculé dans la vessie. Les résultats sont toujours excellents.

(SÉANCE DU 1er JUIN 1932)

Péritonite encapsulante. — M. Cadenat a observé trois cas où l'intestin était complètement enrobé par une membrane. Un de ces cas est de nature manifestement tuberculeuse.

M. Brocq rapporte aussi un cas de cette affection.

Acide carbonique et anesthésie. — M. Gosset rapporte deux travaux sur ce sujet. L'un de M. Fruchaud (d'Angers) qui rapporte de bons résultats du mélange éther-acide carbonique donné au moyen de l'appareil d'Ombredanne, l'autre de M. Thalheimer qui a réalisé un appareillage adapté au masque d'Ombredanne pour faire respirer un mélange riche en anhydride carbonique.

M. Métivet est satisfait de l'emploi de cet appareil.

M. Maisonnet signale l'utilité d'administration du gaz carbonique dans l'asphyxie.

Migration d'un helminthe. — M. Okinczyc rapporte ce travail de M. Rolland (Marine) qui a trouvé dans un sac herniaire un ver de six centimètres de long.

Volvulus de mégacôlon pelvien. — Ce travail de M. de la Marnière (Brest) est rapporté par M. Okinczyc. Ces quatre cas ont été opérés en occlusion et traités par l'extériorisation, la résection et la fermeture secondaire de l'anus artificiel.

Mégacôlon total. — M. Okinczyc rapporte ce travail de MM. Fèvre et Folliasson. Il s'agit d'un mégacôlon total chez un enfant de quatre ans, traduit par des crises d'occlusion répétées. Le traitement, après évacuation des stercoromes, causes d'occlusion, a été 1° un anus cæcal qui a permis de ramener le calibre du côlon à la normale ; 2° une résection du côlon sigmoïde avec anus gauche ; 3° et 4° fermeture des anus droit et gauche. M. Okinczyc insiste sur la sagesse des opérations sériées dans ces cas et considère que le vrai traitement est la résection du mégacôlon sigmoïde, la dilatation générale du cadre colique n'étant que secondaire.

Verrouillage iléo-sacro-iliaque dans la sacro-coxalgie. — M. BRÉCHOT rapporte ce travail de M. Raphaël Massart. Cet auteur a obtenu deux beaux résultats du verrouillage extra-articulaire par greffon tibial. Dans un de ces cas, on bloqua en plus l'articulation du sacrum avec la cinquième lombaire.

M. MAUCLAIRE croit que certaines sacro-coxalgies sont des arthrites chroniques simples par relâchement articulaire sacro-iliaque.

M. SORREL insiste sur la rareté relative des sacro-coxalgies.

Cancer de la langue. — M. MOURE rapporte sa statistique des cas traités de 1920 à 1930 et conclut à l'efficacité du traitement chirurgical pour les cas encore opérables : sur 57 malades opérés depuis deux à dix ans, il a 40 % de guérisons, 32 % pour les gros cancers, 85 % dans les cas au début.

Présentation de pièces :

Anévrisme vraisemblablement post-opératoire de l'artère iliaque externe. — M. Jean QUÉNU. Cet anévrisme a été découvert et réséqué avec succès lors d'une intervention pour fibrome utérin.

CHRONIQUE

LE PROFESSEUR MARFAN ESTIME LA CULTURE CLASSIQUE INDISPENSABLE AU MÉDECIN

Le Parlement vient de rentrer : le moment est venu d'obtenir le vote intégral de la loi Armbruster, retardé par la malencontreuse intervention des Facultés des Sciences. Le résultat de ce retard, c'est l'augmentation des médecins étrangers qui se fixent en France : la préfecture de Police a enregistré en mars 1932 seize diplômes, dont sept appartiennent à des étrangers, parmi lesquels ont compte trois Roumains.

Pour compléter la série des interviews publiées cet hiver en faveur de cette loi, je suis allé m'entretenir avec le professeur Marfan de la question des titres initiaux à exiger pour l'inscription à la Faculté de Médecine, car je savais trouver en lui un homme qui, ayant eu tout jeune la passion d'enseigner, a des principes sûrs de pédagogie. Et, sans préambule, le Maître de me déclarer : « Vous savez que, le 15 juin 1922, j'ai soumis au Conseil de la Faculté de Paris et fait voter une motion tendant à imposer le baccalauréat latin-grec à l'entrée de notre Faculté. J'avais été en effet frappé de l'abaissement progressif de la culture des étudiants en médecine, chez qui on constate depuis la guerre, même chez les plus sérieux, des défauts d'esprit caractéristiques d'une mauvaise préparation intellectuelle. Leur mémoire est surchargée de notions dont ils ne voient pas le lien ; ils n'ont ni le désir d'une définition précise, ni le goût de la propriété des termes, ni la curiosité de l'étymologie des mots les plus usuels de la langue médicale. Les meilleures réponses sont faites par ceux qui ont reçu la formation classique, comme cela ressort de l'examen de leur dossier. »

J'ajoute que cet affaiblissement intellectuel, dû en partie à la réforme de 1902, qui supprima l'obligation du baccalauréat classique pour la Médecine, le Droit et les Lettres, est dangereux pour le progrès scientifique, car, s'il fausse le raisonnement, il permet des hypothèses scientifiques fâcheuses, qui retardent l'éclosion de la vérité. Et M. Marfan de constater « que les dirigeants de l'Université ne conçoivent pas comme il convient l'objet de l'Enseignement secondaire ; le lycée doit former l'intelligence et ne donner à l'acquisition des faits qu'une place accessoire ; il doit apprendre à comprendre, à juger et à observer. »

— Maître, certains universitaires soutiennent qu'on peut atteindre ce but sans l'étude du grec et du latin. — « Je pense au contraire, répond M. Marfan, que rien ne peut remplacer les humanités gréco-latines ; la version et le thème apprennent à l'enfant à conduire et à exprimer sa pensée. Le *latin* doit être la partie essentielle des études secondaires, car c'est une langue concise et mère du français ; on doit connaître les idées des Romains qui enseignent l'ordre, la justice et la nécessité d'une hiérarchie basée sur la valeur intellectuelle et morale des individus. La force du latin réside dans ce fait qu'il est resté jusqu'au XVIIe siècle la langue du monde civilisé. Mais il faut joindre au latin l'étude du grec, car on ne sait bien le latin que si on connaît le grec, et on ne sait bien le français que si on connaît bien le latin : c'est l'avis autorisé de M. Maurice Croiset. Le grec fournit au médecin l'étymologie de son riche vocabulaire, et si l'on traduit Platon, on a une idée de cette langue riche et flexible, capable d'exprimer clairement les choses les plus fines et les plus subtiles. »

— Parmi ceux qui admettent votre manière de voir, il en est, Monsieur le professeur, qui contestent toujours la nécessité des études gréco-latines pour le médecin. — « Liebig, savant allemand, m'oppose M. Marfan, a sur ce sujet émis un avis irréfutable, car tout jeune professeur de chimie, il partageait aussi l'opinion de ces sceptiques au sujet de la chimie et de la médecine ; mais, quatre ans avant sa mort, il disait que ses élèves provenant des écoles réales (enseign. moderne) étaient en première année supérieurs à ceux des gymnases (enseign. classique), en deuxième année ils leur étaient égaux, et en troisième année, inférieurs. »

— En présence de telles vérités, qui m'ont toujours paru indiscutables depuis que j'y ai réfléchi, pourquoi plusieurs de vos collègues ne les admettent-ils pas, attendu qu'ils sont pour la plupart de formation essentiellement classique ? Leurs cours, leurs conférences, leurs articles prouvent qu'ils sont des lettrés, souvent supérieurs à des écrivains de carrière. — « Vous touchez là, me répond M. Marfan, à l'argument-massue ; ils croient indispensable de faire enseigner au collège toutes les connaissances humaines accrues depuis cinquante ans, ce qui surcharge *inutilement* les programmes et réduit la part faite aux humanités. Qu'y a-t-il de changé, par contre, dans la psychologie humaine depuis Platon ? Ce qu'enseignent les philosophes grecs est définitif, et c'est là la force de l'humanisme. »

— C'est pourquoi le lycée, dis-je, doit surtout enseigner les vérités premières ; les enseignements supérieur et technique sont, eux, qualifiés pour enseigner les applications de la science, qui doivent être réservées aux spécialistes. Ne mettons pas la charrue avant les bœufs et apprenons aux enfants à ne pas se servir trop tôt d'une raison imparfaitement développée. »

Naturellement, la question du *Surmenage* est ensuite évoquée dans l'entretien avec le maître qui a présidé à l'Académie de médecine la commission chargée d'étudier la question posée sur ce sujet par le ministre de l'Instruction publique, et le pédiatre qui, par devoir, s'est de tout temps intéressé à la psychologie de l'enfance, ébauche un schéma de programme secondaire : « Au début, un enseignement très restreint des sciences ; il faut commencer par les langues mortes, le latin en huitième et le grec en sixième et y joindre le français et l'arithmétique ; l'histoire et la géographie seront réduites aux faits essentiels d'une nation ou d'une période déterminée. En quatrième, développer les mathématiques, surtout la géométrie, qui apprend la précésion du langage et la rigueur du raisonnement. Pas d'étude prématurée des sciences expérimentales, qui encombrent la mémoire inutilement sans avantage pour la formation du raisonnement. Quant aux langues vivantes, développer

l'étude de l'*italien* et de l'*espagnol* dans les régions méridionale, soit près d'un tiers de la France où, grâce aux dialectes romans, au latin et à des notions de philologie, les élèves pourront posséder ces langues au sortir du lycée. Du reste, tout lycéen devrait connaître, lors de son baccalauréat, une langue vivante, assez bien pour s'intéresser à la civilisation du pays correspondant. En résumé, ne pas bourrer de mots sans valeur éducative le cerveau de l'enfant. »

Pour conclure, M. Marfan veut bien ajouter qu'il faut modifier le Conseil supérieur de l'Instruction publique, en donnant aux littéraires de l'enseignement secondaire l'importance à laquelle ils ont droit. Ce jour-là, ceux-ci rétabliront le professeur principal de la classe qui, ayant en mains le même élève en français, latin et grec, pourra exiger de lui cet effort continu qui empêche le surmenage et seul favorise la culture. Et le maître de terminer en me disant : « L'Association corporative des étudiants en médecine a raison de vous avoir prié de diriger la campagne en faveur des vieilles humanités, auxquelles la science doit un Claude Bernard, un Pasteur, un Henry Poincaré et, parmi nos contemporains, le grand physiologiste Charles Richet. »

MAURICE MORDAGNE.

LIVRES NOUVEAUX

Maladies du système nerveux (1), par le professeur H. CLAUDE.

Depuis la première édition de cet important manuel, qui fut à l'époque l'objet d'une analyse à cette même place, bien des problèmes de la neurologie ont évolué ou changé d'aspect. Aussi attendait-on avec quelque impatience l'édition présente. Le premier volume a trait aux affections du cerveau, à celles du cervelet, de la protubérance et du bulbe ; au second sont réservées les affections médullaires, celles des plexus, des nerfs, enfin les névroses. Ce dernier domaine a vu en ces dernières années naître nombre de problèmes nouveaux, les conceptions théoriques sont en refonte. Aussi est-il particulièrement utile de trouver sur les questions pendantes une mise à jour, et aussi le résumé des discussions qu'ont provoquées les acquisitions nouvelles et les transformations dans l'acquis ancien. Le besoin d'un tel travail, évident pour l'étudiant, ne se faisait pas moins sentir pour le non spécialiste, souvent un peu désorienté dans un domaine où à la médecine pure viennent se joindre d'autres disciplines scientifiques. C'est dire le succès réservé aux *Maladies du système nerveux*, où, une fois de plus, le professeur Claude affirme son élégante maîtrise.

L. B.

Considérations cliniques et thérapeutiques sur la blennorragie chez l'homme et chez la femme(2), par le docteur L. BOULANGER.

Cet ouvrage, que notre excellent confrère, M. L. Boulanger, vient de publier chez l'éditeur A. Legrand, diffère des traités classiques en ce qu'il n'est pas une œuvre didactique mais un ouvrage placé exclusivement sur le terrain de la clinique. C'est de plus un ouvrage absolument pratique, écrit par un vieux praticien ayant une longue carrière urologique et une très grande expérience de sa spécialité.

L'auteur s'est borné à réunir les très nombreux cas qui lui sont personnels ; il cite fréquemment les auteurs classiques. Le résultat de son travail est donc à la fois une œuvre personnelle et documentaire.

Dans le premier volume, on trouvera l'étude clinique et thérapeutique d'un certain nombre de cas de gonococcies et de faits ayant trait à cette maladie chez l'homme.

Dans le deuxième volume, l'auteur étudie d'abord certaines affection urétrales postgonococciques et particulièrement et de façon très détaillée des lésions de l'urètre postérieur, leurs traitements par les méthodes classiques et par celles plus récentes au moyen des urétroscopes modernes. Cette étude est pour l'auteur l'occasion de donner une description complète de l'anatomie de l'urètre postérieur et de son aspect vu avec plusieurs urétroscopes, de décrire les instrumentations employées, les techniques mises en usage et les résultats obtenus. Viennent ensuite des considérations sur le rétrécissement blennorragique en voie de formation que l'auteur appelle le *rétrécissement embryonnaire*, dont il montre la curabilité, et attire l'attention sur cette phase du rétrécissement blennorragique qui, à ce moment, peut être guéri, tandis qu'à une époque plus avancée il est une infirmité qui ne peut plus être palliée. Les chapitres suivants sont consacrés à cette question si importante de la *blennorragie chez la femme*. On y trouvera ce qui a trait aux conditions de réceptivité des organes génitaux de la femme, à cette forme particulière de la blennorragie féminine, la blennorragie *discrète*, à la blennorragie chez la femme enceinte, au traitement de la blennorragie récente par di:érentes méthodes, permanganate, argyrol, crayons à l'argyrol, par les vaccins sensibilisés de Besredka, par la diathermie et l'opération de la bartholinite ; enfin le problème de la prophylaxie de la blennorragie chez la femme. Le volume se termine par la description de plusieurs instruments urologiques et par des considérations sur la blennorragie envisagée au point de vue individuel, familial et social.

Par cette rapide énumération, on peut se rendre compte de la valeur de cet ouvrage consciencieux, qui est appelé à rendre de très grands services à tous les praticiens.

F. L. S.

(1) Deuxième édition. Deux volumes de la Bibliothèque du doctorat en médecine. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) Deux volumes. — Paris, A. Legrand.

NOTES POUR L'INTERNAT

OSTÉOMYÉLITE AIGUE DES ADOLESCENTS

DÉFINITION

C'est l'inflammation aiguë de la moelle osseuse, tant moelle centrale que moelle sous-périostée.

ÉTIOLOGIE

Deux maxima de fréquence :

— Chez le nourrisson ;

— Mais surtout chez l'adolescent, de dix à quinze ans ; les garçons semblant être atteints plus souvent que les filles.

Causes favorisantes. — Le traumatisme semble rarement intervenir.

Causes déterminantes. — Dans l'immense majorité des cas, le *staphylocoque doré* est l'agent microbien.

La *porte d'entrée* peut être :

— Cutanée : impétigo, furoncle, etc.;

— Muqueuse : angine.

L'infection partie de ce foyer va se fixer au *bulbe de l'os*.

Puis, dans l'ordre de fréquence, viennent :

— Le streptocoque (O. du nourrisson) ;

— Plus rarement le Pneumocoque, le bacille d'Eberth.

Mais il s'agit là de formes qui sortent du cadre classique de l'ostéomyélite des adolescents.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — **Siège.** — A. Avant tout sur les *os longs :* fémur, tibia ;

— Au niveau de leurs épiphyses fertiles : *près du genou, loin du coude.*

Le maximum de fréquence sera donc :

— Au membre inférieur : l'extrémité supérieure du tibia, l'extrémité inférieure du fémur ;

— Au membre supérieur : l'extrémité supérieure de l'humérus, l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras.

Elle se localise au BULBE DE L'os, cette partie de l'os en pleine activité ostéogénique, extrêmement vasculaire.

B. Moins souvent sur les *os plats :* crête iliaque, pubis, ischion, maxillaire (rebord alvéolaire).

Rarement sur les *os courts :* arc postérieur des vertèbres ; calcanéum, point complémentaire postérieur.

II. — **Evolution des lésions.** — 1° Atteinte de la moelle osseuse :

D'abord période de congestion : moelle rouge vineux ;

Puis suppuration : sous le périoste se collecte un abcès constitué par du pus crémeux avec gouttelettes graisseuses.

2° Secondairement, lésions de la substance fondamentale.

Nécrose : d'abord os gris ponctué de rouge, puis os blanc d'ivoire, ne saignant pas, mort.

Il va former un corps étranger : *le séquestre.*

— Soit petit, parcellaire, lamelleux (os plats) ;

— Soit massif, irrégulier, parfois très étendu, formé d'os compact ou de tissu spongieux.

Puis *reconstitution :* aux dépens du périoste décollé se forme de l'os nouveau, engainant le séquestre qui, ne pouvant s'éliminer, va entretenir une suppuration chronique (ostéite condensante).

ÉTUDE CLINIQUE

Type : ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur, forme aiguë franche.

I. — **Début.** — *Signes généraux.* — Brutal :

Il s'annonce par un *frisson* initial suivi d'une élévation de la température à 40°, qu'accompagne un *pouls* rapide, régulier.

Des *troubles nerveux,* consistant en agitation, délire, ou au contraire prostration ; des *vomissements* ne sont pas rares.

Signes fonctionnels. — Classiquement, les S. F. sont absents ; mais, en réalité et le plus souvent, une DOULEUR VIVE, parfois atroce, est le symptôme initial dominant.

Elle siège au niveau de l'épiphyse fémorale inférieure, mal localisée, tantôt à une face externe, tantôt à la face interne du membre.

Elle est augmentée par les mouvements, par un contact, si bien qu'elle entraîne une *impotence* absolue.

Signes physiques. — a) *Inspection.* — Le membre inférieur repose, inerte, en rotation externe et demi-flexion.

Le genou, augmenté de volume, est demi fléchi. Les téguments sont normaux : ni rougeur, ni œdème.

b) *Palpation.* — La palpation, très douce, ne permet de déceler qu'un seul signe :

LA DOULEUR, très vive, très nette, souvent atroce, « douleur de fracture », elle siège : nettement *au-dessus de l'interligne* (3 à 4 cm.).

On la retrouve sous toutes les faces de l'os, *douleur circulaire,* douleur « de part en part ».

Ce seul signe doit suffire à poser l'indication opératoire.

On ne s'attardera pas à rechercher :

— Un peu d'œdème, et de circulation veineuse collatérale ;

— Un empâtement profond, sorte de bourrelet horriblement douloureux, très difficile d'ailleurs à mettre en évidence.

Ajouter : que l'*articulation* est normale, rarement déjà un peu d'hydarthrose réactionnelle ;

— Qu'il n'y a *pas d'adénopathie.*

II. — **Période d'état.** — Mais l'enfant peut être vu quelques heures plus tard. Très rapidement, le syndrome s'est modifié.

Inspection. — Le membre est déformé par l'*œdème ;*

La peau est lisse, luisante, rosée.

Palpation. — On constate :

un gros empâtement diffus, chaud, douloureux sur une des faces de l'os ; parfois dur, parfois déjà fluctuant.

L'évolution se ferait vers la fistulisation si l'on n'intervenait pas.

Le syndrome général est variable :

Si tantôt, comme c'est classique, l'abcès sous-périosté s'étant fait jour vers la superficie, les signes généraux et fonctionnels ont rétrocédé.

Le plus souvent au contraire le tableau reste grave :

Fièvre à 40° ou à grands clochers, facies infecté.

En somme, tableau de septicémique.

Evolution. — *Si l'on intervient* à ce moment, on va trouver :

— parfois une collection purulente dans les muscles ou même déjà superficielle,

— plus souvent du pus sous le périoste largement décollé.

L'os présente un aspect variable :

— tantôt blanc ivoirin (mort), tantôt ponctué de rouge.

Dans les deux cas, il est de règle de *toujours trépaner* largement. Il y a toujours du pus dans le canal médullaire, pus mêlé de gouttes grasses caractéristiques.

L'évolution peut dès lors se faire :

a) soit vers une issue heureuse, plus ou moins rapide :

— la fièvre tombe.

— localement la suppuration se tarit en quelques semaines ; la plaie bourgeonne et se ferme.

Mais craindre des *reprises,* car l'ÉVOLUTION CHRONIQUE PROLONGÉE est presque la règle.

b) soit de façon moins heureuse, vers des *complications* locales ou générales.

III. — **Période tardive.** — Parfois le malade est vu très tard, au 8e ou 10e jour. C'est dans ces cas que l'on peut observer :

a) un *phlegmon diffusé,*

b) l'*ouverture spontanée* du foyer.

Le membre est énorme, œdématié, violacé.

La peau est rouge, ulcérée ; du pus mêlé de sang et de gouttelettes graisseuses fait issue par des *orifices fistuleux* multiples menant sur l'os, et sur de vastes décollements superficiels.

Il y a eu une sédation momentanée des *signes généraux* et une chute relative de la *température* qui se stabilise entre 38°-38°5.

L'évolution peut se faire :

— simplement vers l'*O. chronique ;*

— mais cette évolution heureuse est loin d'être de règle; souvent des phénomènes septico-pyohémiques amènent *la mort du malade.*

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 53. — SAMEDI 2 JUILLET 1932. 105e ANNÉE. SAMEDI 2 JUILLET 1932. — N° 53.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Citation a l'ordre de la nation. — Le gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. Jean Granon, externe des hôpitaux à l'hôpital de la Croix-Rousse, de Lyon :

« Externe de grande valeur morale, a toujours fait preuve du plus grand dévouement dans l'exercice de ses fonctions. A contracté successivement, dans le serviée des contagieux, la fièvre scarlatine et la fièvre typhoïde. A succombé victime de son devoir. »

Guerre. — Service de santé. — (Active.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — M. Bailly.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Guibert, Le Bourdellès, Fribourg-Blanc.

Au grade de médecin commandant. — MM. Fleurant, Guillobey, Goudet, Stéfanini, Raynaud, Picot, Niel, Chevant.

(Réserve.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Pascal, Nobécourt, Lenormant, Metzquer, Cristiani.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Bertele, Julia, de Furst, Tibert, Brunetière, Cestan, Lantiéri, Hahn, Grenié, Leriche, Berton, Gallet, Mayrac, Géniaux.

(Troupes coloniales.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Armstrong, Esserteau, Millous.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Solier, Martin, Crozat.

Au grade de médecin commandant. — MM. Caro, Boyer, Le Saint, Herdhebaut, Urvois.

Hommage au professeur Hartmann. — Le volume jubilaire du professeur Hartmann lui sera remis le dimanche 10 juillet, à 11 h. du matin, à l'Hôtel-Dieu. Ses collègues, amis et élèves sont priés d'y assister ; il ne sera pas envoyé d'invitations individuelles.

Avis de concours. — Un concours sur titres est ouvert pour un poste de médecin adjoint au sanatorium départemental de la Guiche (Saône-et-Loire).

Le traitement de début est fixé à 22.000 fr. et peut atteindre 36 000 fr. par avancements successifs. En outre, le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage sont fournis gratuitement Il est interdit de faire de la clientèle.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans et produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

La limite d'âge de trente-cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires.

Les demandes devront être adressées, avant le 20 juillet 1932, au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Le candidat qui sera désigné devra, préalablement à sa nomination, être reconnu physiquement apte à exercer les fonctions de médecin adjoint.

Le Professeur William W. KEEN

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de M. le professeur William W. Keen, le doyen respecté des chirurgiens américains.

Keen était né en 1837 à Philadelphie. Après avoir pris ses premiers grades en 1852, à la Brown University, à Providence, il termina ses études de médecine en 1862, au Jefferson medical College de Philadelphie. C'est d'ailleurs là qu'il devait faire la plus grande partie de sa belle carrière et qu'il devait recevoir en 1912, à l'occasion du 50e anniversaire de son diplôme, le titre envié de docteur ès sciences honoraire.

W. W. Keen a été d'abord médecin militaire. A l'époque de la guerre de Sécession, il collabora avec S. Weir Mitchell et Geo R. Morehouse au Turners Lane Hospital, et avec eux il publia un livre sur les *Plaies des nerfs par armes à feu et les autres lésions nerveuses* (1864). Au moment de l'entrée en guerre des Etats-Unis, en 1917, Keen, qui était toujours 1er lieutenant de réserve dans le Medical Corps, fut promu au rang de major. En raison de son âge il ne fut pas envoyé au delà des mers, mais il ne rendit pas moins les plus éminents services dans le « National Research Council » et dans la section du « Council of National Defence ». Il prit une part active à tous leurs travaux et publia un livre sur le *Traitement des blessures de guerre* qui fait autorité.

La carrière universitaire de Keen fut très brillante. Après avoir dirigé pendant dix ans l'école d'anatomie de Philadelphie et avoir enseigné l'anatomie chirurgicale à d'innombrables étudiants, Keen devint professeur de chirurgie au Woman's Medical College à Philadelphie, puis en 1889 professeur de chirurgie et de clinique chirurgicale au Jefferson Medical College de Philadelphie où il avait pris ses premiers grades médicaux. Lorsque, en 1907, il résigna ses fonctions après 41 ans d'enseignement, il reçut le titre de professeur honoraire de chirurgie au Jefferson Medical College.

Le prof. Keen était membre d'honneur ou associé d'un grand nombre de sociétés savantes : de l'Académie de Médecine de Paris, de la Société de chirurgie de Paris, du Royal College des chirurgiens de Londres, du Royal College des chirurgiens d'Edimbourg, de la Société royale de médecine de Londres, de la Société italienne de chirurgie, etc. Il a présidé l'American Medical Association, cette formidable association qui compte 70.000 membres ; il a présidé aussi le Collège des médecins de Philadelphie, l'American Surgical Association, le Congrès des médecins et chirurgiens américains, l'American College of Surgeons et le Congrès international de chirurgie de Paris en 1920. De nombreuses universités lui avaient conféré des titres d'honneur.

L'œuvre écrite de W. W. Keen est considérable. Outre les livres que nous avons déjà signalés, il faut citer les ouvrages suivants : « Medical Research and Human Welfare » ; « The Colver Lectures at Brown Université », 1917 ; « The Surgical operations on President Cleveland », 1893 ; et, enfin, le beau traité de chirurgie publié sous sa direction, *la Chirurgie de Keen* (Keen's Surgery), qui comprend 8 volumes. Il faudrait encore citer plusieurs centaines d'articles ou de mémoires publiés dans divers périodiques et notamment dans la *Gazette des hôpitaux*, qu'il a honorée de sa collaboration.

C'est un grand savant qui vient de disparaître. C'était aussi pour la France un ami éclairé et très sûr ; aussi est-ce avec infiniment de respect que nous saluons la mémoire de cet illustre chirurgien.

F. L. S.

IL Y A CENT ANS

L'ORDONNANCE DU 10 JUIN 1832

Pendant les sanglantes journées de juin 1832, au moment où les blessés affluaient dans les hôpitaux de Paris, le *Moniteur* publia sous la signature de Gisquet, préfet de police, et la contre-signature du ministre d'Argout, une *ordonnance* basée sur d'anciens édits de 1666 et sur des décrets de la République. En voici le texte :

« Tous les médecins, chirurgiens, pharmaciens et officiers de santé du département de la Seine, de Sèvres, Saint-Cloud et Meudon, qui auront administré des secours à des blessés depuis le 4 juin, exclusivement, seront tenus d'en faire dans les vingt-quatre heures la déclaration au commissaire de police à Paris, et aux maires, *extra muros*, sous peine de 300 francs d'amende.

« Cette déclaration contiendra les noms, prénoms, profession et demeure de tous les individus qui auront fait appeler les médecins, chirurgiens, pharmaciens et officiers de santé, pour panser leurs blessures, ou qui se seront fait transporter chez eux pour y être traités.

« Elle indiquera aussi la cause des blessures, leur gravité et les *circonstances* qui y auront donné lieu. »

La *Gazette des hôpitaux* du 12 juin 1832 reproduit cette ordonnance et la qualifie « *d'attentat à la moralité médicale* » ; elle se fait l'écho des protestations indignées de tout le corps médical.

Dans le numéro suivant, la *Gazette* relate la protestation véhémente du grand Dupuytren et elle nous donne les informations suivantes :

On apprend avec peine que l'ordonnance de 1666 a été déterrée par un médecin, on ne le nomme pas...

... Tous les membres de l'Académie blâment l'ordonnance due au ministre d'Argout, M. Desportes demande à l'Académie de protester. Sur la proposition du président, l'Académie passe cependant à l'ordre du jour !!!

Finalement, l'ordonnance ne fut pas appliquée (1).

(1) Notre érudit confrère M. le Dr Henri Bouquet vient de publier dans le *Temps* du 24 juin 1932, une remarquable étude sur les journées de juin et la fameuse ordonnance, nous y renvoyons nos lecteurs qui s'intéressent aux souvenirs historiques.

REVUE GENERALE

LE RÉGIME de SAUERBRUCH-HERRMANNSDORFER-GERSON SES BASES THÉORIQUES SES RÉSULTATS DANS LA TUBERCULOSE EXTERNE [1]

Par MM. MARCEL MEYER et E. IRRMANN.

Travail du service orthopédique de la Clinique chirurgicale B de la Faculté de Strasbourg.

Directeur : M. le professeur STOLZ.

IV. **Résultats.** — Nous ne mentionnerons que pour mémoire les résultats du traitement de S. H. G. dans la tuberculose *pulmonaire*. Sauerbruch et Herrmannsdorfer dans un nombre important de tuberculoses pulmonaires traitées sans succès à la campagne ou à la montagne ont vu des améliorations surprenantes dans leur service spécialement installé pour le traitement diététique de cette affection. Ainsi sur une série de 125 cas, 68 malades ont été très nettement améliorés, 35 ont présenté une amélioration certaine ; S. H. et G. sur une autre série de 32 malades ont eu 16 améliorations. Poehlmann a vu une augmentation du poids plus grande qu'avec le traitement habituel et une diminution de la toux et de la quantité des crachats. En France, Vaucher et Grünwald, sur 7 cas, ont constaté 3 améliorations très nettes, et Fath a vu des reprises du poids importantes, sans cependant voir s'améliorer plus rapidement que d'habitude les lésions anatomiques. Telle est aussi la constatation de Mecklenburg, de Kretz et de Bacmeister. Sachs, Harm et Grünwald n'ont pas vu une influence particulièrement favorable du régime, ni sur l'état général, ni sur les lésions pulmonaires. Dans l'ensemble les auteurs, à part les créateurs de la méthode, n'attribuent pas une valeur particulière au traitement diététique de la tuberculose d'après S. H. G.; souvent le changement de nourriture provoque une recrudescence de l'appétit chez les mauvais mangeurs, mais d'autres fois l'alimentation nouvelle est mal supportée et n'est plus prise que difficilement après quelques jours ou quelques semaines comme l'a vu Spies chez la majorité de ses malades.

Nous insisterons plus sur les résultats du traitement dans les tuberculoses chirurgicales. Chez les *enfants*, Finkelstein recommande la diète chez des malades lymphatiques qu'elle déshydrate ; elle tarit rapidement les catarrhes des muqueuses et améliore les angines ordinaires, scarlatineuses et diphtériques, les eczémas et les scrofuloses. Schmiedeberg a aussi vu des améliorations très nettes dans la scrofulose, mais aucune influence sur les adénites intertrachéo-bronchiques et les tuberculoses externes fistulisées. Birk arrive à des conclusions analogues ; il y a une augmentation du poids et une amélioration nette des lésions faciales et oculaires d'origine scrofuleuse, mais les lésions tuberculeuses, les fistules osseuses et ganglionnaires restent stationnaires. D'après lui le régime est souvent mal accepté par les enfants ; il se fait un certain dégoût des aliments qui est encore accentué si l'on fait prendre du Mineralogen.

Starcke n'a vu aucune amélioration ; le régime a été en général mal supporté et l'auteur a même vu des réveils de tuberculose intestinale. Bettmann n'a pas vu, non plus, de résultat positif, en particulier dans 3 cas de mal de Pott.

Chez l'*adulte*, Gerson, Sauerbruch et Herrmannsdorfer ont vu des améliorations surprenantes dans toutes les plaies suppurées ; elles se rétrécissent, les granulations deviennent rouges et les sécrétions diminuent, bref les plaies se dessèchent et deviennent hyperémiques. En même temps le nombre des microbes diminue, le pyocyanique, le protéus et les bacilles disparaissent, le staphylocoque et le streptocoque diminuent, mais ne sont pas chassés complètement.

Les premiers résultats du régime S. H. G. dans la tuberculose externe ont été publiés par Herrmannsdorfer en 1925. Sur 8 cas de tuberculose cutanée et de lupus, il y a eu 6 améliorations considérables et une amélioration moyenne ; 1 cas n'a pas été observé assez longtemps. Souvent les phénomènes inflammatoires augmentent au début, puis les lésions se dessèchent, il se forme des croûtes, la peau desquame et se cicatrise. Chez beaucoup de malades les foyers disparaissent presque complètement. Sur 20 tuberculoses des os et des parties molles, 8 cas n'ont pas été observés assez longtemps ; de ceux qui restaient, 10 ont été améliorés, 2 sont restés stationnaires. Là aussi il y a au début souvent une augmentation de la suppuration qui ne diminue que peu à peu jusqu'à ce que les fistules soient complètement taries.

Gerson a vu des améliorations surprenantes de lupus et de tuberculoses osseuses avec son seul régime, sans adjonction d'huile de foie de morue.

En 1928, Sauerbruch et Herrmannsdorfer nous donnent les résultats suivants, qui ont sauvé plusieurs malades très graves, cachectiques, atteints de fièvres hectiques, d'infections mixtes, d'albuminurie :

	Nombre total de cas.	Temps d'observation trop court.	Récupération de la capacité de travail.	Grande amélioration.	Amélioration.	Stationnaires.	Morts.
Tuberculose osseuse avec complication (tuberculose pulmonaire, rénale, cutanée, ganglionnaire).....	9	2	2	2	2	1	—
Tuberculose osseuse fistulisée......	10	4	2	3	—	1	—
Tuberculose osseuse non fistulisée ..	4	—	1	—	2	1	—
Coxalgie fistulisée	2	—	—	1	1	—	—
Coxalgie non fistulisée............	3	—	2	1	—	—	—
Mal de Pott avec fistule	5	—		2	1	1	1
Mal de Pott sans fistule..........	4	2	1	1	—	—	—
	37	8	8	10	6	4	1

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 51, p. 957.

Sur 37 cas, 8 malades ont donc récupéré leur capacité de travail, 10 ont été très améliorés, 6 ont été améliorés et seulement 4 sont restés stationnaires. Les résultats éloignés sont aussi très bons ; sur 18 malades qui avaient quitté le service guéris depuis 1 an, 2 pulmonaires seulement allaient un peu moins bien.

Tous les malades avaient considérablement augmenté de poids dont 4 de 25 à 38 kg. Ce sont précisément ceux qui sont atteints de tuberculose chirurgicale qui augmentent le plus, malgré des lésions importantes, comme un mal de Pott, avec de nombreux abcès froids des parties molles, une tumeur blanche du genou avec une spina ventosa et une tuberculose pulmonaire bilatérale étendue.

Au total, Gerson et Herrmannsdorfer ont vu chez 129 tuberculeux de toute espèce, traités plus de 2 mois, 68 améliorations très nettes et 35 améliorations indiscutables ; 18 malades sont restés stationnaires et 8 sont morts.

Nous-mêmes nous avons vu avec le régime de S.H.G. des améliorations certaines et notre impression générale est favorable à ce traitement.

Le traitement diététique de la tuberculose a rallié des suffrages enthousiastes pour le *lupus*. Bommer de Giessen, dans 150 cas de lupus, a vu des guérisons étonnantes, très satisfaisantes au point de vue esthétique, après 6 à 8 semaines de traitement. Tout autre traitement a été supprimé, en particulier les scarifications et l'ignipuncture ; les bains de soleil ont été repris quand Bommer avait constaté qu'ils contribuaient à hâter encore la guérison. Il n'y a aucun échec du traitement. Jesionek a obtenu des résultats tout aussi beaux et Falta y est également favorable. Schüller a vu guérir un cas de lupus et s'améliorer appréciablement un autre.

Wichmann de Hambourg a au contraire vu empirer deux cas de lupus nasal et muqueux, surtout après adjonction de Mineralogen au régime et malgré la reprise du poids. Il ne pense pas que le régime de S. H. G. soit à appliquer indifféremment dans tous les cas.

Von Zumbusch n'a jamais vu une guérison complète du lupus par le régime seul ; comme Wichmann il a obtenu des résultats tout aussi bons en autorisant la consommation de viande et de chlorure de sodium.

Dans le traitement de la *tuberculose ostéo-articulaire*, plusieurs auteurs ont eu d'excellents résultats. A Bonn, Schüller a vu dans 7 cas de tuberculose ostéo-articulaire grave, dont 5 fistulisés et 2 maux de Pott, des reprises du poids rapides, et une amélioration clinique et rédiologique très nette dans 5 cas.

En Suisse, Clairmont a rassemblé après un an de traitement 53 observations de tuberculose chirurgicale, dont beaucoup de tuberculoses ostéo-articulaires fistulisées, traitées par le régime. Dans la plupart des cas les améliorations locales ont été frappantes ; les fistules secrètent 4 à 6 semaines après le début du traitement beaucoup plus abondamment, puis elles se ferment rapidement. L'état général s'améliore aussi considérablement et tous les malades, excepté 5, qui avaient dans les premières semaines un dégoût prononcé pour l'alimentation nouvelle, augmentèrent dès le début.

A Bratislava, dans le service du Professeur Chlumsky, Laeny a essayé un régime qui se rapproche de celui de S. H. G. et dont il a publié les résultats en 1927. Les conserves, le lait, les liquides, le NaCl en sont exclus dans le but de déshydrater l'organisme et de provoquer une surcharge minérale du corps ; l'auteur s'est basé sur le fait que chez les arthritiques qui souffrent d'une surcharge minérale pathologique la tuberculose est très rare. Dans 26 cas, les résultats ont été excellents, le poids des malades a augmenté, les fistules se sont taries et les abcès se sont résorbés dans la majorité des cas.

Vulpius et Pawlowski au contraire n'ont pas vu de meilleurs résultats dans la tuberculose ostéo-articulaire qu'avec le régime ordinaire.

V. Conclusions. — Les appréciations des auteurs sont très divergentes. Cela n'est pas étonnant, vu qu'il s'agit d'un traitement où plusieurs facteurs entrent en jeu qui sont tous diversement interprétés au point de vue théorique et inégalement appliqués au point de vue pratique. Néanmoins il nous semble ressortir de l'ensemble des publications que nous avons parcourues que les auteurs qui s'intéressaient vraiment à la question et qui s'appliquaient à faire préparer cette nourriture peu habituelle avec un maximum de soins ont eu de beaux résultats. L'objection qu'on peut faire à certains d'entre eux c'est d'avoir quelque peu sous-estimé l'influence des conditions climatiques où se trouve placé le malade. L'air et la lumière ont une action stimulante indéniable sur le métabolisme et sur le moral des tuberculeux. Morhard, dans un article paru dans la revue de la tuberculose en 1922, explique d'une façon intéressante l'effet bienfaisant de la cure d'altitude. L'altitude, en créant une chute de température importante entre le « bouilleur » (foie et muscles) et le « condenseur » (muqueuse respiratoire et peau), rend les combustions plus parfaites et diminue les déchets ; elle augmente donc le rendement de la machine humaine. L'oxygénation du sang est aussi plus complète qu'en plaine ; il en résulte une augmentation du nombre des globules rouges et l'enrichissement du sang en hémoglobine.

Il ne faut pas non plus négliger le traitement classique des tuberculoses si l'on institue le traitement diététique. Pour le lupus, où les résultats ont été surprenants, il semble qu'on peut se passer de toute autre thérapeutique. Pour la tuberculose pulmonaire, où les résultats du traitement de S. H. G. ont été des plus discutés et des plus aléatoires, il serait désastreux de laisser de côté les thérapeutiques qui ont fait leurs preuves telle la collapsothérapie ; aussi Sauerbruch ne conçoit-il le régime que comme un facteur adjuvant et une phase préparatoire au pneumothorax et au traitement chirurgical. Pour les tuberculoses ostéo-articulaires, l'immobilisation et les interventions osseuses gardent tous leurs droits.

BIBLIOGRAPHIE

A. Bacmeister et P. Rehfeld. Phosphorlebertran und die Gerson-Herrmannsdorfersche Diät zur Heilung der Tuberkulose, *Deut. Med. Woch.*, 1929, p. 49 ; — Phosphor-Vergiftung, medizinale, durch Gerson-Herrmannsdorfersche Tuberkulosediät, *Sammlung von Vergiftungsfällen*,

Bd. I, Nr. 1, 1930 ; — Phosphorlebertran und die Gerson-Herrmannsdorfersche Diät zur Heilung der Tuberkulose, *Deut. Med. Woch.*, 1930, Nr. 12.

A. Bacmeister. Interne Behandlung der Lugentuberkulose. Probleme der Diätbehandlung, *Medizinische Welt*, 1930, Nr. 14.

E. Bettmann. Erfahrungen mit der Mineralogen-Diätbehandlung bei chirurgischer Tuberkulose der Kinder, *Deut. Med. Woch.*, 1926, Nr. 31.

Birk. Ueber Knochenveränderungen infolge Behandlung mit Herrmannsdorfer Kost, *Deut. Med. Woch.*, 1929, Nr. 45 ; — Ueber die Ernährungsbehandlung tuberkulöser Kinder, insbesondere mit Herrmannsdorferscher Kost, *Münch. Med. Woch.*, 1930, Nr. 30.

Fr. Boldt et Margot Winter. Der Stoffwechsel von zwei tuberkulösen Knaben bei Ernährung nach Gerson-Herrmannsdorfer-. Sauerbruch (Basen-Säure-Verhältnisse), *Arch. f. Kind.*, Bd 31, Heft 1-2.

S. Bommer. Die Ernährungstherapie der Hauttuberkulose nach Gerson-Sauerbruch-Herrmannsdorfer, *Münch. med. Woch.*, 1928, Nr. 37 ; — Die Ernährungsbehandlung der Hauttuberkulose, *Mediz. Gesellsch.* Giessen, 15 Januar 1929.

L. Brauer. Hosal als Geschmackskorrigens bei salzarmer Kost, *Münch. med. Woch.*, 1929, Nr. 37.

H. Bremer et J. Schüller. Ist das Mineralogen zur erfolgreichen Durchführung der Tuberkulosediät notwendig ? *Münch. med. Woch.*, 1930, Nr. 43.

P. Clairmont. Zur Wundbehandlung durch Ansäuerung und zur Beeinflussung des Mineralstoffwechsels bei Tuberkulose, *Münch. med. Woch.* 1926, Nr. 47.

P. Clairmont et A. Dimtza. Zur Ernährungsbehandlung der Tuberkulose. Jahrgang 9, Nr. 1.

Ad. Driels et Marie Rueff. Erfahrungen mit dem Heilnährmittel « Alentina », *Klin. Woch.*, Jahrgang 8, Nr. 41, 1929.

W. Falta. Ist die Gerson-Diät bei Tuberkulose zu empfehlen ? *Wien, klin. Woch.*, 1930, Nr. 5.

H. Finkelstein. Ueber diätetische Nährbodenänderung in der Therapie infektiöser Erkrankungen, *Münch. med. Woch.*, 1926, Nr. 2.

M. Gerson. Die Entstehung und Begründung der Diätbehandlung der Tuberkulose, *Med. Welt*, 1929, Nr. 37 ; — Phosphorlebertran und die Gerson-Herrmannsdorfersche Diät zur Heilung der Tuberkulose, *Deut. Med. Woch.*, 1930, Nr. 12 ; — Grundsätzliche Anleitungen zur Gerson Diät, *Münch. Mediz. Woch.*, 1930, Nr. 23 ; — Einiges zur Diätbehandlung der Lungentuberkulose, *Zeit. f. ärtzt. Fortbildung*, 1930, Nr. 2.

B. Gettkant. Lungentuberkulose und Gerson-Diät, *Deut. Med. Woch.*, 1929, Nr. 43 ; — Die Heilkostbehandlung der Tuberkulose nach Gerson. *Med. Welt* 1929, Nr. 38 ; — Die Gerson-Diät im Lichte der Fachkritik. *Med. Well* 1930, Nr. 23.

Glaser. Bestehen für die Gerson-Herrmannsdorfer-Sauerbruch'sche Diät für Tuberkulose theoretische Grundlagen ?, *Wien, Med. Woch.*, 1929, Nr. 49.

W. Gloor. Zur dietätischen Behandlung der Tuberkulose, *Schweizer. Med. Woch.*, 1930, Nr. 20.

F. Grote. Die ungesalzene Diät, *Schweizer. Med. Woch.*, 1931, Nr. 3.

H. Handowsky. Zur Frage einer Diätbehandlung der Tuberkulose, *Münch. Med. Woch.*, 1929, Nr. 51.

Harms et Grünwald. Zur Behandlung der Lungentuberkulose mit kochsalzfreier Diät. *Deut. Med. Woch.*, 1930, Nr. 7.

K. Henius. Die wirksamen Faktoren der Gerson-Herrmannsdorfer Diät und ein Rat zur versuchsweisen Anwendung, *Zeit. f. Tuberkulose*, 1929.

A. Herrmannsdorfer. Die Beeinflussung der Wundheilung und der Tuberkulose durch Aenderungen im Mineralstoffwechsel, *Gesellsch. für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten*, VI. Tagung 1926 ; — Der Einfluss besonderer Ernährungsart auf schwere Formen tuberkulöser Erkrankungen, *Med. Klin.*, 1929, Nr. 32 ; — Ueber Wunddiätetik, *Zeit. f. ärztl. Fort.*, 26, Jahrgang, 1929, Nr. 18 ; — Ueber Wund- und Tuberkulosediät. *Jahr. f. ärztliche Fort.*, 1929 (août).

Mimicia Hermannsdorfer. Praktische Anleitung zur kochsalzfreien Ernährung Tuberkulöser. *Leipzig* 1930, Ambrosius Barth Ed.

A. Herrmannsdorfer, A. Jung et W. Stein. Die chemisch-analytische und die biologische Auswertung der Säure-Basenverhältnisse in der Nahrung und in Salzgemischen, insbesondere im Mineralogen, *Münch. Med. Woch.*, 1927, Nr. 17.

A. Jung. Theoretische und praktische Grundlagen der Diät nach Gerson und Herrmannsdorfer, *Schw. Med. Woch.*, 1931, Nr. 2 ; — L'influence des opérations sympathiques sur l'évolution des plaies expérimentales en rapport avec les modifications du pH, *Th. de Strasbourg*, 1928.

J. Kretz. Ueber die diätische Behandlung der Lungentuberkulose nach Sauerbruch, Herrmannsdorfer und Gerson, *Wien, klin. Woch.*, 1929, Nr. 6.

E. Kuleke. Die Gerson-Herrmannsdorfer-Sauerbrusche Diät und ihre Beziehungen zur Lahmannschen Diät. *Med. Klin.*, 1930, Nr. 6.

P. Laeny. Zur Frage der diätetischen Behandlung der chirurgischen Tuberkulose, *Wien. Klin. Woch.*, 1927, Nr. 32.

E. C. van Leersum. Phosphorlebertran und die Gerson-Herrmannsdorfer-Sauerbruchsche Diät zur Behandlung der Tuberkulose, *Münch. Med. Woch.*, 1930, Nr. 23.

Fr. Liesenfeld. Klinische Versuche und Beobachtungen mit der Diätbehandlung der Lungentuberkulose nach Sauerbruch-Hermannsdorfer-Gerson während 1 1/2 Jahr., *Beitr. zur Klin. der Tuberkulose*, Bd 72, Helf. 3.

M. Mecklenburg. Chemisch-biologische Untersuchungen bei Lungentuberkulösen, die nach Herrmannsdorfer ernährt werden, *Deut. Med. Woch.*, 1930, Nr. 24 ; — Beobachtungen bei chronisch-Lungentuberkulösen nach längerem Gebrauch der Sauerbruch-Herrmannsdorfer Kostform, *Zeits. f. Tuberkulose*, 1930, Heft 1. 2.

R. Monceaux. Troubles des échanges nutritifs dans la tuberculose pulmonaire, Saint-Cloud, Girault, 1929.

E. Muller. Heinrich Lahmann und Ragnar Berg, M. Bicher-Benner und Max Gerson, *Med. Klin.*, 1930, Nr. 5.

Curt Oehme. *Ueber Salzstoffwechselstörungen. Stoffwechselkrankheiten*, Karger, Berlin.

E. Pawlowski. Erfahrungen mit der Gerson-Herrmannsdorfer Diät in der Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose, *Deut. Med. Woch.*, 1930, Nr. 44.

C. Pöhlmann. Vier Monate Gersondiät bei Schwertuberkulösen, *Münch. Med. Woch.*, 1930, Nr. 17.

C. L. E. de Raadt. Welcher Faktor bedingt die Heilwirkung der Sauerbruch-Herrmannsdorfer-Gersonschen Tuberkulosendiät? *Wien Klin. Woch.*, 1930, Nr. 24 ; — Das Ernährungsproblem in der Bekämpfung der Lepra und Tuberkulose, *Zeit. f. Tuberkulose*, Bd. 54, Heft 6, 1929.

P. Rehfeld. Die Ernährungsbehandlung in der Tuberkulosetherapia, *Beitr. z. Klin. der Tuberkulose*, 1930, Bd. 65, Heft 5, 6 ; — Zur Diättherapie bei der Tuberkulose, *Fort. der Therapie*, 7. Jahrgang, Heft 2.

Sachs. Die salzarme Kost nach Gerson-Herrmannsdorfer Sauerbruch in der Behandlung der Lungentuberkulose.

W. Schlesinger. Die S. H. G. sche Tuberkulosediät. *Wien. Med. Woch.*, 1930, Nr. 18.

SCHMIEDEBERG. Ueber die Ernährungsbehandlung tuberkulöser Kinder mit Herrmannsdorferscher Kost, *Monats. f. Kind*, Bd 48, Oct. 1930.

SPIES. Beitrag zur Diättherapie der Lungentuberkulose nach Gerson-Sauerbruch, *Zeits. f. Tuberkulose*, 1929, p. 317.

J. SCHULLER. Unsere Erfahrungen mit der G. H. S'schen Tuberkulose-Diät, *Münch. Med. Woch.*, 1928, Nr. 3.

H. STARCKE. Erfahrungen mit der salzlosen Diät nach Gerson und Herrmannsdorfer bei Kindern und Jugendlichen, *Beit. z. Klin. der Tuberkulose*, Bd 74, Heft 1, 2.

E. VAUCHER et E. GRÜNWALD. Le traitement diététique de la tuberculose pulmonaire, *Paris Méd.*, 4 janvier 1930.

VULPIUS. Fragen und Antworten zur Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose, *Acta chir. scand.*, vol. LXVII, Fasc. I-VI.

WETZEL. Exposé des idées diététiques se rattachant aux noms de Sauerbruch, Herrmannsdorfer, Gerson, *Médecin d'Alsace et de Lorraine*, 1930, 9e année, n° 28.

P. WICHMANN. Verschlimerungen von Haut- und Schleimhauttuberkulose durch Gerson-Diät, *Beitrag zur Klin. der Tuberkulose*, Bd 73, Heft 6.

A. WOLFF-EISNER. Die Gerson-Sauerbruchsche Tuberkulosediät im Urteile der Fachkritik, *Beitrag zur Klin. der Tuberkulose*, Bd 73, Heft 6.

F. SAUERBRUCH UND A. HERRMANNSDORFER. Ergebnisse und Wert einer diätetischen Behandlung der Tuberkulose, *Münch. Med. Woch.*, 1928, Nr. 1.

F. SAUERBRUCH, A. HERRMANNSDORFER UND M. GERSON. Ueber Versuche, Schwere Formen der Tuberkulose durch diätetische Behandlung zu beeinflussen, *Münch. Med. Woch.*, 1926, Nos 2 et 3.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 JUIN 1932)

Conclusions sur le métabolisme hydrothermique. — M. Jules AMAR.

Action des centres sur les diverses caractéristiques de la fibre nerveuse. Analogie avec l'électrotonus. — MM. A.-M. MONNIER et H.-H. JASPER.

Les causes de l'atténuation et de l'exaltation du virus aphteux. Les récidives dans la fièvre aphteuse. Le choix des virus pour la vaccination anti-aphteuse. — M. J. LIGNIÈRES.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 28 JUIN 1932)

Notice. — M. HARTMANN lit une notice nécrologique sur M. W. W. Keen, l'illustre chirurgien de Philadelphie, dont nous annonçons d'autre part la mort. M. Keen était associé étranger depuis 1921.

Discussion. — Le rapport de M. TIFFENEAU sur l'Herboristerie médicinale est adopté après discussion.

Appareil respiratoire. — M. PORTIER présente, au nom de M. Louis Chéron, un appareil à respiration qui présente comme caractéristique de réaliser l'expiration d'une façon mécanique nouvelle.

La morphine chez l'enfant. — M. ARMAND-DELILLE lit une note sur l'emploi de la morphine chez l'enfant, particulièrement avant l'anesthésie chirurgicale.

Le traitement des tumeurs par le venin des abeilles. — MM. YOANNOVITCH et CHABOVITCH. Sous l'influence du venin d'abeilles, qui provoque des phénomènes inflammatoires, il se produit une diminution de la grosseur de la tumeur et l'arrêt de sa croissance.

Après la cessation des injections du venin, les tumeurs ne disparaissent pas et continuent leur accroissement.

Ces expériences, faites sur les animaux, prouvent que les phénomènes inflammatoires ne suffisent pas pour déterminer la disparition complète des tumeurs. C'est pourquoi les auteurs sont en train de combiner les phénomènes inflammatoires produits par le venin des abeilles avec des injections de produits de digestion de tumeurs, dans le but de traiter les tumeurs malignes.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 MAI 1932)

Cirrhose pigmentaire. Sidérose avec hémosidérine et hémosidérine et hémofuscine. — MM. DE MASSARY, Maurice VILLARET, L.-Justin BESANÇON, Serge DOUBROW et Roger EVEN. Observation anatomo-clinique de nature à faire comprendre les réactions pathologiques communes des cellules adénomateuses et des cellules hépatiques normales. A l'autopsie d'un malade atteint de cirrhose pigmentaire, les auteurs ont trouvé des granulations ferrugineuses (hémofuscine et hémosidérine) aussi bien dans les cellules hépatiques que dans celles de l'adénome.

Cette observation apporte une contribution à la question de l'origine de l'adénome aux dépens de la travée hépatique et du système biliaire.

Cirrhose pigmentaire. Sidérose avec hémosidérine et hémofuscine. — MM. Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON, Serge DOUBROW et Roger EVEN reviennent sur les rapports qni lient l'hémosidérine à l'hémofuscine. Sur les coupes du foie étudié, les deux sortes de pigments sont extrêmement abondants et se prêtent ainsi à une étude histo-chimique délicate.

La nature ferrugineuse des deux pigments est incontestable, comme le révèle la micro-incinération suivant la technique de Policard. On ne passe donc pas de l'hémofuscine à l'hémosidérine seulement par une réaction d'hydrolyse, mais par une réaction d'oxydants.

Cirrhose pigmentaire sans sidérose. — MM. Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON, Serge DOUBROW et Roger EVEN critiquent l'opinion que la sidérose constitue le substratum anatomique fondamental dans les cirrhoses pigmentaires.

Dans l'observation actuelle, les granulations ferrugineuses faisaient défaut non seulement dans la peau, mais dans le foie. On ne pouvait mettre en évidence que quelques très rares granulations ferrugineuses nullement plus nombreuses que celles trouvées dans les cirrhoses les plus banales.

La thiémie dans les cirrhoses, en particulier dans les cirrhoses pigmentaires. — MM. Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON, Roger EVEN et Marcel DRILHON. Les auteurs ont repris l'étude de la thiémie, en particulier dans les cirrhoses pigmentaires. Dans leur note, ils insistent longuement sur la difficulté technique d'un dosage correct du soufre dans le sang.

Leurs recherches confirment les remarques de Loeper, en ce qui concerne l'abaissement du rapport sulfatémique dans les cirrhoses. L'imperfection dans l'oxydation du soufre ne leur paraît pas en rapport avec l'existence de la mélanodermie.

L'hémolyse dans les cirrhoses pigmentaires. — MM. Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et Roger EVEN apportent les résultats de douze déterminations de résistance globulaire par le procédé des hématies déplasmatisées dans douze cas différents de cirrhose pigmentaire. Ils ont obtenu deux fois une résistance globulaire normale, cinq fois celle-ci fut légèrement augmentée, quatre fois très légèrement diminuée, et une fois seulement nettement diminuée.

Etude critique sur les cirrhoses pigmentaires. — MM. Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et Roger EVEN insistent sur l'imprécision et l'insuffisance des données physiologiques qui constituent la base même du problème pathogénique. Ils remarquent que les symptômes les plus particuliers aux cirrhoses pigmentaires (diabète, mélanodermie, sidérose) impliquent chacun l'atteinte d'une fonction physiologique très complexe et différente pour chacun d'eux.

Du point de vue clinique, enfin, ils insistent sur le fait que l'atrophie hépatique s'observe dans un quart des cas de cirrhose pigmentaire, ce qui rapproche les cirrhoses bronzées des autres cirrhoses.

Intoxication mortelle par l'apiol. — MM. LŒDERICH, MAMOU et Mme ARAGER. Femme ayant absorbé 9 gr. d'apiol. Hépatonéphrite aiguë avec urémie mortelle en 20 jours.

Lymphogranulomatose maligne avec granulie. — MM. LŒDERICH et MAMOU. — Lymphogranulomatose mortelle en 2 ans. A l'autopsie, lésions de lymphogranulomatose associées à granulie à bacilles de Koch. Les auteurs ne croient pas qu'on soit en droit de refuser la possibiilité de l'origine bacillaire de la lymphogranulomatose.

Nécessité d'une asepsie rigoureuse dans la technique des injections. — M. MILIAN. L'auteur apporte une série de faits (septicémie consécutive à une injection intraveineuse d'Inesol, gommes sporotrichosiques après des injections intra-musculaires), qui montrent la nécessité de précautions aseptiques rigoureuses.

Kyste géant du poumon d'origine congénitale. — MM. DEBRÉ et Mme BLINDER. Enorme kyste congénital du poumon droit chez un enfant de 15 ans. On pensa tout d'abord au pneumothorax. Le diagnostic ne fut fait que grâce aux particularités radiologiques.

Coxarthrie guérie par résection arthroplastique. — MM. MATHIEU et COSTE. Homme de 58 ans atteint d'une coxarthrie unilatérale ayant résisté à tous les traitements médicaux. Guérison par résection arthroplastique selon le procédé de Whitman.

Deux cas de tétanos généralisé guéris par la sérothérapie intensive. — MM. CROUZON, CHRISTOPHE, Mlle RIEM et Mme LAQUERRIÈRE. Sérothérapie à doses massives : 3 et 2 litres. Guérison.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 AVRIL 1932)

De l'influence des traumatismes sur l'allergie intradermique à la tuberculine chez les cobayes tuberculeux. — MM. J. VALTIS et F. van DEINSE ont recherché si l'injection intracardiaque d'encre de Chine à des cobayes tuberculeux pouvait atténuer l'intensité de la réaction intradermique à la tuberculine de la même manière qu'elle atténue le phénomène de Koch comme J. Paraf l'a observé.

Pour eux, l'atténuation de l'allergie intradermique à la tuberculine provoquée chez les cobayes tuberculeux après injection intracardiaque d'encre de Chine n'est pas due au blocage du système réticulo-endothélial mais à un état de shock provoqué soit par le traumatisme, soit par l'injection d'une substance inerte.

La « microculture » et son importance dans le diagnostic de la tuberculose rénale par l'ensemencement des urines. — MM. A. SAENZ et D. EISENDRATH. Dans tous les cas où l'on suppose que le bacille tuberculeux peut être présent dans une urine, il faut, non seulement pratiquer l'ensemencement de chaque culot de centrifugation sur 6 à 8 tubes de milieux à l'œuf préparés selon la technique spéciale qu'ils décrivent, mais procéder en outre à l'examen systématique du produit de râclage (microcultures) de chaque tube à partir du 8e jour. On peut ainsi poser un diagnostic précoce et précis dans bien des cas où l'examen direct du culot homogénéisé est négatif.

Cette méthode, plus rapide et plus sûre que l'inoculation au cobaye, offre l'avantage de permettre l'isolement de bacilles acido-résistants (aviaires, para-tuberculeux) non pathogènes pour cet animal, et aussi la caractérisation immédiate des types humains ou bovins qui se présentent.

Essais d'immunité croisée des cobayes inoculés avec diverses souches du typhus exanthématique d'origine épidémique, endémique et murine. — M. P. LÉPINE. Les cobayes inoculés avec diverses souches exanthématiques murines, présentent envers le typhus exanthématique épidémique d'origine tunisienne, une immunité manifeste, mais vraisemblablement destinée à disparaître avec le temps, alors que réciproquement les cobayes ayant subi une atteinte de typhus épidémique semblent solidement immunisés contre le virus murin. D'autre part, il existe, entre les souches humaines de typhus endémique et les souches murines de la même ville, une relation d'immunité absolue, alors que cette immunité peut n'être que relative ou même nulle entre deux souches murines provenant de localités voisines (Athènes-Le Pirée) ou éloignées (Athènes-Syrie). On doit y voir à la fois une preuve nouvelle de l'origine murine du typhus endémique bénin, et la présomption qu'il doit exister dans le typhus exanthématique, tout au moins dans le typhus murin, des souches pathogènes ayant entre elles des relations de groupe, mais se comportant les unes envers les autres comme des types différents.

Variations de la réserve de la vitamine A suivant l'âge sur le chien. — MM. A. BUSSON et H. SIMONNET. Le foie du jeune chien, à la naissance, peut ne pas contenir de vitamine A, alors que celui de la mère en contient.

La quantité de vitamine dans le foie augmente avec l'âge, tout en restant fonction de l'alimentation.

Nouveaux essais sur la production des antitoxines. — MM. G. RAMON et E. LEMÉTAYER. Une série de vingt chevaux a été soumise à l'épreuve de Schick, puis à la vaccination antitétanique au moyen de deux injections à un mois d'intervalle d'anatoxine tétanique additionnée de $Ca\ Cl^2$ ou de tapioca, puis enfin à l'hyperimmunisation antidiphtérique par injection de doses progressivement croissantes d'anatoxine diphtérique, additionnées ou non de tapioca. Cette hyperimmunisation a duré seulement vingt jours.

Les résultats d'ensemble montrent que la vaccination antitétanique entraîne une immunité de valeur généralement élevée ; la production d'antitoxine diphtérique après une hyperimmunisation aussi rapide est satisfaisante ; certains chevaux dont la réaction de Schick était positive fournissent cependant, grâce aux conditions de l'expérience, un sérum relativement riche en antitoxine ; il n'existe pas de parallélisme entre la production de l'antitoxine diphtérique et celle de l'antitoxine tétanique chez le même animal, ce qui justifie la technique employée depuis longtemps par les

auteurs : effectuer la vaccination antitétanique des chevaux en même temps que l'hyperimmunisation antidiphtérique et utiliser par la suite pour la production de l'antitoxine tétanique les animaux qui se révèlent médiocres producteurs d'antitoxine diphtérique.

Valeur antigène déterminée par la floculation et pouvoir immunisant de l'anatoxine diphtérique chez l'homme. — MM. G. Ramon, G. Timbal et P. Nelis. Des essais comparatifs de vaccination antidiphtérique ont été effectués au moyen de trois échantillons d'anatoxine de valeur antigène différente : 16 unités, 7 unités et inférieure à 2 unités. Seuls ont été vaccinés les sujets chez qui une réaction de Schick, faite au préalable se révélait positive. La vaccination a comporté deux injections de 1 cc. et 1 cc.5 d'anatoxine espacées de 21 jours. Une épreuve de Schick de contrôle a été pratiquée 15 jours après la seconde injection d'anatoxine.

La réaction était négative chez 327 sujets sur 341 vaccinés avec l'anatoxine titrant 16 unités, soit 96 %, chez 132 sur 162 vaccinés avec l'anatoxine titrant 7 unités, soit 81 %, chez 2 sur 19 vaccinés avec l'anatoxine titrant 2 unités, soit 10 %.

L'ensemble de ces résultats prouve une fois de plus toute l'importance dans la vaccination antidiphtérique, de la valeur antigène intrinsèque de l'anatoxine que la réaction de floculation nous fait connaître si facilement et avec une précision aussi grande.

Propriétés virulicides du sérum des sujets atteints de lymphogranulomatose inguinale (Maladie de Nicolas et Favre). Utilisation de la souris comme animal test. — MM. C. Levaditi, P. Ravaut et R. Schœn. Mélangé *in vitro* à une quantité déterminée de ce virus, et maintenu d'abord à 37°, puis à la température de la glacière, ce sérum supprime les propriétés pathogènes du germe pour le singe. Ces propriétés virulicides sont absentes du sérum des sujets normaux et des patients atteints d'autres affections que la porodénie.

Or, la souris, au même titre que le singe, peut servir de *test* pour la détermination du pouvoir virulicide spécifique du sérum des sujets atteints de la maladie de Nicolas et Favre. La commodité de l'expérience rend la méthode facilement utilisable en vué du diagnostic sérologique de cette maladie, concomitamment avec la réaction de Frei.

Action des injections intraveineuses d'oxalate de Na sur la calcémie du lapin. — MM. A. Baudouin, J. Lewin et A. Merad ont étudié l'action des injections intraveineuses d'oxalate de sodium sur la calcémie du lapin. Par l'injection de doses de l'ordre de 200 milligrammes, la calcémie tombe presque à 0 et l'animal meurt au milieu d'un syndrome de contracture, avec opisthotonos, spasme laryngé. Par l'injection de doses plus ménagées (100 milligr.), la calcémie baisse, mais d'une façon modérée et il intervient un mécanisme compensateur qui ramène le taux du Ca au niveau initial.

Cette communication provoque une intéressante discussion à laquelle prennent part MM. Netter et Pagniez. Celui-là fait intervenir la précipitation du calcium sous forme d'oxalate de calcium, celui-ci demande si les auteurs ont étudié la coagulation du sang. M. Baudouin leur répond qu'il y a calcium et calcium, et que pour ce qui est de la coagulation, les effets varient avec les doses d'oxalate.

Sur la conservation de l'insuline. — M. André Choay et Mlle S. Rennes ont vu que des poudres d'insuline, plus ou moins purifiées (« insuline brute », « picrate » et « chlorhydrate » d'insuline de Dudley), préparées en 1923 et 1924, ont présenté en 1931 et 1932, une activité du même ordre de grandeur que l'activité initiale.

De même des poudres de pancréas préparées en 1923 par simple dessication après ou sans fixation préalables, ont permis l'extraction d'une quantité appréciable d'insuline.

Le myone, muscle élémentaire ; la grappe neuro-myonique, unité motrice. — Par analogie avec *neurone*, unité fonctionnelle nerveuse, M. Lapicque propose d'appeler *myone* le muscle élémentaire, organe complexe, de dimensions histologiques énormes, qui a son fonctionnement propre, reçoit ses innervations par une synapse particulière, peut se contracter indépendamment de ses voisins et, quand il fonctionne, fonctionne en totalité. C'est l'unité fonctionnelle du muscle strié.

Ayant créé cette appellation il y a plusieurs années pour les besoins de son enseignement, l'auteur a pu en reconnaître la commodité et la précision. Il propose de lui donner aujourd'hui une dérivation qui a été, elle aussi, mise à l'épreuve dans son enseignement.

Un axone moteur arrivant dans un muscle se ramifie et, par des branches plus ou moins nombreuses, va innerver des myones plus ou moins nombreux, généralement quelques dizaines, appendus à cet axone comme les grains de raisin dans un grappe : c'est une *grappe neuromyonique*.

Il semble que cette grappe constitue un système physiologique fonctionnant d'ensemble, car l'influx nerveux, une fois éveillé dans l'axone, se propage à toutes les ramifications, arrive identique à lui-même jusqu'à chacune des terminaisons, et sollicite ainsi l'activité de myones entre l'excitabilité desquels, à l'état sain, on ne voit pas expérimentalement qu'il y ait la moindre différence ; tous les myones d'une même grappe se contracteraient donc simultanément, tandis que les grappes neuromyoniques voisines ou même entremêlées pourraient rester en repos.

(SÉANCE DU 30 AVRIL 1932)

La ligature des carotides peut-elle empêcher l'apparition du choc anaphylactique chez le lapin ? — MM. Pasteur Vallery-Radot, C. Mauric, Mlle V. Heimann et Mme A. Hugo, en étudiant la chute de pression artérielle à la suite de l'injection déchaînante chez des animaux préparés, ont été amenés à se demander si la ligature des deux carotides a une influence sur le choc anaphylactique.

Dans 6 expériences sur 19, la chute de pression artérielle, témoin du choc anaphylactique, ne s'est pas produite après ligature des deux carotides faite un certain temps avant l'injection déchaînante. Des lapins témoins en même nombre, préparés et éprouvés avec les mêmes doses de sérum, ont tous fait un choc anaphylactique caractérisé par une chute prolongée de pression artérielle.

Chez le lapin, la ligature des deux carotides peut donc, mais d'une façon inconstante, empêcher le choc anaphylactique.

Sur l'obtention d'un sérum de cheval anti-filtrat tuberculeux par inoculation intraveniseuse de filtrats de voiles jeunes du bacille de Koch. — MM. J. Valtis et F. van Deinse ont inoculé à plusieurs reprises à un cheval, par voie veineuse, des filtrats de voiles jeunes du bacille de Koch. Ils ont ainsi obtenu un sérum qui présente un fort pouvoir floculant pour le filtrat, tandis que pour la tuberculine, celui-ci ne s'observe qu'avec de grosses doses de sérum et à un degré beaucoup moins fort.

L'action du sérum antdiphtérique dans la paralysie diphtérique expérimentale. — MM. G. Ramon, Robert Debré et P. Uhry. — Les expériences réalisées grâce à une technique récemment mise au point par les auteurs montrent que, vis-à-vis des complications toxiques tardives comme à

l'égard des manifestations de l'intoxication aiguë, l'action de la sérothérapie spécifique dépend de deux facteurs primordiaux : le délai d'intervention et l'importance de la dose d'antitoxine administrée d'emblée. Lorsqu'un court délai sépare l'injection de toxine de l'intervention sérothérapique, une quantité relativement forte d'antitoxine s'oppose à l'apparition ultérieure de la paralysie ; une quantité plus faible ne la prévient pas, mais exerce son action pour la rendre moins grave. St le délai d'intervention augmente, les doses massives n'empêchent pas toujours la paralysie, mais elles en limitent l'intensité et les conséquences. Passé un certain délai, la sérothérapie même prolongée n'a pas d'effet vis-à-vis des accidents paralytiques futurs. En outre, ni l'antitoxine provenant du sérum administré et encore présente dans la circulation au moment de l'apparition des accidents paralytiques, ni l'antitoxine injectée après cette apparition ne semblent avoir d'influence sur l'évolution de la paralysie.

M. L. Babonneix rappelle que MM. Roux et Yersin ont réalisé, presque constamment, dans leurs expériences, des paralysies ascendantes aiguës, qu'on n'observe pour ainsi dire jamais chez l'homme. Pour lui, lorsqu'il se servait de toxine virulente ou atténuée, il obtenait des phénomènes identiques, soit à ceux qu'ont observés MM. Roux et Yersin, soit à ceux que rapporte M. Debré.

M. Netter avait pensé, comme M. Comby, que le sérum agissait dans les paralysies diphtériques tardives. En réalité, les faits ne lui ont pas permis de conserver cette manière de voir.

Présence de parasites dans le cerveau des sujet atteints d'encéphalite post-vaccinale. — MM. C. Kling, E. Wassen et J. Faarheus ont constaté dans le névraxe des sujets morts à la suite d'une encéphalite post-vaccinale, la présence d'un parasite probablement de nature protozoaire, comportant un cycle évolutif complexe. Certaines unités sont constituées par une formation ovoïde, munie d'un long filament. Elles ressemblent aux spores microsporidiennes. D'autres formes plus petites ont l'aspect de bâtonnets de dimensions variables, contenant des granulations chromatiques. Les parasites sont nombreux surtout là où les altérations sont le plus intenses. Il a été impossible jusqu'ici de les déceler dans des cerveaux provenant de sujets indemnes d'encéphalite.

M. Levaditi insiste sur l'importance de ces recherches, montrant que le vaccin n'est pas la cause directe de l'encéphalite, mais sa cause indirecte et peut révéler, en réalité, la virulence de certains sarcosporides jusque là sapophytes.

Election. — Mme Bohn est nommée membre titulaire par 58 voix sur 61 votants.

PRATIQUE MÉDICALE

LA PANTHÉSINE, ANESTHÉSIQUE LOCAL. SON EMPLOI EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (1)

Par M. A. Roig.

L'auteur utilise depuis deux ans un nouvel anesthésique local, dérivé du groupe de la novocaïne, l'éther N. diéthylleucinolique de l'acide para-amino-benzoïque, ou Panthésine, et qui lui semble marquer un réel progrès sur d'autres produits similaires.

Après une étude des caractères physico-chimiques et pharmacodynamiques de la Panthésine, M. Roig rapporte les résultats qu'il obtent avec cet anesthésique en O. R. L.

Pour l'anesthésie en surface (polype du nez, galvano-cautérisations des cornets, polypes du larynx, biopsies, etc.), il utilise une solution à 10 %. Comparée à celle que donne la cocaïne, l'anesthésie ainsi obtenue est plus lente à se produire, moins profonde et plus fugace, que l'on ajoute ou non de l'adrénaline.

Mais en infiltration l'excellence des résultats est telle qu'elle permet d'abaisser la concentration de l'anesthésique au titre de 0,2 %, plus une goutte de solution d'adrénaline au millième (au lieu de 1 % pour la novocaïne).

Les essais de l'auteur portent sur 58 cas : 25 amygdalectomies, 8 sinusites maxillaires, 10 kystes de la queue du sourcil, 1 calcul salivaire, 10 résections sous muqueuse de la cloison, 1 kyste de la lèvre.

L'anesthésie s'est toujours produite rapidement, elle est presque toujours complète, en ce sens que le malade ne souffre pas et ne réagit pas, sa durée paraît nettement plus longue qu avec la novocaïne.

L'hémostase a été suffisante, sensiblement comparable à celle que donne la novocaïne à 1 % + adrénaline.

Les injections ont toujours été bien supportées (pas de sensations désagréables, céphalées, gastralgies comme avec la novocaïne). « Pour qui connaît, ajoute l'auteur, les ennuis, rares il est vrai, mais indéniables que donne parfois la novocaïne, ce n'est pas là un avantage à dédaigner. »

Dr Lantiez.

(1) *Revue méd. de l'Est*, 15 fév. 1932, t. LX, n° 4.

LIVRES NOUVEAUX

Cent ans de médecine en Belgique : 1830-1930. *Numéro spécial publié à l'occasion du Centenaire de l'Indépendance* (1).

Si proche que nous soit la Belgique par la race et par le cœur, elle ne saurait être considérée comme un simple reflet de la France et de sa pensée. Le *Scalpel*, le grand périodique médical de Bruxelles, publie, pour célébrer le Centenaire de l'Indépendance, un très important et très artistique volume, qui résume brièvement ce que cent ans de médecine en Belgique ont apporté à la science médicale universelle et montre bien la vigueur et l'originalité de la pensée scientifique belge. Dans une série de notices confiées à des maîtres éminents, on peut parcourir un siècle d'histoire de la médecine ; tout à tour viennent faire appel à notre jugement critique les anatomistes, les physiologistes, la chirurgie et la pathologie interne, l'obstétrique, la psychiatrie et l'assistance aux malades mentaux où, comme on le sait, nos voisins ont su concevoir et appliquer des idées neuves et combien fécondes ; la neurologie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la dermato-syphiligraphie, la pharmacodynamie, la radiologie et la curiethérapie, l'hygiène publique enfin, fruit et couronnement de toutes nos connaissances dans l'art de guérir. Une telle énumération mérite déjà à elle seule l'attention ; mais surtout on voit se dérouler le cortège des grands médecins et des grands savants qui font l'honneur de leur nation.

Van Gehuchten, Depage, Thiriar, Lambotte, Brachet, Bordet, Gengou sont des Belges ; la présente étude nous l'aurait rappelé si nous avions pu l'oublier. Mais il est des noms plus anciens, Burggraeve, Schwann, Kufferath, Fallot, qui appartiennent depuis longtemps à l'histoire et que le nimbe de la gloire semblait universaliser. Ce sont des Belges eux aussi, et ce n'est pas d'aujourd'hui ni d'hier que

(1) *Le Scalpel*, Bruxelles, juin 1931.

la Belgique honore la science et contribue précieusement à en élever l'édifice.

Entre tous les éléments qui contribuent à créer une grande nation et à en forger l'airain, un si puissant développement scientifique n'est-il pas l'un des principaux. En vérité, la Belgique s'est montrée grande par l'esprit à l'égard des plus grands, comme en des heures tragiques elle s'est montrée noble par le cœur et la foi.

R. L.

Les Urétrites chroniques. Diagnostic et Traitement (1), par R. DOSSOT, chef de clinique urologique à l'hôpital Necker, et M. PALAZZOLI, ancien assistant de clinique, préface du professeur LEGUEU.

L'urétrite chronique, écrivent les auteurs de ce livre, est aussi fréquente qu'elle est mal connue et mal traitée.

Leur but est de fournir au médecin et au spécialiste un guide pratique à la fois et sûr, documenté et judicieux pour les diriger au milieu des obscurités de la maladie et leur donner les indications précises d'une thérapeutique rationnelle. Ils y trouveront toutes les notions utiles au diagnostic et au traitement de cette maladie ; ils y verront apparaître nettement l'indication exacte correspondant à chaque cas particulier et y gagneront en précision pour leur thérapeutique.

Avant tout, il faut bien connaître la nature des lésions que l'urètre et ses glandes peuvent présenter, savoir exactement quelles altérations anatomiques sont provoquées par l'infection.

On apprendra ensuite à dépister ces lésions. Un examen méthodique et rigoureux est indispensable pour établir un diagnostic exact. L'expression « urétrite chronique » n'est pas un diagnostic, pas plus que le mot cystite. On doit en rechercher la cause, en préciser la nature, le siège.

Ce n'est qu'alors qu'on pourra aborder le problème thérapeutique. Il est nécessaire de savoir comment agissent les médicaments, ce qu'on est en droit d'attendre d'eux pour les utiliser à bon escient dans les différentes variétés de l'affection.

L. G.

(1) Un volume de 344 pages. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 4 juillet. — Jury : MM. Marcel Labbé, président ; Loeper, Chiray, Harvier. — M. HUGUET. Etude sur le traitement électro-radiothérapique de la maladie de Basedow. — M. MILOVANOVITCH. Etude clinique et thérapeutique médico-chirurgicale des gangrènes diabétiques. — M. CALVET. Le radium à faible puissance dans quelques syndromes douloureux. — M. HATIEGAMI. Etude physio-pathologique des grandes hémorragies. — M. HERMAN. L'antigène méthylique et le rhumatisme tuberculeux. — M. SOHMAN. Etude étiologique des hépatites scléreuses.

Mardi 5 juillet. — Jury : MM. Balthazard, président ; Sergent, Strohl, Aubertin. — M. DECANTE. Avortement et traumatismes accidentels. — M. ROUX. Le cancer du rectum chez les jeunes gens. — M. GESSEN. Les images radiologiques des abcès pulmonaires. — M. ILIESSO. Etude de l'insuffisance surrénale aiguë (syndrome de Sergent-Bernard). — M. SILVIA LAVIT. Etude des néphrites diphtériques. — M. DE COSTER. Des deux nouvelles méthodes de l'angine de poitrine : 1° les injections intraveineuses iodées intensives ; 2° injections sous-cutanées d'acide carbonique. — MAINGUY. Des effets thérapeutiques de l'arc à grande puissance.

Jury : MM. Bezançon, président ; Guillain, Abramu, Philibert. — M. DUVERNOIS. Etude du sarcome myécoïde. — M.

GROSBOIS. Médication créosotée dans les affections pulmonaires aiguës. — M. GRUNWALD. Maladie d'Addison sans lésions capsulaires. — M. LENOIR. Maladie osseuse de Paget et cataracte endocrinienne (étude clinique et pathogénique). — M. PARLIER. La maladie orthostatique. — M. PILLIÈRE DE TANOUARN. Etude du traitement des troubles endocriniens chez l'homme. — M. NORMAND. Etude des myélopathies postcommotionnelles (sclérose latérale amyotrophique).

Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Huguenin, Olivier, Sézary. — M. AUMASSON. L'impaludation chez les paralytiques générales enceintes. — M. BENTATA. Un médecin du 17e siècle. — M. BRUNEAU. Apparition de manifestations tertiaires de la syphilis au cours du traitement de la paralysie générale par la malariathérapie. — M. GONDET. Le signe de Babinski intermittent lié aux troubles cardio-respiratoires. — M. MICHY. Acanthosis Nigricans et ses rapports avec les tumeurs malignes. — Mme TRIVAS. Auto-observation d'un tabétique de qualité.

Mercredi 6 juillet. — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Lemierre, Guy-Laroche, Moreau. — Mme BLANCHY. Etude critique sur le pneumothorax bilatéral dit « alterne ». — Mlle LACROIX. La chrysothérapie dans la tuberculose infiltrée à début aigu récent. — M. MAGRIN. Etude de l'influence de la rougeole sur la tuberculose pulmonaire. — M. PEYAUD. Les climats de France dans la tuberculose pulmonaire. — M. POLACCO. Les rechutes chez les malades traités et guéris par un pneumothorax. — M. SIGNORET. Etude des facteurs de l'infection tuberculeuse. — M. DE PALMA. Le traitement des bronchiectasies par le pneumothorax artificiel. — M. GODIN. La gono-réaction. — Mlle LATASTE. Le régime des nourrissons débiles.

Jury : MM. Clerc, président ; Fiessinger, Brulé, Cathala. — M. Chelala AGUILERA. Etude des troubles de la ménopause et leur traitement. — M. HIMELFARB. Les troubles bucco-pharyngés dans la leucémie aiguë. — R. RIVERO CARVALLO. La pression artérielle au cours de l'anesthésie et de certaines interventions chirurgicales. — M. HELLUIN. Le régime de Gerson dans le traitement de la tuberculose. — Mlle LAUR. Les réticulocytes et les réticulocytoses. — M. PULSFORD. De la télérœntgenthérapie totale.

Jury : MM. Gosset, président ; Legueu, Mauclaire, Ombrédanne. — Mlle MODZELEWSKA-RAY. Etude des rayons infra-rouges, leur emploi dans le traitement des affections gynécologiques. — M. RODRIGUEZ. La dysectasie du col de la vessie. — M. MARTINEZ. Les tumeurs primitives multiples de types distincts et les modifications humorales chez les cancéreux. — M. ROSSAN. Les kystes, fistules et tumeurs de la région latérale du cou et le problème de leur origine. — M. MARSILLE. Etude sur la pathologie du nucléus pulposus intervertébral. Les hernies nucléaires intraspongieuses, la cyphose à rétropulsion nucléaire et paraplégie. — M. SAVELLI. La méningocèle. Forme rare dispina-bifida-cystica.

Jeudi 7 juillet. — Jury : MM. Gougerot, président ; Chevallier, Gastinel, Verne. — M. DECOURT. Origine de quelques cas de lèpre observés à Paris (notes sur la psychologie des lépreux). — M. DELGADILLO. Emploi de l'éosinate de cœsium en dermatologie. — M. DUREL. Les porteurs de germes de vénéréologie. — M. LÉVY. Sur la réaction de Bordet-Wassermann. Etude de deux techniques nouvelles. — Mme VIDAL. Dermites infantiles et réactions secondes. — Mme VINCENT. Etude des pyodermites chroniques. — M. FUCHS. Les réactions de Bordet-Wassermann irréductibles.

Jury : MM. Brindeau, président ; Cunéo, Jeannin, Vaudescal. — M. JAHAN. Le service de maternité gynécologique de l'hôpital civil français de Tunis. — M. ROSELL MONIER. Etude du tétanos d'origine utérine. — M. LOUKA. Indications et techniques de la gastrectomie. — M. DONET. L'acide picrique en gynécologie. — M. SALLE. La thoracoplastie partielle supérieure. — Mlle SEGUIN. Les kystes de la cloison recto-vaginale. — M. TORCHAUSSE. Etude du fœtus in-utéro. — M. WEILL. Les septicémies puerpérales à bacilles perfringar.

Jury : MM. Pierre Duval, président ; Lejars, Lenormant, Terrien. — M. BOCQUENTIN. Le diagnostic précoce des tumeurs du testicule. — Mme BOCQUENTIN. Le pronostic du cancer du sein opéré. — M. MOUTARD. Etude du traitement prophylactique des phlébites post-opératoires. — M. VEYSSET. Etude de la vaccino-colloïdothérapie. — M. FRÉZOULS. Velpeau (1795-1867). — M. BOURGET. Etude médicale sur la législation des accidents oculaires du travail. — M. LABESSE. Etude des rétinites brightiques. — M. MERLIN. De l'état antérieur dans les accidents oculaires du travail.

Vendredi 8 juillet. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Lévy-Solal, Portes, Vignes. — Mlle ABRICOSSOFF. Etude de la transfusion du sang chez le nourrisson. — M. BOYER. Etude statistique et critique sur les hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur. — M. DEFOULOY. Etude de l'érysipèle du nouveau-né. — Mlle HUET. Etude de l'importance du traumatisme obstétrical comme facteur étiologique des encéphalopathies de l'enfance. — Mlle SCHIFRIN. Organisation, fonctionnement, statistique d'un dispensaire anti-syphilitique de maternité.

Samedi 9 juillet. — Jury : MM. Carnot, président ; Claude, Tanon, Chailley-Bert. — M. CADILLAC. Etude radiologique de l'invagination intestinale de l'adulte. — M. DUPEUX. Le régime cétogène dans l'épilepsie. Son application pratique. — M. AZUNKHAN. Géographie médicale de l'Ile-Maurice. — M. GAMARRA. La maladie de Carrion. — M. LAGARDE. Etude de la vaccinothérapie antimélotococcique par l'endopestéine d'abortus. — M. LÉVY. Etude de l'immunité antitypho-paratyphique conférée par la vaccination par voie buccale. — M. POPOWSKY. Etude des législations françaises qui pourraient intervenir à l'occasion d'un examen prénuptial. — M. VORMÈRE. Etude de la taxe française.

Jury : MM. Binet, président ; Lereboullet, Chabrol, Galliard. — M. DARNIS. Etude de la glycérine au cours de certaines affections chirurgicales et de leur traitement. — Mlle BOURDA. Origine congénitale du thorax en entonnoir par aplasie du plastron sterno-costal. — M. DETROIS. L'iode et le fluor dans les états hyperthyroïdiens. — M. GARNIER. Etude de la myosite assifiante progressive. — Mlle GIRARDEAU. Contrôle de l'hygiène dans des familles observées au dispensaire de l'école de puériculture. — M. MONTAGNE. Etude graphique de la respiration chez le nouveau-né, le nourrisson et le prématuré. — Mme RODZEVITCH-BOULGOKOFF. Etude du signe de Chvostek chez les grands enfants. — M. VANIER. Le cancer de l'estomac chez les opérés de B. E. pour abcès gastriques.

Lundi 4 juillet. (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Lemierre, président ; Lesbouyriès, Panisset, Vergé. — M. GENET. La paratyphose du porc. — M. MICHEL. La morve. — M. HANHART. La tuberculose bovine, moyens mis à la disposition du vétérinaire pour lutter contre cette maladie.

Jeudi 7 juillet (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Rathery, président ; Tanon, Dechambre, Moussu, Bresson. — M. JEANNIN. La race bovine du Cotentin, « morphologie et pathologie ». — M. CHAKIR. Le chien de Constantinople. Son utilisation comme chien de guerre et sanitaire dans l'armée turque.

Samedi 9 juillet (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Brindeau, président ; Maurice Villaret, Lesbouyriès, Robin. — M. DÉTREZ. Paraplégie anti-partum et de la maladie du chemin de fer. — M. STRADY. L'asthme chez les bovins.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 54. — MERCREDI 6 JUILLET 1932. 105e ANNEE. MERCREDI 6 JUILLET 1932. — N° 54.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Un concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'ouvrira le 14 novembre 1932 à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Meignant, reçu 1er au concours de médecin d'asiles de 1932, est nommé médecin du cadre des asiles publics d'aliénés et chargé provisoirement du service des enfants anormaux à l'hospice J.-B. Thiéry de Maxéville (Meurthe-et-Moselle).

FONDATION J.-A. SICARD. — La Commission de « La Fondation J.-A. Sicard » se réunira au mois de novembre 1932 en vue d'attribuer pour la première fois les arrérages de ladite Fondation, soit environ 20.000 fr.

Le but de cette Fondation est de favoriser et de diffuser les recherches médicales, soit par travail de laboratoire, cours, publication, soit par voyages d'études, séjour dans un laboratoire ou service déterminé en France et à l'étranger.

Les candidats devront adresser pour le 15 octobre dernier délai, au doyen de la Faculté, une demande établie sur papier timbré à 3 fr. 60. Ils devront indiquer, de la façon la plus précise, les recherches ou missions qu'ils poursuivent, en y joignant toutes les justifications et attestations nécessaires.

Il ne peut être désigné qu'un ou deux bénéficiaires.

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MÉDITERRANÉENNE (MARSEILLE, 20-25 septembre 1932) sous les auspices de la Faculté de médecine de Marseille. — *Bureau.* — Président du Congrès : M. E. Marchoux, de l'Académie de médecine, professeur à l'Institut Pasteur de Paris ; vice-présidents du Congrès : MM. Imbert, doyen de la Faculté de médecine de Marseille ; Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier ; Leblanc, doyen de la Faculté de médecine d'Alger ; secrétaire général : professeur H. Violle ; secrétaire général adjoint : docteur Ch. Broquet ; trésorier : docteur G. Baillière.

Inscriptions. — Les personnes qui désirent être inscrites comme membres du Congrès sont priées de s'adresser à M. le docteur Georges Baillière, trésorier du Congrès, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe). Tél. Danton 01-40.

Elles devront ajouter à leur demande d'inscription le montant de leur cotisation, soit 100 fr.

RÈGLEMENT CONCERNANT LES RAPPORTS ET COMMUNICATIONS. — *Rapports.* — Les rapports devront être remis dactylographiés, en double exemplaire, avant le 1er août 1932 et seront accompagnés d'un résumé pour la presse. Ils ne dépasseront pas 10 pages d'impression grand in-octavo. Les rapporteurs sont priés d'indiquer si leurs rapports seront accompagnés de projections ou de films cinématographiques.

Communications. — Les communications qui seront remises dactylographiées, en double exemplaire, avant le 1er août seront imprimées et distribuées aux membres du Congrès. Elles ne pourront pas dépasser 5 pages d'impression. Les auteurs sont priés de joindre un résumé de 10 à 15 lignes pour la presse et d'indiquer si leurs communications seront accompagnées de projections ou de films cinématographiques.

Avis important. — Toute communication non remise avant la clôture du Congrès ne sera pas imprimée car le désir

instant du bureau est de distribuer les comptes rendus dans le plus bref délai possible après l'issue du Congrès.

PROGRAMME. — Mardi 20 septembre : matin, 9 h. Séance solennelle d'ouverture au grand théâtre, en présence de M. le Président de la République. Premier rapport : *La spirochétose espagnole*, par M. Sadi de Buen. Discussion. Communications : spirochétoses; — après-midi, 2 h. Communications : démographie, mouvements de la population, émigration, immigration.

Mercredi 21 septembre : matin, 9 h. Deuxième rapport : *La fièvre ondulante*, par M. Burnet. Discussion. Communications : mélitococcies ; — après-midi, 2 h. Communications : météorologie, climatisme, urbanisme, génie sanitaire, hygiène du rivage le long des mers sans marée, questions connexes d'hydrologie et de géologie.

Jeudi 22 septembre : matin, 9 h. Troisième rapport : *La dengue*, par M. Blanc. Discussion. Communications : fièvre à pappataci, fièvre jaune ; — après-midi, 2 h. Communications : leishmanioses, paludisme, bilharziose, fièvre typhoïde, variole.

Vendredi 23 septembre : matin, 9 h. Quatrième rapport : *Des procédés modernes de dératisation des navires*, par M. Lutrario. Discussion. Communications : lutte contre les rongeurs, rats, puces, peste ; — après-midi, 2 h. Communications : trachome, lèpre, tuberculose, maladies vénériennes. Après la séance, au cours de la visite des ports, il sera fait une démonstration pratique de dératisation d'un navire.

Samedi 24 septembre : matin, 9 h. Cinquième rapport : *La fièvre exanthématique méditerranéenne*, par M. Olmer. Discussion. Communications : fièvres exanthématiques, typhus exanthématique ; — après-midi, 2 h. Communications : prophylaxie publique et privée des maladies infectieuses les plus communes dans le bassin méditerranéen ; ententes internationales. — Résolutions.

Nota. — Pendant la durée du Congrès, les services des hôpitaux et différents services d'hygiène seront ouverts tous les matins aux membres du Congrès.

Pour les réceptions, excursions, facilités de transport et pour tout ce qui concerne leur voyage (billets de chemins de fer, réductions, hôtels, excursions), les membres du Congrès trouveront tous renseignements complémentaires auprès de l'agence des voyages pratiques Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris. Pour tous autres renseignements, s'adresser à Marseille, au secrétariat du Congrès, Faculté de médecine, palais du Pharo, tél. Dragon, 11-83 ; à Paris, au docteur Ch. Broquet, 195, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe). Tél. Littré, 86-10.

LIVRES NOUVEAUX

L'anesthésie pathologique de la cornée (1), par L. CERISE et L. THUREL.

Les « travaux de liaison » deviennent à notre époque d'autant plus nécessaires que les spécialités tendent davantage à s'individualiser et que les conditions d'exercice de la profession tendent à pousser les futurs praticiens vers une spécialisation précoce ou même prématurée.

La courte étude consacrée à l'anesthésie pathologique de la cornée représente en sa brièveté la condensation de travaux faits en tous pays, comme en témoigne une bibliographie exhaustive de plus de 400 numéros et est le fruit de la collaboration d'un neurologiste et d'un ophtalmologiste.

(1) Tours, Arrault et Cie.

Ce syndrome peut en effet témoigner de l'existence de lésions du système nerveux central autant que de lésions purement oculaires ; c'est parfois le signe le plus précoce de lésions du trijumeau ; l'existence en acquiert au cas de lésions des centres une valeur localisatrice de première importance.

C'est dire son intérêt diagnostique ; l'intérêt pronostique n'en est pas moindre, en raison de la gravité des lésions dont il témoigne ; son intérêt pathogénique est aussi de premier plan au point de vue pratique ; l'importance dans sa genèse des troubles du grand sympathique pouvant être la clef de l'orientation thérapeutique. L. B.

Thérapeutique médicale t. III. *Foie, Glandes endocrines et Nutrition* (1), par Maurice LŒPER, professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital de la Pitié. Avec la collaboration du docteur André LEMAIRE, chef de Laboratoire à la Faculté.

Après divers examens qui doivent être appliqués à chaque cas et toujours dans le même ordre, le médecin est armé pour instituer un régime ou prescrire une thérapeutique. Il en trouvera tous les éléments dans ce livre.

Les maladies de la nutrition s'appuient sur un trépied physio-pathologique : le foie, les glandes endocrines, le rein.

Le professeur Lœper traite donc d'abord du foie, glande sanguine et glande biliaire, et y rattache la goutte et l'oxalémie, qui dépendent en grande partie de son insuffisance.

Il étudie le pancréas, dont l'insuffisance endocrinienne est responsable du diabète ; les surrénales, dont l'hypofonctionnement fait l'hypotension et la maladie d'Addison ; le corps thyroïde, dont l'hyper, le dys ou l'hypofonctionnement représentent le myxœdème, le thyroïdisme et la maladie de Basedow ; les glandes génitales enfin, qui sont souvent, avec le thyroïde, à l'origine du rhumatisme chronique et de l'obésité.

Il parle du milieu intérieur, des troubles du métabolisme calcaire, où interviennent les vitines et les parathyroïdes.

Enfin, il dit ce que l'élimination rénale peut apporter d'utile à l'organisme, en évitant l'encombrement et en éliminant les déchets. L. G.

(1) Un volume de 372 pages avec 55 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

RENSEIGNEMENTS

ÉTUDIANT EN MÉDECINE ayant terminé scolarité, ou docteur, est demandé pour poste d'interne asile de Cadillac-sur-Garonne (Gironde).

LES RÉACTIONS D'IMMUNITÉ DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Par R. MASSIÈRE.

Licencié ès sciences, Médecin des hôpitaux de Bordeaux.

Nous possédons pour un certain nombre de maladies infectieuses des signes certains d'immunité.

Le type de ces tests biologiques d'état réfractaire est la réaction de Schick permettant de distinguer les sujets qui, ayant eu la diphtérie, sont immunisés.

Dans les revaccinations contre la variole la réaction hyperergique vis-à-vis du virus vaccinal prouve l'inaptitude à contracter la maladie.

La scarlatine est une maladie immunisante ; le sérum des scarlatineux convalescents possède le pouvoir d'éteindre l'exanthème des malades au point où a lieu l'injection. C'est la réaction de Schultz et Charlton, signe d'immunité.

Ayant eu la possibilité d'étudier une série de malades atteints de dothiénentérie et dont l'un fit quatre rechutes, nous avons recherché quel était l'état de nos connaissances sur l'immunité dans la fièvre typhoïde, et s'il était possible d'affirmer la guérison d'un malade ou au contraire la probabilité d'une rechute.

Dans cet exposé des réactions d'immunité chez les typhiques nous écarterons tout ce qui a trait aux anticorps : opsolysines, bactériolysines, agglutinines ; l'apparition de ces anticorps malgré leur spécificité n'étant pas une preuve d'immunité, mais un témoignage de la lutte et des réactions de l'organisme pour la conquérir : le sérodiagnostic par exemple est positif bien avant la guérison.

Les signes cliniques classiques de l'entrée dans la période de convalescence sont décrits partout, ce sont: la chute de la température avec hypothermie, la crise urinaire et la bradycardie. Ces signes sont très inconstants. Plusieurs de nos malades ont guéri d'une façon définitive sans présenter aucun de ces symptômes ; par contre, la malade à quadruple rechute a eu de l'hypothermie, une crise urinaire et de la bradycardie à l'issue de la première phase de sa maladie, et ces signes n'annoncèrent pourtant pas sa guérison.

L'absence du stade amphibole a été considérée comme une probabilité de rechute et son apparition comme un signe précurseur de la convalescence.

Dans deux de nos observations cet aspect particulier du tracé thermique fit défaut et les malades n'en guérirent pas moins de façon définitive et sans rechute.

Ces divers signes cliniques ne sont donc ni nécessaires ni suffisants pour établir qu'un typhique a constitué son immunité. La clinique ne donne que des signes de présomption mais non de certitude. Possédons-nous des preuves biologiques de guérison dans la fièvre typhoïde ?

Les recherches ont tout d'abord porté sur les variations de l'équilibre leucocytaire. D'après Stienon, Chantemesse et Courmont, au moment de la défervescence les mononucléaires et les lymphocytes augmentent et peuvent atteindre 50 pour cent des leucocytes totaux et l'apparition des éosinophiles annoncerait le début de la convalescence.

Ici encore les variations semblent nombreuses.

Dans une de nos observations le pourcentage des éosinophiles était de 4 0/0 au moment de la convalescence qui se poursuivit normalement, et chez une autre de nos malades l'apparition d'un taux d'éosinophiles de 10 0/0 n'empêcha pas deux rechutes.

Les éosinophiles ne peuvent donc pas être considérés comme étant dans tous les cas des cellules d'immunité. De nombreux auteurs ont recherché si l'organisme des typhiques réagissait aux bacilles typhiques et à leurs toxines comme les sujets sains et s'il existait des réactions différentes chez les malades et chez les convalescents.

Chantemesse le premier démontra que l'instillation de toxine typhique au niveau de la conjonctive déterminait une rougeur fugace chez les sujets sains et une réaction intense et prolongée chez les typhiques et les convalescents.

Floyd et Backe, Austian substituèrent à la toxine peu stable un autolysat de bacilles et obtinrent une ophtalmo-réaction presque constamment positive dans la fièvre typhoïde en évolution et le plus souvent négative au moment de la convalescence. L'ophtalmo-réaction ainsi pratiquée apparaît donc comme ayant une grande valeur de test d'immunité. Malheureusement elle présente le grave inconvénient de déterminer souvent des lésions indélébiles de la cornée.

Gay et Force s'adressèrent à la cuti-réaction, mais les résultats obtenus avec les microbes et les filtrats de culture furent très inconstants.

Chauffard et Troisier étudièrent les premiers l'intra-dermo-réaction et montrèrent que l'introduction dans la peau de bacilles tués ou de toxines détermine une réaction beaucoup plus accusée chez les sujets atteints de dothiénentérie que chez les sujets sains. Gay et Force, Stevens, Lamb utilisèrent une typhoïdine préparée d'une manière analogue à la tuberculine.

Glouckoff en 1926 se servit d'une endotoxine préparée par lyse sodique des bacilles typhiques. D'après Rivalier, Reilly, Cambessèdes et Delalande, les résultats peuvent être résumés de la façon suivante :

1° Les malades atteints de dothiénentérie en évolution présentent après inoculation intra-dermique d'antigène typhique une réaction positive dans 92 pour cent des cas. Cette épreuve est négative au cours des typhoïdes graves.

2° Chez les convalescents, et c'est le point qui nous intéresse, la réaction demeure positive ou disparaît. Ainsi donc une intra-dermo-réaction qui, après une période où elle était positive, devient négative, indique que l'état réfractaire s'est établi.

Récemment Arloing, Dufour et Le Bourdellès se sont livrés à de nouvelles recherches en utilisant un filtrat de culture en bouillon.

Ils montrèrent que l'intra-dermo-réaction positive chez les sujets neufs et au cours de la maladie est négative chez les convalescents de fièvre typhoïde. Pour ces auteurs il s'agirait d'une réaction d'immunité comparable à la réaction de Schick. Rivalier, Reilly, Cambessèdes, Delalande ont préparé suivant les procédés de Ramon pour les anatoxines un antigène contenant des protéines et des globulines typhiques

formolées. Les intra-dermo-réactions ainsi pratiquées eurent le même résultat chez les malades et chez les convalescents. Elles ne peuvent donc être utilisées comme test d'immunité.

Nous avons essayé d'étudier les réactions déterminées par de très faibles doses de lipo-vaccin, 1/10e de centimètre cube en injection profonde chez les typhiques et chez les convalescents.

Nos résultats ont été inconstants ; il semble cependant qu'à la période d'évolution les injections sont le plus souvent suivies d'une réaction thermique et que plusieurs injections négatives peuvent être considérées comme un signe de guérison.

La fièvre typhoïde possède une propriété biologique très remarquable ; allergisante vis-à-vis de son propre microbe, elle est anallergisante pour les autres antigènes. C'est ainsi que la cuti-réaction à la tuberculine s'éteint chez les typhiques, ils deviennent anergiques.

D'après Hortopan l'anergie tuberculinique serait décelable chez les typhiques dans cent pour cent des cas. Elle s'établirait de façon précoce pour ne disparaître qu'à la convalescence où l'on voit reparaître la réaction allergique normale exprimée par une cuti-réaction qui redevient positive.

Nous avons systématiquement utilisé cette réaction comme test de guérison chez nos typhiques en pratiquant des cuti-réactions à la tuberculine au début de la maladie, pendant la période d'état et au cours de la défervescence.

Voici les résultats que nous avons obtenus :

Dans les formes où les signes cliniques de l'entrée en convalescence sont nets, c'est-à-dire lorsqu'on observe de l'hypothermie, de la bradycardie et de la polyurie, si la cuti-réaction est franchement positive la défervescence est définitive (tracé 1).

Dans les formes où la température ne tombe pas au-dessous de la normale et où la bradycardie et la polyurie ne sont pas nettement marquées, si la cuti-réaction devient franchement positive on peut affirmer la guérison ; aucune rechute n'est à craindre.

Dans les cas où il existe tous les signes cliniques de l'entrée en convalescence, si la cuti-réaction reste négative le malade n'est pas guéri, une rechute va se produire (tracé 2).

Parfois la cuti-réaction est faiblement positive, puis redevient négative, ici encore on peut annoncer la rechute.

Une de nos malades fit quatre rechutes et la cuti-réaction positive coïncida avec sa guérison définitive.

Ainsi donc si malgré la terminaison clinique le processus typhoïdique persiste, la cuti-réaction reste négative. Lorsque la cuti-réaction redevient positive on peut en conclure qu'il n'existe plus aucun foyer virulent attardé et que, par suite, les rechutes deviennent impossibles.

Les résultats que nous avons obtenus ont toujours démontré un parallélisme absolu entre la cuti-réaction positive à la tuberculine et la guérison définitive de nos malades.

Cette réaction est toujours très facile à rechercher, elle est indolore et absolument inoffensive, elle est extrêmement pratique.

Nous considérons que la réapparition de l'allergie tuberculinique est une réaction d'immunité très précise dans la fièvre typhoïde.

Depuis les travaux fondamentaux de Metchnikoff et Bordet on connaît assez bien les facteurs endogènes qui sont les témoins de l'orientation de l'organisme vers l'état d'immunité. Ce sont tous les éléments qui sont produits par l'organisme infecté : phagocytose et anticorps spécifiques.

Actuellement le problème de l'immunité s'est encore compliqué par l'étude de l'immunité exogène qui provient de facteurs étrangers à l'organisme.

Il s'agit de l'immunité déterminée par le principe bactériophage de d'Hérelle.

D'Hérelle et Hauduroy ont particulièrement étudié l'action du bactériophage dans l'immunité de la fièvre typhoïde.

La technique de ces recherches a été la suivante :

Chaque jour on prélève des selles du malade, on les met à l'étuve dans du bouillon ; on filtre la culture obtenue et on recherche si elle contient du bactériophage actif, c'est-à-dire susceptible de lyser le microbe du malade isolé par un procédé quelconque, hémoculture ou coproculture. Pendant toute la période d'état on ne trouve pas de bactériophage actif, au contraire au moment de la défervescence on constate l'apparition d'un bactériophage dont le pouvoir lytique s'accroît pour devenir finalement considérable lorsque le malade est entièrement guéri. Si le malade doit succomber ou si des rechutes vont se produire on observe l'absence ou la très faible activité du bactériophage.

Ainsi, le passage par un maximum du pouvoir lytique du bactériophage correspond à l'établissement de l'état d'immunité.

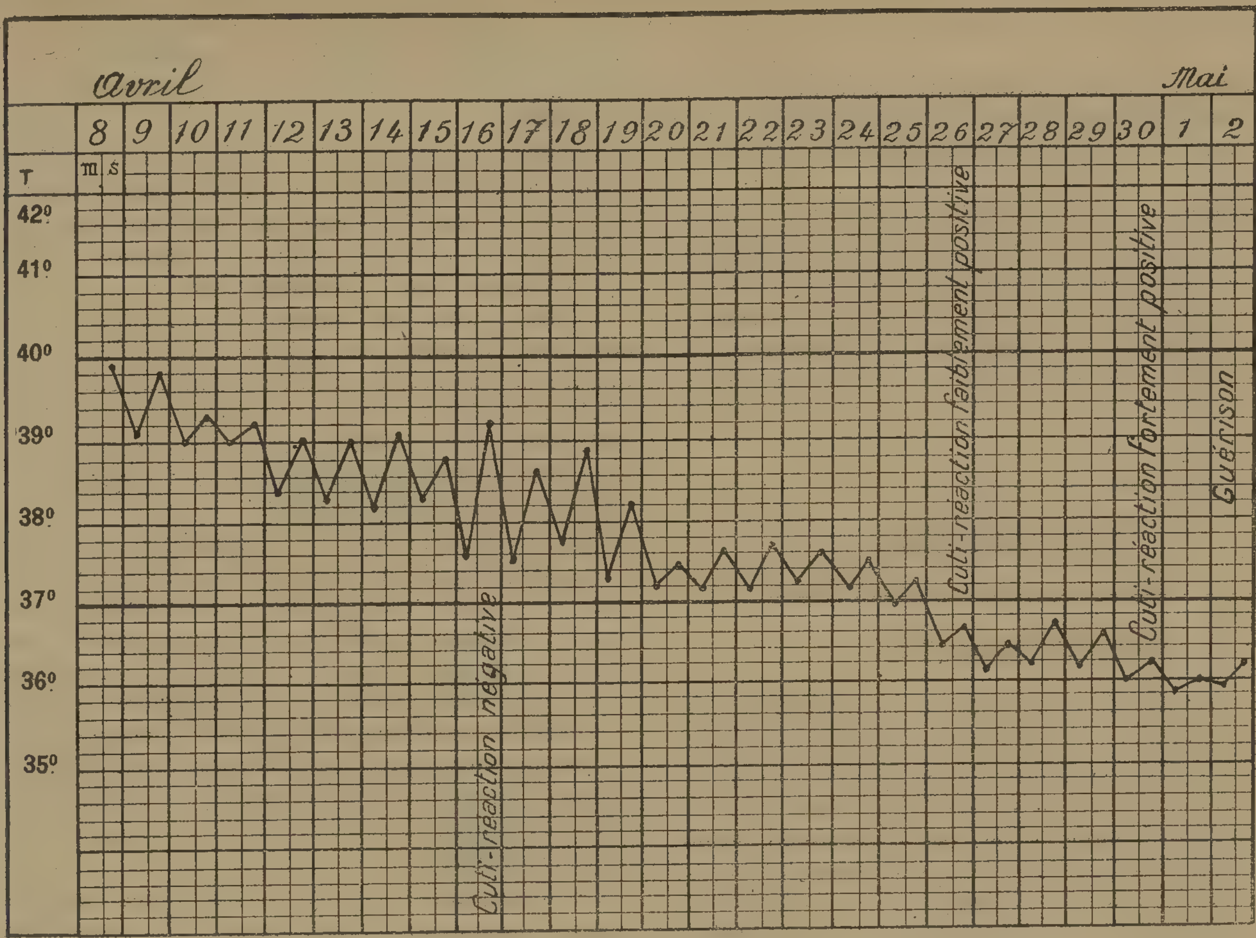
Un autre aspect très curieux de la réaction d'immunité déterminée par le bactériophage dans la fièvre typhoïde est l'existence dans certains cas d'hémocultures qui ne sont que passagèrement positives. Ce phénomène a été décrit par Hauduroy. Son interprétation est la suivante : au moment où on a prélevé le sang du malade on a pris bacille typhique et un bactériophage très actif qui a rapidement raison du premier sans toutefois s'opposer à sa multiplication dans un premier temps. Ce milieu de culture se trouble tout d'abord par suite du dévelopement du bacille d'Eberth puis s'éclaircit très vite, le bacille typhique étant détruit par le bactériophage.

Dans tous ces cas d'hémocultures passagèrement positives, la convalescence s'établit rapidement ; le phénomène marque que l'état réfractaire est obtenu.

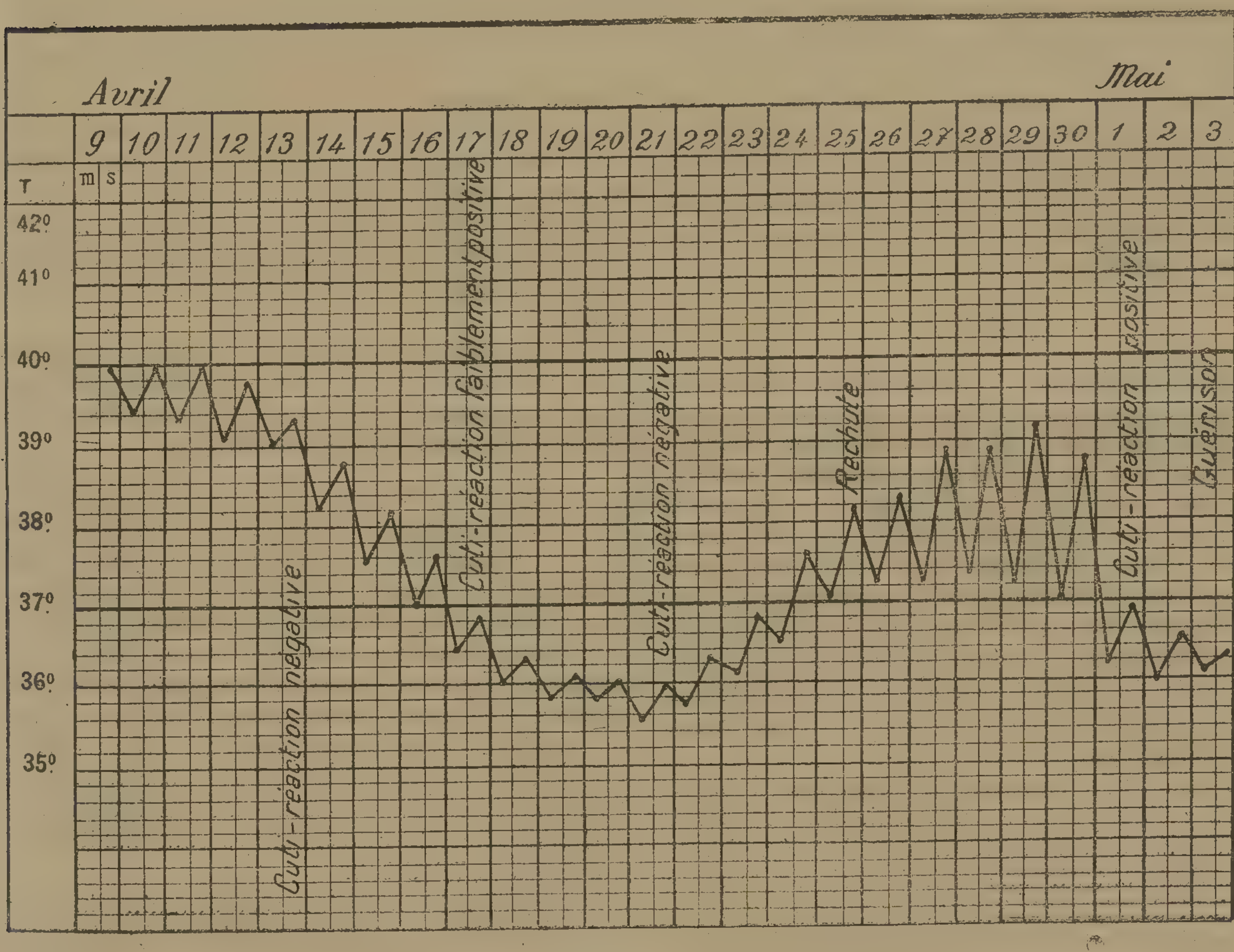
Ainsi donc, chez les typhiques, la mise en évidence d'un bactériophage à fort pouvoir lytique ou d'hémoculture passagèrement positive peut être considérée comme des réactions d'immunité.

Enfin, l'immunisation de l'organisme n'est pas seulement caractérisée par des réactions biologiques, mais elle se traduit aussi par des variations de certaines propriétés physiques du milieu intérieur.

Les recherches sur ce point sont encore à leur début. Nous signalons celles de Lecomte du Noüy qui a montré que l'immunisation s'accompagne d'une



TRACÉ 1.



TRACÉ 2.

diminution très marquée de la tension superficielle du sérum.

Tel nous paraît être l'état actuel de la question sur les réactions d'immunité dans la fièvre typhoïde, leurs valeurs sont inégales, mais elles sont des preuves de guérison.

Ce problème ne présente pas seulement un intérêt théorique au point de vue de la pathologie générale, mais il est de plus essentiellement d'ordre pratique, car de sa solution dépend la reprise de l'alimentation chez le typhique ; actuellement dans la plupart des cas, elle ne se détermine qu'à l'estime, presque au hasard, et sans avoir de preuve que la guérison est définitive.

ACTUALITÉS

SANG ET RADIATIONS

C'est l'acception la plus large qu'il convient de donner ici au mot de radiations ; les rayons X sont, bien entendu, au premier plan, suivis de près par le radium et d'autres corps radioactifs d'un emploi devenu courant. Ce sont, dans ce cas, les médecins et le personnel qui les assiste qui sont les plus exposés, les malades, sauf certaines circonstances particulières, étant peu touchés. Mais l'importance même qu'ont pris en médecine les corps radioactifs a fait naître une industrie particulière et l'on ne peut plus désormais négliger les risques que court, en préparant ou employant ces substances, le personnel ouvrier de certaines usines et un certain nombre d'ingénieurs et de chimistes dans les laboratoires de recherche ou d'essai qui sont le complément nécessaire de la fabrication. Le domaine médical est ici dépassé. Il est de plus quelques cas où les produits de transformation spontanée du corps originel, jusques et y compris l'émanation, sont l'agent nocif.

*
* *

Faits expérimentaux. — Depuis de nombreuses années déjà les expérimentateurs avaient tourné leur attention sur les effets des rayons X et autres sur le sang et les tissus qui lui sont apparentés. En 1903, Heineke avait étudié le tissu lymphoïde et la moelle osseuse ; en 1904 Milchner et Mosse, en 1906 Krause et Ziegler le tissu hématopoiétique et la série granuleuse. En 1924 Lacassagne et Lavedan concluaient dans le même sens que leurs devanciers : les hématies sont radiorésistantes à moins de doses fortes et prolongées lésant la moelle osseuse et provoquant une maturation anticipée des normoblastes et la migration des leucocytes.

Après une brève leucocytose, les rayons X provoquent chez l'animal une leucopénie intense dès le troisième jour, tandis que le nombre des hématies varie peu. Pour obtenir une anémie sérieuse Aubertin et Beaujard devaient répéter les irradiations et forcer les doses afin d'entraver la régénération médullaire.

Dans certains états physiologiques cependant l'action était plus aisément décelable ; chez le fœtus les organes hématopoiétiques plus fragiles rendaient possible à plus bref délai une aplasie médullaire presque complète.

Les effets stimulants parfois observés pour des doses faibles peuvent être dus, soit à la simple maturation accélérée des normoblastes, soit indirectement à l'excitation par les rayons X d'autres organes jouant un rôle adjuvant dans l'hématopoïèse.

La diminution du nombre des hématies n'est peut-être dans certains cas qu'un effet indirect, conséquence de l'aplasie de la moelle qui est, elle, sensible. L'hémosidérémie ne prouverait pas dans ce cas une destruction des globules, mais un trouble dans les fonctions du tissu réticulo-endothélial qui intervient dans le métabolisme du fer.

C'est vers 1908 que l'on commence à étudier les effets sur le sang des corps radio-actifs (Aubertin, Delamare). Comme avec les rayons X on voit les globules rouges diminuer de nombre, de moitié parfois. Mais la qualité et puissance des effets trahissent l'influence du mode d'administration du rayonnement. La simple exposition se montre naturellement beaucoup moins active que les injections (Bromure de Radium, Thorium X, Polonium). L'inhalation de l'émanation du Thorium donne aussi des effets reconnaissables (Cluzet et Chevallier).

Les doses actives minimums de toutes ces substances provoquent de la polyglobulie ; les doses fortes au contraire engendrent de l'anémie, parfois avec hyperchromie, une leucopénie intense par diminution des polynucléaires neutrophiles. Dans tous ces cas intervient l'insuffisance médullaire provoquée.

Faits cliniques. — Nous les passerons brièvement en revue. Les notions actuellement acquises sont les unes du domaine physiologique : ce sont les lésions sanguines superficielles *latentes* telles qu'on les voit chez des radiologistes apparemment sains ou chez des malades soumis aux irradiations thérapeutiques, que l'on fasse agir les rayons X ou des substances radioactives.

De ces faits physiologiques part une série progressive susceptible de rejoindre le groupe des lésions graves en grande majorité professionnelles, celles-là, sangs anémiques, sangs leucémiques.

Le sang du radiologiste apparemment sain. — Il est de grosses différences individuelles. Cependant le type le plus fréquent de beaucoup est une leucopénie habituellement modérée, mais susceptible dans des cas exceptionnels de ramener les globules blancs à un taux moitié moindre que la normale. Elle porte surtout sur les polynucléaires neutrophiles. Elle peut apparaître très précocement puisque un ou deux mois en ambiance radiologique peuvent suffire ; mais elle est permanente et durable ; les leucocytoses d'infections intercurrentes ne paraissent pas influencées par l'état sanguin. Les éosinophiles sont habituellement augmentés : 7 à 8 0/0.

A noter l'existence d'un type sanguin plus rare où les polynucléaires sont en nombre normal ou même exagéré.

On rencontre aussi fréquemment de la lymphocytose au moins relative ; le taux des mononucléaires subit une augmentation absolue (Von Jagic, Schwartz, Siebenrock). Aucune forme leucocytaire anormale.

Les globules rouges sont habituellement peu touchés, qu'il s'agisse de leur nombre, de la teneur en hémoglobine ou de la résistance globulaire. Lavedan a cependant noté dans quelques cas de la polyglobulie par excitation. Rien d'anormal quant aux plaquettes ; parfois présence de quelques réticulocytes 4 à 24 0/0 au lieu de 1 0/0.

Ces modifications témoignent d'une certaine excitation chronique de la moelle osseuse. Les modifications sanguines peuvent s'exagérer, ou au contraire s'atténuer avec une extrême lenteur du reste. Mais elles ne s'accompagnent d'aucun signe fonctionnel ni général et ne paraissent en rien en rapports avec les lésions cutanées ; elles ne fournissent non plus aucun indice quant à l'évolution ultérieure.

Modifications sanguines au cours de la rœntgenthérapie. — Les variations sont ici également très grandes avec les individus, l'état antérieur de leur sang, l'intensité de l'irradiation.

Au cas d'irradiation peu intense, mais prolongée, Mouquin a constaté la diminution du nombre des hématies atteignant d'emblée son maximum et disparaissant après 24 heures ; d'autres fois cette chute est graduelle et demande 48 heures environ. Bock a observé une réduction des hématies à 30 0/0 du taux normal.

Les doses moyennes telles qu'on les pratique pour une castration ou un Basedow seraient au contraire excitantes et augmenteraient nombre d'hématies et teneur en hémoglobine.

Les irradiations massives de la thérapeutique anticancéreuse produisent, comme l'ont vu Schrumpf-Pierron et Minouflet, un abaissement habituellement modéré du nombre des hématies, suivi en général en une semaine du retour à la normale ou même d'une brève période d'hyperglobulie.

Le taux de l'hémoglobine augmente. Mais lorsqu'on doit renouveler les irradiations contre un cancer réfractaire, la chute du taux des hématies est profonde et son relèvement seulement éphémère.

L'état antérieur des organes hématopoiétiques compterait beaucoup plus pour Lambin que l'action même des rayons.

Les effets des substances radioactives. — Il y a ici de grandes différences selon la façon dont les substances sont employées. Tantôt c'est le rayonnement venu de l'extérieur qui agit sur l'organisme et dont les effets sont limités comme intensité et durée d'action ; d'autres fois il y a pénétration dans l'organisme des substances employées ou de dérivés comme l'émanation ; il est difficile dans ce cas de limiter les conséquences possibles.

Les victimes des rayonnements sont dans le premier cas des médecins ou des malades ; dans le second il peut également s'agir de malades ayant reçu des injections ou pratiqué des inhalations des produits dangereux, mais il peut s'agir également de personnel d'industrie (peintures radioactives par exemple) qui, par manque de précautions, ingère, parfois per os, des substances nuisibles.

Lorsqu'il s'agit de simple exposition au rayonnement les troubles sont en général limités et assez analogues à ce que donnent les rayons X : variations en un sens ou l'autre du taux des hématies suivant l'efficacité des mesures de protection, réaction réticulocytaire, exceptionnellement anémie mortelle.

Lorsque les substances radioactives ont pénétré dans l'organisme même, par injection par exemple (Thorium X), les faibles doses donnent une leucopénie franche, mais temporaire, et sans retentissement sur les globules rouges ; les fortes doses peuvent au contraire provoquer une anémie durable se compliquant même parfois durant plusieurs jours de phénomènes hémorragiques. L'état hématologique a sans doute ici son importance, mais les doses et surtout la répétition des injections sont le facteur principal.

***

Les Anémies. — A ces lésions relativement bénignes s'opposent des accidents plus graves observés pour la première fois en 1914 et comparables à ce qu'avait auparavant permis de produire l'expérimentation ; des cas assez nombreux en ont été observés depuis cette époque dans des milieux médicaux ou industriels. Le rapport de Lambin au Congrès de physiothérapie de 1930 en dénombrait 27 sans vouloir arrêter la liste.

Ces accidents sont heureusement d'une rareté relative et provoqués plus souvent, semble-t-il, par les corps radioactifs que par les rayons X (22 cas contre 5). Les fautes de technique et les insuffisances de protection jouent ici leur rôle habituel, de même la durée d'action des substances actives. Dans l'industrie, qui a fourni les cas les plus nombreux, de tels accidents apparaissent après 3 ans au moins, mais jusqu'après 18 ans de travail insalubre. Comme accidents d'origine médicale on les a vus survenir du fait de traitements dirigés contre des affections non anémiantes par elles-mêmes (traitement du rhumatisme par le Thorium X par exemple), mais sans qu'il soit possible, au contraire, de nier l'importance des susceptibilités individuelles.

Il existe une sorte de période d'incubation très progressive sans signes cliniques et sans syndrome hématologique encore bien défini. C'est par hasard dans certains cas qu'on découvre les phénomènes en évolution.

Assez rapidement apparaissent une fatigue inusitée, de la céphalée, des bourdonnements d'oreille, des tendances syncopales, un peu de dyspnée et surtout une pâleur rapidement intense. A ce moment le taux des hématies fléchit brusquement et profondément. Les signes de la période d'état sont ceux de toute anémie : pâleur de la peau et des muqueuses, asthénie profonde, dyspnée d'effort, douleurs dans les membres, souffles cardiaques et jugulaires, amaigrissement mais peu d'œdèmes. Aucune anomalie du foie, de la rate, de l'appareil digestif ni du système nerveux, ni de la sécrétion urinaire. Pas d'hémorragies, pas de fièvre sauf infection surajoutée.

La numération des hématies en montre 2.000.000 au plus par mmc. et parfois moins. La valeur globulaire demeure normale et vers la fin seulement fléchit à son tour. Les anomalies globulaires sont des raretés sauf à la période terminale.

Parallèlement on constate une leucopénie rapidement progressive : 2 à 3.000 éléments par mmc. L'hypopolynucléose est très nette dans tous les cas et rapidement progressive : 30 0/0, 20 0/0 et même moins avant la mort. Il n'y a d'exception que dans quelques cas où le Thorium X est en cause. Absence d'éosinophiles presque toujours. Lambin signale par contre une lymphocytose parfois importante.

La mononucléose est inconstante, mais a pu atteindre dans certains cas le taux de 18 0/0. On trouve aussi en circulation des histiocytes, quelques plasmocytes, quelques cellules de Türck, quelques rares myélocytes. Pour Aubertin les myéloblastes sont absents le plus souvent, pour Lambin on peut les voir apparaître parallèlement à des poussées érythroblastiques.

Le taux des plaquettes est diminué et tombe au-dessous de 100.000, de 50.000 même ; l'irrétractibilité du caillot ne se constate guère que lorsqu'il existe des phénomènes hémorragiques.

Le temps de coagulation est normal, le temps de saignement parfois très prolongé ; la cholémie normale.

Bref on trouve des signes d'anémie aplastique avec cependant quelques signes de réaction médullaire, mais toujours anormale, insuffisante et inconstante. La fonction formatrice des séries hématique et myéloïde est profondément amoindrie.

L'évolution, plus rapide encore que dans l'anémie aplastique est en moyenne de 2 à 3 mois, mais tombe parfois à 1 mois (Knud Faber) ; elle ne dépasse jamais 1 an. La mort survient par faiblesse progressive dans le coma ou avec conservation de la lucidité ; parfois avec de la fièvre et des hémorragies ou du fait d'une bronchopneumonie intercurrente. Transfusion et opothérapie hépatique semblent de peu ou pas d'effet.

L'examen anatomopathologique montre des lésions assez étroitement cantonnées. La rate brunâtre et atrophiée est scléreuse et en état d'atrophie folliculaire avec hémosidérose ; lésions comparables à celles qu'on provoque chez l'animal. Le foie montre de la surcharge ferrique dans les cellules de Kupffer, de la surcharge graisseuse et de la fibrose périportale. Au niveau du squelette de la raréfaction osseuse. Les ganglions ont un parenchyme atrophié.

La moelle osseuse peut être rouge hypoplasique peu abondante, riche en cellules mégaloblastiques et pauvre en tissu adipeux comme l'a vue Martland. Elle peut au contraire présenter les caractères notés par Wegelin : moelle graisseuse sauf au niveau des côtes et du rachis où sa conservation est bonne. Nombreux normo et mégaloblastes ; peu de myélocytes et de formes granuleuses ; surcharge pigmentaire des cellules réticulaires.

Dans tous les cas où les testicules ont été examinés ils ont été trouvés atrophiés.

Bien que l'apparence clinique soit assez semblable à elle-même dans tous les cas il faut reconnaître une certaine individualité aux accidents observés chez des ouvrières en cadrans lumineux qui portent souvent à leurs lèvres les doigts ou des pinceaux souillés de peinture nocive. Il existe dans ces cas des signes d'accumulation et le début clinique peut être postérieur même de plusieurs mois à la cessation du travail. On observe la chute des dents, parfois de la nécrose des maxillaires (Martland), des ulcérations buccales et pharyngées avec infection fusospirillaire surajoutée, de la parotidite. Puis apparaissent des signes d'anémie auxquels s'ajoutent bientôt des hémorragies et de la fièvre (V. Sochocky-Martland) rares dans les formes d'anémie dues à d'autres rayonnements. L'évolution se précipite alors. Il se produit dans ces cas des accumulations localisées à certains organes (os, moelle, rate, foie surtout) de produits radioactifs en nature ou en désintégration.

Il ne semble pas que tous ces types anémiques répondent absolument à l'anémie pernicieuse cryptogénétique ordinaire ; l'hémosidérémie semble en effet témoigner d'un trouble fonctionnel du tissu réticulo-endothélial. Il y a insuffisance de la rate et aussi mais non toujours de la moelle osseuse qui peut être hyperplasiée.

***

Les Leucémies. — Ce sont là des accidents bien moins fréquemment constatés que les anémies bien que les premières descriptions remontent à 1911. Il ne semble pas cependant que l'on doive avec von Jagic, Schwartz et Siebenrock et plus récemment Lambin considérer les cas jusqu'ici décrits comme les résultats d'une simple coïncidence.

Il est de fait, comme le relève Aubertin, que de telles leucémies sont à peu près 5 fois plus fréquentes chez les médecins radiologistes que chez leurs confrères non spécialisés. Ici encore on ne trouve aucune fréquence plus élevée chez les radiologistes dont les téguments sont atteints. Le tissu lymphoïde montre ici également son indifférence et le tissu myéloïde son excitabilité.

Il s'agit en effet cliniquement de leucémies myéloïdes, bien caractérisées cliniquement et hématologiquement, avec un parallélisme très net entre l'importance des lésions sanguines et celles de la splénomégalie, l'anémie est modérée avec présence d'hématies nucléées et les douleurs osseuses atteignent parfois une intensité particulière, soulagées seulement, mais non toujours par la radiothérapie splénique et non par d'autres irradiations locales.

La radiothérapie n'a comme dans toutes les leucémies qu'une valeur curative temporaire faisant diminuer la splénomégalie et le nombre des myélocytes et améliorant les signes généraux. Mais le répit obtenu est beaucoup plus court que dans les autres leucémies; la radiorésistance s'installe très tôt.

On ignore à peu près tout de la période prodromique et du rapport de ces leucémies avec les réactions leucocytaires bénignes que nous avons décrites. Il est probable que les irradiations faibles mais longtemps répétées sont ici en cause, tout comme dans les faits expérimentaux. La cessation très tôt réalisée de l'action des rayons ne suffit pas toujours à annihiler les faits de l'excitation tissulaire déclenchée.

Quoi qu'il en puisse être de notre actuelle ignorance, il n'en reste pas moins que les mesures préventives sont les plus importantes. Installations de protection d'abord, et les installations réalisées à Paris dans ces temps derniers représentent actuellement un optimum qu'on doit chercher à approcher au plus près dans les installations privées qui ne sauraient naturellement les égaler. Examens hématologiques réguliers de toute personne habituellement exposée aux rayons afin de reconnaître le plus tôt qu'il se pourra les déviations hématologiques et suspendre lorsqu'il se peut l'action du rayonnement.

Les mesures préventives sont malheureusement à peu près inexistantes lorsque l'organisme a constitué des dépôts de substances radioactives dont l'élimination ne se fait qu'avec une lenteur extrême.

On a pensé hâter les éliminations au moyen d'un entraînement calcique provoqué par l'opothérapie parathyroïdienne. Les essais n'ont rien donné, mais l'idée est ingénieuse et mérite d'être creusée.

L'anémie établie on devra pratiquer des transfusions à la fois pour leur effet de remplacement et leur action stimulante sur l'hématopoièse ; elles peuvent, à condition de répétitions suffisantes, rendre des services. On n'hésitera pas à leur associer les injections intramusculaires ou sous-cutanées du propre sang du malade, la sérothérapie hémopoiétique, l'opothérapie splénique et médullaire, le fer, l'arsenic, la cure d'altitude. Le foie selon la méthode de Whipple n'a pas donné grand'chose jusqu'ici.

La multiplicité de ces moyens montre la résistance de ces accidents aux moyens dont nous disposons jusqu'ici. Mais les insuccès ne sont qu'un motif de plus de chercher des moyens d'action contre des troubles que le développement industriel et scientifique menace de rendre de plus en plus fréquents.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 MARS 1932)

L'angiophtalomologie. — Pour M. Jean GALLOIS, la mesure des tensions artérielle et veineuse rétiniennes (méthode de Bailliart) permet de constater à quel point l'œil est sous la dépendance des perturbations organiques comme des troubles de la circulation générale et de l'hydrostatique cérébrale. En sens inverse, l'examen de la circulation oculaire peut apporter des éléments nouveaux au diagnostic et à la compréhension des troubles circulatoires généraux.

Les indications chirurgicales dans le cancer du col utérin. — M. Jean LANOS fait un plaidoyer en faveur de l'opération de Wertheim dans tous les cas de cancer du col au début chez des femmes ne présentant pas de tare organique qui contre-indique l'intervention. Il met en parallèle les avantages et les inconvénients respectifs de la chirurgie d'une part, et d'autre part, de la curiethérapie, associée ou non à la radiothérapie pelvienne.

Traitement des sténoses spasmodiques graves et inflammatoires de la région du cardia. — M. Jean GUISEZ étudie les grandes dilatations de l'œsophage causées par les sténoses spasmodiques du cardia qui, à la longue et par suite de phénomènes d'inflammation secondaire, deviennent véritablement organiques. Le diagnostic de cette grave affection est souvent aujourd'hui erroné, puisque plusieurs de ces malades ont été gastroentérostomisés par confusion avec une sténose du pylore. Le traitement de ce spasme doit être la dilatation progressive et forcée, multibougiraire, qui agit surtout dans le sens transversal, sens dans lequel l'œsophage se laisse le mieux dilater. Dans les cas anciens où il y a dégénérescence fibro-cicatricielle, l'électrolyse circulaire doit être employée. Grâce à ce traitement, l'alimentation est redevenue normale et la bouche gastrique a pu être définitivement fermée chez tous ces malades.

Crises de diurèse paroxystique. — M. LEVY-DARRAS en distingue deux catégories : les unes d'ordre physiologique, telles les crises consécutives au froid, aux émotions, aux ingestions à jeun d'eaux minérales oligométalliques ; et les autres, pathologiques, parmi lesquelles il cite l'incontinence nocturne essentielle (énurésie), les débâcles pseudophosphaturiques et l'incontinence des épileptiques, toutes manifestations qui peuvent être commandées par le sympathique. Le facteur sympathique permettrait de rapprocher l'incontinence d'urine essentielle des autres accidents sympathicotoniques, en particulier de l'asthme, la tachycardie paroxystique, etc.

Le grand retentissement de la colibacillose sur le système endocrino-sympathique. — M. P. DESGEORGES. La colibacillose, si répandue, surtout chez la femme, n'affecte pas moins les glandes endocrines que le foie et les reins. Elle joue dans la genèse des petites insuffisances glandulaires un rôle considérable et jusqu'ici largement méconnu. En présence de troubles endocrino-sympathiques dont la cause n'aura pas été nettement établie, il faudra penser à une origine colibacillaire et compléter le traitement opothérapique par un traitement de désinfection intestinale.

Stéatopygie nègre. — M. PEUGNIEZ présente quelques considérations sur les rapports de l'art et des signes ethniques qui fixent l'idéal des différentes races.

(SÉANCE DU 26 MARS 1932)

Traitement par un extrait bacillaire colloïdal. — M. GRIMBERG présente trois malades traités par cet extrait : deux adénites suppurées guéries rapidement, ainsi qu'un troisième malade présentant une fistule tuberculeuse costale depuis deux ans et guéri en une semaine. Le traitement consiste en injections sous-cutanées de l'extrait bacillaire et n'empêche pas les malades de continuer leurs occupations.

Un nouveau vecteur de radioactivité. — M. Marcel JOLY rappelle qu'il était pratiquement impossible, jusqu'ici, de faire agir les corps radio-actifs sur une grande étendue cutanée en conservant l'intégralité du rayonnement alpha, bêta, gamma, autrement que par les bains d'eaux minérales ou applications de certaines boues naturellement radioactives. L'auteur a eu l'idée d'incorporer des sels radio-actifs, dosables à volonté, dans certains mélanges à bases de paraffine, dans lesquels l'émanation est soluble. On peut ainsi faire agir le rayonnement intégral des corps radioactifs sur toute l'étendue du tégument, et cela, grâce à un vecteur qui possède lui-même des qualités thérapeutiques propres. Le rhumatisme sous toutes ses formes, la goutte, les œdèmes post-phlébitiques ou post-traumatiques, les troubles trophiques cutanés, les raideurs articulaires, les névrites et névralgies, l'obésité, les brûlures, certaines dermatoses bénéficient largement de ces applications.

Le traitement physiothérapique des fibromes utérins. — M. Ch. Guilbert, après avoir énuméré les contre-indications du traitement des fibromes, soit par le radium ou la radiothérapie, expose sa technique qui lui permet d'obtenir la stérilisation en une séance unique de 4 heures environ sans immobiliser la malade et sans lui faire courir le moindre risque. Cette méthode radiothérapique, assez voisine de la curiethérapie des fibromes, a sur cette dernière l'avantage de ne pas traumatiser l'utérus, et d'éviter l'immobilisation. Les résultats sont définitifs dans 87 % des cas après un traitement ; dans 8 % après deux traitements. Dans 4 % des cas, les malades furent opérées sur les indications de l'auteur. L'auteur n'a jamais constaté d'adhérences cliniquement ou après intervention chirurgicale avec cette méthode. Quant à la dégénérescence cancéreuse que quelques-uns ont paru redouter, elle est contraire à la principale action des rayons X (qui est l'histolyse cellulaire) et ne s'est jamais montrée sur la peau ayant reçu des doses beaucoup plus importantes que celles qui sont nécessaires pour la stérilisation. Ces heureux résultats ne peuvent être obtenus que par une sélection rigoureuse des malades.

Les albumines du sérum et l'urée. — MM. Chailley-Bert et Edouard Peyre montrent l'intérêt que présente le dosage concomittant des albumines (par réfractométrie) et de l'urée dans le sérum sanguin. Pour juger du travail uréopoiétique, ils partagent les malades en quatre groupes : 1° ceux dont les quantités d'urée sont normales ; 2° ceux dont les quantités d'albumine sont normales et les quantités d'urée trop élevées (azotémie classique) ; 3° ceux dont les quantités d'albumine sont au-dessus des moyennes normales et dont les quantités d'urée sont quelquefois basses ; 4° ceux dont les quantités d'albumine et d'urée sont au-dessus des moyennes normales (mauvais fonctionnement rénal et mauvais travail de désamination ; 5° ceux dont les quantités d'urée et d'albumine totale sont au-dessous des moyennes normales (sous-alimentation ou mauvaise assimilation).

Le radium contre le cancer du col utérin. — M. Foveau de Courmelles, dès le 15 avril 1904, présentait à la Société de médecine des praticiens, des cancers du col utérin améliorés par les sels radifères, alors bien faibles. Hémostase, analgésie, désodorisation même étaient manifestes. Depuis, avec des sels de plus en plus radioactifs (avec des doses de 2 à 10 centigr. de radium-élément et des durées de 10 à 60 heures, selon les ménorrhagies plus ou moins intenses et l'étendue des ulcérations du col utérin), il est arrivé à des guérisons durant depuis 5, 10, 15 ans, régulièrement suivies, et réapplications heureuses de radium dans les récidives.

A propos du néo-interventionnisme en matière de tuberculose ossesuse. — M. Marcel Galland (de Berck) répondant à ses contradicteurs au sujet du néo-interventionnisme en tuberculose osseuse, maintient le point de vue berckois in-



terdisant les intra-focales avant le 18e mois de la maladie en exposant les résultats de Ménard, Leriche, Vignard, Gauvain et en discutant le cas de la résection du genou, des arthrodèses précoces et des succès faciles dans les juxta-articulaires.

NOTES POUR L'INTERNAT

OSTÉOMYÉLITE AIGUE DES ADOLESCENTS[1]

COMPLICATIONS

I. — **Immédiates.** — A) COMPLICATIONS LOCALES. — 1° *Arthrite purulente* secondaire à l'ostéomyélite.

Complication très grave, souvent difficile à affirmer, car il y avait déjà une *hydarthrose de réaction*.

Mais :

— *la température* s'est élevée à 40°-41°.

— *le genou* est globuleux, distendu.

— les douleurs siègent à l'interligne.

— tout mouvement est hyperdouloureux, les mouvements de latéralité sont exagérés.

Enfin la *ponction* pratiquée avant arthrotomie ramènerait du pus, en cas de doute.

2° *Décollement aigu de l'épiphyse.* — Assez rare, se produisant à l'occasion de mouvements, du pansement.

B) COMPLICATIONS A DISTANCE. — Rechercher un autre foyer :

— parfois au même os (O. bipolaire).

— souvent lointain, traduisant bien le caractère septicémique de l'ostéomyélite.

C) COMPLICATIONS GÉNÉRALES. — Ce sont celles de staphylococcémie :

— septicémies, septico-pyohémies, endocardites ;

— plus tard *métastases*.

— Pleurésies purulentes.

— Phlegmon périnéphrétique.

II. — **Séquelles.** — 1° Avant tout, ÉVOLUTION VERS LA CHRONICITÉ que nous avons déjà signalée.

La cicatrisation des parties molles se poursuit régulièrement, mais *l'os reste infecté* : formation de séquestres, suppuration prolongée, fistules déprimées, entourées d'une peau fine et violacée, adhérente en profondeur.

Le stylet qui explore le trajet fistuleux mène sur un os dénudé et qui sonne sec.

La radiographie montre, tantôt des séquestres importants, grosses masses foncées entourées d'une zone claire au centre d'une coque périostique irrégulière, tantôt de petits séquestres en grelot, irréguliers.

L'os est constamment entouré d'une coque épaisse de néoformation qui double ou triple son épaisseur.

Pendant des années, il faudra des interventions itératives ; c'est fonctionnellement un membre à peu près inutilisable.

2° *Des troubles trophiques* sont fréquents, consistant en :

a) *Troubles d'ossification* : soit ostéite condensante (hyperostoses), soit ostéite raréfiante (fractures spontanées).

b) *Troubles d'ostéogenèse* : troubles de l'accroissement osseux ; l'atteinte du cartilage conjugal amène de l'hypoaccroissement du membre atteint, quelquefois après une période passagère d'excitation.

Il pourra en résulter non seulement du *raccourcissement* mais parfois des déformations secondaires variables.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 52, p. 990.

FORMES CLINIQUES

1° Suivant la gravité des symptômes.

A. **Formes graves.** — **Fréquentes** :

— *Forme suraiguë toxique.* — Les signes généraux très graves ne cèdent pas à l'intervention qui ne montre qu'un peu de sérosité.

Mort en 24 à 48 heures.

— *Forme aiguë septicémique.* — Ici encore la localisation (même bipolaire) n'est qu'un épiphénomène au cours de la septicémie staphylococcique, qui n'est nullement influencée par le traitement chirurgical. Localement, signes nets, lésions banales : pus franc.

— *Forme aiguë pyohémique.* — Localisations multiples, suivies après ouverture large d'une amélioration passagère.

Mais le pronostic est fatal : mort en 10-15 jours par infection générale ; l'hémoculture est positive.

— *Formes vues tardivement.* — Avec mauvais état général, localement grosses collections, parfois phlegmons diffusés ; évolution très grave.

B. **Formes légères.** — 1° *Formes subaiguës* ou atténuées ; seraient susceptibles de résolution spontanée. Ce sont celles qui cèdent le mieux aux vaccins. A ces formes se rattachent :

— *Formes légères* consistant en douleurs de croissance :

— épiphysites : extrémité inférieure du fémur surtout ;

— apophysites : tubérosité antérieure du tibia (mal. de Schlatter).

— grand trochanter.

— point complémentaire postérieur du calcanéum.

— *Fièvre de croissance* : les douleurs étant à peine marquées.

2° Formes suivant la localisation .

1° Il en est qui s'accompagnent d'*arthrite aiguë d'emblée.*

Type : épaule ou hanche.

— *Ostéomyélite de la hanche.*

a) *Adolescent.* — Les signes d'*arthrite aiguë* sont d'emblée au premier plan ;

— Douleurs violentes ;

— Température très élevée (40°) et signes généraux graves ;

— Attitude en demi-flexion de la cuisse ;

— Mouvements hyperdouloureux et œdème.

Pronostic très réservé : malgré la résection de drainage, mort fréquente par septicémie ou par cachexie.

b) *Nourrisson.* — Toute différente est la forme du nourrisson :

— C'est une ostéomyélite à pneumocoque ;

— Evoluant avec très peu de symptômes, parfois prise pour un simple abcès ;

— Guérissant très simplement par incision ou même ponction, mais au prix d'une *luxation secondaire* d'un pronostic fonctionnel réservé.

2° Parmi les *autres localisations*, citons :

— Crâne, rachis : signes méningés, quelquefois méningite secondaire ;

— Bassin, crête iliaque : peut poser le diagnostic d'appendicite ;

— Phalanges : panaris ostéomyélitique ; au pouce : fistule dorsale.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 55. — SAMEDI 9 JUILLET 1932. 105e ANNÉE. SAMEDI 9 JUILLET 1932. — N° 55.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois* (*juillet et août*).

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'aide d'anatomie. — Le concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, vacantes la première le 1er novembre 1932, la deuxième le 1er novembre 1933, sera ouvert le lundi 17 octobre 1932, à 9 h., à l'administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire à l'administration centrale (bureau du Service de santé), à partir du lundi 19 septembre jusqu'au mardi 27 septembre 1932 inclusivement, de 14 à 17 heures.

— Concours pour les prix a décerner aux élèves externes en médecine (année 1932-1933) et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 15 avril 1933. — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mardi 11 octobre 1932, à 9 h., au parc des Expositions, porte de Versailles, Paris (XVe).

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., depuis le lundi 5 septembre jusqu'au samedi 24 septembre 1932 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours.

— Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le docteur André Josserand, ancien chef de clinique médicale.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Bibliothèque de la Faculté* (*vacances 1932*). — La bibliothèque de la Faculté, fermée pendant le mois d'août, sera ouverte les mardis, jeudis et samedis, de 13 à 17 h., du 16 au 28 juillet inclus, et du 1er septembre au 16 octobre.

Le service du prêt sera assuré les lundis, mercredis et vendredis, de 13 à 15 h., du 15 au 28 juillet inclus.

Les séances du soir, suspendues à partir du 13 juillet, seront reprises, en même temps que le service normal, à partir du lundi 17 octobre.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE. — Est nommé chargé de mission au cabinet du sous-secrétaire d'Etat : M. le docteur Dodard des Loges.

FONDATION TOMARKIN. — Le IVe Cours international de perfectionnement pour médecins de la Fondation Tomarkin-Locarno aura lieu à Milan du 12 septembre au 2 octobre 1932. Le Cours sera organisé par la Fondation Tomarkin sous les auspices de l'Université royale de Milan.

Les sujets traités pendant ce cours comprendront les spécialités suivantes : maladies du cœur, cancer, vaccination

antidiphtérique, neurologie (neurosyphilis, sclérose en plaques, poliomyélite), hormones.

Pour tous renseignements, prière de s'adresser au secrétariat de la Fondation Tomarkin, Case postale 128, Locarno (Suisse).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. (Hôpital Saint-Louis. Professeur : M. GOUGEROT.) — *Cours de vacances.* — Sous la direction de M. le professeur Gougerot, médecin de l'hôpital Saint-Louis, MM. A. Carteaud et Ragu, chefs de clinique à la Faculté, feront du 18 juillet au 31 août 1932, les lundis, mardis, mercredis, jeudis, vendredis et samedis matin, de 9 à 10 h., à l'amphithéâtre Fournier, une série de démonstrations pratiques comprenant l'indispensable en dermato-syphiligraphie, démonstrations suivies de présentation de malades avec diagnostic et traitement.

Cours gratuit. — S'inscrire auprès du docteur Carteaud, pavillon Bazin, hôpital Saint-Louis.

OU PASSER VOS VACANCES CET ÉTÉ ? — En croisière :

Vers les pays du Nord? 20 jours en croisière à bord du paquebot *Foucauld*. Départ de Dunkerque le 1er août 1932. Retour à Dunkerque le 20 août 1932. — Escales : Kopervik. Trondhjem, Digermulen, Harstad, Cap Nord, Hammerfest, Lyngseidet, Tromsoe, Svartisen, Kristiansund, Molde, Aandalsnes, Merok, Hellesylt. Oye, Loen, Gudvangen, Balholm, Bergen. — Prix du voyage à partir de 3.450 fr. en 1re classe; 1.650 fr. en classe touriste.

Vers les Iles du Soleil? 25 jours en croisière à bord du paquebot *Brazza* (croisière de *Bruxelles médical*). Départ de Bordeaux le 27 juillet 1932. Retour à Marseille le 21 août 1932. — Escales : Leixoes (Porto), Lisbonne, Punta Delgada, Horta, Funchal, Ténériffe, Casablanca, Tanger, Ceuta, Palma, Cagliari, Livourne. — Prix du voyage à partir de 5.225 fr. en 1re classe ; 2.450 fr. en classe touriste.

En Méditerranée? 12 jours en croisière. Départ de Bordeaux : 20 juillet, 17 août, 14 septembre 1932. Retour à Marseille : 1er août, 29 août, 26 septembre 1932. — Escales en Espagne, au Portugal, au Maroc, en Algérie, aux Iles Baléares. — Prix du voyage à partir de 1.750 fr. en 1re classe; 1.250 fr. en classe touriste.

Pour tous renseignements, s'adresser aux Chargeurs Réunis, 3, boulevard Malesherbes, 3, Paris. Tél. Anjou 08-00 à 04 ; aux agents et correspondants des Chargeurs Réunis; à toutes les agences de voyages.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Paul Vuillemin, de la Faculté de médecine de Nancy.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 11 juillet. — Jury : MM. Loeper, président ; Ombrédanne, Abrami, Harver. — M. BRICENO IRAGORRY. Etude du ralentissement des affections générales sur les phanères. — M. DAUSSE. Essai sur les difficultés de la médecine. — Mme Paula DREYFUSS. A propos des hémorragies observées en pratique dentaire, essai de classification des maladies hémorragiques. — M. LEROUX. Etude des carences médicales. — M. AZÉMA. Les spondylolisthésis. — M. SAVELLI. La méningocèle. Forme rare de spina bifida cystica.

Mardi 12 juillet. — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Bezançon, Roussy, Aubertin. — M. BOQUET. Etude du syndrome du Spurway-Van der Hoève. — M. RAFFRAY. Intérêts de quelques tests pour le diagnostic de certaines formes de tuberculose aiguë. — M. DESOURTEAUX. Quelques considérations sur le rhumatisme articulaire aigu. — M. MARCHAND. Etude des insuffisances aortiques fonctionnelles. — M. FOULON. La place nosologique de la lymphogranulomatose.

Jury : MM. Binet, président ; Carnot, Hazard, Brulé. — M. BOUTHILLIER. Le débit cardiaque. — M. SPECTOR-ITIG. Utilité de la recherche du réflexe oculo-cardiaque pour régulariser les anesthésies générales. — M. DURRMEYER. Considérations cliniques et thérapeutiques sur les états hyperthyroïdiens et les troubles gastriques. — M. GERMON. Intoxication mortelle par l'apiol. — M. PINUS ROBIN. Sur un nouveau cas d'association de lymphogranulomatose maligne et de tuberculose. — M. RICOUX. Etude de la motricité intestinale (application à la thérapeutique et à la pathologie des constipations fonctionnelles). — M. SEIGNEURY. Sur une observation d'anthracose pulmonaire.

Jury : MM. Champy, président ; Tanon, Giroud, Lian. — M. AYZENSTEIN KHAYA. Etude histo-physiologique des effets vasculaires de quelques glandes endocrines. — M. LAISER ITIC. Etude des septicémies à bacilles de Friedlander. — M. LUBAS. La maladie de Kussmaul et Maïer périartérite noueuse. — M. MEIDINGER. Influence des facteurs atmosphériques sur les maladies infectieuses. — M. STERN HERMANN. Etude sur l'évolution de la protection légale de la maternité en France. — M. LE VAN TINH. Le paludisme en Cochinchine et sa prophylaxie. — M. VALOT. Causes et conséquences de l'heureuse évolution de la mortalité dans le monde.

Jury : MM. Claude, président ; Nobécourt, Rathery, Lévy-Valensi. — M. ASCHER. Etude du traitement de l'hypertension artérielle de la ponction lombaire. — M. BORNSTEIN. Sur des formes d'association entre catatonie et parkinsonisme dans les névraxites. — M. CHAÏM CEGELNICKI. Considérations sur l'étiologie de la psychose périodique. — M. SILVIAN BERL. Les psychoses spirites. — M. BEMBARON. Essai sur la pathogénie du doigt hippocratique. — M. NOMBLOT. Pierre Martin de la Martinière (1634-1676), médecin empirique au XVIIe siècle.

Jury : MM. Gougerot, président ; Laignel-Lavastine, Gastinel, Sézary. — M. BRUN. Etude du traitement des léprones cutanées par la neige carbonique. — M. LE BARON. Bismuthothérapie et cryothérapie dans le traitement du lupus érythémateux. — M. SERBANECIO. Les nodosités souscutanées des enfants. — M. Alex MELUN. Galien. — M. POLACCO. A quel âge contracte-t-on la syphilis ?

Jury : MM. Brindeau, président ; Cunéo, Lenormant, Groust. — M. PARENT. De la suture du rectum au crin de Florence au cours des périnéotrophies par déchirure compliquée du périnée. — M. DE SORIA. La réaction de Vernes à la résorcine chez les tuberculeuses gravides. — M. CAMARD. Les tumeurs à cellules géantes des gaines tendineuses digitales. — M. QUILICHINI. Etude des ruptures musculaires du quadriceps fémoral. — M. AMIARD. Etude du traitement opératoire de l'Halluy-valgus. — M. MÉGNIN. L'apicolyse sans plombage dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. MALY. Etude du raccourcissement du fémur sain dans la grande boiterie.


TAMPOL "ROCHE"
PANSEMENT GYNÉCOLOGIQUE
F.HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS
21, Place des Vosges, 21
TAMPOL "ROCHE"
PANSEMENT
GYNÉCOLOGIQUE
IDÉAL
au
THIGÉNOL "ROCHE"
ou à tous autres médicaments.
le Tampol "ROCHE" est constitué par un ovule médicamenteux derrière lequel est comprimée une certaine quantité de laine aseptique contenue dans une capsule de gélatine.
le Tampol "Roche" étant en place, les secrétions vaginales dissolvent la gélatine et la laine décomprimée s'échappe dans tous les sens réalisant un tamponnement parfait.
Echᵒⁿˢ Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges, PARIS.


le Compral
calme la douleur quelle
qu'en soit la cause
Innocuité absolue
Toujours bien toléré
Pas d'effets hypnotiques
Ne renferme:
ni toxiques
ni stupéfiants
ni alcaloïdes
En tubes de 10 comprimés à 0 gr. 50
COMPRAL
COMPRAL
IGEPHARMA
Produits « Bayer-Meister Lucius »
47 bis, Avenue Hoche, PARIS (8e)

EFFICACITÉ DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE SALICYLATE DE SOUDE DANS UN CAS DE MALADIE DE CHAUFFARD-STILL

Par MM. A. LEMIERRE et D. MAHOUDEAU-CAMPOYER.

L'observation qu'on va lire est celle d'un rhumatisme fibreux évoluant par poussées successives et s'accompagnant de volumineuses adénopathies juxta-articulaires. Elle nous paraît rentrer dans le cadre de la maladie de Chauffard-Still. Cette affection est elle-même assez peu fréquente pour qu'il y ait un certain intérêt à en rapporter un exemple. Mais nous désirons surtout attirer l'attention sur les résultats excellents qu'ont donnés chez notre malade les injections intra-veineuses de salicylate de soude. La maladie de Chauffard Still se montrant en général rebelle à tout traitement, il nous a semblé que c'est là également un fait qui mérite d'être souligné.

OBSERVATION. — Mme D..., âgée de 40 ans, couturière, entre à l'hôpital Bichat le 19 octobre 1931. Inquiétée par une aggravation récente de sa maladie déjà fort ancienne, elle était venue trois jours auparavant à la consultation de l'hôpital Bichat où le Dr Garcin lui avait conseillé une hospitalisation de quelques jours afin de subir un examen plus approfondi.

Le début de la maladie remonte à *l'âge de* 17 *ans* et semble avoir revêtu une allure aiguë. C'est brusquement que la malade commença à ressentir des douleurs au niveau des chevilles qui devinrent rouges et se tuméfièrent. Elle n'a pas le souvenir d'avoir eu de la fièvre à cette époque. Néanmoins, cet épisode aigu fut assez sérieux pour obliger la malade à rester alitée pendant 6 mois, avec les deux cous-de-pied « ankylosés » et douloureux à la palpation. Puis, peu à peu, la marche redevint possible, et l'affection subit une rémission de quatre années pendant laquelle la malade, relativement bien portante, se maria et eut un enfant.

A l'âge de 21 *ans* survint une nouvelle crise, caractérisée par une tuméfaction rouge et douloureuse des genoux et des cous-de-pied, accompagnée de frissons, de fièvre et d'une grosse tuméfaction des ganglions de l'aine.

Dès lors, *tous les ans*, à la même époque, c'est-à-dire *au mois de juillet*, survient une crise analogue : la malade est obligée de s'aliter pendant une huitaine de jours ; après quoi, il lui est possible de reprendre son travail. En dehors de cette crise annuelle, l'affection reste, en somme, relativement tolérable.

Pourtant, *il y a deux ans* s'est produite une aggravation manifeste. La poussée aiguë habituelle du mois de juillet s'est étendue aux poignets, aux coudes, aux épaules, articulations jusqu'alors respectées.

Enfin, *depuis un an*, la rémission qui succédait habituellement à chaque poussée aiguë ne s'est pas produite ; la douleur est devenue permanente au niveau des grosses articulations qui restent déformées et limitées dans leurs mouvements.

C'est dans ces conditions que la malade se présente à nous le 19 octobre 1931.

A l'examen, elle frappe avant tout par la raideur et la déformation de ses articulations.

La *raideur articulaire* est due en grande partie à *la douleur* que provoque le moindre mouvement. Aux membres inférieurs, elle prédomine au niveau du cou-de-pied et du massif tarsien. Les pieds semblent soudés et la malade ne peut marcher autrement que sur les talons. Aux genoux, la douleur est moins vive ; les mouvements passifs sont possibles et déterminent des craquements dans le genou droit. Aux membres supérieurs, la douleur est très vive, empêchant les mouvements volontaires d'une certaine amplitude et rendant très pénible la mobilisation passive des grosses articulations et surtout des épaules. Les coudes sont en demi-flexion, les poignets en extension légère.

Outre cette raideur douloureuse, les articulations des membres présentent des *déformations* d'un aspect assez particulier.

Aux membres inférieurs, on remarque surtout la tuméfaction des chevilles qui sont élargies et bosselées. Les genoux par contre sont peu touchés. La hanche gauche donne l'impression d'une tuméfaction légère.

C'est surtout aux membres supérieurs (les derniers atteints) que prédominent les déformations : les poignets et les coudes sont bosselés. Les coudes, en particulier, présentent un épanchement intrarticulaire qui fait saillir la synoviale de chaque côté de l'olécrane et particulièrement du côté interne.

Les articulations des doigts sont respectées. Par ailleurs, la peau sus-jacente est lisse et amincie, pâle et sans aucune rougeur.

A ces déformations articulaires, se surajoutent les *adénopathies*. Ce sont surtout des ganglions *sus-articulaires* siégeant en regard des grosses articulations des membres supérieurs : aux poignets, ce sont deux ou trois ganglions de la grosseur d'une noisette, situés sur la face dorsale ; aux coudes, ce sont des ganglions sus-épitrochléens gros comme des noix ; dans l'aisselle gauche, on perçoit par la palpation plusieurs ganglions assez volumineux ; dans l'aisselle droite enfin, on ne sent qu'un ganglion moins gros.

Chaque ganglion présente une consistance uniforme, semi-élastique ; très légèrement douloureux à la palpation, il n'adhère ni à la peau, ni aux plans sous-jacents, ni aux ganglions voisins.

Dans l'ensemble, les articulations atteintes et les groupes ganglionnaires hypertrophiés présentent une disposition sensiblement symétrique.

Il existe de plus aux membres supérieurs une atrophie musculaire extrêmement marquée aux bras et aux avant-bras, rendant plus apparente encore la tuméfaction des articulations des coudes.

Par ailleurs, l'*état général* est assez bien conservé : c'est une malade pâle, un peu amaigrie, chez qui l'examen somatique ne montre pas d'anomalies.

En particulier, il n'y a *pas de splénomégalie* décelable par la palpation ou la percussion.

Le foie est de dimensions normales.

Le rein droit est perceptible au palper bimanuel.

Les poumons, le cœur ne présentent rien de notable. La tension artérielle est à 12-8 au Vaquez.

Les urines contiennent des traces d'urobiline, mais ni sucre, ni albumine.

La température enfin est à 37°2.

Numération globulaire (le 16 octobre) :

Globules rouges : 3.820.000 ;
Globules blancs : 7.000.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles : 68 % ;
Polynucléaires éosinophiles : 1 ;
Polynucléaires basophiles : 0 ;
Lymphocytes : 18,3 ;
Monocytes : 12 ;
Formes anormales : 1.

La malade a subi depuis le début de son affection de nombreux traitements qui sont restés sans résultats. Depuis le mois de juillet 1930, elle a pris à plusieurs reprises, par périodes plus ou moins prolongées, du salicylate de soude

par la bouche à hautes doses. Elle n'en a tiré aucun bénéfice.

Devant l'intensité des douleurs, on prescrit le premier jour (19 octobre) 1 gr. 50 d'aspirine qui n'amène aucun soulagement. La malade avait d'ailleurs usé déjà de ce médicament sans résultat. Le 21 octobre, on institue alors un traitement par le salicylate de soude glucosé au dixième en injections intraveineuses. On en injecte 0 gr. 50 le 21 octobre, et 2 gr. en deux fois dès le lendemain. Ces injections étant bien tolérées, et la malade accusant déjà une amélioration, on décide d'augmenter les doses. La malade reçoit ainsi en injections intraveineuses bi-quotidiennes 3 grammes le 23 et le 24 octobre ; 3 gr. 50 le 26, 4 gr. les 27 et 28, 3 gr. 50 le 29, 4 gr. le 30 ; 2 gr. de salicylate de soude enfin le 31 octobre jour de son départ.

Toutes ces injections ont été parfaitement tolérées. C'est à peine si la température, normale au début, s'est élevée de quelques dixièmes pour atteindre parfois 38° le soir.

Mais surtout au cours de ce traitement s'est produite une amélioration d'une remarquable rapidité : la mobilisation des poignets, des coudes et des épaules, presque impossible avant l'entrée de la malade à l'hôpital (et cela depuis plus d'un an) est en quelques jours devenue facile et *tout à fait indolore*. Parallèlement, les adénopathies ont nettement régressé : les ganglions axillaires sont à peine perceptibles, les ganglions épitrochléens et sus-radiocarpiens ont diminué de volume.

Le 31 octobre, la malade sort de l'hôpital considérablement améliorée et dans un état qu'elle n'avait pas connu, dit-elle, depuis juillet 1930. Son poids suivi régulièrement est passé de 52 kg. 900 (20 octobre) à 55 kg. 200 (31 octobre).

La malade est revue par la suite au mois de novembre, puis au milieu du mois de décembre. Son amélioration persiste. Les mouvements articulaires sont à peu près normaux comme amplitude, et non douloureux. La mobilisation passive des coudes permet de percevoir à leur niveau de légers craquements articulaires. Quant aux ganglions, ils semblent avoir encore diminué de volume.

La malade revient encore au mois de janvier 1932 ne se plaignant plus d'aucun trouble. Son état général est excellent ; elle peut marcher sans aucune fatigue et se servir sans aucune gêne de ses membres supérieurs. L'examen montre des articulations du poignet encore un peu épaissies. Les mouvements du poignet gauche sont encore limités, mais aucunement douloureux. Les articulations du coude sont encore tuméfiées et déformées : les culs-de-sac tricipitaux sont saillants. Les mouvements de pronation et de supination s'accompagnent de gros frottements, mais sont parfaitement libres. Les mouvements d'extension et de flexion s'accomplissent librement et sans aucune gêne ; ils sont presque complets. Les mouvements des épaules sont absolument normaux.

Les ganglions sus-épitrochléens restent tuméfiés, mais ne sont aucunement sensibles à la pression.

Le 3 mars 1932, la malade continue à n'éprouver aucune douleur. Les mouvements des poignets sont devenus de plus en plus faciles bien que la tuméfaction de ces articulations persiste. Les articulations des coudes restent également déformées ; cependant, les mouvements d'extension, de flexion, de supination et de pronation s'accomplissent librement et sans douleur. Les ganglions sus-épitrochléens des deux côtés ont, depuis le mois de janvier, très notablement diminué de volume et ne sont aucunement douloureux à la palpation.

Radiographies : faites le 21 octobre 1931.

Poignet droit :

De face, tout le massif carpien, la base des métacarpiens et l'extrémité inférieure du radius et du cubitus paraissent altérés : il existe une sorte de raréfaction osseuse, augmentant dans cette zone la transparence aux rayons, donnant l'impression d'une décalcification avec persistance de la trame cellulaire. Tous les interlignes sont flous ; les contours osseux, spécialement sur le bord axial du cubitus et du radius, sur une hauteur d'une dizaine de centimètres, paraissent estompés et irréguliers.

De profil, le massif carpien est flou, presque méconnaissable, et les contours des os du carpe et de l'extrémité inférieure du radius sont irréguliers et imprécis.

Poignet gauche :

De face, la radiographie trop poussée, est difficile à interpréter.

De profil, l'aspect est assez analogue à celui du poignet droit.

Coudes droit et gauche (face et profil) :

A part un certain degré de raréfaction osseuse, d'aspect analogue à celui des poignets, le squelette paraît peu atteint. Néanmoins — et surtout pour le coude droit, — il existe en regard de l'extrémité interne de l'interligne un bombement accentué des parties molles avec une zone plus sombre qui semble répondre à une distension de la capsule. Plus haut, au-dessus de l'épitrochlée, on devine une masse ganglionnaire soulevant la peau.

Pieds droit et gauche (face et profil) :

Les lésions prédominent sur le tarse à droite et à gauche, et sont très comparables à celles du carpe. Les interlignes tibio-tarsiens, par contre, semblent relativement normaux.

L'histoire de notre malade peut se résumer de la façon suivante : à 17 ans elle a eu une première attaque de douleurs articulaires, avec tuméfaction, localisée aux deux articulations tibio-tarsiennes et l'ayant immobilisée pendant six mois. A 21 ans, elle a présenté une nouvelle poussée d'arthrites intéressant les chevilles, les genoux, et s'accompagnant cette fois de grosses adénopathies inguinales et de fièvre. Puis à partir de ce moment elle a souffert tous les ans, au mois de juillet, d'une atteinte articulaire semblable ayant une durée de 8 à 15 jours.

A l'âge de 40 ans les douleurs se sont étendues aux poignets, aux coudes et aux épaules.

A l'âge de 41 ans la rémission qui succédait toujours aux crises rhumatismales annuelles a fait défaut. Depuis le mois de juillet 1930 jusqu'au mois d'octobre 1931, date à laquelle nous avons vu cette femme pour la première fois, les douleurs dans les membres inférieurs et surtout dans les membres supérieurs sont demeurées permanentes avec des atténuations passagères et des reprises incessantes. En octobre 1931 nous avons pu constater les symptômes suivants :

1° De vives douleurs articulaires intéressant les épaules, les coudes, les poignets, les hanches, les genoux et les cous-de-pied. La mobilité générale est presque complètement entravée. La malade est depuis plusieurs mois incapable de s'habiller seule, de se livrer au moindre travail. Elle ne peut marcher que soutenue et avec la plus grande difficulté.

2° De la tuméfaction et de la déformation des coudes, des poignets, des cous-de-pied, des massifs tarsiens, symptômes objectifs beaucoup plus marqués aux membres supérieurs et persistant depuis plus d'un an.

3° Une atrophie très nette des muscles des bras, des avant-bras et de la main.

4° Une hypertrophie considérable des ganglions sus-épitrochléens droit et gauche contribuant par leur saillie à accentuer la déformation des coudes. Ces ganglions atteignent le volume d'une grosse noix. Ils sont durs, élastiques, mobiles, sans périadénite, à peine douloureux à la pression. Il existe de plus des adénopathies axillaires, très notables du côté gauche, plus discrètes du côté droit.

5° Un amaigrissement assez accentué s'accompagnant d'un certain degré d'anémie ; l'absence de fièvre et de tout symptôme viscéral, notamment de lésion cardiaque.

L'affection dont était atteinte cette femme nous semble donc pouvoir entrer dans le cadre de la maladie de Chauffard-Still. Cette affection avait débuté dans le jeune âge ; elle avait évolué par poussées successives, d'abord espacées de plusieurs années, puis revenant ensuite tous les ans à la même époque, souvent mais pas toujours marquées par de la fièvre à leur début. Elle s'est accompagnée de déformations symétriques importantes des coudes, des poignets, des cous-de-pied, avec atrophie musculaire. L'examen radiographique a montré que ces déformations articulaires étaient dues, non à des altérations du squelette, mais à des lésions intéressant l'appareil synovial et ligamenteux des jointures ; c'était bien un rhumatisme fibreux. Enfin ces arthropathies s'associaient à de grosses adénopathies sus-épitrochléennes et axillaires.

Si, dans ce cas, le diagnostic de maladie de Chauffard-Still peut, pensons-nous, être posé, il s'est agi néanmoins d'une forme quelque peu atypique de ce syndrome clinique. Tout d'abord, pendant plus de vingt ans, le rhumatisme avait frappé chaque année les articulations des genoux et des cous-de-pied, déterminant toutes les fois un gonflement inflammatoire de ces jointures et une hypertrophie des ganglions de l'aine. Cependant, quand la malade est venue nous trouver, les genoux, quoique douloureux, n'étaient aucunement déformés et il ne persistait de signes objectifs qu'aux cous-de-pied ; l'atrophie musculaire faisait défaut aux cuisses comme aux jambes et les adénopathies inguinales avaient disparu. Il faut noter d'ailleurs que les poussées rhumatismales périodiques avaient pendant plus de vingt ans été assez brèves, durant entre huit et quinze jours et laissant entre elles de longs intervalles au cours desquels la santé générale demeurait satisfaisante. D'autre part la splénomégalie faisait complètement défaut.

Ces anomalies ne sont d'ailleurs pas faites pour surprendre. Il suffit de consulter les travaux consacrés à la maladie de Chauffard-Still, notamment les articles si documentés de P. Chevallier (1) et de Weissenbach et Françon (2), pour voir qu'elle peut revêtir des aspects assez variés. L'absence de splénomégalie est loin d'être rare et, en face des formes progressives et cachectisantes, on a pu décrire des formes atténuées et même des formes curables.

Pendant de longues années, chez notre patiente, l'affection, malgré ses fréquents retours, s'était donc montrée d'une étonnante bénignité. Mais, quand elle est venue nous voir, déjà depuis plus d'un an ce caractère de bénignité tendait à disparaître : la permanence des phénomènes douloureux, les déformations persistantes et progressives des jointures, l'apparition de l'atrophie musculaire aux membres supérieurs, l'amaigrissement qui avait fait son apparition, tout cela permettait de présager un avenir assez sombre, C'est pourquoi la transformation brusquement imprimée à la marche des accidents par les injections intraveineuses de salicylate de soude nous paraît digne de retenir l'attention.

Depuis plusieurs mois cette femme avait subi toutes sortes de traitements locaux et généraux. Elle avait absorbé pendant longtemps par la bouche du salicylate de soude, nous ne savons pas à quelle dose, mais suffisamment pour avoir éprouvé des troubles gênants de l'audition, tout cela sans le moindre résultat.

Dès les premières injections intraveineuses de salicylate de soude les douleurs ont disparu ; les mouvements des membres supérieurs et la marche sont devenus aisés ; l'état général a commencé à s'améliorer si bien que, lorsque la malade a quitté l'hôpital après douze jours de traitement, son poids avait augmenté de 2 kilogrammes 300.

Depuis le 31 octobre 1931 jusqu'au 12 mars 1932, date à laquelle nous avons revu la patiente pour la dernière fois, c'est-à-dire au cours de quatre mois, cette amélioration ne s'est pas démentie ; elle s'est au contraire accentuée. Depuis sa sortie de notre service cette femme a pu mener une vie active, s'occuper de son ménage. Non seulement elle n'éprouve plus la moindre douleur, mais les mouvements des articulations sont devenus suffisamment libres pour ne plus occasionner de gêne. Seule l'articulation du poignet gauche est encore notablement enraidie à l'heure actuelle. Bien plus, les déformations des coudes et des poignets, bien qu'encore très apparentes, ont notablement rétrocédé ; les ganglions sus-épitrochléens ont diminué des deux tiers et les ganglions axillaires ont disparu.

Les circonstances dans lesquelles se sont produites ces améliorations considérables permettent d'affirmer qu'il s'agit ici d'autre chose que d'une pure coïncidence entre le traitement que nous avons institué et la cessation spontanée d'une poussée rhumatismale.

Le fait est d'autant plus intéressant que, s'il est un point bien établi, c'est l'inefficacité de la médication salicylée dans la maladie de Chauffard-Still. Mais quand on parle de médication salicylée on entend généralement l'administration du salicylate de soude par voie buccale ; celle-ci n'a d'ailleurs, comme il est de règle, procuré aucun soulagement à notre malade.

L'expérience montre que les injections intraveineuses de salicylate de soude sont susceptibles de donner de bons résultats là où les autres modes d'emploi de

(1) Paul CHEVALLIER. La maladie de Chauffard-Still et les syndromes voisins, *Revue de méd.*, 1930, n° 2, p. 77.

(2) R.-J. WEISSENBACH et Fr. FRANÇON. Le syndrome de Chauffard-Still, rhumatisme chronique fibreux déformant progressif avec adénopathies et splénomégalie ; sa place en nosologie, *Presse méd.*, 1932, n° 64, p. 1197.

cette substance ont échoué. C'est ce que nous avons eu personnellement l'occasion de constater dans certaines arthropathies sériques, certaines poussées rebelles de rhumatisme chronique, certaines sciatiques, sans parler naturellement du rhumatisme articulaire aigu où ces injections font merveille.

Le succès que nous avons obtenu chez la malade dont nous avons rapporté ici l'observation constitue sans doute une heureuse exception et nous ne prétendons pas qu'une même réussite doive couronner les tentatives semblables au cours de la maladie de Chauffard-Still. Nous n'avons pas l'ambition que cette femme soit, grâce à la thérapeutique que nous avons utilisée chez elle, mise à l'abri d'une crise rhumatismale nouvelle. Depuis sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire depuis plus de quatre mois, elle absorbe chaque jour deux grammes de salicylate de soude par la bouche. Elle est fermement décidée, au moindre retour des douleurs, à réclamer une nouvelle série d'injections intraveineuses (1). L'avenir nous apprendra si, chez elle, de nouvelles poussées articulaires doivent se reproduire (ce qui nous paraît probable) et si, en pareil cas, le traitement qui a réussi une première fois se montrera de nouveau efficace. Nous avons pourtant à en rapporter les résultats obtenus jusqu'à présent, espérant que d'autres pourront occasionnellement l'essayer et peut-être en tirer bénéfice.

L'influence immédiate et durable que, chez notre malade, les injections intraveineuses de salicylate de soude ont exercée sur l'évolution d'un état morbide solidement installé depuis des mois et en voie de progression constante, rappelle celle d'une médication spécifique plutôt que celle d'un traitement purement symptomatique.

On s'accorde généralement pour considérer la maladie de Chauffard-Still comme une infection dont l'agent reste encore à déterminer. Mais il faut reconnaître que les cas rassemblés dans ce cadre nosologique, s'ils ont pour caractères communs d'être des rhumatismes fibreux évoluant par poussées et s'accompagnant d'adénopathies juxta-articulaires, présentent souvent entre eux certaines différences d'aspect et d'évolution assez accentuées pour que l'on se prenne à douter que tous relèvent bien d'une étiologie univoque.

On sait depuis longtemps qu'entre la maladie de Bouillaud proprement dite qui ne provoque jamais de lésions articulaires durables et le rhumatisme chronique déformant il existe des formes intermédiaires, dont les poussées aiguës se montrent si nettement sensibles à l'action du salicylate de soude que l'on hésite sur le diagnostic à poser. On peut se demander si certaines formes du syndrome de Chauffard-Still ne relèvent pas d'un virus sinon identique à celui du rhumatisme articulaire aigu, mais tout au moins très voisin de celui-ci et sensible à la chimiothérapie salicylée, à condition qu'elle soit mise en œuvre avec une suffisante énergie. Peut-être le cas que nous avons rapporté aujourd'hui peut-il entrer dans ce groupe.

---

(1) La malade a été revue le 14 juin 1932. L'amélioration s'est maintenue et s'est encore accentuée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1932)

Décès. — M. LE PRÉSIDENT annonce le décès de M. Bernhard Bang (de Copenhague), associé étranger depuis 1900.

Notice. — M. RAVAUT lit une notice nécrologique sur M. Luigi Pagliani (de Turin), correspondant étranger dans la 1re division depuis 1910.

La section des brides dans le pneumothorax artificiel. — MM. Léon BERNARD et Francis TRIBOULET résument les observations qu'ils ont recueillies au cours des sections de brides (opération de Jacobeus) pratiquées dans des pneumothorax artificiels depuis trois années.

Ils exposent plus particulièrement comment ils conçoivent les indications de cette intervention, qui doit à leur avis être appliquée le plus souvent de manière précoce, c'est-à-dire à des pneumothorax datant de trois à six mois, et qui sont demeurés inefficaces en raison de la présence de brides pleurales. Pour attester celle-ci, il convient, chaque fois qu'elle est soupçonnée, de pratiquer une pleuroscopie.

Ils passent en revue les différentes complications et insistent sur la symphyse aiguë post-opératoire, accident d'ailleurs rare et généralement évitable.

Ils apportent enfin les résultats qu'ils ont obtenus, et concluent que l'efficacité complète du pneumothorax avec disparition durable de l'expectoration bacillifère a été obtenue par eux dans plus de la moitié des cas (53 p. 100).

Vaccination antidiphtérique dans la population scolaire d'une grande ville. — M. P. POULAIN expose les résultats que l'on peut obtenir par la vaccination antidiphtérique systématique dans la population scolaire d'une grande ville (Saint-Etienne). Il est possible, par des moyens simples de propagande, avec l'aide du corps enseignant et d'un service d'inspection médicale des écoles bien organisé, d'obtenir dans les écoles maternelles d'une grande ville une proportion de 65 à 75 pour 100 d'enfants vaccinés contre la diphtérie.

La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon est inoffensive. Effectuée à la dose de 30 unités anatoxiques dans les externats scolaires, elle donne des résultats probants, diminuant dans de fortes proportions le nombre de cas de diphtérie et surtout leur gravité ; mais laisse encore survenir en milieu épidémique un certain nombre de cas bénins ; la mortalité est pratiquement nulle chez ces vaccinés.

Cette même vaccination, pratiquée à la dose de 40-50 unités, immunise d'une façon sûre, la morbidité et la mortalité ayant pratiquement disparu chez les enfants ainsi vaccinés.

L'emploi des pyréthines. — MM. ANGLADE et GAUDIN relatent trois nouveaux cas de parasitisme intestinal primitivement méconnu et guéri par les pyréthines.

Dyspepsies par longues suppurations antérieures et guéries. — M. PAVIOT (de Lyon). — On peut rencontrer chez d'anciens grands blessés ayant eu de longues suppurations, des manifestations dyspeptiques à caractères particuliers qui méritent de retenir l'attention. Ce sont soit des dyspepsies du type tardif, acide et douloureux, soit des dyspepsies du type flatulent avec digestion lente, qui sont soignées depuis longtemps sans succès par les méthodes habituelles.

Certains de ces malades présentent, en outre, des céphalées à caractères migraineux ou non, ainsi que des troubles

intestinaux, consistant en constipation rebelle ou en colite glaireuse ou muco-membraneuse.

La participation du foie à ces différents troubles se révèle aisément si on sait la chercher. Elle consiste soit en ictère infectieux bénin, soit en crises douloureuses de la région hépatique.

M. Paviot pense qu'il s'agit là de troubles dyspeptiques d'une nature un peu spéciale, troubles dont il faut chercher l'explication dans l'état humoral particulier que laissent après elles les longues suppurations et les résorptions des protéines altérées provenant des tissus du sujet lui-même ou des agents virulents.

Ces albumines étrangères et altérées ont constitué pour les albumines du sang du malade des antigènes qui les ont fragilisées ou leur ont conféré un état d'anaphylaxie ; d'où une série de chocs successifs au cours desquels le foie et le système réticulo-endothélial ont été sans doute atteints.

En somme, il s'agit d'un état d'insuffisance de la fonction hépatique vis-à-vis de l'assimilation des albumines alimentaires et de l'élaboration ou de l'édification des protides du sérum et des tissus.

Cette hypothèse semble démontrée par la thérapeutique. En effet les malades sont améliorés et guéris par une thérapeutique antichoc (chlorure de calcium), en même temps que par un traitement aux extraits de foie et au cholagogue et par l'administration de peptones associées à l'adrénaline.

L'hérédité dans les malformations dentaires. — M. Cazeneuve présente une note de M. Pont (de Lyon) précisant le rôle de l'hérédité dans les malpositions dento-maxillaires. Après avoir établi la relation étroite entre la forme du crâne et les dimensions et forme de l'arcade dentaire, puis le rapport existant entre le diamètre de l'arcade et le diamètre des incisives, M. Pont arrive à la conclusion pratique que l'intervention chirurgicale ou la non-intervention doit être commandée par les indications de l'hérédité. Les ortho-dentistes feront bien de traiter les lésions héréditaires dès le premier âge, dès qu'elles sont reconnues, tandis que pour les lésions acquises l'opérateur doit savoir attendre quelquefois, et, dans tous les cas, ne doit pas commencer son traitement avant la suppression de la cause.

Bactériologie. — M. Lignières. — Malgré la parenté étroite qui existe entre *Brucella melitensis* et *Brucella abortus*, le premier doit être considéré comme beaucoup plus dangereux pour l'espèce humaine que le second. Tous les efforts sanitaires doivent surtout se concentrer contre *Br. melitensis*, pour l'empêcher de se répandre au dehors de ses foyers habituels.

La contamination du bétail bovin et porcin par les chèvres malades de la fièvre méditerranéenne est un mode grave de diffusion de *Br. melitensis* et d'infection humaine ; s'il faut en croire les faits déjà connus, cette diffusion a pris dès maintenant des proportions inquiétantes en Europe et dans les deux Amériques. Une action énergique internationale est à souhaiter pour combattre *Br. melitensis*.

La réaction positive de Wright chez les bovidés n'est pas une preuve de la présence de *Br. abortus*, puisque *Br. melitensis* peut aussi infecter spontanément la race bovine.

Dans la prophylaxie contre *Br. abortus*, on pourra faire entrer la vaccination à l'aide de vaccins vivants ne contenant pas de *Br. melitensis*, mais seulement dans les localités où la maladie a été exactement diagnostiquée.

Pour les vaccins à microbes morts, dont l'action est certainement moins efficace, on pourra employer un mélange de tous les Brucella.

Valeur réciproque de l'inspiration et de l'expiration. — M. Marcille présente le résultat d'expériences qui montrent que, dans la respiration, l'expiration est plus puissante que dans l'inspiration. Cette démonstration prouve que (pour ce qui a trait à la défense de l'homme contre les gaz de guerre) les appareils isolants peuvent être plus aisément employés que les appareils filtrants, car les isolants travaillent à l'expiration. C'est un fait particulièrement intéressant à mettre en lumière, les appareils isolants assurant une protection beaucoup plus efficace que les appareils filtrants. Du reste, ces expériences sont la confirmation de travaux déjà anciens des professeurs Hanriot et Richet, qui démontrèrent que, des deux temps respiratoires, le temps expiratoire est le plus fort.

Questions diverses. — M. Goris présente un travail sur l'altération spontanée des solutions de chlorhydrate d'héroïne.

M. Bailly adresse une note sur la destinée du carstène dans l'organisme animal.

La séance du mardi 12 juillet sera supprimée.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 20 mai 1932 [*suite*])

Eventration diaphragmatique avec rétro-cardie chez une enfant de 11 ans, d'origine congénitale probable. — MM. Marchal, Fatou, Heim de Balsac estiment que, dans ce cas, il s'agit d'éventration diaphragmatique congénitale. mais ils ne revendiquent pas cette théorie pour tous les cas d'éventration.

Nodosités péri-articulaires au cours d'une polyarthrite chronique déformante. — MM. Crouzon et Gaucher. — Polyarthrite déformante symétrique évoluant depuis dix-sept ans. Présence de nodules para-articulaires au niveau du coude droit, invisibles sur la radiographie. Aucune étiologie syphilitique.

Tuberculose fibreuse avec pneumokoniose. — MM. Rist et Doubrow. — La recherches des bacilles de Koch dans l'expectoration s'est montrée constamment négative. Deux inoculations n'ont pas tuberculisé l'animal. Or l'autopsie a montré des lésions tuberculeuses très étendues avec présence de bacilles de Koch dans les nodules de pneumokoniose.

Lymphogranulomatose et tuberculose. — M. Jousset. — Un cas de lymphogranulomatose typique chez un sujet vigoureux où les tests classiques de la tuberculose furent tous négatifs. Cette observation ne plaide guère en faveur de l'assimilation des deux maladies.

(Séance du 27 mai 1932)

Variations comparées des albumines du sang et des oedèmes au cours d'un cas de néphrose lipoïdique. — MM. Marcel Labbé, Boulin et Dreyfus. — Un cas de néphrose lipoïdique intéressant par sa durée (5 mois), par l'efficacité de la déchloruration, par la terminaison mortelle par péritonite aiguë et collapsus.

Un cas de leucémie aiguë. — MM. Labbé, Boulin, Petresco. — Un cas de leucémie aiguë contrôlée à l'autopsie, remarquable par le faible degré de la leucémie, par sa durée longue (7 mois), par l'action favorable des transfusions, par la constatation de corps d'Auer dans les myéloblastes.

Exophtalmie et goitre congénitaux sans hyperthyroïdie. — MM. Marcel Labbé, Azerad et Justin-Besançon. — Malade de 24 ans présentant depuis sa naissance un goitre et une exophtalmie. Aucun signe d'hyperthyroïdie. Métabolisme basal normal.

Trois cas simultanés de rhumatisme articulaire aigu dans une même famille. Notion de contagion. — MM. BEZANÇON, LESNÉ, DE GENNES, WAHL. — Observation d'un homme de 40 ans et de deux de ses enfants (fille de 8 ans, garçon de 17 ans), sans antécédents rhumatismaux, ayant présenté à quelques jours de distance une crise typique de rhumatisme articulaire aigu. Ces cas éveillent l'idée de la contagiosité de la maladie de Bouillaud.

Fièvre typhoïde hémorragique grave guérie par l'immuno-transfusion. Indications de l'immuno-transfusion dans la fièvre typhoïde. — MM. TREMOLIÈRES et TZANCK. — Fièvre typhoïde hémorragique grave, survenue en pleine période d'état de la maladie. Des transfusions massives de sang de sujets récemment guéris de fièvre typhoïde ont permis d'éviter la mort par hémorragie. A partir de l'intervention, la maladie évolua presque apyrétique, alors que la courbe était au-dessus de 40° avant l'hémorragie.

Observations de polyarthrite ankylosante et ossifiante justiciables de la parathyroïdectomie. Intervention dans un cas avec succès temporaire. — MM. LANGERON, PAGET, CORDONNIER et LEFEBVRE (Lille). — Deux observations de polyarthrite ankylosante et ossifiante dans lesquelles l'absence d'étiologie et l'existence d'hypercalcémie autorisaient la parathyroïdectomie. Dans un cas, baisse légère de la calcémie et résultat clinique partiel. Dans l'autre, l'extrait parathyroïdien amena une élévation de la calcémie et une aggravation des manifestations cliniques.

Modifications oculo-pupillaires et syphilis. — MM. M. RENAUD et MIGET. — Les constatations des auteurs établissent nettement que les désordres de la mobilité et de la réflectivité pupillaires peuvent relever des causes les plus diverses. La syphilis n'en a pas l'apanage ; son rôle va même en diminuant à mesure que progressent nos connaissances sur les processus capables de léser le névraxe.

Méningite tuberculeuse larvée simulant l'encéphalite épidémique avec cuti-réaction exceptionnelle. — MM. JOUSSET, BERTRAND et VESLOT. — Méningite simulant l'encéphalite épidémique, avec somnolence, hoquet, troubles pupillaires accentués conditionnés par lésion de l'espace interpédonculaire.

Pseudo-myopathie d'origine infectieuse spontanément curable. — M. ESCHBACH (Bourges). — Homme 36 ans, chez lequel, après début infectieux, on vit apparaître une paralysie des muscles de la cuisse, de la nuque, du tronc. La maladie a affecté l'allure d'une infection aiguë à affinité neurotrope.

Hypotension artérielle aux membres supérieurs avec tension normale aux membres inférieurs. Aplasie artérielle localisée. — M. DOUMER (Lille) estime que l'hypotension permanente dite idiopathique n'est pas une entité clinique ayant pour substratum de l'hypopression sanguine, mais trahit simplement l'aplasie cardio-artérielle.

Hépato-néphrite grave consécutive à l'injection d'un abortif. — MM. BRULÉ et LENÈGRE. — Absorption pour avortement d'une drogue de nature imprécise. Apparition le lendemain d'un ictère à allure d'hépato-néphrite grave. L'ictère rétrocéda en un mois. L'azotémie persista trois mois. Guérison complète.

Syndrome biologique de la granulomatose maligne. — M. WEISSMANN-NETTER. — Chez les sujets atteints de granulomatose maligne : 1° négativité de la cuti-réaction à la tuberculine ; 2° positivité marquée de la réaction de Verner à la résorcine.

(SÉANCE DU 3 JUIN 1932)

A propos d'un cas de maladie de Hanot chez un hérédo-syphilitique. — MM. Etienne CHABROL, Jean COTTET et Jean HAMBURGER. Malade de 26 ans qui, depuis son enfance, joint au tableau clinique d'une cirrhose biliaire hypertrophique avec splénomégalie, une double kératite interstitielle et de fort curieuses déformations des tibias rappelant la maladie de Paget. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht sont positives.

L'ictère et la cirrhose ont évolué progressivement, sans poussée d'angiocholite. Une biopsie du foie démontre l'intégrité des canalicules biliaires faisant contraste avec l'atteinte élective des vaisseaux, qui sont entourés d'un manchon de cellules inflammatoires.

La cirrhose est parcellaire ; elle semble en grande part d'origine péritonéale.

Le malade bénéficie depuis un mois d'une cholécystostomie qui a fait régresser partiellement la jaunisse sans qu'on ait eu recours au traitement spécifique.

Les auteurs font remarquer que leur malade ne présentait aucun signe clinique de cholécystite ou de péricholécystite, et ils soulignent l'absence de toute réaction microbienne ou inflammatoire dans le liquide muqueux.

Septicémie à diplococcus crassus avec présence du microbe dans une grosse adénopathie inguinale, dans le sang et dans une ulcération secondaire de la bouche. — MM. CHEVALLIER et J. BERNARD.

Gangrène gazeuse au cours d'une paratyphoïde. — MM. LEMIERRE et BONNARD. Paratyphoïde avec, au sixième jour, gangrène gazeuse sous-aponévrotique de la cuisse droite. Mort en moins de deux jours. Cette complication succéda de suite à une injection intra-musculaire de 5 cmc d'huile camphrée. Comme micro-organismes, association de B. perfringens à staphylocoque doré.

Etudes physiologiques sur deux cas d'épilepsie. Troubles de la glyco-régulation. Action du régime acidifiant. — MM. LABBÉ et ESCALIER ont soumis deux épileptiques à un régime fortement acidifiant, riche en graisse et en viande, qui provoquait une élimination abondante de corps acétoniques. Il semble que les crises se soient un peu espacées avec ce régime.

Pneumonie passée à l'hépatisation grise et guérie par traitement bronchoscopique. — MM. MAY et SOULAS ont appliqué le traitement bronchoscopique (aspiration des sécrétions, instillation d'huile goménolée) chez un malade atteint de pneumonie grise, semblant dans un état désespéré. Guérison.

Recherche du dysfonctionnement parathyroïdien par l'interférométrie. — MM. WEISSENBACH et DURUPT ont cherché à mettre en évidence le dysfonctionnement parathyroïdien, en utilisant le pouvoir fermentatif des sérums pour le substrat de la glande.

Leurs études de 26 cas leur ont permis de compléter le schéma de Zimmer, Lendel et Fehlow, et d'y faire rentrer la parathyroïde à côté du thymus.

L'interprétation du dysfonctionnement parathyroïdien peut désormais se faire comme celui des autres glandes par la constatation d'une valeur élevée de dégradation de l'opzyme parathyroïdien par rapport au thymus.

Diabète consomptif, troubles progressifs de la conductibilité intracardiaque et hépatite scléreuse survenus chez un jeune homme à la suite d'un chancre syphilitique. — M. COSTEDOAT. Chancre syphilitique caractérisé cliniquement et bactériologiquement et traité d'une manière active. Trois

ans plus tard, apparut un diabète sucré à forme grave ; on constata en même temps une hépatite scléreuse et un blocage incomplet du faisceau de His ; en quelques mois, malgré l'insuline, les tonicardiaques et le traitement spécifique s'établit une insuffisance cardiaque totale, la dissociation auriculo-ventriculaire devint complète ; le malade succomba peu après. L'auteur estime que la coexistence des lésions hépatique et cardiaque est un argument supplémentaire en faveur de l'étiologie syphilitique de ce diabète.

L'action cardiaque de l'insuline. — MM. Costedoat et Aujaleu ont entrepris, sur les dangers que l'insuline peut présenter pour le cœur, des recherches à l'occasion d'un cas de dissociation auriculo-ventriculaire et d'un cas de coma de Friedrichs qu'ils ont observés chez des diabétiques traités par ce médicament. Il s'agit d'accidents d'acidose ou d'artériosclérose, beaucoup plus rarement de coma de Friedrichs. Le syndrome hypoglycémique présente cependant un certain danger lorsque le cœur est malade.

Angiome vertébral ; « vertèbre poreuse » ; diagnostic radiologique. — M. J.-A. Lièvre. Observation d'une femme de trente-six ans, atteinte depuis sept ans d'un syndrome douloureux lombo-sciatique, dès le début duquel ont été constatées les modifications radiologiques de la première vertèbre lombaire. Cette vertèbre est élargie et comme soufflée ; son opacité générale est diminuée, et elle paraît constituée de cavités juxtaposées séparées par de fines cloisons ; sa hauteur est normale. Cet aspect de « vertèbre poreuse » concorde avec les observations anatomiques de lésions angiomateuses du rachis.

A propos des cholécystokinétiques. — MM. Lœper et Lemaitre. L'acétylcholine est un cholécystokinétique puissant, supérieur au sulfate de magnésie, donnant de bons résultats dans beaucoup d'affections des voies biliaires et du pancréas, à dose de 0,05 par voie veineuse.

Maladie de Corrigan d'origine hérédo-syphilitique. — M. Decourt. Malade observé en 1926, âgé de 13 ans, à raison d'un tabès en évolution chez le père. A ce moment, enfant normal. Quatre ans plus tard, apparition d'insuffisance cardiaque avec insuffisance aortique du type Corrigan. Pas d'antécédent de rhumatisme aigu. Apparition ultérieure de gomme de la clavicule.

Athérome aortique étendu avec hypertension artérielle variable et cortico-surrénalome. — MM. Plazy et Germain (Toulon). Homme de 40 ans, syphilitique méconnu, atteint d'athérome aortique étendu avec ectasie de l'aorte ascendante, qui mourut d'asystolie avec cirrhose cardiaque. A l'autopsie, cortico-surrénalome bilatéral.

Zona et varicelle. (*Présentation de malade*). — M. Hubert.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 7 MAI 1932)

Utilisation d'un nouvel antigène pour le diagnostic de la Malaria par la méthode de floculation. — MM. S. Livierato, M. Vagliano et G. Constantakato emploient la mélanine de la seiche, au moins aussi sensible pour la réaction de floculation de la Malaria, que l'antigène de l'œil de bœuf préconisé par Henry.

Recherches sur le taux du glutathion du sang au cours des affections du foie. — MM. Léon Binet et A. Arnaudet, continuant leurs recherches sur le glutathion, apportent le résultat de leurs dosages effectués sur le sang de 33 malades atteints d'affections hépatiques. Ils soulignent l'existence d'une chute notable du glutathion réduit du sang dans l'ictère qui dépend d'une obstruction du canal cholédoque par un calcul, dans la cirrhose de Laënnec et dans la cirrhose pigmentaire.

Reconstitution complète de la fonction antigène in vivo des lipoïdes du B. de Koch. — M. C. Ninni. — La fonction antigène *in vivo* des lipoïdes du B. de Koch — sous forme d'extrait méthylique de Boquet et Nègre — peut être augmentée faiblement par l'addition de substances chimiques qui ralentissent la résorption (phénol-alcool), ou mieux encore par le sérum frais de cheval ou de porc. Cette fonction antigène peut être reconstituée par l'union préalable des lipoïdes avec certaines protéines bactériennes, ou mieux encore par l'addition de microbes vivants tels que le B. coli. La toxicité des mélanges se manifeste sous deux formes qui semblent résulter de la formation *in vitro* de deux complexes différents : un type d'intoxication lipoïdique plus fréquent, et un type d'intoxication protéinique.

Recherches chimiothérapiques à l'aide des cultures cellulaires. Toxicité du stovarsolate de soude, de l'oxyde d'arsine et du novarsénobenzol. — MM. C. Levaditi et N. Constantinesco ont comparé l'activité *in vitro* du stovarsolate de soude, de l'oxyde d'arsine de ce dérivé et du novarsénobenzol sur les trypanosomes (*Tryp. Brucei*), le *spirillum gallinarum*, les spermatozoïdes du lapin et les cultures cellulaires. Ils ont constaté que les éléments cellulaires cultivés *in vitro* (embryon de poulet) se comportent à l'égard des dérivés arsiniques (stovarsolate de soude), de l'oxyde d'arsine du stovarsol et des composés arsénoïques (novarsénobenzol), comme les trypanosomes et les spermatozoïdes du lapin. L'échelle de la toxicité est la même, quoique les doses minima mortelles diffèrent d'un élément-*test* à l'autre. Les écarts sont plus grands entre le stovarsolate de soude et l'oxyde d'arsine du stovarsol, qu'entre ce dernier et le novarsénobenzol.

Paralysie diphtérique expérimentale et immunité antitoxique active. — MM. G. Ramon, R. Debré et P. Uhry. — On peut constater l'apparition de paralysies chez des sujets qui ont été atteints de diphtérie inapparente et qui possèdent, au moment de cette apparition, une immunité antitoxique active parfois très prononcée. L'expérimentation fournit l'explication de ces faits. Une dose convenable de toxine affaiblie détermine chez le cobaye des accidents paralytiques dus au poison qu'elle contient ; elle engendre, d'autre part, l'immunité antitoxique grâce à l'antigène qu'elle renferme. La fixation du poison sur le tissu nerveux, qui précède l'établissement des lésions d'où résultera quinze jours plus tard la paralysie, est déjà opérée lorsque la production d'antitoxine commence. En somme, chez l'homme comme chez l'animal, le même antigène toxique peut donc produire à la fois l'immunité antitoxique et la paralysie, cette dernière apparaissant et progressant malgré la présence de l'antitoxine spécifique d'origine active.

Floculation des fractions protéiques isolées du sérum antidiphtérique. — MM. G. Stodel et A. Bourdin. — Si l'on sépare par électro-osmose les diverses protéines du sérum, on constate que la pseudoglobuline comme l'euglobuline flocule en présence de la toxine diphtérique.

Vitesse de floculation du sérum antidiphtérique purifié et concentré par électro-osmose. — MM. C. Stodel et A. Bourdin. — L'électro-osmose ne modifie en rien le temps de floculation de la pseudoglobuline chargée d'antitoxine. La neutralisation et l'antiseptique provoquent un léger accroissement du temps de floculation.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT DU CŒUR INFECTIEUX (1)

Par le docteur A. VINIT,
Ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris.

Soutenir le cœur au cours des processus infectieux à température élevée, ne va pas sans quelques difficultés. La digitale reste dans ces cas incertaine, comme si la fièvre empêchait son action sur le myocarde hyperthermique ; de plus, elle exige un délai d'au moins 24 heures pour donner tous ses effets, alors qu'il faut aller vite. Enfin, elle provoque ou exagère facilement les réflexes nauséeux et les vomissements. D'autres toni-cardiaques, tels que la spartéine, la convallamarine, ne sont pas à retenir ici. Restent l'huile camphrée et la coramine, dont l'efficacité et la rapidité d'action sont évidentes, la seconde ayant sur la première le gros avantage de sa tolérance très étendue et de son administration facile par voie buccale ou hypodermique. La coramine, chez les infectés, notamment chez les pneumoniques, ralentit le cœur et le régularise lorsqu'il devient arythmique ; or il faut se méfier d'une arythmie due à la fibrillation auriculaire, un tel trouble du rythme étant un des modes les plus fréquents de terminaison fatale au cours de la pneumonie.

D'une façon générale, dans les maladies infectieuses, la coramine agit remarquablement, soit à titre préventif, en conjurant les défaillances cardiaques, soit en soutenant aussi longtemps qu'il le faut un cœur profondément atteint par l'imprégnation toxinique.

(1) *Pratique méd. franç.*, juillet 1930.

LIVRES NOUVEAUX

La cure thermale carbogazeuse en thérapeutique cardiovasculaire (1), par P.-N. DESCHAMPS.

Tandis que les ouvrages jusqu'ici publiés sur ce sujet étaient des études fragmentaires, le présent travail réunit l'ensemble de nos connaissances théoriques et pratiques et permet aussi bien au médecin de diriger en connaissance de cause ses malades sur une station appropriée qu'au médecin de ville d'eaux de diriger avec une compétence éclairée la cure thermale de ses consultants. Après une étude plus spéciale et plus détaillée des sources de Royat que l'auteur est particulièrement bien placé pour bien connaître et de leur action pharmacodynamique, l'au-

(1) Collection Médecine et chirurgie pratiques. — Paris, Masson et Cie.

teur étudie en détail les indications des eaux carbo-gazeuses : insuffisance cardiaque, arythmies, angor, troubles de la tension artérielle, artérites oblitérantes et troubles vasomoteurs des extrémités ainsi que leurs contre-indications.

Même au praticien non spécialisé, il est précieux de connaître que les procédés de cure peuvent être employés et ce qu'il convient d'en attendre ainsi que la gradation savante mais nécessaire qu'il convient de respecter. Avec un tel guide, la cure thermale cesse d'être une technique à la fois empirique et mystérieuse. Rien non plus n'est négligé de ce qui touche l'hygiène générale et la diététique.

Une abondante bibliographie permet de se reporter, le cas échéant, aux nombreuses études de toutes langues antérieurement consacrées, à propos de diverses stations, à ce chapitre si important dans la pratique médicale quotidienne.

L. B.

Vomissements de la grossesse (1), par Roland LEVEN. *Préface de MM. les docteurs Rudaux et Leven.*

Ce sujet a fait couler beaucoup d'encre depuis la thèse d'agrégation d'Alexandre Guéniot. L'auteur en reprend aujourd'hui l'étude, en l'appuyant sur l'expérience de spécialiste de M. Gabriel Leven, son père, et sur un nombre important d'observations originales.

Si l'on a soin d'éliminer du cadre des vomissements incoercibles les cas où la grossesse n'a qu'un rôle accessoire et où les vomissements reconnaissent une autre cause — tabes par exemple — on s'aperçoit qu'il ne reste que des troubles dyspeptiques, auxquels la grossesse imprime un cachet particulier.

Rien ne saurait donc subsister des théories pathogéniques jusqu'ici posées (nerveuses, toxiques, etc.), que l'auteur expose et critique à la fin de son intéressant travail.

Pour simple qu'elle soit, cette conception étiologique ne laisse pas cependant d'admettre une certaine complexité, puisque dans certains cas il s'agit de dyspepsie simple, on a affaire dans d'autres cas à de la dilatation atonique de l'estomac ou à de l'aérophagie associées aux troubles principaux. L'auteur expose les syndromes observés dans leur détail, s'appuyant sur les constatations cliniques et radiologiques de divers auteurs et fortifiant l'observation clinique des succès thérapeutiques.

Quant aux symptômes associés qui émouvaient tant jusqu'ici le médecin, ils perdent beaucoup de leur importance et pour ainsi dire tout de leur gravité.

Cet exposé bref et vivant, illustré d'observations cliniques et de figures, se termine sur un exposé diététique et thérapeutique détaillé.

L. B.

La rééducation de la voix parlée (2), par G. DE PARREL.

Ne pas rééduquer un enfant qui parle mal, c'est compromettre gravement son avenir, car toute personne qui a un vice de prononciation se trouve « handicapée » dans son existence familiale, professionnelle et sociale. Or, que fait-on dans les familles ? Que fait-on dans les Facultés ? Que fait-on dans les Conservatoires de musique et de déclamation ? Hélas ! rien ou presque rien, et c'est une grave lacune de l'Enseignement dans toutes ses modalités.

Avec juste raison, le docteur de Parrel, l'apôtre de la rééducation phonétique et acoustique, s'élève contre cette inertie des éducateurs et des parents. Il proclame la nécessité de corriger, dès leur apparition, les troubles de la voix et de la parole. Il fournit aux intéressés des *notions indispensables de phonétique*. Il énonce très clairement les *principes directeurs de l'orthophonie* et donne une *classification logique des défauts de l'élocution.*

Les *procédés de rééducation phonétique* sont décrits en détail pour chacun des *troubles périphériques* qui atteignent la respiration, l'émission ou l'articulation : bégaiement, bredouillement, nasonnement, chevrotement, blésité, etc.

Des chapitres spéciaux sont réservés aux *troubles d'origine centrale*, notamment aux retards de la parole, aux aphasies, aux aphonies, etc.

Ce manuel de *Rééducation de la voix parlée* est d'une incontestable utilité pratique. Il est présenté selon la formule la plus moderne, c'est dire qu'il est allégé de tout détail bibliographique et abondamment pourvu de dessins, de schémas et de tableaux d'exercices. Le nom de l'auteur nous dispense d'ajouter que ce livre est rédigé avec élégance, avec concision et avec l'autorité que donne une longue expérience. Il ne s'adresse pas seulement aux médecins, mais aux éducateurs, aux parents et aux déficients de la parole eux-mêmes, qui y trouveront tous les renseignements techniques indispensables.

L. G.

(1) Paris, N. Maloine.

(2) Collection de Parrel des Manuels de rééducation. In-8 carré de 150 pages avec 35 figures et tableaux dans le texte. — Prix : 28 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Exploration fonctionnelle des voies biliaires et Chirurgie (1), par L. BÉRARD, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, et P. MALLET-GUY, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Depuis une dizaine d'années, la séméiologie des voies biliaires s'est enrichie de méthodes nouvelles d'exploration parmi lesquelles le tubage duodénal et la cholécystographie occupent la première place, place équivalente dans l'examen d'une vésicule à celle qu'occupent dans l'examen de l'estomac la radiologie et le chimisme gastrique. Ces méthodes n'ont-elles pas pour but d'étudier l'organe en fonctionnement, d'analyser le trouble physiologique, de déceler la caractéristique physio-pathologique de l'affection en cause ?

Quelle peut donc être l'application chirurgicale de cette nouvelle orientation de la séméiologie biliaire ?

La chirurgie des voies biliaires doit évoluer, elle aussi, dans le sens physiologique, cette nouvelle chirurgie s'appuyant sur de nouvelles méthodes d'exploration, et considérant bien moins anatomiquement la lésion à enlever que le trouble fonctionnel à redresser évite la cholécystectomie systématique et rend aux opérations conservatrices des indications plus étendues.

Le but de cet ouvrage est de développer cette collaboration de l'exploration fonctionnelle des voies biliaires et de la chirurgie. Les auteurs ont poursuivi sur un nombre important de malades l'analyse physiologique des syndromes des voies biliaires, par toutes les méthodes que leur offrait la technique séméiologique moderne, — avant l'opération, — tout de suite après l'opération, — et longtemps après l'opération. Une très large place est faite à l'exploration post-opératoire des voies biliaires : les suites physiologiques de la cholécystectomie, de la cholécystogastrostomie, sont longuement analysées à l'aide de documents originaux de tous ordres, et, plus encore, l'étude fonctionnelle des cholécystostomies.

L. G.

(1) In-8 de 362 pages avec 86 figures. — Prix : 68 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENSÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GÉNATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

GÉNALCALOIDES — **ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE**
POLONOVSKI ET NITZBERG

LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"

A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. — PARIS (4e)

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — M. le docteur Dubernard, stomatologiste adjoint des hôpitaux, est affecté en cette qualité à l'hôpital-hospice des Enfants.

— LYON. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur André Josserand.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — Le nombre des candidats qui pourront être admis à la suite des épreuves du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré) est modifié ainsi qu'il suit pour la catégorie suivante :

Deuxième division : MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Médecine*, 20, au lieu de 15.

Liste des candidats admis aux épreuves du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré), dernière liste :

Deuxième division : MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Catégorie I. Médecine.* — Académie de Paris : MM. Marie, 20 + 20 = 40; Lamy et Mollaret, 20 + 19 = 39; Wallich, 19 + 18 = 37; Froment, 18 + 19 = 37; Benda, 18 + 16 = 34; Schmite, 16 + 18 = 34; Azerad et Pichon, 16 + 17 = 33; Layani, 17 + 15 = 32; Escalier, 16 + 16 = 32; Oumansky, 14 + 17 = 31; Lenormand, 15 + 15 = 30.

Académie de Bordeaux : M. Dervillée, 16 + 15 = 31.

Académie de Montpellier : MM. Vidal, 17 + 18 = 35; Rimbaud, 15 + 15 = 30.

Académie de Nancy : M. Meignant, 15 + 15 = 30.

Académie de Strasbourg : M. Waitz, 18 + 18 = 36.

Académie de Toulouse : MM. Morel, 17 + 17 = 34; Bounhoure, 16 + 15 = 31.

— Les dates des compositions du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré) de la catégorie « Histoire naturelle médicale et parasitologie », fixées primitivement aux 7 et 8 novembre 1932, par l'arrêté du 18 mai 1932 susvisé, sont reportées aux 21 et 22 novembre 1932.

— PARIS. — M. Mathieu (Paul), ancien agrégé des facultés de médecine, chef de clinique annexe, est nommé, à compter du 1er décembre 1932, professeur de clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte à la Faculté de médecine de l'Université de Paris (chaire nouvelle).

— BORDEAUX. — *Chaire d'hydrologie thérapeutique et de climatologie.* — Le Conseil de la Faculté, après lecture du rapport de M. le professeur Petges, a proposé, à l'unanimité des voix, M. le professeur Creyx en première ligne.

M. le professeur agrégé Aubertin (rapport de M. le professeur G. Dubreuil) a été proposé en seconde ligne.

— MONTPELLIER. — M. Bertin-Sans, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, est nommé professeur honoraire.

— La chaire de chimie biologique et la chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier sont déclarées vacantes.

— La chaire de chimie analytique et toxicologie de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montpellier est déclarée vacante.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Peugniez, médecin colonel en retraite.

MARINE. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général Viguier.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux Varache et Breuil.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — CONCOURS POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS DE MÉDECIN ET DE PHARMACIEN SOUS-LIEUTENANT DE L'ARMÉE ACTIVE DES TROUPES MÉTROPOLITAINES. — L'article 7 du décret du 19 août 1929 instituant un concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines réservé aux détenteurs du titre de docteur en médecine ou de pharmacien est abrogé et remplacé par le suivant :

« Les médecins et pharmaciens admis à la suite de ce concours dans les cadres actifs du corps de santé métropolitain rejoignent le 31 décembre l'Ecole d'application du Service de santé militaire, pour y accomplir un stage en même temps que les médecins et pharmaciens lieutenants de leur promotion provenant de l'Ecole du Service de santé militaire; ils concourent avec ces derniers, en fin de stage, prennent rang avec eux sur la liste d'ancienneté de leur grade dans l'ordre de classement de sortie et sont appelés à choisir, d'après cet ordre de classement, leur affectation parmi les postes à pourvoir. »

CHRONIQUE

LES JOURNÉES ORTHOPÉDIQUES DE NANCY

(1er et 2 juillet 1932)

Lors du dernier Congrès de l'Association française d'orthopédie à Paris en octobre dernier, il avait été décidé que tous les deux ans, les membres de la société seraient invités à se rendre dans une ville de province pour y visiter les hôpitaux, facultés, y voir opérer les chirurgiens orthopédiques de la ville, y voir présenter des malades, entendre les communications de ces chirurgiens sans qu'aucune discussion s'engage.

La première réunion a eu lieu à Nancy les 1er et 2 juillet. Disons tout d'abord qu'elle a réussi au delà de toute espérance. Une quarantaine de membres de la société étaient accourus de Paris, Lyon, Bordeaux, Tours, Alger, Lille, Metz, Strasbourg, Mulhouse, Berck, Nice ; nombreux aussi de Belgique et de Suisse.

Les matinées ont été consacrées à la visite des services hospitaliers et à assister aux séances opératoires des professeurs Hamant et Michel, et au service de chirurgie orthopédique du professeur Frœlich. L'après-midi réunissait les assistants dans le très bel amphithéâtre de la Faculté — fort bien aménagé pour les projections —. Là, chaque jour, pendant plus de trois heures, on a vu défiler communications et présentations de malades, avec une telle abondance que le titre seul des présentations remplirait ici plusieurs colonnes.

A la fin de l'après-midi du 2 juillet, M. le professeur Spillmann a fait les honneurs de la nouvelle bibliothèque de la Faculté, des archives de la Vieille Université de Pont-à-Mousson et du Collège Royal de chirurgie de Nancy. Il a reçu ensuite les congressistes dans la grande salle du Conseil de la Faculté et a tenu à les remercier de l'intérêt qu'ils ont bien voulu apporter aux séances. M. le professeur Ombrédanne lui a répondu au nom des invités.

Des dîners avaient chaque soir été organisés, grâce à l'amabilité extrême de M. le professeur Frœlich et de M. le professeur Hamant. Nancy est une ville de bonne chère, et les invités n'oublieront pas les succulents produits du pays qu'ils ont été à même d'apprécier.

Un Comité de dames s'était chargé de faire connaître aux dames venues avec les congressistes, les merveilles de l'ancienne capitale des ducs de Lorraine, — et une excursion à Saverne était organisée pour le 3 juillet.

Il faut en terminant reporter surtout le succès de ces journées orthopédiques sur M. et Mme Frœlich, qui, par leur grande activité, leur bonne grâce, ont su donner à cette réunion tout son éclat.

M. LANCE.

« NORD-SUD ». — IXe VOYAGE D'ÉTUDES POUR MÉDECINS aux villes d'eaux, stations climatiques et plages marines d'Italie (5-21 septembre 1932) : Les Alpes, les lacs, les stations hydrominérales, la Riviera.

Le IXe Voyage « Nord-Sud » aura lieu du 5 au 21 septembre 1932. Comme les précédents, le Voyage sera dirigé par M. le professeur Guido Ruata.

Seuls les médecins sont admis à prendre part au Voyage « Nord-Sud »; ils pourront se faire accompagner d'une personne de leur famille jusqu'à concurrence d'un tiers des inscrits. Le nombre des places est limité à un maximum de 150.

Les adhérents au Voyage « Nord-Sud » seront répartis, à leur choix, dans l'un des groupes de langue française, italienne, anglaise ou allemande, à chacun desquels sera attaché un médecin interprète.

Le Voyage « Nord-Sud » aura lieu en train spécial de 1re classe des Chemins de fer de l'Etat, où chaque participant aura sa propre place réservée; seuls les bagages à main sont admis dans le train spécial.

Dans chaque localité visitée le meilleur traitement sera assuré aux participants.

Le prix d'inscription est fixé à lire 1.500 par personne ; ce prix comprend la totalité des frais du lieu de réunion (Turin) au terme du voyage (Viareggio).

Les inscriptions au Voyage « Nord-Sud » seront closes aussitôt que le nombre maximum de 150 sera atteint et de toute façon au plus tard le 15 juillet. Les inscrits recevront à leur adresse, avant le 15 août, les documents pour le voyage.

Les inscriptions sont reçues à l'Ente nazionale industrie turistiche, 2, via Marghera, Roma.

Itinéraire : Turin, Gressoney, Courmayeur, col du Petit Saint-Bernard, Aoste, Saint-Vincent, Stresa, Mottarone, Bognanco, Baveno, Pallanza, Iles Borromées, Orta, Acqui, Canelli, Gênes, Nervi, Santa Margherita Ligure, Portofino, Rapallo, Sestri Levante, Viareggio.

RENSEIGNEMENTS

AUX PORTES DE PARIS BEAUX BATIMENTS POUR MAISON DE SANTÉ. Parfait état. Grandes salles pour 150 lits, plus 40 chambres. Beau parc 1 hectare. Exceptionnel. — P. Bailly, 51, rue Condorcet, Paris (IXe).



Travail de la Clinique chirurgicale A, Université de Strasbourg.
Directeur : Professeur R. LERICHE.

L'ARTHROSTOMIE PRÉCOCE DU GENOU

ASSOCIÉE A L'EMPLOI DU MERCUROCHROME EN INJECTIONS INTRASYNOVIALES ET INJECTIONS INTRAARTÉRIELLES DANS LE TRAITEMENT DES ARTHRITES GONOCOCCIQUES AVEC ÉPANCHEMENT

Par MM. RENÉ FONTAINE et J. HENRIET.

Sans cesse la liste s'allonge des procédés indiqués comme efficaces dans le traitement de l'arthrite gonococcique. Tour à tour loués, puis décriés, ils apparaissent tous également bons dans certains cas et également inopérants dans d'autres. Nul d'entre eux n'est infaillible. Et quoi que l'on fasse, il y a toujours des arthrites gonococciques qui restent rebelles aux thérapeutiques habituellement agissantes. Aussi dans cette courte note ne visons-nous pas à décrire une nouvelle méthode venant s'ajouter à la liste des panacées déjà existantes. Nous voudrions simplement attirer l'attention sur une manière simple de traiter certaines formes d'arthrites gonococciques, que nous avons vue donner d'excellents résultats entre les mains de notre Maître, le Professeur Leriche, et qui a sans doute ses indications.

Nous l'avons employée dans ces arthrites à grand épanchement séropurulent ou purulent qui parfois ne guérissent que par l'arthrotomie, alors que le plus souvent elles cèdent à de simples ponctions ou à des injections vaccinales. La distinction entre les cas justiciables d'un traitement opératoire et ceux qui ne le sont pas, est difficile. Et d'une façon générale, c'est sur la donnée d'évolution que l'on intervient surtout. Nous avons l'impression que l'on n'opère pas assez souvent ; la crainte de l'opération nous semble due à ce que beaucoup de chirurgiens ont avec raison mauvaise impression de l'arthrotomie large avec drainage par un ou plusieurs gros drains, qui finit trop souvent, après une longue période de suppuration, par une ankylose, et qu'ils n'osent pas refermer quand il y a du pus. Cependant ce n'est plus ainsi que l'on doit aujourd'hui faire une arthrotomie pour arthrite blennorragique, et récemment encore Mondor, dans son livre, rappelait qu'en matière d'arthrotomie, il faut se tenir soit à l'arthrotomie large avec lavage de l'articulation et fermeture immédiate, soit à la petite arthrotomie qu'on s'efforcera de maintenir ouverte sans drainage intra-articulaire ou avec un drainage minimum. La première méthode a l'inconvénient de nécessiter des ponctions répétées si, secondairement, et c'est là chose fréquente, le liquide se reproduit ; dans la seconde qui, théoriquement, réalise la solution idéale, le drainage continu échoue souvent par accolement précoce des deux lèvres de l'incision.

Or, pour le genou, on peut l'éviter, et voici ce que M. Leriche fait généralement. Sous anesthésie locale, il ouvre l'articulation par une petite incision de 4 à 5 cm., soit dans la région latéro-externe, soit au niveau du cul-de-sac sous-quadricipital. La synoviale ouverte est débarrassée des blocs fibrino-purulents qu'elle renferme ; puis les deux lèvres de la synoviale sont suturées à la peau. Il réalise donc non une simple arthrotomie, mais une arthrostomie à la façon de Tixier et de Fieux pour les arthrites suppurées. La synoviale étant très distendue, cette suture à la peau est aisée. La bouche mesure 2 à 3 cm. de diamètre. Aucun drain n'est introduit, mais le genou pansé à plat est immobilisé en plâtre pendant quelques jours. Rapidement la température baisse, et les douleurs cèdent. Lorsque le malade est devenu apyrétique, ce qui se produit au bout de 4 à 5 jours, on commence très doucement la mobilisation. Les mouvements actifs et passifs vident l'articulation du liquide résiduel ; si le drainage se fait mal, il suffit d'introduire une pince dans l'ouverture de la synoviale pour la rendre béante. D'après ce que nous avons vu, le liquide cesse très vite de se reproduire, il ne se fait pas d'infection secondaire, et l'arthrostomie se ferme ensuite spontanément en très peu de jours.

La suture de la synoviale à la peau qui permet de se limiter à une petite arthrotomie tout en évitant la fermeture trop rapide, apparaît ainsi comme une excellente solution. Malheureusement elle n'est guère réalisable qu'au genou. Exceptionnellement on peut la faire au coude. Quand elle n'est pas possible, M. Leriche préfère l'arthrotomie large avec fermeture immédiate aux autres modes d'arthrotomie.

Le traitement chirurgical n'exclut pas l'usage de moyens purement médicaux. Depuis 1925, M. Leriche utilise volontiers le mercurochrome 220 de Young, qui paraît agir très activement dans toutes les manifestations blennorragiques. Les essais thérapeutiques faits à la clinique de Strasbourg à cette époque ont été mentionnés par le Prof. Michel dans son rapport au 35e Congrès français de Chirurgie en octobre 1926. Depuis, M. Leriche a continué d'employer ce médicament dans l'arthrite gonococcique. Dans les formes hydarthrosiques, lorsqu'il pratique l'arthrotomie, il associe son usage à l'acte opératoire. Mais au cours de ces dernières années, la voie intraveineuse, voie de gaspillage pour toutes les lésions localisées, a été abandonnée en faveur des injections intra-artérielles, théoriquement plus rationnelles. Les injections intra-artérielles sont faites par piqûre transcutanée dans l'artère fémorale primitive au niveau de l'arcade de Fallope. L'expérience que nous en avons acquise nous permet d'affirmer que l'injection intra-fémorale n'est techniquement pas plus difficile qu'une intra-veineuse, et que, même répétée, elle n'expose à aucun danger. Nous en avons fait 5 à 6 fois chez le même malade sans inconvénient. Elle paraît plus efficace que l'injection endo-veineuse.

Convaincu de l'efficacité habituelle de cet antiseptique, M. Leriche a remplacé après arthrotomie le classique lavage au sérum et à l'éther par un badigeonnage de la synoviale au mercurochrome. Si bien qu'en fin de compte, à l'heure actuelle, M. Leriche considère l'arthrostomie suivie de badigeonnage de la synoviale au mercurochrome et d'une injection intra-artérielle de la même drogue comme le traitement de choix des arthrites gonococciques du genou avec épanchement. Craignant les complications tardives de ces arthrites, nous réalisons ce traitement d'une façon

aussi précoce que possible, quittes à opérer des cas qui auraient peut-être guéri autrement. L'avenir dira s'il y a lieu de systématiquement appliquer cette méthode que nous croyons en tout cas susceptible de rendre des services.

Dans deux cas d'arthrite du genou à grand épanchement purulent, que nous avons suivis, l'an dernier, la guérison a été rapide, et il n'est resté aucune impotence fonctionnelle. Par contre, dans une arthrite du coude, dans laquelle M. Leriche avait fait une arthrotomie avec fermeture immédiate après badigeonnage au mercurochrome et une injection intra-artérielle de 10 cm³ de mercurochrome à 1 0/0, si le résultat immédiat fut parfait, l'articulation s'ankylosa par la suite. Il est vrai que les lésions ostéo-cartilagineuses étaient déjà très avancées lors de l'intervention.

Sur l'instigation de notre Maître, nous avons appliqué le même traitement à un jeune homme atteint d'arthrite gonococcique d'abord du genou droit, puis du gauche. Le succès fut complet des deux côtés. Voici cette observation :

Se... Jean, âgé de 22 ans, garçon de café, contracte une blennorragie aiguë dans les premiers jours de novembre 1931. 15 jours plus tard, le 17 novembre, apparaissent des douleurs dans le genou droit ; le 18, le malade va consulter un médecin qui constate une hydarthrose, pratique une ponction qui révèle un liquide séreux louche, et fait admettre le malade à la clinique médicale A de M. le prof. Merklen ; celui-ci, à son tour, nous adresse le malade le 21 novembre 1931.

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, qui présente un écoulement blennorragique typique ; le traitement de son urétrite sera ultérieurement assuré par le service urologique de notre clinique.

A son entrée, le malade souffre violemment de son genou droit qui, depuis trois jours, est immobilisé sur une gouttière métallique. La moindre tentative de mobilisation arrache des cris.

Le genou est globuleux, distendu par du liquide ; il s'agit d'un très volumineux épanchement, et le diagnostic d'arthrite gonococcique ne fait aucun doute.

La température est élevée, à 39°. Une ponction exploratrice, aussitôt pratiquée, donne un liquide franchement purulent, renfermant 73 % de polynucléaires et 27 % de lymphocytes. En culture, le gonocoque ne pousse pas (Dr Grotten).

Le malade est opéré aussitôt arrivé. Sous anesthésie locale, nous pratiquons une petite arthrostomie du cul-de-sac sous-quadricipital. Nous évacuons une grande quantité de liquide purulent, puis, avec de petits tampons, nous débarrassons la synoviale de ses dépôts fibrino-purulents. L'arthrostomie réalisée, le genou est pansé sans drainage, puis immobilisé dans une gouttière métallique. Puis nous faisons une injection de 15 cm³ de mercurochrome à 1 % dans l'artère fémorale.

L'opération amène la sédation immédiate des douleurs et, dès le lendemain, la température baisse, pour redevenir normale le cinquième jour.

Le 27 novembre, soit le sixième jour après l'opération, on refait pour la première fois le pansement ; l'articulation n'a que peu donné ; on introduit une pince dans l'orifice et évacue ainsi une dizaine de cm³ de liquide séro-purulent. Premières tentatives de mobilisation, qui ne sont pas douloureuses. On les continue les jours suivants ; l'ouverture de l'articulation ne donne presque plus et commence à se fermer dès le 29 novembre. Le 6 décembre, nous notons que la plaie synoviale est bouchée ; il persiste une plaie en surface bourgeonnant bien et en bonne voie de cicatrisation ; celle-ci sera terminée le 10 décembre.

Pendant tout ce temps, la mobilisation du genou a été activement poursuivie ; le 10 décembre, les mouvements actifs sont très étendus.

Le 16 décembre, on reprend la marche ; celle-ci, très pénible les premiers jours, devient de jour en jour plus aisée et bientôt le genou droit retrouve le jeu normal de ses mouvements.

Vers la fin du mois de décembre, le malade se plaint tout à coup de douleurs au niveau de la tibio-tarsienne droite ; pendant quelques jours nous craignons une nouvelle localisation à cet endroit ; mais bientôt les signes d'arthrite tibio-tarsienne cèdent sans autre traitement que le repos.

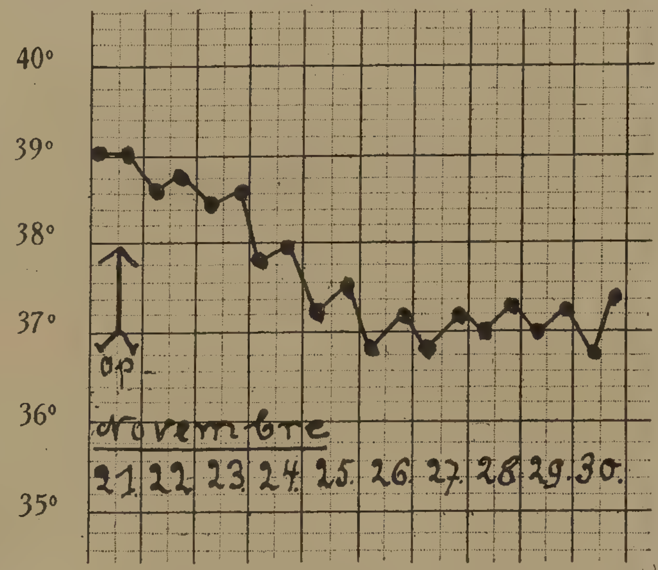


FIG. 1. — La feuille de température du 21 au 30 novembre 1930 montre la chute de la fièvre après la première opération.

Mentionnons encore qu'entre temps, le traitement de l'uréthrite, activement poursuivi, a amené la disparition de l'écoulement.

Le malade était donc prêt à quitter l'hôpital, quand, vers le 6 janvier 1932, il commença à souffrir de son genou gauche. La température remonte à 38° ; le genou est globuleux et distendu. On fait plusieurs ponctions qui donnent un liquide d'abord clair, puis louche. Ce liquide est à faible réaction cellulaire et stérile en culture.

Dès les premiers signes d'arthrite à gauche, nous commençons une série de 6 piqûres de vaccin antigonococcique Pasteur. Ces injections, faites par voie intra-musculaire, et répétées tous les deux jours, demeurent sans résultat.

Le 20 janvier 1932, le genou gauche reste aussi gros qu'avant la vaccinothérapie. Il est très douloureux, et une nouvelle ponction montre que le liquide devient de plus en plus purulent. Dans ces conditions, nous procédons, le 20 janvier 1932, toujours sous anesthésie locale, à l'arthrostomie du côté gauche. Nous ouvrons cette fois la synoviale dans sa partie latéro-externe. Les bords de la synoviale sont suturés à la peau. L'intérieur de l'article est badigeonné au mercurochrome, et une injection intrafémorale de 15 cm³ est faite.

L'effet de cette thérapeutique combinée est le même qu'à droite. La température redevient normale rapidement ; les douleurs cèdent dès le soir de l'intervention. Le premier pansement est fait le cinquième jour et, à cette occasion, la première tentative de mobilisation. La gouttière métallique est supprimée le même jour.

Le pus se vide pendant quelques jours à travers l'orifice d'arthrostomie, surtout au moment des essais de mobilisa-

tion. Mais la sécrétion se tarit vite et en quelques jours l'articulation se cicatrise.



FIG. 2.



FIG. 3.

FIG. 2 et 3. — Ces figures ont été prises un mois après la deuxième opération. Elles montrent que les mouvements du genou ont repris une amplitude normale. — Sur la figure 2 on reconnaît la cicatrice de l'arthrostomie.

Le 2 février, après cicatrisation complète, on reprend les essais de marche, qui d'abord sont très pénibles. Mais le malade fait de rapides progrès et si, au début, il doit se servir de béquilles, il les abandonne bientôt pour deux cannes et marche sans appui à partir du 20 février.

A ce moment, la mobilité des deux genoux est entière. Le 5 mars 1932, le malade quitte l'hôpital et reprend aussitôt son métier de garçon de café. Nous l'avons revu le 30 avril 1932. Il ne souffre absolument pas, marche facilement comme avant sa maladie et, quoique son métier l'oblige à rester debout toute la journée, il n'en éprouve pas la moindre gêne. L'extension des deux genoux est parfaite ; de même la flexion ; il y a récupération fonctionnelle complète des deux articulations. Les genoux ne crépitent pas pendant les mouvements. Radiologiquement, on ne trouve aucune altération osseuse. Il s'agit, aussi bien à droite qu'à gauche, d'une restitution *ad integrum* et en tout cas d'un très beau résultat obtenu par l'arthrostomie précoce, telle que la préconise M. Leriche. C'est à ce titre que nous avons tenu à rapporter cette observation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 JUIN 1932)

Péritonite encapsulante. — M. BERGERET a observé un cas nouveau de cette curieuse affection.

Volvulus intestinal. — M. GRÉGOIRE fait deux rapports : 1° sur un travail de M. Yves Bourde (de Marseille) : il s'agit de trois cas de volvulus du grêle ; dans tous il existait une bride au pied de l'anse volvulée, et sa simple section a guéri les deux derniers cas ; 2° sur un travail de M. Guibal (de Nancy) concernant trois cas de volvulus du sigmoïde et du côlon gauche. M. Grégoire estime que les brides sont à l'origine du volvulus d'apparence primitive aussi bien pour l'intestin grêle que pour le gros, et cette bride doit toujours être recherchée.

Hernie diaphragmatique. — Ce travail de M. Soupault est rapporté par M. Jean QUÉNU. Il s'agit d'une hernie fœtale, avec sac, contenant le côlon transverse, située juste derrière les côtes, près de l'appendice xiphoïde. Opération par laparatomie médiane. Guérison.

Syncope anesthésique et adrénaline. — M. TOURNADE (d'Alger) rappelle que des expériences physiologiques prouvent que l'injection d'adrénaline après chloroformisation cause la mort du chien et du chat par fibrillation auriculaire. Les succès obtenus chez l'homme par injection d'adrénaline s'expliquent par le fait que l'intoxication chloroformique profonde empêche la fibrillation auriculaire. L'injection d'adrénaline est donc utile dans les syncopes tardives.

Anesthésie de base au bromure de sodium. — M. BRÉCHOT est partisan de l'emploi des bromures pour donner une anesthésie de base que complète facilement une légère anesthésie par inhalation. Les vomissements sont très rares avec cette méthode et la résolution musculaire est bonne.

Hémorragies graves dans les ulcères gastro-duodénaux. — M. MOURE, dans trois cas d'hémorragie grave, a observé l'expectative dans deux cas, et ces deux malades sont morts. Un autre malade, traité par gastrectomie et électrocoagulation, a guéri. Il a tendance à devenir interventionniste.

Torsion des annexes saines chez l'enfant. — MM. SORREL, OBERTHUR et LOUTSCH ont observé et opéré avec suc-

cès deux cas de torsion annexielle chez des enfants (une torsion de la trompe seule et une torsion totale des annexes). L'ablation des annexes n'est peut-être pas systématiquement indiquée.

M. MARTIN a observé un cas analogue. Dans un autre cas, il a observé une rupture de grossesse tubaire chez une fillette de quatorze ans.

Présentation de malades :

M. Louis BAZY. 1° Fracture de l'extrémité inférieure du tibia. 2° Fracture ancienne de l'extrémité supérieure du tibia.

M. REINHOLD. Appareil d'ostéosynthèse externe.

(SÉANCE DU 15 JUIN 1932)

Infarctus de l'intestin grêle. — Cette observation de MM. Guibal et Rousseau (de Nancy), rapportée par M. MOULONGUET, concerne vraisemblablement un infarctus d'origine artérielle. Résection du segment infarci et anasthomose termino-terminale au bouton. Guérison.

Invagination intestinale par diverticule de Meckel. — M. SORREL rapporte ce travail de M. de Langre : après désinvagination on réséqua le diverticule. Ultérieurement récidive de l'invagination. La récidive avait débuté au niveau de la zone cicatricielle.

Péricardite à pneumocoques. — M. LENORMANT rapporte ce travail de MM. Benhamou et Goinard (d'Alger). Le diagnostic fut posé par la radiographie. L'intervention fut faite tardivement. Evacuation par voie épigastrique d'un épanchement purulent de 700 cm^3. Guérison.

Ostéome traumatique paracondylien. — Cette observation de M. Bressot (de Constantine) est rapportée par M. FREDET. L'ostéome apparut quarante jours après le traumatisme. M. Fredet montre une série de radiographies de maladies de Stieda.

Infarctus de l'intestin grêle. — M. BROCQ commente trois observations de MM. Pernou (de Poitiers) et Pouchet (de Pamiers). Guérison par simple laparotomie exploratrice.

Infarctus hémorragique des annexes et de l'utérus. — M. MONDOR rapporte deux observations très complètes de M. Braine : l'une concerne un infarctus hémorragique des annexes, l'autre, un infarctus total de l'utérus, fait exceptionnel dont M. Mondor a rassemblé quelques cas. Soudaineté du début, intensité de la douleur, température voisine de la normale, contracture sous-ombilicale modérée, état syncopal, absence d'épanchement péritonéal et d'écoulement utérin paraissent les principaux éléments du syndrome. Ces infarctus semblent en rapport avec l'état puerpéral. La thrombose veineuse peut relever d'une infection strepcococcique.

Pneumo-péritoine spontané. — Dans leur observation, MM. Monod et Hollander croient intervenir pour une occlusion. L'incision droite fait découvrir un pneumo-péritoine et aucune lésion viscérale. M. D'ALLAINE, qui rapporte ce travail, se demande si une perforation gastrique n'est pas à l'origine de cet accident. L'examen radiologique montre ces épanchements gazeux.

M. PROUST croit que le pneumo-péritoine relève de perforations viscérales.

M. BROCQ pense que cette lésion peut relever de lésions pulmonaires.

M. CUNÉO estime qu'une perforation gastrique peut guérir spontanément.

Traitement du cancer de l'utérus. — M. GOSSET estime qu'à l'heure actuelle le traitement du cancer du col utérin relève uniquement de la curiethérapie.

Maladie de Pellegrini-Stieda. — M. TAVERNIER distingue l'ostéome méta-traumatique, qui n'est pas douloureux, tandis que des calcifications périarticulaires, dans l'épaisseur des ligaments, voient leur douleur disparaître par une intervention bénigne.

Fracture de la colonne vertébrale. — M. JIMENO VIDAL (de Barcelone) expose la méthode de Böhler (de Vienne) pour la réduction des fractures des corps vertébraux : anesthésie locale de la vertèbre fracturée, réduction et hyperextension vertébrale, corset plâtré. Les sujets exécutent de la gymnastique pour éviter l'atrophie musculaire. Un film illustre cette méthode.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 21 JUIN 1932)

Présentation de deux jumeaux mongoliens. Etude endocrinienne. — MM. G. BLECHMANN, Ch.-O. GUILLAUMIN et L. KARMANN présentent la rare observation de deux jumeaux mongoliens de six ans et demi, premiers-nés de parents jeunes. Ces deux enfants sont très myopes : l'un d'eux a une ectopie testiculaire et une maladie de Roger ; la recherche des groupes sanguins a montré que la mère appartient au groupe IV, alors que le père, les deux mongoliens et un cadet (dont l'intelligence est un peu au-dessous de la normale) appartiennent au groupe II. Le métabolisme basal est plus ou moins en déficit chez les jumeaux ainsi que chez leur frère cadet. L'examen interférométrique, pratiqué pour la première fois dans le mongolisme, montre un déficit glandulaire thymique.

Il existe une contradiction apparente entre les chiffres du métabolisme abaissé et le résultat à peu près normal de l'interférométrie thyroïdienne. On peut l'expliquer, si l'on admet que les combustions de l'organisme à jeun, chez l'enfant, ne sont uniquement dépendantes de la thyroïde, mais aussi d'autres sécrétions endocrines, en particulier du thymus.

Paralysie générale infantile. — MM. L. BABONNEIX et Gilbert ROBIN présentent un enfant de douze ans qui présente depuis deux ans et demi un fléchissement intellectuel que les antécédents, les signes cliniques et les réactions de laboratoire permettent de rattacher à la paralysie générale.

Paraplégie flasque et atrophique chez une hérédo-syphilitique. — MM. L. BABONNEIX et G. ROBIN présentent une fillette de quatorze ans, hérédo-syphilitique, atteinte, depuis deux ans, d'une paraplégie flasque à marche progressive, qu'ils rattachent, avec les réserves d'usage, à une myopathie atrophique.

Volvulus complet du grêle par diverticule de Meckel. — MM. L. BABONNEIX, A. MARTIN et H. REBOUL présentent les pièces d'un volvulus complexe du grêle sur diverticule de Meckel, avec péritonite aiguë généralisée chez une enfant de quatre ans atteinte de coqueluche. Cette observation est intéressante par les difficultés diagnostiques et par la complexité de la disposition anatomique.

Stéatose hypertrophique du foie. — MM. H. GRENET, LEVENT et MOURRUT présentent un enfant atteint d'hypertrophie chronique du foie depuis l'âge de dix mois environ ; l'enfant est régulièrement suivi à l'hôpital depuis six ans. Dès les premiers examens, on a constaté que le foie

débordait les fausses côtes de cinq travers de doigt ; sa hauteur totale était de 21 centimètres sur la ligne mamelonnaire ; il existait dans l'hypochondre gauche une masse que l'on avait d'abord prise pour la rate, mais qui était en réalité le lobe gauche du foie. Actuellement le foie garde toujours son volume considérable, il n'y a pas de splénomégalie, l'enfant est de petite taille et a une certaine tendance à l'obésité. Il n'existe aucun autre symptôme clinique ou humoral.

En présence des incertitudes du diagnostic, on a fait une laparotomie exploratrice qui n'a pas montré d'autre anomalie que le gros foie ; des ponctions exploratrices ont été négatives ; une biopsie a montré des lésions de stéatose sans réaction inflammatoire. Le diagnostic reste difficile à préciser, on peut éliminer la syphilis et la tuberculose, et peut-être la stéatose n'est-elle que le témoin d'une tumeur bénigne profonde.

Deux cas de cyanose congénitale avec malformation importante du cœur. MM. WEILL-HALLÉ, KOANG et AUBERT rapportent l'observation de deux enfants, l'un de sexe masculin, l'autre de sexe féminin, qui ont succombé à trois mois et demi et trois mois après des accidents convulsifs compliquant un état de cyanose permanente.

Le premier présentait une large communication interventriculaire avec artère pulmonaire très réduite.

Le deuxième, une cavité auriculaire unique pour les deux cœurs, un ventricule droit purement virtuel.

Dans les deux cas, les signes stéthoscopiques restèrent négatifs.

Eczéma du nourrisson. Pleurésie purulente. Immunotransfusion. Gavage. Guérison. — MM. WEILL-HALLÉ, KOANG et AUBERT rapportent l'histoire d'un nourrisson de deux mois, nourri au sein, observé pendant sept mois, et qui présenta successivement un eczéma à poussées intermittentes, puis une pleurésie purulente à staphylocoques, traitée par ponctions et vaccinothérapie indirecte.

L'hypotrophie déterminée par cette évolution morbide ne céda qu'à une longue série de gavages multipliés chaque jour et pendant de longues semaines.

Après une rechute de pleurésie, la guérison intégrale a été enfin obtenue.

Tremblement céphalique avec nystagmus. Maladie de Friedreich échelonnée sur 4 générations. — MM. HEUYER et DUBLINEAU présentent un garçonnet de sept ans et demi atteint d'un syndrome cérébelleux fruste, caractérisé par un tremblement de la tête et un nystagmus ; l'existence d'une scoliose et d'un pied creux permettent de le rattacher à la maladie de Friedreich. Ils ont pu, dans la ligne maternelle, retrouver le même nystagmus chez le grand-père et l'arrière-grand'mère ; la mère, par contre, n'a qu'un pied creux et une scoliose.

Erythème polymorphe avec arthrite. Orchite double et endocardite. Rôle possible de l'entérocoque. — MM. HALLÉ, GIRARD et Jacques ODINET présentent un enfant de 12 ans atteint depuis le mois de novembre dernier d'érythème polymorphe typique compliqué d'orchite double et d'arthrite du genou gauche ; ils ont pu mettre en évidence dans le liquide articulaire un entérocoque atypique. Dans les semaines qui suivent se constitue une endocardite aboutissant à la formation d'une insuffisance aortique. Aucun traitement n'a donné de résultats satisfaisants.

Allergie ovalbuminique du nourrisson. — M. P. WORINGER (de Strasbourg) rapporte les résultats de ses nouvelles recherches sur l'allergie ovalbuminique chez le nourrisson. Il a rencontré jusqu'ici 37 enfants donnant une intradermoréaction positive au blanc d'œuf ; tous étaient des eczémateux ou d'anciens eczémateux. Plus de la moitié des eczémateux chroniques observés à la consultation de la Clinique de Strasbourg ont été trouvés sensibles au blanc d'œuf. Sur 33 sujets allergiques chez lesquels le sang a pu être examiné, 22 donnaient la réaction de Prausnitz et Kustner ; l'auteur les nomme holo-allergiques ; il varie dans des limites vastes et peut subir, chez un même sujet, des oscillations assez importantes ; il n'est pas en rapport avec l'intensité des manifestations eczémateuses. Des injections de faibles doses de blanc d'œuf provoquent une augmentation rapide et considérable du taux de l'anticorps.

L'auteur n'a pas réussi à reproduire expérimentalement l'allergie ovalbuminique chez le nourrisson normal. Des injections de blanc d'œuf ne provoquent ni sensibilité cutanée, ni formation de l'anticorps caractéristique. Mais après une série d'injections apparaît dans le sang un anticorps différent de celui de l'allergie congénitale, décelable uniquement par la réaction de fixation du complément et ne donnant pas la réaction de Praunitz et Kustner.

Les sujets dermo-allergiques se comportent vis-à-vis des injections de blanc d'œuf comme les individus normaux ; ils se distinguent par conséquent, essentiellement des sujets holo-allergiques.

Broncho-pneumonie caséeuse nécrosante et disséquante. — MM. H. GRENET, R. LEVENT, P. Isaac GEORGES et MOURRUT présentent le poumon d'une enfant morte de pneumonie caséeuse. On voit une énorme caverne remplie de pus (la nature tuberculeuse a été vérifiée par l'examen bactériologique et par l'examen histologique). Cette caverne renferme, flottant dans le liquide, un véritable bouquet formé par des ramifications broncho-vasculaires ; celles-ci ont été partiellement respectées et disséquées, par le processus de nécrose, qui d'ordinaire frappe en masse tout l'organe sans rien respecter.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 19 MAI 1932)

Des névraxites de nature indéterminée avec atteinte prédominante des neurones périphériques rappelant les polynévrites. — MM. J.-A. CHAVANY et F. THIÉBAUT présentent un malade de vingt-trois ans, qui, peu de temps après un accès de paludisme, vit, en deux mois, s'installer une quadriplégie flasque ; cette paralysie régressa presque entièrement en quatre mois. A propos de ce cas et de quatre autres semblables, les auteurs discutent le rôle du paludisme et des vaccinations (typhoïdiques, staphylococciques et gonococciques) dans la genèse de ces névraxites à germes inconnus.

A propos des myoclonies oculo-vélo-laryngées. — MM. E. KREBS, P. PUECH et J. LEMOINE ont constaté la suspension des myoclonies des yeux pendant le sommeil, chez un de leurs malades, et ils discutent la place nosologique de ces oscillations des globes oculaires qui se rapprocheraient plutôt des bradycinésies que des myoclonies.

Sur l'ablation des tumeurs du cerveau par l'électro-coagulation unipolaire. — MM. Clovis VINCENT, Marcel DAVID et Pierre PUECH utilisent en neuro-chirurgie, depuis le mois d'octobre 1931, l'électro-coagulation unipolaire avec la machine de Bovis.

Depuis le 16 octobre, ils ont opéré plus de cent tumeurs du cerveau. Les ennuis qu'ils ont eus, très rares d'ailleurs, ne leur semblent pas imputables à l'appareil, mais à leur manque d'expérience.

La mortalité est de 18 pour 100. En défalquant les récidives, les malades qui ne profitent pas de l'opération parce que opérés trop tard, ils ont actuellement cinquante-cinq

malades opérés cette année, qui sont sur pieds. Ils en présentent dix-sept, qui se trouvent tous dans un état fonctionnel satisfaisant.

Hérédo-ataxie cérébelleuse à type de paraplégie spasmodique. — MM. Ch. ACHARD, I. BECHAUD et A. ESCALIER ont observé une malade qui présentait une paraplégie spasmodique, un syndrome parkinsonien, et un léger syndrome psychique. L'examen anatomo-pathologique a révélé des lésions d'hérédo-ataxie avec altération importante des voies spino-cérébelleuses, et très légère atteinte pyramidale. L'étude de la famille a montré, dans la branche maternelle, en trois générations, l'existence de sept sujets atteints de tares nerveuses. Dans certains de ces cas, l'affection était exactement superposable à celle de la malade, et débutait vers la trentaine.

Adiposité cérébrale pileuse. — M. W. KRAUS présente les photographies des cas qui lui ont permis de décrire, sous ce nom, une adiposité qui affecte le tronc et la racine des membres, et qui s'accompagne d'un développement exagéré du système pileux. Ce syndrome serait en rapport, non avec une lésion hypophysaire, mais avec une altération hypothalamique.

Syndrome adiposo-pilo-génital par lésion mésodiencéphalique d'origine syphilitique. — MM. J. LHERMITTE et BIJON présentent un cas qui semble s'apparenter aux faits que vient de décrire M. W. Kraus.

C'est une jeune fille, chez laquelle s'établit progressivement le syndrome suivant : crises fréquentes de cataplexie, adiposité excessive, aménorrhée, pilosité très développée de la face. L'intégrité parfaite de la base du crâne ne permet pas d'incriminer une lésion primitive de l'hypophyse, et, d'autre part, l'existence d'un syndrome de Parinaud avec diplopie paradoxale permet d'affirmer le siège mésodiencéphalique de la lésion causale. Enfin, cette malade présentant un tabès confirmé, on est en droit de penser que la syphilis héréditaire est en cause. C'est donc là un nouvel exemple d'une localisation de la spécificité héréditaire sur la région infundibulo-tubérienne et sur la calotte mésodiencéphalique, qui la prolonge en arrière, et dans laquelle siègent justement les centres principaux du système végétatif.

Nouvelle contribution à l'étude des myoclonies vélo-pharyngo-laryngo-oculo-diaphragmatiques. — MM. G. GUILLAIN et P. MOLLARET reprennent l'étude d'ensemble des différents problèmes soulevés par ce syndrome myoclonique. Ils présentent un malade atteint d'une lésion du tronc cérébral, suivi deux ans, et chez lequel ils ont pu déceler l'existence d'un syndrome myoclonique grâce à certains caractères des secousses oculaires.

Une conception plus large de ce syndrome leur paraît résulter de l'étude du territoire de ces myoclonies et de celle de leur rythme. Les lésions vasculaires, tout en demeurant les plus fréquentes, ne résument pas toute l'étiologie, et d'autres causes méritent d'être recherchées, spécialement chez les sujets jeunes.

Les névralgies apoplectiformes. — MM. O. CROUZON et J. LHERMITTE rapportent cinq observations d'un syndrome névralgique qui frappe particulièrement la sphère du nerf sciatique, et dont les caractères sont très particuliers. Après une période de douleurs vagues, ou de lumbago, ou de crampes musculaires, survient une douleur particulièrement vive, quelquefois excruciante, « épouvantable », au dire des malades, qui s'étend et irradie depuis la colonne vertébrale jusqu'à l'extrémité du membre. Cette douleur paroxystique est bientôt remplacée par un engourdissement, auquel succède la parésie ou la paralysie du nerf atteint. Puis la névralgie s'installe avec douleurs paroxystiques. Le réflexe achilléen, s'il s'agit de sciatique, est souvent aboli ; de même que le réflexe patellaire, au cas où la névralgie siège sur l'origine du nerf crural.

Les troubles objectifs de la sensibilité sont discrets.

Ces névralgies à début brusque s'améliorent régulièrement, en général, et la guérison survient au plus tard au bout de quelques mois.

Les auteurs discutent l'origine et la nature de ces névralgies à début apoplectiforme. Après avoir rejeté les diverses hypothèses d'élongation, d'arrachement, d'attrition du nerf, les auteurs démontrent que la seule hypothèse plausible est celle d'une hémorragie artériolaire ou veineuse dans la gaine du nerf. Ce foyer hémorragique, qui irrite au début, est responsable de la douleur paroxystique, puis de l'engourdissement et de la paralysie par l'inhibition des fibres que produit l'épanchement intrafasciculaire. Il est à remarquer que la cause immédiate de ce syndrome tient, généralement, dans un mouvement ou dans un effort exécuté par le membre atteint. La cause de cette hémorragie nous échappe, car aucun des malades observés n'était artérioscléreux ou variqueux.

MM. GARCIN, HAGUENAU ont vu la névralgie apoplectiforme se manifester chez des hémophiles ou chez des hémogéniques.

Amyotrophie myélopatique subaiguë des membres inférieurs, avec dissociation albumino-cytologique, signe d'Argyll Robertson, et Wassermann négatif. — MM. André THOMAS et H. SCHAEFFER présentent un jeune homme de vingt et un ans, qui est atteint de parésie avec amyotrophie des membres inférieurs et des pelvi-trochantériens avec fasciculations, aréflexie tendineuse des membres inférieurs, troubles des sphincters et frigidité, sans troubles importants de la sensibilité subjective, ni modifications de la sensibilité objective.

A noter en outre un signe d'Argyll Robertson et du nystagmus.

La rachicentèse montre une réaction albumino-cytologique avec 3 grammes d'albumine, sans blocage, et une réaction notablement moindre dans le liquide de la région sous-occipitale. Le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang et dans le liquide.

Les présentateurs discutent successivement l'hypothèse d'une infection diffuse du névraxe, et celle d'une syphilis médullaire pseudo-tumorale ; ils ne se croient pas en droit de conclure, mais la seconde hypothèse leur semble plus probable que la première.

Méningite aiguë curable accompagnée de crises gastriques et suivie de scoliose paralytique. — M. ALAJOUANINE présente un jeune garçon qui, au cours d'un syndrome méningé, a souffert de crises gastriques bien caractérisées. Ces crises ont été soulagées par des injections intraveineuses d'atropine. Mais, au moment de la convalescence, on s'aperçut qu'il s'était constitué une scoliose avec lordose, liée à une hypotonicité des masses sacro-lombaires dans le territoire radiculaire correspondant aux racines irritées lors des crises gastriques. L'examen électrique met en valeur l'élévation considérable de la chronaxie du côté paralysé.

Syringomyélie à début cypho-scoliotique. — MM. ALAJOUANINE et RIBADEAU-DUMAS présentent un homme qui était atteint de cypho-scoliose à l'âge de douze ans, et chez lequel l'atrophie, du type Aran-Duchenne, a commencé à se développer à l'âge de vingt ans. Actuellement, la syringomyélie est typique.

Paralysie radiculaire supérieure du plexus cervical, consécutive à une fracture du rachis méconnue. — M. ALAJOUANINE. La radiographie seule a mis en évidence la lésion traumatique du rachis cervical.

Volumineuse tumeur des nerfs mixtes (neurinome) à symptomatologie discrète. Exérèse ayant rendu nécessaire la résection partielle d'un hémisphère cérébelleux. Guérison. — MM. Th. de Martel et J. Guillaume présentent une malade chez laquelle ils pratiquèrent, il y a trois mois, l'ablation d'un neurinome des nerfs mixtes du côté droit. Le poids de la tumeur enlevée était de 24 grammes, ce qui est considérable, étant donnée la situation latéro-bulbo-protubérantielle de la lésion. L'exérèse, faite au bistouri bipolaire, rendit nécessaire la résection de la partie externe de l'hémisphère cérébelleux correspondant, suivant la technique que Frazier et Cushing ont utilisée pour l'ablation des tumeurs de l'auditif.

La symptomatologie focale était très discrète : syndrome cérébello-vestibulaire droit léger, hypoacousie droite, diminution du réflexe cornéen droit, légère hypotonie de l'hémi-voile droit. Par contre, il existait de nombreux éléments qui plaidaient en faveur d'une tumeur frontale à manifestations cérébello-vestibulaires : crises comitiales ou équivalents, troubles mnésiques, légère désorientation dans le temps, indifférence et tendance à l'euphorie. La ventriculographie montra, outre une dilatation ventriculaire importante, l'élévation de la corne occipitale droite, ce qui indiquait l'existence d'une tumeur de l'étage postérieur droit.

La malade présentée est, à l'heure actuelle, parfaitement rétablie.

Miningiome de la gaine du trijumeau. Opération. Guérison. Diagnostic et indications opératoires dans les cas d'atteinte organique de la cinquième paire. — M. E. Krebs, Mlle Rappoport et M. David présentent un malade opéré d'un méningiome de la gaine du trijumeau, qui se manifesta, pendant quinze ans, uniquement par des douleurs continues, auriculaires et temporo-malaires, puis par une aphasie transitoire, et par des crises épileptiformes à aura auditive ; après quoi se constituèrent, en quelques semaines, une anesthérie de tout le territoire du V et une ophtalmoplégie totale du même côté. Les radiographies montraient une zone décalcifiée à la partie postéro-interne de la grande aile du sphénoïde et un ostéome à l'union de la portion verticale et de la portion horizontale de l'écaille du temporal. Les auteurs rapportent deux autres observations où l'atteinte massive du V était due, dans un cas à une tumeur métastasique infiltrant le lobe temporal et le plancher de la fosse moyenne, dans l'autre à une arachnoïdite de la fosse postérieure. Ils insistent sur les difficultés du diagnostic de siège et de nature de telles lésions, diagnostic qui conditionne l'indication opératoire et la voie d'abord chirurgicale.

Mouvements involontaires, astéréognosie, aréflexie ostéo-tendineuse chez un malade probablement atteint de tabès. — MM. J. Darquier et Bize présentent un homme de soixante-dix ans, qui est atteint depuis deux ans d'astéréognosie. Ce trouble, d'abord unilatéral, est ensuite devenu bilatéral. Ils signalent l'association fréquente des troubles des sensibilités profondes et des mouvements involontaires du type athétosique.

Sur une forme cachectique de myotonie atrophique. Edentation totale. Ebauche du signe d'Argyll-Robertson. — MM. A. Lemierre, R. Garcin et R. Laplane présentent une femme cachectique, chez laquelle l'abolition de presque tous les réflexes tendineux et une ébauche de signe d'Argyll-Robertson auraient pu faire porter le diagnostic de tabès amyotrophique. L'étude topographique des groupes musculaires les plus frappés orienta vers l'hypothèse d'une maladie de Steinert, que les signes cliniques et électriques permirent d'authentifier de façon certaine. Les auteurs insistent sur l'édentation complète et à évolution rapide, sur la constatation d'une ébauche du signe d'Argyll-Robertson sans réaction myotonique de la pupille, et enfin sur l'importance et sur la précocité de l'émaciation. En dehors de son intérêt diagnostique, une telle observation montre qu'à côté de la maladie de Simmonds et de la maladie de Duchenne, la maladie de Steinert mérite parfois de figurer, du point de vue étiologique, dans le groupe des grandes cachexies d'origine nerveuse ou neuro-endocrinienne.

Phénomènes de répercussivité motrice chez un malade atteint de paralysie dissociée d'origine corticale. — MM. Raymond Garcin, Israël et R. Laplane présentent un malade atteint d'une paralysie dissociée du médian et du cubital gauches, d'origine corticale, chez lequel toute excitation nociceptive des téguments provoque une extension avec abduction du pouce et une extension des premières phalanges du côté malade, et cela quel que soit le côté sur lequel s'applique l'excitation. Ces mouvements ont tous les caractères des phénomènes de répercussivité d'André Thomas. Ils semblent favorisés par les troubles de la sensibilité profonde et par le déséquilibre fonctionnel des groupes musculaires. Ils sont bien distincts des syncinésies et de l'hyperkinésie réflexe.

Arachnoïdite spinale dorsale. Intervention opératoire. Guérison. — MM. Georges Guillain, Petit-Dutaillis et Sigwald présentent un malade de trente-six ans, qui fut atteint d'une arachnoïdite spinale dorsale, et qui, après intervention opératoire, est complètement guéri. L'affection a eu cliniquement un début brusque, au cours d'un coït ; il semble vraisemblable que l'affection méningée existait déjà et qu'il s'est produit un petit raptus vasculaire, une arachnoïdite apoplectiforme. La symptomatologie fut pendant longtemps celle d'une sciatique bilatérale extrêmement douloureuse, malgré la localisation, constatée ultérieurement par le lipiodol et par l'intervention chirurgicale, des lésions à la région dorsale ; ces douleurs cordonales sont fréquentes dans les arachnoïdites. Il n'y avait pas de signes pyramidaux, malgré les signes évidents de blocage du liquide céphalo-rachidien (liquide xanthochromique, hyperalbuminose, épreuve de Queckenstedt positive, arrêt du lipiodol). Les auteurs insistent sur l'existence possible, dans les arachnoïdites, malgré les opinions contraires, de liquide céphalo-rachidien xanthochromique et hyperalbumineux. L'intervention chirurgicale, chez ce malade, a amené une guérison complète, immédiate et durable.

MM. Petit-Dutaillis et Lhermitte tiennent à préciser que des résultats aussi complètement favorables sont exceptionnels dans les arachnoïdites.

Compression médullaire par pachyméningite et abcès épidural de nature indéterminée. Opération. Guérison. — MM. O. Crouzon, D. Petit-Dutaillis et J. Christophe présentent une malade de vingt-trois ans, chez laquelle une symptomatologie typique de compression médullaire avait fait penser à l'existence d'un neuro-fibrome radiculaire. L'intervention montra la présence d'une pachyméningite externe localisée répondant à un petit abcès épidural. La résection des parties malades fut suivie d'une guérison complète, qui se maintient depuis un an.

Les auteurs discutent l'étiologie de cette pachyméningite, pour laquelle la syphilis et la tuberculose doivent être éliminées.

La recherche du réflexe cornéen. — MM. Cerise et Thurel présentent un appareil qui permet de mesurer le seuil du réflexe cornéen.

Hémangio-réticulogliome. — MM. L. Cornil, J. Olivier et J. Alliez.

Compression médullaire à évolution rapide par sarcome primitif des méninges. — MM. Lévy-Valensi, Ivan Bertrand, Masquin et Rondepierre rapportent l'observation anatomo-clinique d'un cas de sarcome des méninges qui a évolué en deux mois à partir des premiers symptômes. Pendant six semaines, les troubles furent uniquement sensitifs ; puis une paraplégie flasque complète s'installa en dix jours. La mort survint par pyélonéphrite. A une tumeur extirpale s'associait une infiltration médullaire diffuse.

Contribution à l'étude de l'hétéromorphisme des maladies familiales (à l'occasion d'un nouveau cas de paraplégie spasmodique familiale du type pyramido-extra-pyramidal. — MM. G. Marinesco, S. Draganesco, D. Grigoresco et St. Chriser.

Aesculape chez la portière. — *Le Jeune Médecin* vient de publier un numéro spécial intitulé *Aesculape chez la portière*, et qui a trait au charlatanisme médico-pharmaceutique. — Expédition contre la somme de 4 fr. en timbres-poste adressée au *Jeune Médecin*, 71, rue de Rennes, Paris (6e).

LIVRES NOUVEAUX

La dentition chez les enfants (1), par Emile Cassoute.

Dans une courte mais substantielle étude sont confrontées et mises au point les données anatomiques, physiologiques et pathologiques de première utilité pour le praticien et que bien des incidents de l'exercice quotidien de la profession rendent nécessaire de se remémorer sans recherches dans les divers traités où ces notions sont disséminées.

Il est, d'autre part, utile de ne pas s'en tenir à de simples moyennes pour des appréciations cliniques, et les schémas et tableaux synoptiques dont est illustré le présent exposé sont particulièrement précieux.

Le praticien trouvera dans ce petit volume l'étude anatomique de la dent aux divers âges de l'enfance, celle de l'éruption dentaire, normale ou tardive, celle des anomalies dentaires relatives à l'éruption, à l'implantation, à la chute.

(1) Bibliothèque de pathologie infantile. — Paris, l'Expansion scientifique française.

L'histoire de la médecine montre combien ont varié les conceptions touchant les incidents de la dentition, les accidents locaux ou généraux qui relèvent de ce processus et dont la réalité semble incontestable.

Erosions dentaires, malformations dentaires ont été décrites en des termes qui prêtent trop souvent à confusion pour qu'on ne soit pas heureux d'en retrouver ici en quelques pages une étude précise et tenant compte tant des traditions classiques que des notions les plus récentes.

Les caries dentaires, bien que beaucoup plus rares que chez l'adulte, ne sauraient être négligées ; il y a encore bien des inconnues dans ce domaine et la revue critique de ce que sait le médecin et de ce que sait le stomatologiste est l'un des chapitres les plus importants de la présente étude. L'histoire pathologique de l'organisme en général comporte des conséquences dentaires ; les lésions dentaires comportent d'autre part des conséquences vis-à-vis du reste de l'organisme ; le système dentaire peut être la porte d'entrée d'une infection ; une infection générale peut se compliquer d'accidents dentaires ; l'infection focale y trouve une de ses localisations préférées. C'est sur l'étude de ces influences réciproques que se termine le présent ouvrage, et ces derniers chapitres tendent à combler un vide que ne faisait jusqu'ici qu'atténuer pour chaque médecin une expérience toujours longue à acquérir. L. B.

NOTES POUR L'INTERNAT

OSTÉOMYÉLITE AIGUE DES ADOLESCENTS[1]

3. *Formes suivant le germe*. — *Streptocoque :* fréquente chez le nourrisson.

C'est une *forme aiguë :* genou tuméfié, en flexion, mais douleur impossible à préciser ;

Signe de la suspension ;

S'accompagne d'*arthrite*, car l'ostéomyélite se localise à l'épiphyse vraie, intra-articulaire.

Pronostic assez bon cependant.

— *Pneumocoque* (nourrisson).

— *Bacille d'Eberth :* ostéite subaiguë et souvent sous-périostée ;

— *O. traumatiques*, à microbes associés (type O. de guerre).

4. *Formes suivant les lésions*. — Citer rapidement :

— les *formes périostiques :* périostite albumineuse, périostite phlegmoneuse, dont l'existence est plus que douteuse. Il semble au contraire que l'os soit pris en entier dès le début, d'où trépaner toujours et d'emblée.

DIAGNOSTIC

1. Diagnostic positif. — **Basé sur :**

1. La douleur juxta-épiphysaire, circulaire ;
2. Les signes généraux.

Rappeler que la radio ne donne aucun renseignement à la phase aiguë.

2. Diagnostic différentiel. — A.) *Au début :* erreurs classiques avec les grandes pyrexies : fièvre typhoïde, méningite, fièvre éruptive.

Il suffit de penser à rechercher *la douleur épiphysaire* qui manque rarement.

B) *A la période d'état*. — Les signes locaux peuvent prêter à erreur :

1° Parfois un *traumatisme* invoqué fait penser à fracture partielle, entorse, décollement épiphysaire.

2° Des *affections articulaires*. — Médicales : le RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

— Mais c'est une affection polyarticulaire, à foyers multiples, mobile et fugace, avec angine, pâleur, sueurs, touchant l'endocarde, sensible au salicylate.

— Le *rhumatisme gonococcique* qui peut s'observer chez l'enfant, surtout la petite fille (chercher la vulvite).

— Les *rhumatismes infectieux :* scarlatine, mais commémoratifs, desquamation ; dysenterie, maladie sérique, etc.

— *Chirurgicale : l'arthrite purulente aiguë*.

Diagnostic facile : car l'o. est juxta-articulaire, les mouvements sont libres.

Mais l'arthrite peut être contemporaine d'une O.

(Ex. : hanche, épaule) ou lui succéder, après une hydarthrose réactionnelle (ponction).

3° Mais il est des diagnostics plus embarrassants : la *lymphangite aiguë*, un *phlegmon profond*.

Mais les signes sont localisés sur une des faces du membre, il manque la *douleur de part en part* au niveau de l'épiphyse.

C) *A la phase de chronicité*. — C'est le diagnostic d'une fistule osseuse.

Nous n'insisterons pas sur : la *fistule tuberculeuse* avec son aspect typique : bords décollés, violacés, contour irrégulier, avec son pus séreux, grumelleux, contenant du B. K. (cobaye).

— la fistule d'une *ostéite spécifique :* diaphysaire.

D) *Certaines formes* entraînent des diagnostics spéciaux :

— *Formes graves*. — En l'absence de signes locaux posent le diagnostic des états septicémiques ou toxiques.

— *Formes atténuées*. — Diagnostic avec ostéo-arthrite tuberculeuse au début (épreuve du repos).

— *Formes de localisation*. — Suivant le siège : mâchoire; adénophlegmon, périostite dentaire ; crâne, rachis : méningite, etc.

— *Formes du nourrisson*. — Le diagnostic se poserait avec la maladie de Basedow.

TRAITEMENT

Principe : 1. Enlever l'os malade, mettre à plat et drainer.

2. Eteindre si possible l'infection.

Pour ce qui est du premier point, *deux méthodes chirurgicales* **s'opposent :**

a) *La résection longitudinale partielle* qui consiste à trépaner par la face chirurgicale, ouvrant longitudinalement le canal médullaire sur toute l'étendue de la zone malade ; à mettre ensuite à plat cette cavité et à drainer. La paroi osseuse profonde reconstituera l'os nouveau.

b) La *résection totale* plus ou moins précoce, ne laissant rien de la diaphyse qui est extirpée en bloc parfois du haut en bas ; la gaine périostique doit seule reconstituer l'os nouveau.

Malheureusement cette dernière méthode, quoique plus radicale, peut réserver des déboires. Aussi la plupart des auteurs préfèrent-ils la résection partielle.

Il est des cas d'ailleurs où l'on aura la main forcée (résections totales de diaphyse séquestrée ; résections articulaires de drainage, ou même amputations).

L'infection générale sera combattue par les *vaccins*, le *bactériophage* que l'on utilisera par voie sous-cutanée et localement.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 52, p. 990; n° 54, p. 1022.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER,** 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

La nouvelle Faculté de médecine de Paris. — La semaine dernière a eu lieu, dans le cabinet et sous la présidence de M. Chautemps, ministre de l'Intérieur, une conférence en vue de régler tout différend entre les divers départements ministériels intéressés au choix d'un terrain pour l'édification d'une nouvelle Faculté de médecine, à Paris. M. de Monzie, ministre de l'éducation nationale, participait à cette réunion, en même temps que le recteur, M. Charléty, le directeur de l'enseignement supérieur, M. Cavalier, le doyen de la Faculté de médecine et le professeur Roussy.

Après un échange d'observations entre les représentants du ministère de l'éducation nationale d'une part, le préfet de la Seine, le directeur du contrôle au ministère de la guerre, d'autre part, un accord de principe est intervenu dont les modalités seront réglées par les soins de M. Labeyrie, président de la commission du domaine national, sur l'attribution d'un vaste terrain immédiatement disponible répondant aux vœux des hauts donateurs étrangers et susceptible d'offrir à la Faculté de médecine toutes les possibilités d'étendre ses installations scientifiques ou hospitalières.

Écoles de médecine. — Caen. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen s'ouvrira le lundi 19 janvier 1933 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Guerre. (Troupes coloniales.) — M. le médecin général Sorel est nommé adjoint au directeur du Service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Est élevé à la dignité de grand officier.* — M. le médecin général inspecteur Lanne, président du Comité consultatif de santé.

Au grade de commandeur. — M. le médecin général Poullain, directeur du Service de santé de la 13e région; MM. le médecin général Faucheraud et le pharmacien général Bloch, des troupes coloniales; M. le médecin colonel Dickson.

Au grade d'officier. — MM. Salinier, Decour, Contant, Martin, Limasset, Baget, Charpentier, Minel, Capdevielle, Clot, Chauvin, Mulot, Sergeant, Guérin, Godar, François, Poncin, Paris, Besse.

Au grade de chevalier. — MM. Crozes, Fayolle, Peretti, Ambrogi, Messein, Chossut-Perret, Habert, Guillet, Tripeau, Gabrielle, Thibault, Laplagne, Dano, Vidal, Curie, Ridard, Rouget, Bugeau, Geral, Malaterre, Brocard, Humblot, Morin, Ott.

Santé publique. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Brouardel (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Baldet, Dalimier (de Paris), Paviot (de Lyon), Ratynski, Thalheimer, Weill-Hallé (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bergeron (de Paris), Bost (de Villefranche-sur-Saône), Bouty et Coulaud (de Paris), Dalbes (de Capendu), Debeyre (d'Ablon), Fontaine (de Melun), Grimpret et Ecalle (de Paris), Andrieu (de Caylus), Lafond (d'Argenton-sur-Creuse), Loewy (de Paris), Moncany (de Corbeil), Arbeit et Mme Pouchet (de Paris), Nougaret (de Saint-André-de-Sangonis), Riche (de Paris), Rodiet (de Ville-Evrard), Rontin (de Paris), Roux (de Mardor), Sallé (de Nevers), Senglar (de Maréville), Salmont (de Neuilly-sur-Seine), Mme Mouisset (de Lyon).

Médaille d'honneur de l'Assistance publique. — La médaille de bronze a été décernée à M. le docteur Germain (de Mios).

ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — COURS DE VACANCES D'ANATOMIE (15 septembre-15 octobre). — En raison de la courte durée des études d'anatomie et afin de préparer les étudiants à leurs stages de clinique, il a été institué à Besançon un cours de vacances d'anatomie avec dissection.

Ce cours est destiné en principe aux étudiants reçus au P. C. N. Il est ouvert cependant à tous ceux qui veulent, soit se perfectionner, soit faire des travaux personnels en anatomie.

Il sera organisé également pendant cette période, pour ceux qui le désirent, un certain nombre d'excursions, de façon à permettre de parcourir la région touristique de la Franche-Comté.

Le droit à verser est de 200 fr. Le nombre des inscriptions est limité.

S'adresser, pour tous renseignements complémentaires, au laboratoire d'anatomie de l'Ecole de médecine de Besançon.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fodiman (de Labastide-Rouéreux; M. le docteur Victor Marque, médecin lieutenant au 129e R. I., et M. Lucien Monier, interne à l'hospice général du Havre, décédés accidentellement en mer; MM. Camille Delezenne, membre de l'Académie de médecine; Henri Carrion, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine; Fernand Veuillot; Lesigne (de Lisieux).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ENCORE LE LATIN-GREC

On a beaucoup parlé du baccalauréat latin-grec, beaucoup trop certainement pour une question qui ne semblerait pas devoir ni pouvoir être discutée. Car, enfin, à quoi se résoud-elle ? Tout simplement à ceci : étant donné le rôle social du médecin, il est indispensable qu'il ait une culture générale qui le place à la hauteur de ce rôle ; or, la culture « latin-grec » a déjà montré sa supériorité pour la préparation à nos études et pour éviter un envahissement préjudiciable certes aux intérêts moraux et matériels du Corps médical, mais avant tout et surtout à ceux des malades, et on ne sourait trouver un meilleur procédé de sélection. C'est pourquoi, tant par les vœux exprimés par la voix des maîtres les plus autorisés que par les vœux exprimés par les divers groupements, les médecins ont nettement réclamé l'obligation de ce baccalauréat.

Cependant, et c'est ce qui nous oblige à revenir sur la question, dans cette affaire qui ne regarde en somme que le Corps médical, il est des gens complètement étrangers à notre milieu qui se sont crus obligés de donner un avis qu'on ne leur demandait pas et qui, il faut bien le dire, n'était pas, le plus souvent, dicté par le souci des avantages et des inconvénients que pouvait présenter cette préparation classique pour les futurs médecins.

A côté des manifestations qui ont déjà été rapportées, nous trouvons, dans cette catégorie, la Confédération des Travailleurs intellectuels. Pour elle, il y a un principe d'une valeur absolue, un dogme, qui ne saurait être mis en discussion, c'est l'égalité des divers baccalauréats ; cette égalité comporte évidemment celle des possesseurs de ces diplômes, les uns et les autres étant ainsi interchangeables ; on pourrait rappeler, à ce sujet, des propos énoncés il y a déjà longtemps : n'importe qui, n'importe où, pour faire n'importe quoi, ce qui n'est certainement pas le fin du fin de l'intellectualité.

D'autres emploient un procédé commode pour éluder les précisions gênantes, qui consiste à passer à côté de la question. Ils nous apprennent, par exemple, que les médecins ne se promènent plus, comme au temps de Balzac, avec Horace dans leur poche, et encore moins avec Homère. Ils affectent ainsi de croire que le but poursuivi serait de faire des latinistes ou des hellénistes. Il nous apparaît qu'ils feraient beaucoup mieux de s'inquiéter des motifs pour lesquels, parmi les gens possédant un diplôme supérieur, les uns s'expriment dans un français qui, au temps du même Balzac eût été qualifié de charabia, alors que les autres le font dans un langage correct, sinon élégant : ce faisant, ils se rapprocheraient beaucoup de la question.

D'autres encore proclament que le seul baccalauréat qui doit être exigé pour les études médicales est celui qu'ils ont choisi, probablement au petit bonheur, pour leurs enfants, et que tout autre n'aurait que des inconvénients : ils se sont trompés de train et voudraient obliger les autres à en faire autant !

Il me souvient, à ce propos, d'une conversation récente avec un professeur du Muséum : il m'exposait combien, d'une façon générale, les travaux faits dans son laboratoire par des médecins différaient de ceux de ses autres élèves. Alors que ces derniers, nettement spécialisés cependant, se perdaient souvent dans des détails sans grande signification et ne tiraient aucune conclusion de leurs trop minutieuses observations, les médecins savaient discerner ce qui était véritablement important et tirer de leurs recherches des idées générales presque toujours fécondes, qui donnaient à leurs travaux une valeur supérieure.

La raison en apparaît aisément : le médecin, par ses études cliniques longtemps poursuivies, exerce plus que quiconque ses facultés d'observation ; il est accoutumé à distinguer, dans ce qu'il voit, l'important de ce qui est négligeable et de raisonner ses constatations. Mais encore faut-il qu'il soit préparé à cette mécanique particulière de l'esprit ; s'il ne l'était pas, combien de temps perdrait-il, au cours de ses études médicales, pour acquérir cette éducation particulière ! Cette préparation n'est-elle pas précisément le fait d'un enseignement secondaire approprié ? N'est-elle pas le résultat naturel des études classiques latines et grecques ? Il serait superflu — peut-être même cruel — d'insister.

Laissons donc les contempteurs de la culture classique à leurs erreurs et à leurs chimères. Si nous avions besoin d'être convaincus, il nous suffirait de regarder autour de nous et de comparer : il est des pays où cette préparation classique a été supprimée pour les études médicales ; alors, ou bien on a essayé de compenser par une prolongation de ces études, ou bien... Et concluons qu'il est indispensable que le Corps médical français obtienne, par l'exigence du baccalauréat latin-grec, le retour aux saines traditions qui lui ont valu sa supériorité, et ainsi ne risque pas de fournir un jour un nouveau chapitre aux « Scènes de la vie future ».

A. HERPIN.

RENSEIGNEMENTS

AUX PORTES DE PARIS BEAUX BATIMENTS POUR MAISON DE SANTÉ. Parfait état. Grandes salles pour 150 lits, plus 40 chambres. Beau parc 1 hectare. Exceptionnel. — P. Bailly, 51, rue Condorcet, Paris (IXe).

XVIIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

Paris, 23-24-25 mai 1932 (1).

Les lésions du foie dans la mort par submersion.

Rapporteur : M. Etienne MARTIN (de Lyon).

Le foie des noyés est augmenté de volume ; son poids, même en l'absence de toute lésion pathologique du parenchyme, dépasse le poids habituel de l'organe de plusieurs centaines de grammes. La coupe du foie laisse sourdre un sang noir, liquide, qui s'échappe des sinus distendus.

L'examen histologique montre un aspect de foie cardiaque, avec distension des capillaires sanguins et de nombreux blocs hémorragiques. Le nombre des hémorragies intraparenchymateuses, leur étendue, la distension des capillaires, les modifications consécutives des travées cellulaires, sont tout à fait caractéristiques dans la submersion. On ne les trouve certainement pas aussi marquées dans les congestions hépatiques déterminées par d'autres asphyxies, comme la strangulation et la suffocation. Ces modifications sont dues aux conditions suivantes :

La fluidité du sang qui permet une distension brusque de la glande hépatique ; un arrêt brutal de la circulation pulmonaire provoquant une insuffisance du cœur gauche et une réplétion considérable des cavités droites du cœur.

Il est donc nécessaire d'étudier l'état des poumons, la pénétration de l'eau dans le sang et la dilution du sang pour comprendre le mécanisme des lésions hépatiques.

Les lésions pulmonaires sont tout autres que celles de l'œdème aigu des poumons. Cot a soutenu que l'eau ne pénétrait qu'exceptionnellement dans les poumons et que le liquide qui gonfle ceux-ci était surtout du liquide d'œdème. Le rapporteur, s'appuyant sur de nombreux examens histologiques, montre l'absence d'exsudat dans les alvéoles pulmonaires, la rupture intense des parois alvéolaires qui constituent une lésion spéciale à la submersion, différente de l'œdème pulmonaire banal.

Il se produit donc, du fait de la présence de l'eau, un choc alvéolaire, une absorption d'eau qui explique la fluidité du sang et un barrage pulmonaire, cause de la défaillance du cœur droit.

Discussion

M. LECLERCQ (Lille). Dans la submersion, on observe en outre un gonflement des cellules hépatiques. L'augmentation de la masse sanguine par l'eau absorbée au niveau du poumon est capitale.

M. DE LAET (Bruxelles). Un élément vient éclairer le mécanisme dont il est parlé, c'est la mise en liberté, chaque fois qu'il y a un phénomène d'asphyxie, d'une décharge d'adrénaline qui a pénétré dans le sang. Cette mise en liberté brutale serait de même nature que le spasme artériel qui se produit dans toute la circulation et qui vient compléter le phénomène de barrage veineux.

M. Henri DESOILLE (Paris). L'hypertension asphyxique semble être à la fois sous la dépendance d'une décharge adrénalinique et de phénomènes nerveux. Quoi qu'il en soit, pour expliquer la congestion hépatique, il faut faire intervenir l'état des capillaires du reste du corps et l'augmentation de la masse sanguine réalisée par l'absorption d'eau. Le barrage pulmonaire ne peut tout expliquer à lui seul : s'il existait seul, le cœur gauche battrait à vide et le foie ne se congestionnerait pas.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Traumatismes et syndromes parkinsoniens.

Rapporteurs : MM. NAVILLE et DE MORSIER (de Genève).

C'est un sujet de pathologie traumatique qui peut intéresser les médecins légistes à plus d'un titre.

La doctrine régnante était, il y a encore peu d'années, que des traumatismes ne pouvaient pas être la cause exclusive de syndromes parkinsoniens (opinion résumée par Souques en 1921). Même opinion de Lhermitte, Roussy, Scheffer.

Depuis quelques années, les observations de Paulian, Big, Lotmar, Négrot et Crouzon, etc., ont montré que des traumatismes centraux pouvaient certainement être responsables de syndromes parkinsoniens.

Par contre, la plupart des auteurs n'acceptent pas encore le rôle étiologique des traumatismes périphériques.

Les auteurs ont suivi le plan suivant :

I. **Syndromes après traumatisme cranien.** — Ils citent une trentaine de cas survenus soit presque immédiatement, soit peu de jours, peu de semaines, quelques mois ou plus, après l'accident. Le plus souvent, il s'agit de syndromes parkinsoniens purs. D'autres éléments peuvent y être associés : thalamiques, pyramidaux, mentaux, ou le syndrome des commotionnés.

Presque la moitié des cas sont survenus avant quarante ans, ce qui prouve bien qu'on est en dehors du cadre de la paralysie agitante ordinaire.

II. **Rôle aggravant du traumatisme sur un état antérieur ou une prédisposition.** — A. AGGRAVATION DE SYNDROMES ANTÉRIEURS (paralysie agitante classique ou parkinsonisme encéphalitique). Quelques-unes de ces aggravations sont impressionnantes.

B. APPARITION DU SYNDROME PARKINSONIEN traumatique chez des sujets apparemment sains, mais ayant eu auparavant une encéphalite. Les auteurs citent notamment un cas observé en Suisse.

C. APPARITION DU SYNDROME PARKINSONIEN traumatique chez des sujets présentant une menace d'hérédité similaire.

III. **Rôle du traumatisme dans l'éclosion d'encéphalite infectieuse avec parkinsonisme consécutif.** — On peut discuter le rôle des traumatismes dans l'éclosion d'encéphalite ou d'infections neurotropes (citations de quelques cas).

IV. **Rôle du traumatisme psychique.** — Citations bibliographiques au sujet desquelles les auteurs n'expriment pas d'opinion.

V. **Paralysie agitante consécutive à des traumatismes périphériques.** — Les auteurs rapportent une quarantaine de cas où le syndrome est survenu, et presque toujours après des symptômes intercalaires progressifs, et cela soit peu de jours après l'accident (citation du cas récent du professeur Euzière, de Montpellier), soit après quelques semaines, quelques mois ou plus d'une année. Citation d'un cas observé en Suisse, d'un cas survenu à un chirurgien.

Citation d'un cas consécutif à une épicondylite traumatique.

Plus de 20 p. 100 de ces cas sont survenus avant quarante ans, ce qui est plus que la proportion observée à cet âge dans la paralysie agitante classique.

A la fin de leur rapport, les auteurs ont cherché à justifier l'hypothèse du rôle étiologique de traumatisme exclusivement **périphérique.**

Ils montrent que les données anatomo-pathologiques ne permettent pas d'affirmer que les syndromes parkinsoniens soient dus à des lésions organiques, toujours localisées dans les mêmes segments des noyaux centraux, puisque la plu-

part des auteurs récents insistent sur le fait qu'on trouve des lésions diffuses à tout l'axe cérébro-spinal (Lewy, Ivan Bertrand).

En outre, des lésions même grossières, dans les zones dites d'élection, ne donnent pas toujours les syndromes parkinsoniens (Clovis Vincent, Nills, Rotter, Ozaki, Lhermitte et Cornil). Par conséquent les voies du réflexe sensitivo-moteur extrapyramidal ne sont pas encore bien connues et il ne paraît pas exclu que des irritations périphériques puissent déterminer chez certains sujets des troubles du type parkinsonien (analogie avec les troubles physiopathiques qui s'accompagnent parfois de tremblement et de contractures).

Des recherches concernant les réflexes de posture et suivant les méthodes indiquées par Froment, Foix et Thévenar, Delmas-Marsalet, permettront peut-être de mieux comprendre la pathogénie des syndromes consécutifs à des traumatismes périphériques.

Discussion.

M. Crouzon (Paris). Le parkinson traumatique existe. Il est des cas où, au point de vue strictement médico-légal, le blessé doit être indemnisé, alors que quelques doutes subsistent au point de vue scientifique.

M. Crouzon fait des réserves sur des cas de parkinson consécutifs aux traumatismes périphériques. Il verse au débat un cas de parkinson apparu après une anesthésie générale. Il précise les délais d'apparition du parkinson traumatique. Il souligne enfin l'extrême rareté de l'étiologie traumatique.

M. Duvoir (Paris) distingue le parkinson post-traumatique pur et le parkinson post-traumatique chez les anciens encéphalitiques.

M. Hamel (Nancy) a observé une paraplégie spasmodique légère chez un sujet atteint de blessure ancienne des deux mollets et qui présente un mal perforant plantaire, qui paraît d'origine centrale. La lésion périphérique a-t-elle déterminé la lésion centrale ?

M. Ley (Bruxelles). Si l'on a observé peu de parkinson, pendant la guerre, c'est que les sujets étaient jeunes et n'avaient pas l'âge de la maladie de Parkinson. L'émotion ne fait que révéler le parkinson.

M. Dupain (Paris) pense que l'émotion peut accélérer l'évolution d'un parkinson et l'aggraver.

M. Naville (Genève). Le parkinson traumatique est certainement rare. Il ne s'accompagne pas de somnolence, ni de myoclonie, ni de troubles oculogyres.

MM. Lande et Dervillée (Bordeaux). **Sur un cas de syndrome parkinsonien évoluant à la suite d'un traumatisme périphérique.** Observation d'un cas de Parkinson à la suite d'un traumatisme périphérique dont le taux d'I. P. P. a été fixé à 80 p. 100 avec possibilité d'aggravation. Il s'agissait d'une femme âgée atteinte d'artériosclérose.

La psychanalyse en médecine légale.

Rapporteur : M. Genil-Perrin (de Paris).

Le rapporteur examine la question de façon purement historique, mais prend dès le début nettement position *contre* l'immixtion de la psychanalyse dans la médecine légale.

La psychanalyse et la médecine légale prennent contact sur le terrain de la *criminologie* et sur celui de la *déontologie.*

D'une part la psychanalyse prétend apporter des méthodes et des solutions nouvelles dans l'étude du criminel et dans la lutte contre le crime ; d'autre part, sa pratique soulève des problèmes spéciaux de responsabilité médicale et d'exercice illégal de la médecine.

I. Psychanalyse et criminologie. — A. Le crime et le criminel. — La psychanalyse propose tout d'abord une classification générale des crimes et des criminels, puis elle se désintéresse d'un certain nombre de catégories qu'elle a distinguées et ne s'attache guère qu'à l'étude de l'une d'elles, la *criminalité névrotique.*

Ressuscitant l'attitude religieuse qui punit même la « mauvaise pensée », la psychanalyse distingue d'abord la *criminalité imaginative* et la *criminalité effective.*

A la criminalité imaginative appartiennent certains symptômes morbides, certains rêves, dont l'analyse révèle le sens criminel déguisé, symbolique, qui constituent des soupapes pour l'écoulement inoffensif de tendances criminelles.

La criminalité effective commence à apparaître à titre occasionnel dans le domaine des « actes manqués » ; à la faveur d'une défaillance morale passagère, une tendance inconsciente passe à l'acte, à un acte qui peut avoir une valeur criminelle : c'est l'ordre des *délits par imprudence.* Si la justice punit ces actes, c'est qu'elle a compris leur intention inconsciente et qu'elle veut châtier celle-ci.

La criminalité peut aussi être habituelle, et alors les sujets sont répartis par les psychanalystes en trois groupes :

a. Les *criminels à base organique :* ceux dont la personnalité est atteinte par des troubles du développement somatique, d'ordre héréditaire, congénital ou acquis (idiot, paralytique général, etc.) ; ils relèvent de la psychiatrie, et la psychanalyse s'en désintéresse.

b. Les *criminels « normaux » :* ce sont des individus dont la structure mentale est celle de l'homme normal, mais qui se sont identifiés avec des modèles criminels (étiologie sociologique) ; le criminel « normal » a un *sur-moi* criminel qui autorise une identification complète du *moi* au *ça ;* il se conduit socialement par rapport à la collectivité criminelle dont il fait partie ; il est *psychiquement sain,* mais *socialement* anormal.

c. Les *criminels névrotiques :* ils s'opposent aux criminels « normaux » par l'étiologie *psychologique,* et non plus sociologique, de leur criminalité, qui relève de causes psychiques ayant agi dans la première enfance ; il y a chez eux conflit du *sur-moi* et du *ça,* entre lesquels flotte le moi. Le processus criminel prend alors la forme de l'*obsession* (kleptomanie, pyromanie, etc.) ou bien participe des mécanismes d'*auto-punition.*

Névrose et criminalité sont deux phénomènes voisins réalisant le même processus en deux phases :

1° Une satisfaction, contraire aux exigences de la société et du sur-moi ;

2° Une punition, représentant la réaction de la société ou du sur-moi.

Les symptômes névrotiques sont l'aboutissant de mécanismes mentaux inconscients qui traduisent tantôt une satisfaction illicite des instincts, tantôt une automutilation autopunitive, et ce matériel inconscient refoulé se compose essentiellement des tendances sexuelles infantiles et des tendances agressives contre les membres de la famille ; ce sont là les éléments du *complexe d'Œdipe,* où l'on trouve la forme originelle du *crime* sous les espèces de l'inceste et du parricide, comme la forme originelle de la *peine,* sous les espèces de la castration (1).

Le sur-moi s'oppose à l'extériorisation de ces tendances criminelles : c'est l'instance morale, que l'adulte redoute. Mais, pour donner le change à son sur-moi, l'homme déguise parfois son désir illicite sous le masque d'un symp-

(1) Quand Œdipe s'arrache les yeux, il se châtre symboliquement.

tôme névrotique ; mais, ce faisant, il n'est pas tranquille, il éprouve une angoisse morale qui se traduit par un *besoin de punition ;* et, si la punition survient, l'angoisse tombe, parce que la faute a été rachetée.

Le moi névrotique ressent donc la punition comme une justification morale et comme une autorisation de s'abandonner à de nouvelles satisfactions interdites.

Transportons ce scénario intime dans la société, remplaçons-y le sur-moi par la justice sociale, et nous aurons le mécanisme du crime, identique à celui de la névrose : le criminel et la justice collaborent pour réaliser ce que le névrotique réalise seul par ses symptômes : la succession du crime et de l'expiation.

Le criminel névrotique trouvera donc dans la peine la neutralisation de ses inhibitions morales, la justification de son attitude blâmable : *donc la peine, au lieu de s'opposer à la récidive, la favorise.*

Le criminel agira, pour attirer sur lui le châtiment, pour pouvoir dire à l'autorité, comme le névrotique à son surmoi : « En me frappant, tu m'as donné le droit d'agir dorénavant sans me soucier de tes prescriptions morales. »

Le criminel névrotique est donc avant tout un criminel par *sentiment de culpabilité.* Il commet le crime parce que le crime est défendu et qu'il trouve un soulagement moral à le commettre. Il se fait punir pour un acte qu'il juge anodin afin de recevoir en réalité la punition que méritent ses désirs coupables, et par là apaiser son sentiment de faute. La voie du crime est pour lui le chemin de l'ascension morale. *Le criminel névrotique est un être hypermoral.*

C'est donc un malade psychonévrotique, qui peut être traité et guéri. Il est paradoxalement malade par suite d'une santé excessive de ses instincts primitifs, qui offusquent son sur-moi et la société.

Les psychanalystes font une place à part aux *pervers sexuels,* chez qui il s'agit d'une régression de la sexualité à un stade infantile.

B. LA RÉACTION SOCIALE. — Les psychanalystes réprouvent les conceptions pénales actuelles, aussi bien celles de l'école classique que celles des écoles nouvelles.

Ils reprochent à la procédure criminelle de ne pas tenir compte des mobiles inconscients du crime, qui sont les plus importants, d'obliger le criminel à *rationaliser* son attitude, ce qui peut fausser l'administration de la preuve.

Ils rejettent la notion de responsabilité pour la remplacer par le concept du *degré et du mode de participation du moi à l'action.*

Ils considèrent l'expertise psychiatrique comme inopérante, le médecin-expert n'étant bon qu'à rechercher chez le criminel l'existence de quelque maladie mentale grave, mais restant incapable de pénétrer les processus psychiques inconscients qui ont déterminé le crime.

Ils condamnent les systèmes actuels de répression, car la peine est contraire à son but, puisque, en satisfaisant le désir d'autopunition, elle encourage à la récidive.

Quel est donc le remède ?

La psychanalyse elle-même ?

La psychanalyse doit prendre en main le procès pénal, le traitement du criminel et la prophylaxie sociale de la criminalité.

A l'instruction, la psychanalyse doit intervenir dans l'administration de la preuve, critiquer les aveux, le témoignage, les preuves matérielles et littérales.

A l'audience, la psychanalyse approfondira les mobiles véritables, inconscients, du crime.

C'est dire que les magistrats eux-mêmes doivent mettre en œuvre la psychanalyse, sans laisser ce soin à des experts. Tout le procès doit être conduit *analytiquement.*

La psychanalyse ne cherche pas à prendre place dans la médecine légale ; elle ne cherche même pas à prendre la place de la médecine légale. Ses visées sont plus hautes : elle veut prendre place dans le droit pénal, et même prendre la place du droit pénal.

Une fois le criminel jugé, une fois fait « le diagnostic » psychanalyste du crime, comment le traitera-t-on ?

Le criminel occasionnel sera simplement contraint à la réparation civile.

Le criminel organique sera abandonné aux médecins en vue d'une thérapeutique banale.

Le criminel névrotique sera soumis à l'*analyse thérapeutique :* celle-ci découvrira le sentiment de culpabilité inconscient, et le passage à la conscience de ce sentiment de culpabilité aura une valeur curatrice, l'empêchera de s'extérioriser à l'avenir en actes sociaux ; de plus, cette tendance sera sublimée et orientée vers l'inhibition d'autres tendances plus nuisibles.

Quant au criminel « normal », il relèvera surtout de la pédagogie servie par la psychanalyse, qui s'opposera au développement d'un sur-moi criminel chez les jeunes.

II. Psychanalyse et déontologie. — A. LES DANGERS DE LA PSYCHANALYSE ET LA RESPONSABILITÉ DES PSYCHANALYSTES. — Tout le monde reconnaît que la cure psychanalytique peut présenter des dangers : les profanes estiment ces dangers inhérents à la méthode, les psychanalystes à la mauvaise application de celle-ci.

Ces dangers sont ceux de toutes les thérapeutiques psychologiques, qui peuvent être aussi dangereuses pour l'esprit qu'un plâtre mal appliqué en orthopédie.

La responsabilité des psychanalystes peut donc être engagée comme pour tous les autres médecins :

a. Au criminel (secret professionnel, délits d'imprudence, escroquerie, outrages aux bonnes mœurs) ;

b. Au civil (réparation de dommages de tout ordre).

B. PSYCHANALYSE ET EXERCICE DE LA MÉDECINE. — Une très grosse question professionnelle est posée par les prétentions de ceux qu'on appelle les « analystes laïcs », qui, se recommandant de Freud lui-même, s'arrogent le droit de traiter des malades sans être pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Les analystes laïcs prétendent qu'ils n'ont pas à s'inquiéter des lois sur l'exercice de la médecine, étant donné qu'ils n'emploient ni médicaments ni instruments, que la psychanalyse n'est pas une science médicale proprement dite, mais que ses applications s'étendent à l'éducation, à l'orientation professionnelle, à l'histoire, à la critique d'art, etc..., et que les médecins ne sauraient mettre l'embargo sur tous ces domaines.

On peut à cela répondre que, si la psychanalyse n'est pas une science « incluse » dans la médecine, son emploi thérapeutique doit être réservé aux médecins. La physique et la chimie ne sont pas non plus « incluses » dans la médecine, et les médecins ne revendiquent pas tous les emplois dans les centrales électriques ou les fabriques de colorants, mais seuls les médecins ont le droit d'utiliser les agents physiques et chimiques au traitement des maladies.

De même, on concède qu'il n'y ait pas besoin d'être médecin pour appliquer la psychanalyse à la critique d'art ou à la littérature, pour interpréter un tableau de Greuze ou un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci. Mais il faut être médecin pour traiter par la psychanalyse une maladie nerveuse et surtout pour en faire le diagnostic préalable.

La situation de la psychanalyse est, à ce point de vue, tout à fait comparable à celle de l'hypnotisme, et on peut lui appliquer toutes les remarques faites à propos de ce dernier, en particulier au XIIIe Congrès international de médecine (1900) où fut votée, sur un rapport de Dupré et Rocher, une résolution demandant que « dans tous les

pays la législation soit amendée ou étendue, de manière à empêcher cet exercice illégal de la médecine (par les hypnotiseurs non médecins), sous quelque forme et à quelque titre que se déguisent les pratiques psychothérapiques ».

Comme aux hypnotiseurs, trois ordres de délits peuvent donc être reprochés aux analystes laïcs :

a. Forcément : le délit d'exercice illégal de la médecine.

b. Eventuellement :
1° Délit d'escroquerie ;
2° Délit d'imprudence.

Et en outre, les analystes laïcs s'exposent aux rigueurs des articles 479, 480 et 481 du Code pénal, qui punissent la contravention d'interprétation des songes, par une amende de 11 à 15 francs, un emprisonnement de un à cinq jours, et la saisie et confiscation de leurs « instruments, ustensiles et costumes ».

Ce vestige des vieilles législations de répression de la magie et de la sorcellerie peut à bon droit être évoqué devant la vague psychanalytique actuelle.

La question de l'exercice illégal n'est d'ailleurs pas la seule question professionnelle que pose la psychanalyse.

Les psychanalystes, qui revendiquent pour les laïcs le droit de traiter les malades par l'analyse, contestent ce droit aux médecins, demandant que seuls puissent exercer la thérapeutique analytique, les personnes revêtues d'une habilitation spéciale, acquise par un stage dans un Institut psychanalytique en vue d'études spéciales, et de se soumettre à une « analyse didactique » préalable, sorte d'épreuve d'initiation, qui souligne encore le caractère « paléopsychologique » de l'esprit de la secte.

Le corps médical doit s'élever énergiquement contre cette atteinte souhaitée à son droit d'exercer. On ne lui demande pas de diplôme spécial pour faire une hystérectomie ou pour manier du radium ; lui en demandera-t-on un pour extraire les complexes d'Œdipe ?

Les études médicales développent suffisamment l'esprit critique pour que nous sachions, au lendemain de notre thèse, ce que nous sommes capables ou non d'entreprendre. Et il y a lieu de prévoir que, à la faveur de cet esprit clinique, nos confrères sauront, en matière de psychanalyse, s'abstenir justement.

Observations. — On trouve dans le rapport un certain nombre de cas médico-légaux qui ont fait l'objet d'interprétations psychanalytiques. Il était d'ailleurs difficile de donner une idée exacte de ces études analytiques de criminels, car, par nature, elles sont longues et prolixes et ne peuvent se concevoir autrement.

Le mieux serait donc de recourir aux mémoires originaux et de lire, dans la *Revue française de psychanalyse* (1er juillet 1927), le « cas de Mme Lefebvre » par Marie Bonaparte, et dans *Imago* (fasc. XV) le cas publié par Alexander sous le titre *Ein besessener Autofahrer.*

On aura ainsi une idée exacte des horizons particuliers ouverts à la criminologie par les psychanalystes.

Conclusions. — On trouve en somme jumelées dans ce travail deux questions assez différentes : d'une part, l'exposé d'une criminologie nouvelle, d'autre part la position de la psychanalyse devant la déontologie médicale.

Sur cette dernière question, l'auteur exprime de façon assez catégorique son opinion personnelle : la psychanalyse thérapeutique ne doit pas être permise aux analystes non-médecins, et elle ne doit pas être interdite aux médecins qui ont la singulière fantaisie d'y avoir recours. Il y a lieu de réprimer par des poursuites judiciaires toute infraction à la loi de 1892 commise par les analystes laïcs et par les médecins qui, en prêtant leur concours à ces derniers, contreviendraient à l'article 16 de cette loi. Il y a lieu également, en matière de médecine administrative (soins aux mutilés de guerre et aux assurés sociaux), d'éviter d'engager les deniers publics dans des fantaisies thérapeutiques longues, coûteuses et d'intérêt discutable, alors qu'on est quelquefois obligé d'économiser sur des traitements de première importance.

Sur la première question, en revanche, l'auteur ne formule pas d'opinion personnelle. Il expose tout simplement le système comme on pourrait le faire de n'importe quelle conception philosophique, élaborée synthétiquement, échappant par conséquent à la discussion scientifique.

Il laisse simplement aux psychanalystes eux-mêmes le soin de conclure sur la valeur pratique de leur système criminologique.

Et cette conclusion est décevante : de l'aveu de ses partisans, la criminologie psychanalytique ne trouve pas sa place dans la société d'aujourd'hui, ce qui les fait glisser insensiblement de la « Kriminalpolitik » à la politique tout court, et nous présenter eux-mêmes la psychanalyse comme un vaste plan d'utopie, — le mot a été prononcé par Reik, l'animateur du mouvement.

Reik va même plus loin, confessant : « tout cela, c'est évidemment de la *Zukunftsmusik.* Le rapporteur n'hésite pas à traduire : de la musique futuriste.

Discussion.

M. Heuyer (Paris) estime qu'il faut être médecin pour pratiquer la psychanalyse, sous peine d'échecs pratiques. Heuyer rappelle l'importance des psychanalyses non freudiennes. Surtout il proteste contre les restrictions que le rapporteur apporte au rôle du médecin-expert. C'est au contraire dans les cas limites (perversions sexuelles, crimes passionnels, délinquance juvénile) que la psychanalyse permettrait à l'aliéniste de donner un avis utile au magistrat. Heuyer en cite des exemples personnels et montre les services rendus par l'examen systématique des délinquants juvéniles (loi de 1912). Par contre, il est vrai que dans le cadre des lois actuelles, la psychanalyse ne peut être employée pour les adultes. Ces lois pourraient être complétées.

Quant aux dangers, ils sont importants et il est inadmissible qu'une consultation médico-légale puisse être donnée par un psychanalyste qui n'a même pas examiné le sujet.

Mme Marie Bonaparte (Paris) explique qu'il faut de longues études préalables pour être psychanalyste. Un psychanalyste ne doit traiter un sujet que sur prescription médicale. Mme Marie Bonaparte, qui n'est pas docteur en médecine, demande à être traitée en « sage-femme de l'âme ».

M. Ceillier (Paris). L'expertise psychanalytique est impossible actuellement pour des raisons matérielles et psychologiques. D'ailleurs, en droit, expliquer une chose n'excuse pas. Il n'en reste pas moins que la psychanalyse apporte une conception neuve, probablement féconde dans l'avenir, ouvrant la voie à toute une réforme pénale.

M. de Saussure (Genève). La psychanalyse change le point de vue auquel juges et experts se placent.

M. Dide (Toulouse) rappelle que Freud étudia les premiers cas par l'hypnose. Il faut d'abord savoir la valeur de la méthode. Il croit que les psychanalystes cultivent la suggestibilité des malades inorganiques. Freud lui paraît d'ailleurs légèrement désabusé. Il faut en outre rester prudent, car la psychanalyse a une tendance à s'insurger contre l'ordre social.

M. Truelle (Paris). La psychanalyse est pratiquement impossible à appliquer à la médecine légale, car il faut

rester dans le cadre des lois. Il décrit un cas remarquable de simulation, l'inculpé décrivant ce qui se passe dans son inconscient.

M. SCHIFF (Paris). La psychanalyse est entrée dans la vie courante ; on en fait constamment sans s'en apercevoir. Il eût été impossible de comprendre le cas de Kürten sans la psychanalyse.

Personnellement, l'auteur a fait intervenir des notions psychanalytiques dans des certificats médico-légaux. Ces certificats ont été pris en considération par les magistrats.

Schiff ne partage pas entièrement l'opinion de Truelle : la conscience personnelle du complexe d'Œdipe n'est pas impossible.

M. BOREL (Paris). La psychanalyse ne peut être employée qu'une fois l'individu jugé.

M. NAVILLE (Genève) montre les limites dans lesquelles la méthode des mots induits peut servir au cours même de l'instruction.

M. CLAUDE (Paris). Les psychanalystes non médecins ne doivent travailler que sous contrôle médical. Il est préférable que le psychanalyste soit médecin lui-même.

La psychanalyse a attiré l'attention des médecins sur l'importance de certaines tares mentales. Il peut en profiter, mais son rapport ne doit être fourni au magistrat qu'à titre de renseignements. Il est d'ailleurs impossible, pratiquement, de faire des analyses complètes.

Au point de vue prophylactique, la psychanalyse peut également rendre des services.

Peut-on modifier la peine au nom de la psychanalyse ?

Il faut être prudent et réserver la question.

Quand les asiles de sûreté seront créés, la psychanalyse pourra servir à traiter les criminels.

Communications.

Altérations osseuses tardives chez les grands amputés de guerre. — M. BALTHAZARD (Paris). A la suite d'amputation, des altérations osseuses se développent. D'une part, des ostéophytes se produisent, contrastant avec une résorption osseuse au niveau des articulations demeurant inactives. D'autre part, des lésions à distance, fort peu étudiées jusqu'à présent, scoliose entraînant pour le membre inférieur une bascule du sacrum et, lorsqu'il s'agit d'amputations du membre supérieur, une bascule de la clavicule. Les altérations osseuses à distance sont plus marquées lorsqu'il s'agit d'amputations de membres inférieurs. Elles doivent être prises en considération pour évaluer les taux d'incapacité permanente.

Preuves de suicide par aspect des taches de sang sur la main droite. — M. BALTHAZARD (Paris) présente la photographie de la main d'un sujet tué d'une balle de revolver tirée dans la tempe droite. L'aspect des taches de sang montrait de façon formelle que la main était près de la tempe au moment même de la blessure.

Péri-arthrite scapulo-humérale avec calcification et ossifications péri-articulaires. — M. MAUCLAIRE (Paris). S'appuyant sur d'intéressantes radiographies, le professeur Mauclaire décrit les calcifications à distance qui se produisent dans les arthrites traumatiques.

Rupture traumatique d'une rate pathologique dans les suites d'un accident du travail. — M. SOREL (Toulouse). Un sujet atteint de fracture compliquée de l'épaule, avec suppuration et fièvre fait, alors qu'il est convalescent de cet accident de travail, une chute fortuite dans un escalier. Il succombe au bout de quelques heures d'une rupture de la rate. Cette dernière était rendue fragile du fait de ses réactions à l'infection.

L'auteur discute les conclusions médico-légales : la relation avec l'accident doit être admise en cas d'accident de travail ; des réserves doivent être formulées en cas d'accidents de droit commun.

Le choc alvéolaire dans la submersion. — MM. LECLERC et MULLER (Lille) montrent expérimentalement que la mort survient vite dans la submersion dans l'eau ordinaire ; au contraire, les désordres sont moins considérables en cas de submersion dans un liquide isotonique.

Empreintes d'étoffes sur des balles de plomb. — MM. PIÉDELIÈVRE (Paris) et Pierre E. MARTIN (de Lyon). Les balles de plomb gardent l'empreinte de l'étoffe qu'elles frappent. Les auteurs ont précisé par de nombreux tirs expérimentaux qu'il était possible, dans certains cas favorables, de retrouver sur les agrandissements photographiques des balles de plomb, deux empreintes différentes imprimées par deux étoffes superposées.

Les réactions nucléaires dues aux toxiques. — M. DE LAET (Bruxelles). Les injections de toxiques produisent des lésions pycnotiques des thymocytes et des lymphoblastes, ainsi que des altérations de la mitose des cellules des glandes de Lieberkühn.

Le vol généreux. — MM. HEUYER et DUBLINEAU (Paris) décrivent un type spécial de vol qu'ils ont observé chez des enfants et des adolescents et qui montre l'intérêt de l'emploi de la psychanalyse en criminologie. Il s'agit d'enfants et d'adolescents intelligents, non pervers, émotifs et intimidables. Le vol est récent, non habituel, non utilitaire. Il est souvent prémédité, adroitement exécuté comme le serait un vol commis par un pervers. Son produit est distribué généreusement à des amis, à des camarades, ou à d'autres personnes dont l'enfant désire s'attacher la bienveillance. Souvent la récidive du vol est encouragée par l'impunité.

Le mécanisme du vol présente un caractère spécial. En général, l'enfant ou l'adolescent souffre d'une infériorité d'ordre social (déchéance de la famille), familial (dissociation), individuel (infirmité physique). Par un mécanisme de compensation, l'enfant satisfait sa vanité et réagit à son infériorité par la distribution généreuse du produit de son vol.

Les auteurs présentent une série d'observations du type pur de vol généreux. Ils en décrivent aussi des types mixtes dans lesquels certaines perversions accompagnent la générosité. Le diagnostic doit être fait avec le vol du débile dont la générosité est due souvent à la suggestibilité, au vol du pervers qui distribue le produit du vol à ses complices, au vol altruiste décrit par Juquelier et Vinchon, enfin, à certaines manifestations de vols cyclo-thymiques chez des hypomaniaques dont la générosité est morbide.

Le pronostic du vol généreux est relativement bon.

L'enfant ou l'adolescent est émotif, intimidable et sa délinquence doit être considérée comme épisodique et curable.

Toutefois, l'impunité encourage les habitudes, et le caractère utilitaire du vol peut apparaître secondairement.

Le traitement est d'ordre psychothérapique, la psychanalyse révélant à l'enfant les motifs réels de sa conduite et donnant en même temps une orientation meilleure du mécanisme de compensation. Souvent des conseils donnés aux parents peuvent modifier la situation familiale dont l'enfant souffre. Enfin, une bonne orientation professionnelle peut remédier à une certaine infériorité sociale du sujet.

SZUMLANSKI.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 JUIN 1932)

Recherches sur la densité optique et la viscosité des sérums thérapeutiques. — MM. Charles ACHARD, Augustin BOUTARIC et Mlle Madeleine GAUTROT.

Recherches sur les débits du lait et de la matière grasse dans la lactation humaine. — Mme C. VINCENT et M. J. VIAL.

Equilibre glycémique et sécrétions digestives. — MM. L. BUGNARD et C. SOULA.

Le lapin peut constituer un réservoir de virus pour la fièvre boutonneuse. (exanthématique). — MM. Ch. JOYEUX et J. PIÉRI.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 MAI 1932)

Essais de désensibilisation des cobayes allergiques par la tuberculine, les paratuberculines et les peptones. — M. A. BOQUET démontre que, contrairement à ce que l'on observe chez l'homme et chez les bovidés tuberculeux, la réaction générale provoquée par l'injection sous-cutanée d'une seule dose massive de tuberculine ne diminue pas ou diminue peu la sensibilité tégumentaire des cobayes allergiques. Pour obtenir une désensibilisation nette et durable de ces animaux, il convient de répéter plusieurs fois les injections de tuberculine.

Cette désensibilisation est spécifique en ce sens qu'elle relève beaucoup plus des protéines d'origine bacillaire, qui constituent les substances actives de la tuberculine, — que des peptones qui leur sont associées. Elle persiste pendant deux semaines environ, puis le tégument récupère progressivement sa réactivité initiale.

Variations morphologiques et tinctoriales du bacille tuberculeux dans les exsudats humains. — MM. Henri DURAND et I. GASPAR, examinant divers exsudats provenant de sujets atteints de formes diverses de tuberculose, ont trouvé à côté du bacille tuberculeux commun fortement acido-résistant des granulations isolées ou groupées en diplocoques ou en zooglées, des formes à granulations bi-polaires, fortement acido-résistantes ; un autre groupe constitué par des formes bacillaires faiblement acido-résistantes parfois à peine visibles ; des bacilles et des granulations cyanophiles solitaires, en amas et parfois mêlés de bacilles et de granulations acido-résistantes ; enfin des bacilles n'ayant plus rien ou seulement une trace de la propriété acido-résistante et seulement colorable par le Gram (Fontes) qui montre le corps et les granulations avec la forme, la longueur, les granulations du bacille A. R. commun.

Les diverses formes déjà rencontrées en culture, paraissent constituer des formes de passages par dégradation ou acquisition progressives de la forme et de la propriété acido-résistante, entre le bacille du type commun et le virus filtrable invisible et incolorable.

Sur le microdosage du magnésium dans les tissus animaux. — MM. R. WOLFF et M. TRAIN. Méthode basée sur la précipitation du magnésium à l'état de phosphate ammoniaco-magnésien et sur le microdosage de l'ammoniaque dans ce complexe au moyen de l'appareil de Pregl-Parnass. On a des erreurs ne dépassant pas 4 % pour des taux de magnésium pouvant varier de 0,4 à 2 milligrammes.

Les éléments acido-résistants décelables par la méthode de Van Deinse sont des bacilles vrais issus de l'ultravirus tuberculeux. — MM. C. NINNI et T.-F. TSUI démontrent que :

1° La méthode de Van Deinse est très recommandable pour déceler les bacilles acido-résistants issus de l'ultravirus tuberculeux, à la condition que les filtrats d'organes tuberculeux et surtout de culture de bacilles de Koch ou de bacilles de la fléole soient bien préparés ;

2° Le péritoine des cobayes préparés par le phosphate de calcium et inoculés avec des filtrats chauffés ne contient pas d'éléments susceptibles d'être confondus avec les bacilles acido-résistants issus de l'ultravirus tuberculeux.

In vitro, aucune forme bacillaire acido-résistante n'apparaît dans les filtrats, chauffés ou non, soumis à différents artifices.

La culture indirecte pour déceler l'ultravirus tuberculeux. — M. C. NINNI conclut que :

Les formes qui dérivent *in vivo* de l'ultravirus tuberculeux peuvent se multiplier *in vitro* sous l'aspect de bacilles acido-résistants typiques dans les milieux à l'œuf et à l'asparagine, en particulier sur le milieu de Löwenstein, et former des microcolonies, parfois même des macrocolonies. On obtient des microcolonies d'autant plus fréquemment que le prélèvement de l'organe a été effectué plus tardivement chez les animaux inoculés avec les filtrats et surtout chez les animaux de passage. Pour l'ensemencement, il convient d'employer la rate et les ganglions lymphatiques directement inoculés, ou les ganglions trachéo-bronchiques.

Les filtrats particulièrement favorables au développement des microcolonies sont ceux que l'on prépare à partir du foie et de la rate de cobayes tués ou morts de tuberculose miliaire aiguë, ou ceux qui proviennent de cultures de bacilles de Koch en profondeur dans le bouillon glycériné+organe (10 résultats positifs sur 13 filtrats). Nous croyons que toute démonstration et toute étude de l'ultravirus tuberculeux doivent comporter à la fois la culture des organes provenant des animaux de passage ou inoculés directement avec le filtrat et l'examen microscopique du produit de raclage de cette culture.

Infection de tuberculose expérimentale du cobaye par la voie lympho-ganglionnaire. — MM. J. GASPAR et Robert GARDAUT. L'inoculation des ganglions du cou du cobaye suivant la technique de Ninni avec des bacilles virulents leur a donné une tuberculose d'abord ganglionnaire débutant par les deux ganglions du cou, puis des ganglions trachéo-bronchiques et s'étendant en l'espace de 3 à 6 semaines aux ganglions viscéraux et superficiels, à la rate, au poumon et au foie, sans chancre d'inoculation.

On trouve dans les ganglions trachéo-bronchiques et dans la rate des bacilles virulents avant que ces organes soient macroscopiquement modifiés et ceci à partir du quatrième jour de l'inoculation et d'une manière constante. Dans le sang, au moins dans les premiers onze jours, la bacillémie n'est pas constante.

L'exploration radiologique des cobayes ne permet pas de déceler l'hypertrophie des ganglions du cou ; seule est visible la masse des ganglions trachéo-bronchiques du côté droit et la dissémination dans le parenchyme pulmonaire.

Influence du blocage du système réticulo-endothélial sur le phénomène de Koch et sur l'intradermo-réaction tuberculinique chez les cobayes. — M. Z. THAMOFF montre qu'après avoir « bloqué » le système réticulo-endothélial chez trois séries de cobayes tuberculeux, soit par l'encre de Chine ou par le trypanbleu seuls ou associés, on ne

constate pas aux injections intradermiques d'épreuves de modification appréciable de la sensibilité du tégument des cobayes aux corps bacillaires (phénomène de Koch) et à la tuberculine.

Remarques préliminaires sur l'amplitude et la célérité pulsatiles des artères en oscillométrie. — MM. A. CLERC et BASCOURRET étudiant les divers incidents des tracés fournis par l'oscillographie, concluent que, si l'amplitude pulsatile et la célérité (brusquerie plus ou moins accusée des soulèvements) évoluent en principe d'une manière parallèle, la dernière se montre parfois plus sensible que la première, et subit déjà des modifications nettes alors que l'I. O. demeure inchangé. Ce sont donc là deux notions différentes mais dont l'étude ne doit pas être séparée si l'on veut assurer à tout examen oscillométrique la précision désirable.

De la vaccination contre la dysenterie et la fièvre typhoïde par le procédé de Besredka. — MM. T. TOYODA et Y. FUTAKI ont vacciné par voie buccale un grand nombre d'enfants (10.019) contre la dysenterie et d'adultes (3.973) contre la fièvre typhoïde. En comparant les cas de ces maladies s'étant déclarés chez les vaccinés et chez les non vaccinés, les auteurs arrivent à conclure que les résultats de la vaccination par la voie buccale ne le cèdent en rien à ceux que l'on obtient par la voie sous-cutanée.

M. LŒPER présente au nom de M. BORY et au sien un ouvrage intitulé *Le Soufre en biologie et en thérapeutique*.

M. H. VIGNES fait hommage à la Société du *Manuel pratique de Dermatologie* de Desaux et Boutelier, qui constitue une mise au point très avertie et très suggestive des connaissances actuelles en biologie cutanée.

HOPITAUX DE PARIS

RÉFORME DU CONCOURS D'ASSISTANT D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE

ARTICLE PREMIER. — L'article 48 du règlement général sur le Service de Santé est modifié ainsi qu'il suit :

ART. 48, § 16. — L'admission au concours d'assistant d'électro-radiologie comporte obligatoirement — en outre du certificat d'électro-radiologie délivré par la Faculté de médecine de Paris — un stage de onze mois (250 jours de présence au minimum) accompli dans un ou deux services centraux d'électro-radiologie au maximum.

Ce stage sera complété par un séjour de un mois dans un service de curiethérapie des hôpitaux de Paris.

Ce stage sera réduit à six mois pour les internes des hôpitaux.

A la fin de leur stage, les candidats devront justifier, au moyen d'un certificat délivré par le ou les électro-radiologistes chefs des services centraux dans lesquels ils auront été attachés, qu'ils ont effectué leur service dans les divers postes relevant de la spécialité (radio-diagnostic — rœntgenthérapie — électrologie).

Peuvent être admis au stage :

— les docteurs en médecine de nationalité française titulaires du diplôme d'Etat obtenu devant une Faculté de médecine de France ;

— les internes en médecine ;

— les externes et les étudiants en médecine titulaires d'au moins douze inscriptions.

Les inscriptions en vue du stage seront reçues à l'Administration générale de l'Assistance publique (Bureau du Service de Santé) où un dossier spécial établi au nom de chaque candidat mentionnera :

— la date à laquelle commence ce stage ;

— le ou les services dans lesquels ce stage sera effectué ;

— les certificats délivrés par les chefs de service constatant que le stage a été effectué correctement, certificats visés par les directeurs des hôpitaux intéressés ;

— le relevé du nombre des présences effectuées dans l'année.

La répartition des stagiaires sera faite par le directeur général de l'Administration.

Un certificat de stage signé par le directeur général de l'administration sera remis à tout candidat qui aura obtenu les certificats prévus au paragraphe précédent, sous la réserve que le nombre des présences constatées au cours de l'année ne soit pas inférieur à 250, compte tenu des absences par congé régulièrement autorisé (deux mois au maximum) et abstraction faite des absences pour cause de maladie dûment justifiée.

Le dossier de chaque intéressé portera en fin de stage la mention « certificat accordé » ou « certificat refusé », suivant le cas.

A l'issue du stage, les candidats de nationalité française, titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine obtenu devant une faculté de médecine de France, ainsi que de la mention de fin de stage « certificat accordé », pourront être autorisés à s'inscrire en vue du concours d'assistant d'électro-radiologie.

Le jury du concours d'assistant d'électro-radiologie se compose de cinq membres, savoir :

Un médecin et un chirurgien tirés au sort, soit parmi les médecins et chirurgiens chefs de service en exercice et parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux non encore titularisés, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années, à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination ;

Trois électro-radiologistes, titulaires ou adjoints tirés au sort parmi les électro-radiologistes titulaires et parmi les électro-radiologistes adjoints exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination ; l'un de ces juges toutefois devant être tiré au sort parmi les électro-radiologistes titulaires spécialisés en électrologie.

Les épreuves du concours sont réglées comme suit :

1° Une épreuve sur titres.

Les candidats disposent de dix minutes pour l'exposé oral de leurs titres universitaires, hospitaliers et scientifiques. Cette épreuve est cotée de 0 à 20.

2° Deux épreuves pratiques de manipulation, afférentes l'une à la radiologie (radiodiagnostic, rœntgenthérapie ou curiethérapie), et l'autre à l'électrologie.

Pour chacune de ces épreuves, les candidats disposent de 15 minutes, qu'ils utilisent à leur gré, tant pour la manipulation que pour la présentation et l'exposé oral de la question.

Le nombre maximum des points attribués pour chaque épreuve est fixé à 20.

Chaque épreuve sera faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous au cours de la même séance. Les questions, au nombre de trois, sont rédigées et arrêtées par le jury, chaque jour d'épreuve, immédiatement avant la séance. Les questions à traiter sont désignées par le sort.

Le programme des matières qui pourraient faire l'objet des questions posées par le jury sera arrêté par le Directeur général de l'Administration.

Le classement des candidats est effectué d'après le total des notes obtenues par chacun d'eux.

(Le reste sans changement.)

Paragraphe 50 *nouveau.*

Dispositions transitoires. — Les candidats qui sont actuellement inscrits en vue du stage seront admis aux épreuves du concours d'assistant d'électro-radiologie à ouvrir en 1932 sous la réserve qu'ils aient accompli les stages suivants entre le 1er décembre 1931 et l'ouverture du concours :

1 mois en électrologie ;
1 mois en radiologie ;
15 jours en curiethérapie.

ART. 2. — Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le Préfet de la Seine.

PRATIQUE MÉDICALE

LE BROMURE DE SODIUM DANS LA PRATIQUE MÉDICALE (1)

Par le docteur CHAUSSET.

Dosé à 1 gramme de NaBr par tablette, le sédobrol représente, à l'heure actuelle, d'après l'auteur, la forme la plus élégante, la plus pratique, la plus sûre et la plus discrète d'imposer la médication bromurée chez les vieillards et les enfants aussi bien que chez les adultes, dans tous les cas où l'on se trouve en présence de symptômes nerveux de quelque nature qu'ils soient et spécialement en stomatologie, en ophtalmologie, en urologie et en gynécologie ; les femmes, en particulier, supportent parfaitement bien la médication bromurée sous cette forme, car le bouillon au sédobrol est très agréable au goût.

(1) *Courrier méd.*, Paris, 15 fév. 1931, n° 7.

LIVRES NOUVEAUX

L'hypoglycémie (1), par M. Jean SIGWALD.

Etudiée depuis moins longtemps que l'hyperglycémie, l'hypoglycémie, qui a surtout attiré l'attention depuis l'emploi de l'insuline, peut être provoquée ou spontanée et est due à une destruction trop rapide, trop intense ou trop massive du sucre contenu dans l'organisme. Après en avoir étudié les caractères cliniques où les symptômes nerveux sont au premier plan et le syndrome humoral, l'auteur en passe en revue les diverses formes chez l'adulte et l'enfant ainsi que les lésions. Il est des hypoglycémies spontanées par inanition, carence ou du fait de certains états physiologiques ; du fait surtout de troubles glandulaires où le pancréas joue habituellement le premier rôle mais non toujours. Il est aussi des hypoglycémies provoquées, dont l'hypoglycémie due au traitement insulinique est la plus importante forme mais non la seule qu'il importe de connaître.

M. J. Sigwald, que nous avons eu la bonne fortune d'avoir comme interne à la Charité, termine son étude par un important chapitre de pathologie expérimentale et par l'analyse de plus de 60 observations du plus haut intérêt ainsi que par une très importante bibliographie.

Le point de vue thérapeutique, aboutissant normal de toute étude clinique bien comprise, est traité à la fois du point de vue théorique et du point de vue pratique avec tous les détails nécessaires et couronne heureusement cet excellent travail, qui fait honneur au laboratoire du professeur Rathery. L. BABONNEIX.

(1) Paris, G. Doin.

Dermatologie (1), par A. SEZARY.

Rien de plus difficile pour le débutant que d'acquérir les notions fondamentales dans une spécialité ; les traités sous-entendent fréquemment dans une certaine mesure ce qui est supposé connu, à moins que les généralités utiles ne soient, pour partie, mêlées à des détails trop circonstanciés au milieu desquels le lecteur novice est désorienté.

Le présent ouvrage réussira, au contraire, avec une quasi-perfection à aider le lecteur à préparer dans son esprit les cadres nécessaires et les schémas indispensables, à établir en sa mémoire des définitions exactes et complètes et à lui présenter la méthode nécessaire.

On y trouvera l'exposé des fondements de cette méthode, la description de l'examen dermatologique, fonctionnel et objectif, local et général ; de ce dernier on ne doit pas négliger l'importance. Après une description des lésions dermatologiques types, unités dont la clinique présente les alliances et les combinaisons, on trouvera la critique des diverses méthodes juxta-cliniques, de plus en plus indispensables mais que la clinique prime toujours. Vient ensuite la discussion étiologique, base du traitement.

Quelques chapitres sont réservés à la description des affections plus particulières à l'ongle, au cheveu et à ses annexes.

Le tout se complète par un choix d'admirables photographies où rien ne manque de ce que le clinicien doit réussir à dépister.

Après lecture de ce mince mais substantiel volume, l'étudiant est apte à retirer tout le bénéfice souhaitable de son séjour dans un service de spécialité ; le médecin, de son côté, y retrouvera sans longue recherche tout ce qui peut lui être utile à renouveler ou à compléter dans ses connaissances pour parer aux nécessités de la pratique journalière.

L. BABONNEIX.

La lèpre, légende, histoire, actualité (2), par le Dr Etienne BURNET.

L'an dernier, le Dr Etienne Burnet, délégué de la S. D. N. a participé à deux conférences internationales sur la lèpre, à Bangkok et à Manille. Il en a rapporté une documentation exceptionnellement riche. Avec son sens d'observation si aiguisé, avec l'esprit précis qu'on lui connaît, il vient de tirer de cette documentation une très remarquable mise au point sur la lèpre dans la légende, dans l'histoire et dans la vie actuelle des colonies.

Son livre n'est pas un traité didactique, il est beaucoup mieux ; c'est une vue d'ensemble vivante, pathétique, de l'existence des innombrables lépreux que l'on rencontre maintenant dans le monde.

Les léproseries des Indes, du Japon, des Philippines sur lesquelles Mme Burnet écrivait naguère de si émouvantes pages, ont permis au docteur Burnet d'étudier *in situ* le plus angoissant des problèmes coloniaux actuels. Sa parfaite connaissance des lépreux, de leurs conditions de vie, de leur psychologie, a permis à l'auteur de tracer un plan de défense rigoureux et humain qui doit servir de guide aux médecins et aux coloniaux.

Les uns comme les autres devront lire ce volume où sont si nettement tracés les devoirs de solidarité de la France.

On doit remercier l'auteur de nous avoir donné cette œuvre attachante, vibrante, pleine de confiance et d'espoir.

F. L. S.

(1) Collection des Initiations médicales. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-18 Jésus illustré. — Prix : 12 fr. — Paris, Ernest Flammarion.

Les Abcès cérébraux et leur traitement (1), par Jean PIQUET, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille. Préface du Professeur R. LE FORT.

Ce petit livre, essentiellement pratique, intéresse non seulement le médecin et le chirurgien, mais également l'oto-rhino-laryngologiste et le neurologiste.

L'auteur y envisage d'abord les quatre principales causes susceptibles de donner lieu à la formation d'un abcès cérébral. Ce sont, par ordre de fréquence décroissante : les lésions de l'oreille moyenne, les sinusites frontales, les traumatismes cranio-cérébraux, et enfin certaines infections à distance.

Dans un second chapitre, il étudie la pathogénie de l'abcès cérébral dans les quatre cas énumérés ci-dessus. Le chapitre III est consacré à une étude anatomo-pathologique de l'abcès cérébral (siège, profondeur, volume, contenu, germes microbiens, formes, formation et évolution anatomique, particularités anatomiques propres à chaque variété). Les signes cliniques (stade latent, période ambulatoire et stade manifeste) sont traités dans le chapitre IV. Aux formes anatomiques décrites dans le chapitre III, correspondent des aspects cliniques particuliers, l'abcès unique collecté, l'encéphalite purulente et l'encéphalite diffuse non suppurée (chap. V).

L'auteur étudie l'évolution et le pronostic de l'abcès dans un sixième chapitre et, dans un septième, le diagnostic, suivant que l'affection primitive est connue ou que la lésion initiale est méconnue.

Le dernier chapitre a trait au traitement de ces différents abcès cérébraux.

L. G.

L'Intuition délirante (2), par R. TARGOWLA et J. DUBLINEAU.

Ce livre aborde un problème neuf, tant au point de vue de la psychologie générale que de la pathologie mentale.

Pour le médecin, il constitue la monographie clinique, minutieuse et complète, d'un symptôme à peu près méconnu jusqu'à présent en neuro-psychiâtrie. Eclairée par plus de soixante observations, cette description met en évidence les caractères précis du symptôme « intuition », la place importante qu'il occupe dans la séméiologie des troubles psychiques et son rôle dans les réactions des malades. En outre, la voie nouvelle que cet ouvrage ouvre en psychopathologie permet de mieux comprendre le mécanisme intime de certaines manifestations mentales telles que les hallucinations psychiques, les interprétations délirantes, les idées fixes, etc. Il fait aussi entrevoir les modifications qui devront être apportées aux conceptions classiques des délires, lesquelles ne tiennent à peu près aucun compte de la pensée intuitive.

Pour le philosophe et l'homme cultivé, le travail original des docteurs Targowla et Dublineau a sa place à la suite des nombreux ouvrages qu'a suscités le problème de l'intuition. Il comble une lacune, car aucune étude concrète et méthodique de l'intuition en psychologie morbide n'avait encore été tentée. Faite par des médecins imbus de la méthode clinique objective, elle permet au psychologue de pénétrer dans un domaine encore à peu près inexploré à ce point de vue et lui apporte un remarquable instrument de travail.

L. G.

(1) Un vol. de 152 pages. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) Un vol. de 316 pages. — Prix : 35 fr. — Paris, N. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


Le VIN GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE
est le véritable
SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME
chez les Enfants et les Adultes
Le VIN GIRARD, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme.
D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le VIN GIRARD est, de plus, d'un goût fort agréable.
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
TUBERCULOSE
UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS
MÊME COMPOSITION
MÊMES INDICATIONS :
SIROP GIRARD
MÉDECINE INFANTILE
2 à 3 cuillérées à bouche selon l'âge.
GRANULÉ GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
2 à 4 cuillérées à café pour Enfants & Adultes
VIN GIRARD
A. GIRARD
48, Rue d'Alésia. PARIS
VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS

N° 58. — MERCREDI 20 JUILLET 1932. 105e ANNEE. MERCREDI 20 JUILLET 1932. — N° 58.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**, — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE. (Au titre de la réserve de l'armée de mer.) — *Au grade d'officier.* — MM. le médecin en chef de 2e classe Denier; le médecin principal Joly.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Seznec et Donadey.

EDUCATION NATIONALE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Demerliac (de Caen).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — A l'occasion du Ve centenaire de l'Université de Caen, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les professeurs Lebailly et Vigot, de l'Ecole de médecine de Caen.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil.* — MM. les docteurs Marini (de Mahdia), Cassoute (de Marseille).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Mouriquand (de Vichy), Vidal (de Montpellier), Delattre (de Reims), Porez (de Lille).

M. Castella, interne en médecine à l'hôpital Saint-Roch, à Nice.

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Defaix (de Fuveau), Pringault (de Marseille), Thomas (d'Aix), Léger (de Saint-Pierre-le-Moutier), Garnier (de Chabonnet-sur-Loire), Franquet (de Reims), Mlle Phelisot (de Strasbourg), Loewenberg (de Strasbourg), Chavent (d'Ugine), Reinie (de Paris), Casabianca (d'Hyères).

MM. Capus, interne en médecine à Marseille ; Vial, interne des hôpitaux de Lyon ; Naggiar et Lemaître, internes à l'hôpital Saint-Louis; Brehant, Richier et Mlle Abricossoff, internes au groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades; Joly, interne à l'hôpital Ambroise-Paré; Girard, ancien interne en médecine à la maison d'arrêt et correction de Saint-Lazare.

MM. Weill, externe à l'hôpital Ambroise-Paré; Dumeau et Farnarier, externes des hôpitaux de Marseille; Mlle Peillard, externe à l'hôpital de la Charité, à Lyon; Mlle Guignard, externe au bastion 29.

M. Bosch, étudiant en médecine à Marseille.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — (Active.) Mutations :

Médecin colonel. — M. Marland est affecté comme adjoint du médecin général inspecteur, président du Comité consultatif de santé, Paris.

Médecins commandants. — MM. Arlabosse est affecté à l'hôpital Villemin, Paris; Maliver, au 13e d'inf., à Nevers; Picot, à la région de Paris et détaché à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris.

Médecins capitaines. — MM. Thibault est affecté au 18e chass. à cheval, Saint-Avold ; Jalet, à l'hôpital Maillot, à Alger; Debenedetti, au 1er bat. de dragons portés à Versailles ; Rodet, au 3e bat. de dragons portés à Lunéville.

Médecins lieutenants. — MM. Moroni et Prat sont affectés aux troupes du Maroc.

(Réserve.) Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé :

Au grade de médecin colonel. — M. le médecin colonel retraité Daussat.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — M. le médecin lieutenant-colonel retraité Colin.

Au grade de médecin commandant. — MM. les médecins commandants retraités Baget, Botte.

Au grade de médecin capitaine. — M. le médecin capitaine démissionnaire Guerriero.

HÔPITAUX MILITAIRES. — L'article 196, paragraphe 8, du décret du 25 novembre 1889 est modifié ainsi qu'il suit :

« 8° Les élèves des écoles polytechnique, de Saint-Cyr, du service de santé, les élèves boursiers militaires des écoles

vétérinaires ; tous ces élèves sont traités autant que possible dans des locaux séparés et reçoivent les mêmes allocations que les officiers. Cette disposition est également applicable aux sous-officiers élèves officiers (active) des écoles militaires. » (*J. O.*, 9 juillet 1932.)

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU S. M. S. (26 juin 1932). — Dimanche 26 juin a eu lieu à l'hôtel de la Confédération des syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi, l'assemblée générale du S. M. S. pour le premier semestre, sous la présidence de M. le docteur Hartmann.

Après une allocution très applaudie du président, qui démontre que l'action individuelle est indispensable au triomphe de l'action collective « Aide-toi, le ciel t'aidera », l'assemblée générale approuve les comptes du trésorier, élit ses délégués à l'assemblée générale de la Confédération et modifie l'article 5 des statuts de façon à faciliter l'adhésion des jeunes médecins au S. M. S., en les exemptant de cotisation pendant un certain temps après leur installation.

C'est ensuite l'examen des projets de mutualisation des assurances sociales, avec engagement de ne pas laisser porter atteinte aux principes de la charte : libre choix, entente directe, secret médical, liberté de prescription.

Enfin, l'assemblée générale approuve le rapport de M. Herpin sur l'organisation des recherches nécessaires aux diagnostics et à la prévention, en utilisant pour cela la collaboration des praticiens et des spécialistes avec emploi d'un barême préférentiel pour un certain nombre d'examens, demandés plus fréquemment par le médecin traitant.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le professeur Bernhard Bang (de Copenhague), dont le nom est attaché à l'étude de la fièvre ondulante ; et de M. le docteur Cossa (de Nice).

Notre collègue, le docteur de Martel, très touché des innombrables marques de sympathie qu'il a reçues lors de son deuil et dans l'impossibilité de répondre à tous ceux qui lui ont écrit, prie ses amis de trouver ici l'expression de sa vive reconnaissance.

CHRONIQUE

LE Ve CENTENAIRE DE L'UNIVERSITÉ DE CAEN

Les fêtes du Ve Centenaire de l'Université de Caen ont été célébrées la semaine dernière avec une grande solennité, en présence de M. le Président de la République, de plusieurs membres du gouvernement et de très importantes délégations étrangères et françaises. La participation britannique, comme on le verra plus loin, a été très importante. Nos voisins n'oublient pas que l'Université de Caen a été fondée par Henri VI, roi d'Angleterre.

Parmi les délégués étrangers, on remarquait : S. E. Philippe Roy, ministre du Canada à Paris ; MM. Bell, bailli de Guernesey ; Charles Sidney Legros, vicomte de Jersey (tous deux anciens élèves de l'Université de Caen) ; Tuesberg, recteur de l'Université de Liége ; Powicke, professeur à Oxford ; Ansiaux (de Bruxelles) ; Holleman (d'Amsterdam) ; Zaremba (de Cracovie) ; Ritchie (de Birmingham) ; Vaillancourt (de Montréal), etc... L'Institut de France avait délégué MM. le professeur Charles Richet, Maurice d'Ocagne, Léon Guillet (frère du très regretté chirurgien de Caen) ; Charles Benoist, Dangeard, Carcopino. L'Académie de médecine était représentée par MM. Charles Achard, secrétaire général, et Maurice Auvray, ancien étudiant de l'Université de Caen et fils de l'ancien directeur de l'Ecole de médecine, dont le souvenir reste toujours si vivant à Caen.

Au cours d'une première réunion, le diplôme de docteur *honòris causa* fut décerné à un certain nombre de savants, dont M. Bordet, l'illustre directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles, et le professeur Holleman (d'Amsterdam).

Un très beau banquet universitaire réunit ensuite tous les délégués sous la présidence du Recteur et de Mme Maigron. Des toasts furent portés par M. le Recteur, par S. E. Philippe Roy, ministre du Canada, et par le professeur Pilon.

La séance solennelle de clôture eut lieu le deuxième jour. L'Université et les délégués étrangers se réunirent à l'Hôtel de Ville et se rendirent à pied, en un imposant cortège à la salle Guilbert. En tête, précédé du drapeau de l'Association des Etudiants, marchait le Recteur entouré du Conseil de l'Université, puis venaient les délégués de l'Institut et de l'Académie de médecine, et la foule des professeurs des Universités françaises et étrangères dans leurs robes multicolores. On remarquait dans le cortège M. le professeur Desbouis, directeur de l'Ecole de médecine de Caen, M. le professeur Halipré, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen, et tout le corps professoral des deux écoles normandes.

Le Président de la République et les ministres de l'Education nationale et de la Santé publique assistaient à la séance. D'importants discours furent prononcés par M. le Recteur Maigron, M. Audollent, M. le recteur Tuesberg (de Liége) ; M. Powicke, d'Oxford, ; enfin par M. de Monzie, ministre de l'Education nationale.

Le Ministre retraça l'histoire glorieuse et montra la solidité de l'Université de Caen « que le roi d'Angleterre avait improvisée entre deux rencontres guerrières et deux émeutes civiles un jour assez incertain de 1432, tant il est vrai que les institutions universitaires consacrées par le temps participent à la majesté de la nature et à la pérennité de la race... »

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

FORME CÉRÉBRALE DU CANCER PULMONAIRE

PAR MM.
Henri ROGER, Yves POURSINES et Joseph ALLIEZ
(de Marseille).

L'observation anatomoclinique (1) que nous venons de recueillir, concernant des tumeurs multiples de l'encéphale par métastase d'un cancer latent du poumon, mérite de retenir l'attention, tant à cause du syndrome clinique observé, qui nous a fait porter dès le début le diagnostic de tumeur cérébrale, malgré l'absence de stase papillaire et d'hypertension au manomètre de Claude, qu'en raison des lésions curieuses trouvées à l'autopsie et insoupçonnées du vivant du malade.

Métastases cérébrales multiples d'un cancer pulmonaire latent sans hypertension du liquide céphalo-rachidien et avec stase papillaire tardive.

Ors.... Vincent, cordonnier, âgé de 42 ans, dans les antécédents duquel on ne trouve que de l'éthylisme, entre le 8 février 1932 à la clinique neurologique pour une hémiparésie droite précédée de crises jacksoniennes.

Les crises se sont succédé, au nombre de 5 à 6, la première il y a 4 mois, les suivantes il y a 1 mois, à type de spasmes cloniques n'intéressant que la face, mais suivis d'une monoplégie brachiale et d'une aphasie d'une vingtaine de minutes de durée. Depuis la dernière crise, le bras droit est resté parésié et la jambe s'est prise à son tour.

Lors de notre premier examen, l'hémiplégie, qui permet encore la marche, est surtout accentuée à la face et au membre supérieur, elle s'accompagne d'une légère contracture avec exagération discrète des réflexes tendineux et abolition du réflexe abdominal, sans Babinski, et d'une hémihypoesthésie.

Mais ce qui domine le tableau clinique, c'est un état d'asthénie extrême, une torpeur cérébrale accusée, qui gêne l'élocution sans qu'il y ait de dysarthrie, et des céphalées particulièrement violentes qui siègent au front et au vertex, provoquant une cruelle insomnie et qui durent depuis 2 à 3 semaines.

D'emblée nous portons le diagnostic de syndrome d'hypertension intracranienne, et étant donnée l'évolution assez rapide de ce dernier, nous pensons à une tumeur intracérébrale du type gliomateux localisée à la région rolandique gauche. Nous prescrivons un traitement destiné à combattre cette hypertension.

Nous sommes tout à fait étonnés, les jours suivants, de trouver : d'une part un fond d'œil indemne, d'autre part, un liquide céphalorachidien absolument normal, avec une tension de 22 au Claude en position couchée et de 10 après soustraction de 10 cent. cubes.

Devant ces résultats troublants et malgré le B. W. négatif dans le sang et le liquide céphalorachidien, nous prescrivons un traitement par le cyanure Hg et l'acétylarsan.

Cependant, l'état s'aggrave rapidement.

Fin février, la paralysie faciale d'origine centrale est totale ; le membre supérieur droit est presque complètement paralysé, surtout la main, qui se présente en attitude de paralysie radiale typique. La force du membre inférieur droit est très diminuée. Malgré une contracture assez marquée, l'exagération des réflexes reste légère et le signe de Babinski absent. Trois crises jacksoniennes faciobrachiales droites sont constatées dans le service.

(1) L'observation a été communiquée à la Société d'oto-neuro-ophtalmologie du Sud-Est le 2 mai 1932.

La céphalée reste toujours aussi intense malgré tous les calmants que l'on peut employer ; elle empêche toujours le sommeil, s'accompagne de vomissements intermittents et de constipation particulièrement opiniâtre. Le malade est par périodes complètement désorienté dans le temps et dans l'espace et indifférent aux examens, par périodes subdélirant.

L'amaigrissement est intense. Il n'y a pas de fièvre. Le pouls est à 72, la tension à 12,5-7,5. L'auscultation ne révèle qu'une légère obscurité du sommet droit.

Le liquide céphalorachidien, examiné à nouveau à deux reprises à la fin du mois, présente toujours une tension de 22-10 sans réaction albumineuse ni cytologique. Un examen oculaire révèle à peine un léger flou de la papille.

La radiographie cranienne est normale.

Dans la première dizaine de mars, l'hémicontracture droite s'est accentuée, le signe de Babinski est toujours absent, l'hémihypoesthésie ne s'est pas accrue. A une période de délire violent, au cours de laquelle le malade a dû être maintenu par des liens, succède un état demi-comateux, avec gâtisme.

A ce moment apparaissent de la raideur de la nuque et du tronc, une paralysie des deux droits externes. Le L. C. R. continue à être normal, mais sa tension s'est élevée à 30. Le fond d'œil décèle un œdème papillaire léger, plus marqué à gauche avec quelques hémorragies.

Quoique nous jugions l'état désespéré, nous nous rendons aux demandes de la famille, à laquelle nous avions au début parlé d'une intervention et qui nous supplie... un peu tard... de tenter l'impossible.

Un large volet frontopariétal gauche permet au docteur Arnaud d'explorer les circonvolutions rolandiques, qui sont œdématiées, mais qui ne présentent pas de tumeur visible. Un abaissement brusque de la tension artérielle ne permet pas de continuer l'exploration. Le malade vécut dans le coma 48 heures après l'intervention.

L'autopsie est particulièrement intéressante.

Les circonvolutions rolandiques gauches donnent à la palpation l'impression d'une substance cérébrale molle et diffluente. Et lors de l'extraction du cerveau hors de la boîte cranienne, une déchirure se produit à leur niveau qui laisse écouler un petit verre de liquide visqueux et grumeleux, sortant d'une volumineuse cavité sous-corticale à parois friables et faisant songer à un abcès cérébral. La palpation de la région rolandique droite et du pôle occipital droit donne la même impression d'une zone ramollie sous-jacente. Les méninges sont normales.

Les divers organes sont normaux. Mais le sommet droit est le siège d'une infiltration blanchâtre, assez peu consistante, avec adhérences intimes du sommet à la plèvre épaissie et de la plèvre à la paroi costale. Ce placard de tissu densifié, qui occupe, sur une étendue de 5 centimètres environ et sur une épaisseur de 1 centimètre, le sommet du poumon et ressemble à une pachypleurite, est entouré de lésions nécrotiques rappelant le caséum jeune.

En présence de cette lésion du sommet et des lésions cérébrales multiples, une première idée vient à l'esprit, celle de tubercules cérébraux, ayant subi une caséification rapide, consécutifs à une infiltration tuberculeuse pleuropulmonaire du sommet droit.

Mais l'examen détaillé de la pièce pulmonaire est plutôt en faveur d'un néoplasme que d'une tuberculose. D'ailleurs la coupe du cerveau, après quelques jours de formolisation, nous montre l'existence de métastases néoplasiques, au nombre de six, siégeant dans le cervelet et les deux hémisphères.

L'*hémisphère gauche* présente trois foyers métastatiques.

Le plus volumineux (petite mandarine) occupe une grande partie du lobe pariétal, débordant en avant la scis-

sure de Sylvius et s'étendant en arrière jusqu'au bourrelet du corps calleux, mesurant 5 cent. et demi dans le sens antéropostérieur ; sur une coupe transversale, il va depuis l'écorce jusqu'au voisinage de la paroi externe du ventricule latéral en dedans. Il est presque tout entier ramolli et creusé d'une cavité, son contenu s'étant, au cours de l'enlèvement du cerveau, vidé en partie par une rupture de la paroi corticale.



Fig. 1. — *Hémisphère gauche* (projection schématique des nodules néoplasiques).



Fig. 2. — *Hémisphère droit* (projection schématique des nodules métastatiques).



Fig. 3. — Coupe frontale schématique de l'hémisphère gauche (nodule fronto-pariétal et nodule temporal).

Un nodule temporal, mesurant 2 cent. 5 dans le sens antéropostérieur, en partie ramolli, est situé entre l'écorce de la région temporale et la voûte de la corne du ventricule latéral, dont la paroi est respectée.

Le pôle frontal est occupé par un nodule sous-cortical, de la dimension d'une olive, de 3 cent., donnant à la coupe l'aspect d'un ramollissement hémorragique.

L'*hémisphère droit* est le siège de deux nodules. L'un de 5 cent. de diamètre, antéropostérieur, à cheval sur la partie supérieure du lobe frontal et du lobe pariétal, va de l'écorce au ventricule latéral. L'autre, de la dimension d'une noix, va de la corne occipitale du ventricule latéral jusqu'à l'écorce du pôle occipital.



Fig. 4. — Coupe frontale schématique de l'hémisphère droit.

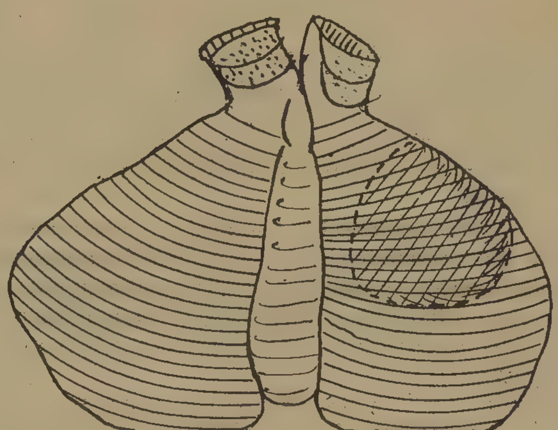


Fig. 5. — *Cervelet*, face supérieure (projection schématique du nodule néoplasique droit).

Les ventricules sont plutôt rétrécis que dilatés.

Le *cervelet* présente, dans sa partie droite, un nodule de la grosseur d'une amande.

Toutes ces formations néoplasiques ont les mêmes caractères. Leur siège est nettement sous-cortical ; elles affleurent l'écorce sans l'envahir. Un certain nombre est contigu aux ventricules latéraux, mais aucune ne les effleure.

Leur tendance nécrotique est très accusée. Leur centre est ramolli, diffluent. Seul, le nodule frontal droit est plus consistant et de teinte hémorragique. Les autres ont une coloration grisâtre, qui tranche sur la couleur de la substance nerveuse.

Examen histologique. — Les coupes des nodules cérébraux et de la tumeur pulmonaire primitive montrent la même constitution.

La tumeur est constituée de cellules néoplasiques et de stroma conjonctif. L'ensemble présente une disposition vaguement trabéculaire : axes conjonctifs volumineux limitant des espaces remplis de cellules néoplasiques.

Celles-ci sont caractéristiques : aspect d'ensemble fusiforme, noyau très volumineux et très riche en chromatine, protoplasma peu abondant. Ces éléments sont en association très libre les uns avec les autres. Au niveau de certains points, on a l'impression que ces éléments sont séparés les uns des autres. On ne voit aucune formation pseudoglandulaire ou pavimenteuse.

Le stroma est en général peu réactionnel ; il est caractéristique surtout par son abondance et sa disposition d'ensemble.

En somme, la néoplasie pulmonaire primitive rentre dans le groupe des cancers à petites cellules fusiformes de Huguenin, des cancers à cellules en grains de Ménétrier.

Cette observation mérite d'être rapportée à un triple point de vue :

1) En raison du contraste entre l'abondance et l'étendue des métastases cérébrales d'une part, et l'absence, pendant la plus grande partie de l'évolution, d'hypertension du L.C.R. et de stase papillaire d'autre part ;

2) En raison du nombre considérable des nodules cérébraux dont un seul, il est vrai le plus volumineux, avait été diagnostiqué par la clinique ;

3) En raison de la latence du cancer initial, qui ne s'est révélé du vivant du malade que par le syndrome encéphalique et qui, à l'autopsie, n'avait provoqué de métastase qu'au niveau du cerveau.

1° Il est pour le moins curieux de voir un cerveau farci de six nodules néoplasiques, dont deux plus particulièrement volumineux mesurant 5 cent. de diamètre antéropostérieur, et qui cependant pendant cinq mois ne provoquent *pas de stade papillaire ni d'augmentation de la pression rachidienne.*

Une céphalée horriblement violente, des vomissements assez fréquents, une torpeur très accusée nous font porter, avant tous examens complémentaires, le diagnostic de tumeur cérébrale à évolution rapide. Cependant trois ponctions lombaires montrent une tension de 22 en position couchée et de 10 après soustraction de 10 cent. cubes, seule la ponction faite quelques heures avant la mort nous révèle le chiffre de 30, chiffre qui dépasse de bien peu la moyenne. A aucun moment, il n'y a eu de réaction ni de dissociation albuminocytologique. Le fond d'œil, normal au quatrième mois de l'évolution de la maladie, présente à peine un léger flou papillaire au cinquième mois et un œdème léger, plus marqué à gauche, avec quelques hémorragies au bout de cinq mois et demi.

On connaît mal, au premier abord, pareille antinomie entre les syndromes liquidien et oculaire quasi normaux et le syndrome anatomoclinique, caractérisé par une céphalée et torpeur intenses et par de si nombreux et si volumineux nodules néoplasiques cérébraux. Mais il faut se souvenir de la remarque fort judicieuse de Bériel. Le syndrome d'hypertension intracranienne dépend moins du volume que de la structure histologique de la tumeur. Les tumeurs méningées, qui sont pour la plupart des méningiomes à marche lente et d'allure bénigne, peuvent atteindre des dimensions considérables sans déterminer de stase papillaire. Les tumeurs intracérébrales du type gliomateux, dont l'infiltration étendue dépasse les limites visibles à l'œil nu et qui sont souvent l'objet de poussées congestives ou hémorragiques à évolution aiguë et maligne, déterminent un syndrome d'hypertension précoce. Dans notre cas les tumeurs sont multiples et ont une évolution rapide : mais elles sont peu infiltrantes et surtout elles n'ont, à l'exception d'une d'entre elles, aucune allure hémorragique.

Il est donc probable que céphalée et torpeur, qui nous avaient fait d'emblée penser à une hypertension intracranienne, étaient dues plutôt à la lésion cérébrale destructive qu'à une hypertension. L'hypertension n'est apparue que d'une façon tardive.

Cette opinion paraît corroborée par la lecture d'un certain nombre d'autres observations de néoplasie métastatique : absence permanente de stase papillaire dans le cas de Brouardel, Renard et Lotte, où l'on trouve cependant un L. C. R. paraissant hypertendu et présentant une dissociation albuminocytologique, — stase paillaire tardive dans un cas d'épithélioma secondaire du pied de la deuxième circonvolution frontale publié par Cl. Vincent dans son rapport sur les tumeurs du lobe frontal, — absence de tout symptôme d'hypertension intracranienne (céphalée, vomissement, stase) chez une malade de Radimska-Jandova, atteinte de deux métastases cérébrales après cancer du rein, — absence de stase dans deux autres cas personnels, l'un secondaire à un cancer pleuropulmonaire latent, dont nous rapportons l'observation plus loin, et l'autre consécutatif à un néo du sein, dont nous allons résumer le cas clinique.

Forme démentielle d'un sarcome cérébral par métastase d'un néoplasme du sein avec absence d'hypertension du liquide céphalorachidien.

Inno... Adèle, 37 ans, est vue par l'un de nous à son cabinet, le 29 avril 1927, pour des troubles démentiels ayant débuté deux mois auparavant : indifférence affective, oublis dans le ménage et dans la toilette, sorties sans but et divagation dans la rue (un jour promenade en taxi, sans raison, qui lui a coûté 40 francs), période de subagitation avec idée de persécution, d'empoisonnement, gâtisme urinaire et fécal. L'examen montre de la dysarthrie, un léger tremblement des membres supérieurs, sans tremblement des lèvres ni de la langue, de l'exagération des réflexes tendineux, avec quelques secousses de clonus sans Babinski, des pupilles réagissant mal à la lumière et à l'accommodation.

Les troubles psychiques, la dysarthrie, les troubles des réflexes pupillaires ont fait porter le diagnostic de P. G., d'autant que cette malade a eu une grossesse unique ayant donné naissance à un mort-né.

La malade entre à la Clinique Neurologique le 12 septembre 1927, en vue d'examens de laboratoire et traitement spécifique.

Son état démentiel s'est encore aggravé ; il n'y a pas de parésie localisée. La marche et la station debout sont devenues difficiles, avec tendance au renversement en arrière.

Durant son séjour dans le service, Inno... accuse quelques céphalées. Une tendance progressive à la somnolence aboutit en quelques jours à un état comateux, avec poussée

terminale fébrile à 40°, correspondant à un congestion de la base gauche. Le décès survient le 6 octobre 1927.

Le diagnostic de P. G. porté avant l'entrée à l'hôpital n'est pas confirmé par les examens de laboratoire (B. W. négatif à deux reprises dans le sang et dans le L. C. R.), et l'on conclut à une tumeur cérébrale métastatique.

Cette malade a été opérée d'un cancer du sein gauche deux ans auparavant ; elle a souffert, un an après, de douleurs vives avec œdème du membre supérieur gauche, qui ont nécessité à diverses reprises des séances de radiothérapie profonde. Elle présente, depuis quelques semaines, une récidive dans la partie externe de la cicatrice axillaire, de petites nodosités néoplasiques sous-cutanées formant placard à la partie antérieure du thorax gauche, avec hypertrophie des ganglions sus-claviculaires, des nodules au-dessous du sein droit.

Cependant, le liquide céphalo-rachidien, examiné à trois reprises durant le séjour à l'hôpital, la dernière fois la veille de la mort, ne présente pas d'hypertension bien nette, 24,5 (13,5 après soustraction de 10 cm^3) au manomètre Claude en position couchée, 24,8 et même 10 pour la ponction terminale.

La cytologie est de 1,2 par mm^3 ; l'albumine passe de 0,25 à la première ponction à 0,50 à la dernière.

Le culot de centrifugation ne montre pas de cellules néoplasiques.

La réaction de B. W. faite à deux reprises dans le sang et le L. C. R. est négative.

Le fond d'œil n'a pu être examiné en raison de l'indocilité de la malade.

L'autopsie confirme le diagnostic de métastases cérébrales cancéreuses. Il existe en effet quatre foyers cérébraux ramollis occupant le lobe frontal gauche, la partie antérieure du lobe temporal gauche, le pied de la 3e circonvolution frontale droite, et la partie moyenne de la couche optique droite.

Ces deux derniers foyers sont de petites dimensions.

Le foyer frontal, le plus volumineux, présente une cavité centrale dépourvue de son contenu, qui s'est vidé spontanément par une brèche faite au niveau du pôle frontal au cours de l'extraction de l'encéphale. Les ventricules latéraux sont très dilatés ; le 4e ventricule est de dimension normale. Les méninges et les vaisseaux de la base ne paraissent pas altérés.

L'examen histologique (docteur Rouslacroix) du lobe frontal y montre la présence d'un sarcome à petites cellules rondes, tissu à peu près dépourvu de réticulum, riche en petits vaisseaux, en capillaires et en lacunes sanguines, dépourvu de paroi propre.

L'autopsie montre en outre des ganglions trachéo-bronchiques paraissant tuberculeux (?) et un ovaire qui, à la coupe, donne l'impression d'être néoplasique.

2° Un autre point particulier de notre observation concerne la *latence de la plupart des nodules métastatiques*, dont un seul, il est vrai un des plus volumineux et des plus évolués, le foyer rolandique gauche, s'est manifesté par des crises jacksoniennes avec hémiplégie droite progressive. Il est probable que ce noyau est le plus ancien. Quoique le malade fût, vers la fin, dans un état de torpeur et de cachexie qui rendait l'examen difficile, nous n'avons jamais constaté d'hémiplégie gauche en rapport avec le volumineux foyer rolandique droit ni de troubles cérébelleux en rapport avec celui du cervelet droit.

Nous trouvons dans la littérature du cancer secondaire du cerveau une série d'observations analogues.

Dans un cas de Pagniez et Lerond, une métastase rolandique bilatérale, consécutive à une tumeur du médiastin, ne se traduit que par des crises d'épilepsie jacksonienne localisée à la face, survenues à l'occasion d'accidents sériques, plus tard par une hémiplégie droite. Babinski, Jarkowski et Béthoux, en confrontant le syndrome clinique et le protocole d'autopsie, ne trouvent rétrospectivement aucun signe qui leur eût permis de localiser 3 volumineux nodules métastatiques, consécutifs à un sarcome de la choroïde et siégeant dans les lobes frontal et occipital et dans l'hémisphère cérébelleux du côté droit.

La métastase rolandique bilatérale du cas de Radimska-Jandova ne se traduit que par des crises jacksoniennes et une parésie unilatérale. Une malade, observée par Toulouse, Marchand et Mlle Pezé, a cinq tumeurs dans les hémisphères cérébraux, alors que l'examen clinique ne décèle que des troubles mentaux. Une malade de Gallavardin et Varay, atteinte de tumeur mélanique sus-claviculaire, meurt en asystolie sans avoir présenté de symptôme nerveux : l'autopsie montre des nodules mélaniques très nombreux (150 à 200) dans le cerveau, la moelle, un nodule dans le cervelet. Le cas de sarcome mélanique cérébral à foyers multiples de Guillain et Darquier évolua sous les aspects d'une simple tumeur de la calotte protubérantielle : outre ce noyau protubérantiel, il existait un nodule pontocérébelleux droit, deux nodules cérébelleux gauches et plus de cent noyaux hémisphériques, dont un ayant la dimension d'un œuf de poule, tous noyaux qui étaient restés complètement latents.

3° Notre cas offre une dernière particularité intéressante : c'est la *latence complète du cancer originel*, dont les localisations cérébrales multiples n'étaient que la métastase. L'autopsie révèle l'existence d'un cancer, il est vrai peu étendu, du sommet du poumon droit, qui ne s'était traduit par aucun symptôme subjectif et au point de vue objectif par une simple submatité du sommet droit. Ce cas permet de décrire une *forme cérébrale du cancer du poumon*.

Cette forme ne paraît pas d'ailleurs exceptionnelle. Parker, dans une étude sur quatre cas de carcinome primaire du poumon avec atteinte secondaire du cerveau, des méninges, de la moelle et des racines rachidiennes, remarque que le cancer pulmonaire détermine peu de symptômes : les métastases nerveuses en sont le signe le plus frappant. Dans son travail sur les tumeurs secondaires du cerveau, Walter Shelden insiste lui aussi sur la latence fréquente des tumeurs primitives.

Chez un sujet syphilitique, observé par Brouardel, Renard et Lotte, des crises d'épilepsie jacksonienne brachiofaciale droite, qu'on avait rattachées à une gomme cérébrale, étaient dues en réalité à une tumeur métastatique consécutive à un cancer du poumon complètement latent.

Le cas de Paviot, Dechaume et Chevallier ressemble d'une façon remarquable à notre cas personnel. Une malade, chez laquelle rien n'attire l'attention du côté de l'appareil respiratoire, fait une série de crises jacksoniennes et présente des signes d'irritation pyramidale bilatérale. On songe à des foyers multiples d'encéphalite épidémique à manifestations anormales. A l'autopsie on trouve huit nodules blanchâtres. en

grande partie ramollis, siégeant dans les deux hémisphères, et un nodule occupant la moitié gauche de la moelle cervicale. On les prend pour des tubercules ramollis, d'autant que le sommet du poumon droit est le siège d'une infiltration, creusée d'une caverne, donnant l'impression d'une tuberculose ulcérocaseuse. L'examen microscopique rectifie le diagnostic : il s'agit de métastases cérébrales, presque complètement nécrobiotiques, d'un épithélioma primitif du poumon.

L'un de nous a eu l'occasion d'observer à la clinique neurologique, il y a quelques années, un autre cas de tumeur cérébrale métastatique, consécutif à un cancer du poumon resté longtemps torpide, sinon complètement latent.

Crises jacksoniennes crurales et hémiparésie droite symptomatiques d'une néoplasie cérébrale, métastase d'un cancer pleuro-pulmonaire révélé par la radiographie et la ponction pleurale (cellules néoplasiques) : absence de stase papillaire et d'hypertension du liquide céphalorachidien.

Mon... Marie, âgée de 45 ans, entre à la clinique neurologique le 27 juin 1925, pour des crises jacksoniennes du membre inférieur droit, débutant par les orteils, se répétant à intervalles depuis plus de trois mois, pour une hémiparésie droite ayant succédé à ces crises, et pour des céphalées très violentes à siège frontal gauche.

L'examen montre une paralysie du membre inférieur droit, contracturé en demi-flexion, complète pour le pied et les orteils, incomplète pour les autres segments, avec Babinski droit, une très légère parésie du membre supérieur droit, quelques secousses cloniques de la face du côté droit.

L'intensité des céphalées et les crises jacksoniennes nous font supposer, en l'absence de toute syphilis (B. W. négatif dans le sang et le L. C. R.), une tumeur cérébrale. Toutefois, le fond d'œil ne présente aucune stase et le liquide céphalorachidien est normal : tension de 22 au Claude en position couchée, cellules et albumine non augmentées.

L'exploration complète des divers appareils nous permet de remarquer de la matité, de l'obscurité, de l'abolition des vibrations de la base droite en arrière, alors que ni la malade ni son entourage n'ont attiré notre attention sur l'appareil respiratoire. En réalité, un nouvel interrogatoire nous apprend l'existence, quelques mois avant le début des crises jacksoniennes, d'une algie scapulaire droite accompagnée de toux intermittente, et d'une poussée dite grippale avec quelques crachats hémoptoïques quelques semaines avant les premiers symptômes neurologiques qui, seuls, ont préoccupé la malade.

Une radiologie et une radiographie, aussitôt pratiquées, montrent une masse volumineuse occupant la partie interne du poumon droit au niveau de D^5-D^7, l'opacité se continue en dehors avec celle du diaphragme, en niveau horizontal correspondant à D^6. En raison des contours festonnés de l'image, le radiologiste porte le diagnostic de tumeur du poumon avec épanchement pleural.

Une ponction exploratrice donne issue à un liquide citrin, sérofibrineux avec caillot fibrineux teinté de sang, à formule lymphocytaire 95 %, mais avec présence de cellules vacuolaires du type néoplasique, sans germes visibles à l'examen direct.

La radiographie cranienne ne montre pas de lésions osseuses.

Malgré 0 gr. 30 de gardénal, la malade a des crises fréquentes d'épilepsie jacksonienne, qui aboutissent au coma.

La famille emporte la malade dix jours après son entrée à l'hôpital.

Ici le cancer pleuropulmonaire, malgré l'absence de toute vérification anatomique, peut être affirmé en raison de l'image radiologique particulière et de l'existence de cellules néoplasiques dans l'épanchement pleural. Quoique cette lésion pulmonaire originelle ait pu être décelée à la période terminale de la maladie, on peut bien parler de forme cérébrale du cancer pulmonaire, puisque les crises jacksoniennes et l'hémiplégie ont seules attiré l'attention du malade, de son entourage et du médecin qui a adressé ce cas à la clinique neurologique. A remarquer ici, comme dans notre autre cas personnel, l'absence de stase papillaire et d'hypertension du L. C. R.

Rappelons en terminant un cas un peu particulier observé par l'un de nous avec Margaillan et présenté à la Société d'Otoneuroophtalmologie. Un syndrome de l'apex orbitaire (névralgie sus-orbitaire avec hypoesthésie, perte complète de la vision, sans lésion du fond d'œil, parésie des III et VI, légère exophtalmie) chez une femme de 60 ans ne peut être rattaché à la tuberculose ni à la syphilis. Les symptômes généraux nous font penser au cancer. Une exploration complète nous révèle un épanchement pleural hémorragique droit qui persiste jusqu'à la fin : quelques mois avant l'apparition des céphalées, le malade avait eu un petit syndrome pleural à la même base. Nous avons conclu à une métastase néoplasique d'un cancer pleuropulmonaire.

Il est difficile, en l'absence de toute vérification nécropsique, de conclure au siège osseux ou méningé de cette métastase de la région du sommet de l'orbite. Mais nous avons tenu à rapprocher ce cas (où le syndrome apexien a été la révélation d'un néoplasme latent du poumon) de la forme cérébrale du cancer pulmonaire étudié dans cette communication.

BIBLIOGRAPHIE

BABINSKI, JARKOWSKI et BETHOUX. Sarcome mélanique du cerveau à foyers multiples consécutifs à une néoplasie de la choroïde de même nature. *Soc. Neur.*, 9 mars 1922, in *Rev. Neur.*, p. 331.

BROUARDEL, RENARD et LOTTE. Tumeur cérébrale métastatique secondaire à un cancer primitif du poumon chez un syphilitique. *Soc. Méd. Hôp.*, 12 mars 1926, p. 427-429.

CROUZON, BEHAGUE et BERTRAND. Métastases cancéreuses multiples du cerveau. *Soc. Méd. Hôp.*, 23 avril 1920, p. 500-504.

GALLAVARDIN et VARAY. Le cancer secondaire des centres nerveux. *Revue de Médecine*, juin 1908, p. 441 et 561.

GUILLAIN et DARQUIER. Sarcome mélanique cérébral à foyers multiples. *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 17 déc. 1926.

PARKER. Carcinome secondaire des centres nerveux au cours du cancer du poumon. *Arch. of neurol. and psych.*, t. XVII, n° 2, févr. 1927.

PAVIOT, DECHAUME et CHEVALLIER. Forme cérébromédullaire de l'épithélioma du poumon : syndrome de Claude Bernard-Horner par métastase intracanienne. *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 25 juin 1929, in *Lyon Méd.*, p. 597-603.

RADIMSKA-JANDOVA. Etude anatomoclinique d'une métastase cérébrale secondaire à un cancer du rein. *Rev. Neurol.*, juillet 1925, p. 28-32.

ROGER et MARGAILLAN. Syndrome de l'apex orbitaire par métastase néoplasique d'un cancer du poumon. *Soc. d'O. N. O. du Sud-Est*, 25 janv. 1930, in *Rev. Otoneurophtalmologie* 1931, p. 133-135.

WALTER SHELDEN. Tumeur secondaire du cerveau. *Journ. of the Amer. Med. Associat.*, t. 87, n° 9, p. 650, 28 avril 1926.

TOULOUSE, MARCHAND et Mlle PEZÉ. Troubles mentaux symptomatiques des métastases cancéreuses encéphaliques. *VI, Réunions d'études biologiques et de psychatrie*, juin 1924, in *Encéphale*, 1924, p. 414-419.

VINCENT. Diagnostic des tumeurs comprimant le lobe frontal. *Rev. Neurol.*, 1928, p. 821-823.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 JUIN 1932)

Troubles tensionnels et complications cardiaques d'une fièvre typhoïde. — MM. G. MARCHAL, FATOU et HEIM DE BALSAC. Fièvre typhoïde à rechute, entrecoupée de brusques désordres de la tension artérielle.

Dans la première phase de la maladie, l'hypertension était liée à une hémorragie intestinale. Au cours de la rechute, assez brève, mais dramatique, les crises d'hypertension paroxystiques se sont accompagnées de phénomènes vaso-moteurs, de troubles cérébraux fugaces et d'insuffisance cardiaque passagère. La tension s'effondra momentanément durant la défervescence, laquelle fut marquée par une diurèse considérable.

Quatre mois après la défervescence de la typhoïde apparut un souffle diastolique d'insuffisance aortique.

Cette insuffisance aortique ne s'est pas modifiée et ne s'est compliquée ni d'insuffisance cardiaque, ni d'insuffisance rénale.

Les auteurs soulèvent plusieurs hypothèses sur l'apparition de cette insuffisance aortique ; ou endocardite typhique ; ou souffle semi-fonctionnel, lié au progrès de l'hypertension artérielle ; ou réveil d'une syphilis latente à la faveur d'une typhoïde grave (deux réactions de B. W. légèrement positives.)

Ictère catarrhal, pancréatite et diabète. — MM. LEBON et LOUBEYRE (d'Alger).

Le bactériophage et l'immunotransfusion dans la fièvre typhoïde. — M. MANOUSSAKIS apporte des résultats obtenus dans le traitement de la fièvre typhoïde par des injections sous-cutanées de bactériophage ; celles-ci paraissent préférables à l'injection de cultures de bactériophage. L'efficacité de la méthode se traduirait par une diminution dans le pourcentage de mortalité.

Méningite cérébro-spinale à méningocoque avec hémorragie méningée. — MM. GAUCH et FAURE (de Clermont-Ferrand). Observation d'un jeune homme de 20 ans atteint de méningite cérébro-spinale à méningocoque C. chez lequel la ponction lombaire ramena un liquide franchement hémorragique. La sérothérapie permit d'obtenir la régression parallèle des signes cliniques et de l'hémorragie méningée.

Les auteurs soulignent l'heureuse évolution de la méningite chez leur malade et l'opposent à celle des cas antérieurement publiés qui se terminèrent par la mort.

Artérite oblitérante juvénile à localisations multiples (septicémie artérielle subaiguë). — MM. F. MEERSSEMAN et H. COUMEL. Observation d'artérite oblitérante juvénile à localisations multiples au niveau des membres supérieurs et inférieurs, dont la symptomatologie a comporté les signes classiques des oblitérations artérielles.

Les auteurs, envisageant l'étiologie de ce syndrome artéritique juvénile, éliminent la syphilis et admettent comme la plus vraisemblable l'origine infectieuse. L'observation rapportée représenterait ainsi un exemple assez typique de septicémie artérielle subaiguë à localisations multiples.

Cortico-pleurite enkystée se traduisant à la radiographie par une ombre circulaire nettement arrondie. — MM. Jean PARAF et A. ABAZA ont observé chez un malade convalescent de congestion pulmonaire une ombre radiologique régulièrement arrondie et faisant penser à l'existence d'un kyste hydatique du poumon.

Cette ombre se modifia puis disparut en quelques semaines, témoignant ainsi de sa nature pleurale (Pleurésie enkystée).

Méningite tuberculeuse avec présence de « Diplicoccus crassus » dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. P. HALBRUN, M. LÉVY-BRUHL et Didier HESSE. Observation d'un malade chez lequel la présence d'un diplocoque dans le liquide céphalo-rachidien clair pouvait inciter à pratiquer une sérothérapie curative : l'aspect clinique de méningite tuberculeuse, qui fut confirmée plus tard, fit abandonner cette idée et le « Diplococcus crassus » ne sembla influer en rien sur la marche de la tuberculose méningée.

Claso-vaccins et clasines. — M. H. JAUSION et ses collaborateurs présentent à la Société un ouvrage qui intègre la somme méthodique de leurs publications de 1929 à 1932.

La méthode vaccinothérapique qu'ils ont créée et développée, est applicable à toutes espèces microbiennes et mycéliennes. Elle représente un procédé type dont les avantages sont multiples.

Par ce moyen, la cure vaccinale des mycoses est réalisable.

Une mention d'attente est consacrée à la clasinothérapie de la tuberculose et de la diphtérie, dont la cure exige de nouvelles recherches.

Embolie dite gazeuse au cours d'une résection pulmonaire sous anesthésie locale. Hémiplégie transitoire. Guérison par l'acétylcholine. — MM. SERGENT, BAUMGARTNER, KOURILSKY. Au cours d'une résection pulmonaire faite sous anesthésie locale pour suppuration pulmonaire diffuse, survint un sifflement suivi d'une hémiplégie transitoire. L'embolus était constitué par une spume formée sur les parois de la veine.

Syphilis vertébrale avec aspect radiologique pseudo-angiomateux. — MM. MAY, DECOURT, Mlle VILLON. Femme présentant un syndrome douloureux des jambes par compression radiculaire, lié à une lésion de la 4e lombaire. Il s'agissait d'une syphilis vertébrale qui guérit par le traitement.

Erythème infectieux récidivant et ictère biotropique au cours du traitement antisyphilitique. — MM. CATHALA, GARNIER, FRIEDMAN. Homme porteur d'un chancre induré qui réagit au traitement arséno-benzol d'attaque par un érythème. Le traitement bismuthé provoqua une réaction fébrile et un érythème scarlatiniforme.

A chaque injection, reprise de l'érythème et réaction de Hierxheimer au niveau du chancre. Il s'est agi de manifestations évidentes de biotropisme confirmant les idées de Milian.

Image radiologique des abcès du poumon. — MM. SERGENT, KOURILSKY et GESSEN. L'évolution de ces abcès est dominée par la poussée nécrotique péricavitaire plus que par

le drainage. La disparition d'une cavité, visible sur les clichés témoigne d'une aggravation si la condensation radiologique persiste.

Radiculite cervicale, compression médullaire et réaction méningée consécutives à une adénopathie rétro-pharyngée aiguë non suppurée. — M. MONIER-VINARD. Les accidents en l'espèce s'expliquent par la lymphangite rétrograde consécutive au blocage des ganglions rétro-pharyngiens, propagée aux lymphatiques afférents et ayant abouti à une infiltration au travers de la dure-mère : guérison par drainage de cette infiltration rétrograde.

Eruptions varicelliforme et zoniforme associées. — MM. WEISMANN, NETTER et FORESTIER. Malade présentant à la fois un placard zoniforme isolé et une éruption généralisée de vésicules varicelliformes. Réaction de fixation positive avec antigène varicelleux et antigène zonateux.

Hypotension artérielle des membres supérieurs et hypotension rétinienne avec tension normale des membres inférieurs par aplasie artérielle localisée. — MM. LŒDERICH, MAMON et BEAUCHESNE. Femme de 32 ans, prise de vertiges et de malaises intenses, le pouls et les oscillations au Pachon sont imperceptibles aux deux poignets, les troubles circulatoires étaient liés à une aplasie artérielle congénitale aux membres supérieurs. Les troubles vertigineux relevaient d'une crise d'aérophagie.

A propos de l'abolition non syphilitique des réflexes tendineux. Un cas d'areplexie et d'épilepsie. — M. PAGNIEZ. Observation d'un jeune homme de 19 ans, sans aucun signe clinique de spécificité, qui présente une abolition complète des réflexes tendineux et qui est atteint depuis l'enfance de crises d'épilepsie sans aucun trouble psychique ou neurologique.

(SÉANCE DU 17 JUIN 1932)

Pneumopéritoine spontané par perforation intestinale au cours d'un paratyphus A. — M. P. HARVIER. — Observation d'un malade qui, au 54e jour d'un paratyphus A, compliqué d'hémorragies intestinales abondantes, présenta un tympanisme abdominal avec disparition de la matité hépatique et des signes de pneumothorax de la base droite. La radiographie mit en évidence un pneumopéritoine soulevant les deux coupoles diaphragmatiques. Ce pneumopéritoine évolua en trois semaines, sans le moindre signe de réaction péritonéale et se résorba spontanément. Le malade guérit sans autre incident.

Une perforation intestinale minuscule et rapidement couverte peut seule expliquer l'apparition et l'évolution de cet épanchement purement gazeux du péritoine.

Sur un cas de phlébo-typhus. — M. R. OLIVIER. Observation d'une fièvre typhoïde à Eberth qui, jusqu'au 12e jour, ne présenta comme seuls symptômes qu'une phlébite oblitérante localisée de la saphène interne à sa partie moyenne.

Ce n'est qu'au 18e jour qu'apparurent les taches rosées et que le tableau clinique se compléta. Une phlébite du côté opposé apparut au cours de la période d'état. A l'occasion de cette malade, l'auteur émet le diagnostic de phlébo-typhus.

Formes infectieuses du rhumatisme articulaire aigu. — MM. BEZANÇON, Etienne BERNARD et MAYER. Nouveaux cas de formes infectieuses de rhumatisme articulaire aigu compliquées secondairement de cardites. A noter le peu d'action du salicylate de soude sur les complications cardiaques et même les complications pulmonaires qui s'opposent à son action sur les fluxions articulaires.

MM. Abrami, Grenet, Pichon, Brulé soulignent l'intérêt qu'il y a à connaître ces manifestations non articulaires et en rapportent des exemples personnels.

M. Flandin pense qu'il y a intrication de phénomènes rhumatismaux et de phénomène inflammatoire. Il reste sceptique sur l'action du salicylate dans ces formes, ainsi que M. Renaud.

Maladie osseuse de Recklinghausen et adénome rétro-sternal. — MM. Maurice RENAUD, PETIT, MAIRE et Mlle FAYOT. Pièces d'autopsie d'un cas remarquable de maladie osseuse de Recklinghausen.

Il s'agissait d'une femme de 35 ans, suivie de près depuis le début jusqu'à la fin de la maladie, qui dura 5 ans, au cours de laquelle on vit survenir progressivement les lésions osseuses les plus typiques.

A l'autopsie, découverte d'une tumeur située derrière le sternum, en plein médiastin, que sa structure permet de considérer comme un adénome para-thyroïdien aberrant.

L'évolution rapide, la coexistence d'une sténose serrée de la mitrale, la présence d'une tumeur singulière, font poser des problèmes importants de pathogénie, qui seront examinés ultérieurement.

LIVRES NOUVEAUX

Rôle de l'hérédo-syphilis dans le déterminisme des encéphalopathies infantiles (1), par L. BABONNEIX.

Les auteurs classiques et P. Marie concluent — et R. Waitz a, en ces derniers temps, repris à son compte leurs conclusions — que l'hérédo-syphilis n'a guère de rôle important et que tout ou presque est dû au traumatisme obstétrical.

M. Babonneix, qui, depuis 1903, a mis à profit tous les hasards de la clinique et qui acceptait autrefois sans réserve l'opinion classique, ne peut, devant les faits observés, que dénier à cette opinion la valeur qu'il lui attribuait autrefois. Les idées exprimées dès 1886 par Fournier sont, à son avis, trop oubliées.

Pour lui, c'est l'hérédo-syphilis qui est la cause la plus efficiente des encéphalopathies infantiles. Il en donne des raisons étiologiques : aveux obtenus des ascendants, immédiatement ou avec retardement (il lui est même arrivé une fois, en l'absence de ces aveux, de voir de faibles présomptions muées en certitude du fait de renseignements fortuitement recueillis à une autre source), signes de syphilis ou d'hérédosyphilis chez les ascendants, résultats enfin de l'enquête sur les antécédents des sujets.

Dans un cas il eut la bonne fortune de ne pas laisser échapper de minimes lésions anatomiques, mais lésions dont la nature syphilitique, non douteuse à ses yeux, lui fut par ailleurs confirmée par diverses compétences reconnues.

Il est aussi des constatations faites sur le malade, ses frères ou sœurs ; les arguments étiologiques et cliniques s'étayent ici de très nombreuses observations personnelles résumées chemin faisant. La sérologie du sang et du liquide céphalorachidien des malades et aussi de leurs parents ne doit pas être négligée. Enfin les effets du traitement d'épreuve bien dirigé ne sauraient en bonne logique être dédaignés.

A la longue, M. Babonneix dut bien constater une fois de plus combien ce qu'a une fois exprimé un « auteur

(1) *Archives dermato-syphiligraphiques*, t. IV, fasc. 1.

grave », peut se trouver fréquemment redit de confiance et sur références sans aucune vérification à l'appui.

A l'enquête, le traumatisme obstétrical fait souvent défaut de la façon la plus complète ; l'existence d'une encéphalopathie a suffi pour lui conférer l'existence, de façon déductive. On ne saurait en effet considérer comme suffisamment traumatisant un accouchement en tous points normal.

D'autre part, lorsque la dystocie a réellement existé, l'auteur pense que, sans pécher contre la logique, on peut la considérer non comme une cause, mais comme un effet, au même titre que l'encéphalopathie. Une même cause pourrait les engendrer tous deux.

Et comment croire à l'importance du traumatisme, lorsque le traitement spécifique a des effets évidemment bienfaisants ?

Deux énoncés généraux du problème suffiraient, semble-t-il, pour englober tous les cas d'espèce. Ou bien la syphilis intervient seule, ou bien la syphilis et le traumatisme s'associent.

La première proposition a soulevé de nombreuses critiques, qui semblent à M. Babonneix peu péremptoires devant les faits : symptômes existants de syphilis héréditaire. Ou bien il faudrait admettre que cette syphilis très réelle n'est que concomitante, au rebours de ce qu'on fait dans d'autres domaines de la pathologie et sans raisons suffisantes. Lorsque la syphilis existe seule et sans autre cause, comment et pourquoi lui dénier la valeur qu'on lui accorde au cas de tabès ou de P. G. ?

Il est vrai que pour les encéphalopathies comme pour les stigmates dentaires, d'autres facteurs peuvent agir de même s'ils agissent au même moment de l'ontogenèse. Mais en pratique ce n'est guère que la syphilis que l'on rencontre à cette période de la vie fœtale.

On peut trouver des stigmates hérédosyphilitiques au moment où l'on diagnostique l'encéphalopathie, mais dans d'autres cas ce n'est que par la suite qu'ils apparaîtront ; il peut en être de même pour des signes de syphilis en activité si l'existence du sujet est assez longue. Il ne faut pas non plus oublier ce qui a été souvent remarqué : ce sont souvent les syphilis héréditaires nerveuses qui demeurent le plus longtemps dépourvues de stigmates.

Lorsque s'associent une hérédosyphilis et un traumatisme obstétrical, il se peut que l'anomalie obstétricale soit la naissance avant terme. Et dans ce cas rien n'empêche d'admettre une syphilis comme cause tant de la naissance avant terme que de l'encéphalopathie.

Si l'anomalie obstétricale est autre (durée anormale, de l'accouchement) et cause la naissance de l'enfant en état d'asphyxie, il ne paraît pas aventuré à M. Babonneix d'admettre que l'anomalie obstétricale est elle-même due à des lésions spécifiques préexistantes et que, de son côté, l'encéphale fragilisé par des lésions elles aussi spécifiques et préexistantes n'en est que plus facilement lésé.

Bref la syphilis est préparante et le traumatisme déterminant vis-à-vis des lésions nerveuses.

En terminant ce plaidoyer très nourri et basé sur l'observation, l'auteur exprime le désir de voir confirmées et acceptées les idées qu'il défend et qui, loin d'engendrer le nihilisme thérapeutique, dirigent le médecin vers une activité utile.

R. LEVENT.

Mémoires d'un délégué sanitaire (1), par Guy D'AVELINE (Mme Gazala Bey).

Cet ouvrage, paru en arabe à Bagdad, a été traduit en français sous la dictée de l'auteur par sa femme, Mme Gazala-Bey, qui le publia après la mort de son mari. D'une lecture très attachante, ce livre qui est le journal d'un médecin sanitaire en Orient, contient le récit de cinquante ans d'une vie professionnelle particulièrement bien remplie. Tous ceux qui s'intéressent à l'histoire de l'Orient et à son évolution le liront avec plaisir et avec fruit.

F. L. S.

Traité pratique de culture mentale (2), par M. MORALDA.

Petit compendium de philosophie pratique et psychologie appliquée.

NOTES POUR L'INTERNAT

ESPACE INTERCOSTAL

L'espace intercostal est un quadrilatère allongé compris entre deux côtes : il est comblé par des lames musculaires, les muscles intercostaux, qui limitent entre elles des interstices celluleux dans lesquels vont cheminer les vaisseaux et nerfs intercostaux.

Les espaces intercostaux sont au nombre de 22, onze de chaque côté, leur dépression est plus ou moins visible suivant l'adiposité du sujet : leur obliquité est parallèle à celle des côtes.

I. Morphologie. Limites.

La hauteur est de 18 millimètres pour les quatre premiers espaces :

Les 5e et 6e, qui sont les plus étroits, n'ont que 3 ou 4 millimètres.

L'espace intercostal est limité :

En arrière : par le ligament transverso-costal supérieur tendu du bord inférieur de l'apophyse transverse au bord supérieur de la côte sous-jacente.

En avant : par le bord du sternum pour les 6 premiers espaces, par les cartilages costaux pour les autres.

En bas : par le bord supérieur, convexe, de la côte sous-jacente.

En haut : par le bord inférieur de la côte sus-jacente ; mais ce bord ne présente pas partout la même disposition.

1° *En arrière* (à hauteur du col de la côte) il est étroit, convexe.

2° *A la partie moyenne,* une lame osseuse vient prolonger la face externe de la côte en bas, et limite ainsi une gouttière sous-costale à bord externe saillant, à bord interne moussé.

Cette gouttière regarde en bas en dedans.

3° *Au tiers antérieur,* le bord inférieur de la côte est redevenu convexe et simple.

Ainsi limité, l'espace intercostal est comblé par trois muscles principaux, répartis en trois plans de la superficie vers la profondeur : muscle intercostal externe, muscle intercostal moyen, muscle intercostal interne.

II. Les muscles intercostaux

Une lame musculaire oblique en bas en avant : l'intercostal externe ;

Deux lames musculaires obliques en sens inverse : intercostal moyen et interne.

c. INTERCOSTAL EXTERNE. — *Limites :* en arrière, commence à l'articulation transverso-costale ; en avant, s'arrête à l'articulation chondrocostale.

Insertions : en haut : bord inférieur de la face externe et un peu sur cette face externe de la côte, par des faisceaux mi-charnus, mi-tendineux.

Direction : oblique en bas en avant (de plus en plus oblique vers la partie antérieure du muscle).

En haut : bord supérieur convexe de la côte sous-jacente.

A remarquer : qu'en arrière les fibres les plus postérieures sont en partie confondues avec un petit muscle accessoire, le muscle sur-costal (tendu d'une apophyse transverse à la côte sous-jacente.

Ce muscle intercostal externe est doublé à sa face profonde *par une lame aponévrotique* dont il faut préciser la disposition :

1° *En arrière,* très épaisse, c'est vraiment la membrane intercostale externe postérieure (Sauvé et Tinel) ; elle est doublée à sa partie supérieure, pour engainer le paquet vasculo-nerveux (Carrière).

2° *A la partie moyenne de l'espace,* c'est une simple coulée celluleuse séparant intercostal externe et moyen.

3° *En avant,* elle redevient fibreuse, épaisse, comblant la partie antérieure de l'espace intercostal (membrane intercostale antérieure).

b. INTERCOSTAL MOYEN (Eslein-Carrière). — *Limites :* en arrière, la ligne axillaire ; en avant : bord latéral du sternum.

Insertions : en haut : sur la lèvre externe de la gouttière sous-costale, en dedans des insertions de l'intercostal externe.

Direction : oblique, en bas, en arrière.

En bas : bord supérieur de la côte sous-jacente.

c. INTERCOSTAL INTERNE. — *Limites :* en arrière : angle postérieur de la côte ; en avant : s'arrête à 5 cm. du bord latéral du sternum.

Insertions : en haut : face interne de la côte en arrière ; plus en avant, sur la lèvre interne de la gouttière sous-costale.

Direction : oblique, en bas, en arrière.

En bas : bord supérieur de la côte, en dedans des deux précédentes.

A remarquer : 1° le muscle intercostal interne est doublé à sa face profonde par : *le muscle sous-costal* tendu de la face interne d'une côte à la deuxième côte sous-jacente. Son étendue est toujours faible.

Le fascia endothoracique : 1° le bord postérieur du muscle n'atteint pas les corps vertébraux ; c'est *le fascia endothoracique qui forme la limite interne de la partie la plus reculée de l'espace intercostal.*

Les trois muscles étudiés limitent entre eux deux interstices celluleux dans lesquels vont glisser les vaisseaux et nerfs.

Etudier d'abord : 1° *l'origine et la constitution des pédicules vasculo-nerveux ;*

2° *Préciser leur topographie dans l'espace intercostal,* sur quatre coupes sagittales pratiquées d'arrière en avant.

(A suivre.)

(1) Paris, N. Maloine.
(2) Gap, imprimerie L. Jean.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 59. — SAMEDI 23 JUILLET 1932. 105e ANNÉE. SAMEDI 23 JUILLET 1932. — N° 59.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Chambéry. — M. le docteur G. Pizzéra, interne des hôpitaux de Lyon, a été nommé accoucheur des hôpitaux de Chambéry.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Le concours pour deux places de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Ch. Boyer et G. de Chanaleilles.

— Marseille. — Le concours du clinicat s'est terminé par les nominations suivantes :

Chaire de clinique médicale (professeur Olmer) : chef de clinique titulaire, docteur Olmer; adjoint, docteur Buisson.

Chaire de clinique médicale (professeur Gaujoux) : chef de clinique titulaire, docteur M. Recordier; adjoint, docteur D. Léna.

Chaire de dermatologie : chef de clinique titulaire, docteur Vidal; adjoint, docteur Assada.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Aimes (de Montpellier), Beltrami (de Marseille), Borrel (de Strasbourg), Boucher (de Grenoble), Canuyt (de Strasbourg), Chalier (de Lyon), Charpentier (de Dijon), Delannoy (de Lille), Dumont (de Paris), Granel (de Montpellier), Gueguen (de Nantes), Imbert (de Lyon), Lebailly (de Caen), Legrand (de Lille), Lévy (de Strasbourg), Lévy, Manceau et Massia (de Lyon), Portmann (de Bordeaux), Robert (de Clermont-Ferrand), Romieu (de Marseille), Santy (de Lyon), Simonin (de Nancy), Sourdin (de Rennes), Strohl (de Paris), Vigot (de Caen), Villemin (de Bordeaux), Zuber (de Nancy).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Aurousseau (de Paris), Auvigne (de Nantes), Mlle Bègue (de Bordeaux), Benoit (de Strasbourg), Boulanger-Pilet (de Paris), Boulay (de Charleville), Caille (de Rennes), Chambon (de Lyon), Charbanne (de Poitiers), Chenet (de Rennes), Couture (de Lyon), Couvreux (de Paris), Dallongeville (de Nantes), Delaye (de Lyon), Dombray (de Nancy), Dufflho (de Bordeaux), Dumas (de Lyon), Durif (de Clermont-Ferrand), Mlle Fache (de Toulouse), Fernier (de Nancy), Ferru (de Poitiers), Guillermin (de Lyon), Ichard (d'Albi), Jacquinet (de Reims), Josserand et Kofman (de Lyon), Kreis (de Strasbourg), Leroux (de Nantes), Massé (de Bordeaux), Meerseman (de Lyon), Merklen (de Nancy), Nadal (de Paris), Pailloux (de Marseille), Piéchaud (de Bordeaux), Pommé (de Lyon), Quiquaudon (de Clermont-Ferrand), Reboud (de Grenoble), Rivière (de Bordeaux), Saint-Girons (de Paris), Mme Vincent (de Lyon).

XXIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE, tenu à Paris du 10 au 12 octobre 1932, sous la présidence du professeur F. Bezançon. — Trois questions seront l'objet des travaux du Congrès :

1° *La lymphogranulomatose maligne*;
2° *Les acrocyanoses*;
3° *Le traitement médico-chirurgical des abcès du poumon.*

La séance solennelle d'ouverture se tiendra à la Faculté de médecine de Paris le lundi 10 octobre, à 9 h. 1/2 du matin, sous la présidence de M. le Président de la République.

Les autres séances auront lieu les matins à 9 h. 1/2, les après-midi, à 3 h., à la Faculté.

Lundi 10 octobre, à 10 h. 1/2. Première question : « Formes anatomo-cliniques de la lymphogranulomatose maligne. » Rapporteurs : M. Maurice Fabre (de Lyon). « Caractères anatomo-cliniques de la granulomatose maligne, ses formes anormales »; MM. Huys (de Bruxelles) et Gibert (de Genève). « La radiothérapie de la lymphogranulomatose maligne »; MM. R. Weissmann-Netter, J. Delarue et V. Oumansky (de

Paris). « Les résultats de l'expérimentation dans la lymphogranulomatose maligne. »

A 15 h. Discussion des rapports et communications sur la première question.

Mardi 11 octobre, à 9 h. 1/2. Deuxième question : « Les acrocyanoses ». Rapporteurs : MM. Maurice Villaret, Justin Besançon et Cachera (de Paris). « Physiologie pathologique des acroasphyxies » ; MM. May et Layani (de Paris). « Etude clinique de l'acrocyanose essentielle. »

A 15 h. Discussion des rapports et communications sur la deuxième question.

Mercredi 12 octobre, à 9 h. 1/2. Troisième question : « Traitement médico-chirurgical des abcès du poumon. » Rapporteurs : MM. E. Sergent et Kourilsky (de Paris) avec la collaboration chirurgicale de MM. Baumgartner et Iselin (de Paris). « Indications thérapeutiques, médicales et chirurgicales dans les abcès du poumon » ; M. G. Lardennois (de Paris). « Les séquelles des abcès du poumon ; chirurgie complémentaire et réparatrice » ; MM. L. Kindberg et Soulas (de Paris). « Les méthodes bronchoscopiques et les suppurations pulmonaires » ; M. Etienne Bernard (de Paris). « L'émétine dans le traitement des abcès du poumon. »

Renseignements. — Les volumes des rapports seront envoyés à tous les congressistes à partir du 15 septembre. Ils seront encore remis aux derniers adhérents qui se feront inscrire au secrétariat du Congrès. Ceux des pays d'outre-mer qui n'auraient pas reçu les volumes en temps utile pourront en retirer un duplicata sur présentation de leur carte de congressiste au secrétariat du Congrès.

Afin d'assurer une discussion large et méthodique, discussion qui sera réglementée par les présidents nommés au début des séances pour les diriger, le comité d'organisation a décidé de n'accepter aucune communication qui ne concerne pas exclusivement les questions faisant l'objet des rapports. Les demandes pour prendre part à la discussion des rapports ou communiquer à leur propos doivent être adressées, soit au secrétaire général du Congrès, professeur agrégé Abrami, 9, rue de Lille, soit aux secrétaires généraux adjoints, MM. Mathieu-Pierre Weil, 60, rue de Londres, et René Moreau, 9, rue de Prony.

Le montant de la cotisation est de 100 fr. pour les membres adhérents et de 50 fr. pour les membres associés et les étudiants en médecine.

Prière de s'inscrire auprès du trésorier, M. G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

IVe VOYAGE CÉVENNES-PYRÉNÉES. — Le prochain Voyage Cévennes-Pyrénées se groupera le 27 août à Montpellier, et sera inauguré le dimanche 28, dans la plus ancienne Faculté de France, sous la présidence de son doyen M. le professeur Euzière. La direction scientifique sera assurée par les professeurs de cette faculté, notamm nt par MM. les professeurs Paul Delmas et Giraud. — Le Voyage parcourra les rives de la Méditerranée et les cités médiévales de Maguelone et d'Aigues-Mortes. — Le 29, une réception aura lieu à la Source Perrier, puis, sous la direction de M. Espérandieu, membre de l'Institut, l'on visitera les monuments romains de Nîmes : les Arènes, le Temple de Diane, la Maison Carrée, la Tour Magne et le Pont du Gard. On s'engagera ensuite dans les Cévennes, avec l'ascension de l'Aigoual (1.547 m.), le parcours en bateau des Gorges du Tarn, l'exploration des Abîmes de Bramabiau, de l'Aven-Armand et de la Grotte des Demoiselles, enfin la visite de la Malou et de ses cliniques pour le traitement des maladies du système nerveux. — Cette première partie du Voyage se terminera à Carcassonne le dimanche 4 septembre, après une visite détaillée de la Cité dirigée par le conservateur M. Embry.

La deuxième partie du Voyage s'étendra de Carcassonne à Luchon, par les Gorges de l'Aude, Alet, Usson-les-Bains, Font-Romeu, le sanatorium des Escaldes et la grande route des Pyrénées : Col de Puymorens (1.918 m.), Gorges de l'Ariège, Ax-les-Thermes, Audinac, l'Abbaye de Saint-Lizier, Antichan et Saint-Bertrand de Comminges. — Cette deuxième partie se terminera à Luchon le mercredi 7 septembre, par la visite détaillée de cette station et une ascension à Superbagnères.

La troisième partie commencera à Luchon et continuera par la grande route des Pyrénées, Bagnères-de-Bigorre (réception des Montagnards Pyrénéens), Lourdes (visite du bureau médical, des piscines, de la grotte, de la basilique et procession aux flambeaux), puis le col du Tourmalet (2.122 m.), Barèges, le Cirque de Gavarnie, Cauterets, Argelès et les Eaux-Bonnes. — La dissociation aura lieu à Pau, après la visite du château d'Henri IV et des sanatoria. — Cette partie du Voyage sera présidée par M. le professeur Sigalas, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, et dirigée par les professeurs de cette Faculté.

Rappelons que ce Voyage appartient à la série des Voyages médicaux internationaux dans le Midi de la France, organisés sous le patronage des facultés de Bordeaux, Lyon, Marseille et Montpellier, par l'initiative des grandes fédérations médicales de la Région (Société médicale du Littoral méditerranéen, Fédération médicale, thermale et climatique des Pyrénées). — Ces Voyages n'ont pas seulement pour objet de faire connaître les richesses climatiques, thermales et touristiques de la France, mais aussi de resserrer les liens qui unissent les membres de la grande famille médicale, de leur fournir une occasion instructive et agréable d'utiliser leurs vacances et de créer entre eux des relations et des sympathies. Ils sont une manifestation de solidarité et d'affection mutuelles. Les membres de la famille des médecins et les étudiants en médecine y sont admis. Le plus grand confort possible y est assuré dans les meilleures conditions économiques. Tous les parcours sont effectués en autocars. Les municipalités, les médecins des villes et des stations, les syndicats d'initiative joignent leur concours à celui des professeurs, des historiens et des géologues, spécialisés dans l'étude des régions visitées, afin de donner aux voyageurs le maximum d'enseignements, d'attraits et de facilités. Les programmes bénéficient d'une expérience de plusieurs années et de la collaboration active de tous les éléments régionaux. A l'aller et au retour les voyageurs seront munis de permis de parcours à demi-tarif sur les Chemins de fer français.

Le secrétariat du Voyage répond gratuitement à toute demande. Le nombre des places est limité. L'inscription est ouverte et il est indispensable d'indiquer, à l'avance, la partie du Voyage à laquelle on désire prendre part, ainsi que les itinéraires que l'on veut suivre, à l'aller et au retour. Les adhérents éventuels sont donc instamment priés de donner sans tarder ces indications à l'adresse : *Voyages Cévennes-Pyrénées, à La Malou* (Hérault).

RENSEIGNEMENTS

AUX PORTES DE PARIS BEAUX BATIMENTS POUR MAISON DE SANTÉ. Parfait état. Grandes salles pour 150 lits, plus 40 chambres. Beau parc 1 hectare. Exceptionnel. — P. Bailly, 51, rue Condorcet, Paris (IXe).

REVUE GENERALE

CONCEPTIONS PATHOGÉNIQUES ET TRAITEMENTS ACTUELS DE L'ASTHME

PAR MM.

MAURICE GAUCHER et MICHEL ALBEAUX-FERNET,

Internes des hôpitaux de Paris.

(Travail du service de M. PASTEUR VALLERY-RADOT.)

L'asthme est un syndrome dont les modalités cliniques sont actuellement bien connues. Son polymorphisme est extrême ; à côté de l'asthme bronchique le plus anciennement décrit, prennent place de nombreux équivalents : coryza spasmodique périodique ou apériodique, laryngo-trachéo-bronchite spasmodique, conjonctivites anaphylactiques, certains catarrhes bronchiques à répétition. D'autre part, on connaît depuis longtemps les rapports qui unissent l'asthme à d'autres manifestations telles que l'eczéma, l'urticaire, l'œdème de Quincke, les migraines, etc..., que Bezançon et de Jong proposent de grouper sous le terme de parentés morbides de l'asthme.

Devant une telle allure protéiforme, on a cherché à découvrir un test biologique constant qui permette d'affirmer la nature asthmatique de ces diverses manifestations. Bezançon et de Jong considèrent l'éosinophilie comme un stigmate spécifique de l'asthme : éosinophilie des crachats lorsqu'il existe une expectoration, éosinophilie sanguine dans presque tous les cas. Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier et Paul Giroud constatent l'éosinophilie sanguine au cours des crises d'asthme dans 75 0/0 des cas.

Ce polymorphisme rend compte aussi de la diversité des conceptions pathogéniques qui ont été invoquées. Les unes ont été abandonnées, d'autres restent discutées, — mais sur un tel sujet on ne saurait adopter une pathogénie univoque, on ne saurait être trop éclectique.

Les recherches modernes se sont surtout orientées dans deux directions : d'une part l'anaphylaxie qui a montré le mode d'action de certaines causes immédiates et dans laquelle on a cru voir pendant un temps la clé du problème pathogénique de l'asthme ; d'autre part l'étude du terrain : l'ancienne diathèse neuro-arthritique a fait place à la conception du déséquilibre humoral et vago-sympathique.

Trois facteurs semblent nécessaires au déclenchement d'une crise d'asthme :

1° Une épine irritative, véritable terrain local, point d'appel de l'asthme ;

2° Un terrain constitutionnel spécial ;

3° Une cause déchaînante.

Nous étudierons donc successivement ces trois facteurs.

1° L'épine irritative. — La plus importante des épines irritatives est l'*épine respiratoire*. Ainsi que l'ont montré Bezançon et de Jong on retrouve souvent des antécédents broncho-pulmonaires à l'origine de l'asthme (bronchites, congestions pulmonaires, intoxication par les gaz de combat, traumatisme thoracique, etc...). Toutes ces affections sont génératrices de sclérose et, dans bien des cas d'asthme intriqué, la sclérose pulmonaire que l'on constate serait non pas l'effet mais la cause de l'asthme. Celui-ci apparaîtrait comme « en « quelque sorte une forme clinique des scléroses pul- « monaires, chez des individus anaphylactisés vis-à- « vis de causes déchaînantes variables pour chacun « d'eux. » (Bezançon et de Jong.)

Toutes les causes de sclérose pulmonaire peuvent être incriminées, les bronchites à répétition, et en premier lieu la tuberculose. Il s'agit presque toujours alors de tuberculose fibreuse à évolution torpide, voire même de formes dues à l'ultra-virus tuberculeux comme dans le cas de Sergent et Kourilsky. Par contre la syphilis ne semble jouer qu'un rôle très accessoire.

Mais il est des cas où l'examen tant clinique que radiologique reste négatif au point de vue pulmonaire. Sans doute s'agit-il — comme le pensent P. Vallery-Radot et Fr. Claude — d'une « fragilité de l'appareil respiratoire », d'une « zone de moindre résistance » ; cette fragilité serait due à une excitabilité anormale des terminaisons du pneumogastrique et du sympathique dans l'appareil respiratoire, cette hyperexcitabilité vago-sympathique pouvant être constitutionnelle ou provoquée et entretenue par une épine irritative.

Il y aurait parfois une sorte de balancement entre l'épine respiratoire et la diathèse. « Tantôt l'épine respiratoire est très importante, et la diathèse générale ne semble jouer que le rôle le plus réduit ; tantôt au contraire le malade est très peu un pulmonaire et presque uniquement un diathésique ou un colloïdoclasique » (Jacquelin).

— Les *lésions nasales* constituent également une épine irritative fréquente. Au contraire de la plupart des Américains qui ne voient dans l'asthme que la part anaphylactique, l'école de Chicago — et en particulier Burton, Haseltine — insiste sur l'épine nasale. Pour ce dernier, l'asthme se développe sur un terrain de « toxicose », condition essentielle de la maladie ; le point de départ de l'irritation asthmogène est avant tout nasal et siège dans la région ethmoïdale, — il préconise donc de s'attaquer avant tout à l'élément nasal par des interventions chirurgicales.

— Les *troubles digestifs* ou troubles fonctionnels, lésions hépatiques, appendicite chronique, colite, ont été signalés depuis longtemps ; les Anglais insistent tout particulièrement sur le rôle important des troubles digestifs dans l'asthme. Bray, étudiant le chimisme gastrique dans l'asthme infantile, trouve, dans 12 0/0 des cas, de l'anachlorhydrie et, dans 45 0/0 des cas, une hypochlorhydrie nette. Peut-être y aurait-il un rapport entre cette hypochlorhydrie et la présence d'une protéose spéciale que Barber et Oriel trouvent dans les urines des asthmatiques.

2° Le terrain. — Parmi les agents pathologiques qui ont modifié le terrain individuel au point d'en faire « un terrain asthmatique », *l'hérédité* est, sans conteste, le facteur le plus important.

Il est extrêmement fréquent de constater chez le père, la mère ou les collatéraux, des manifestations telles que la migraine, l'eczéma, l'urticaire, le rhume des foins ou l'asthme vrai ; de même il n'est pas exceptionnel de trouver une tare nerveuse chez les ascendants.

On ne sait encore exactement quel est le mécanisme intime de cette hérédité ; sans doute ne fait-elle que transmettre un déséquilibre vago-sympathique, une fragilité particulière de l'appareil respiratoire, une perturbation humorale.

Certains ont voulu faire jouer un rôle à l'hérédo-syphilis. Flandin et ses élèves, s'appuyant sur huit observations, ont conclu que l'hérédo-syphilis peut avoir une action par le déséquilibre humoral qu'elle détermine ou par l'action qu'elle exerce sur le système endocrino-sympathique. Comby, Lortat-Jacob estiment que tout au plus on peut parler de coïncidence et Lesné nie toute action à l'hérédo-spécificité dans l'asthme. P. Vallery-Radot considère la syphilis comme un facteur exceptionnel d'asthme.

L'asthme a été étudié dans ses relations avec l'*âge* et avec le *sexe ;* c'est ainsi que Baagoé, en réunissant les observations de 311 asthmatiques, constate qu'il ne semble pas y avoir d'âge plus prédisposé qu'un autre à l'asthme mais, par contre, trouve 56 0/0 des cas d'asthme dans le sexe masculin.

— Le *déséquilibre du système vago-sympathique* est une notion plus importante et plus solidement acquise; cependant les idées ont évolué sur ce point dans le cours des dernières années.

La théorie de l'*hypervagotonie* a été longtemps la seule admise ; elle s'appuyait sur des constatations physiologiques, la démonstration expérimentale de l'action bronchoconstrictive du pneumogastrique ; d'autre part, elle s'affirmait par la constatation d'une exagération du réflexe oculo-cardiaque chez les asthmatiques.

Bientôt à cette théorie de l'hypervagotonie se substitua la notion de vagotonie locale introduite par Danielopolu ; en effet, l'on contesta la valeur du réflexe oculo-cardiaque comme test d'exploration vago-sympathique : ses réponses apparurent comme variables non seulement chez les asthmatiques mais aussi chez les sujets normaux.

Actuellement on considère que tout le système nerveux de la vie végétative est déréglé chez les asthmatiques : il y a *déséquilibre vago-sympathique.* Aussi bien les deux systèmes vague et sympathique interviennent-ils dans la production de la crise d'asthme : au pneumogastrique est dévolu le broncho-spasme, au sympathique l'hypersécrétion de la muqueuse.

Cette conception amphotonique admise par Sergent donne l'explication de l'association de l'asthme à d'autres phénomènes nerveux tels que la tachycardie paroxystique, ainsi que Laubry en a rapporté plusieurs cas.

De ce déséquilibre vago-sympathique, nous rapprocherons les manifestations névropathiques qui font si souvent partie du terrain asthmatique. L'asthmatique est souvent un anxieux, un phobique, l'enfant asthmatique a parfois des convulsions, des terreurs nocturnes, des cauchemars. D'ailleurs, il n'est pas exceptionnel de voir une émotion déclencher une crise d'asthme et Joltrain en a observé un exemple avec crise hémoclasique.

— Les troubles du fonctionnement des glandes endocrines sont bien connus depuis les travaux de Widal, Abrami et de Gennes. L'asthme peut s'associer à des troubles endocriniens, il est souvent modifié par les diverses étapes de la vie génitale de la femme, en particulier les périodes menstruelles. L'excès ou le défaut des produits de sécrétion endocrinienne créerait pour certains auteurs un état de déséquilibre colloïdoplasmatique qui favorise l'éclosion de l'asthme.

Notons enfin que certains auteurs ont noté dans l'asthme une hypocalcémie qu'ils rattachent à une insuffisance parathyroïdienne ; d'autres étudiant l'équilibre acido-basique ont constaté qu'il se déplaçait vers l'alcalinité au cours des accès (Tifensee).

3° **La cause déchaînante.** — Déséquilibre vago-sympathique et épine irritative ne suffisent pas à déclencher une crise d'asthme ; *il faut l'adjonction d'une cause déchaînante* qui provoque, dans un grand nombre de cas, un déséquilibre humoral.

Tantôt cette cause apparaît comme spécifique ; tantôt le sujet est sensibilisé à des causes très diverses. Aussi a-t-on décrit deux grandes variétés d'asthmes : l'asthme anaphylactique, l'asthme colloïdoclasique sans sensibilisation. Enfin il est des asthmes dont la cause déchaînante réside uniquement dans une irritation de la muqueuse respiratoire sans qu'il y ait de manifestations colloïdoclasiques.

I. *L'asthme anaphylactique.* — A la suite des recherches de Widal et de ses élèves, on put croire que la pathogénie de toutes les crises d'asthme était trouvée ; l'asthme apparaissait comme un syndrome anaphylactique dont seule la pauvreté de nos moyens d'investigation ne permettait pas de retrouver toujours l'origine. Suivant les statistiques américaines, l'asthme reconnaîtrait une origine anaphylactique dans 60 à 90 0/0 des cas.

Dans l'ensemble pourtant on tend à restreindre aujourd'hui la part de l'anaphylaxie dans l'asthme. Celle-ci n'apparaît que comme l'un des modes de l'hypersensibilité de l'asthme et sans doute a-t-on mis sur le compte de l'anaphylaxie des phénomènes qui n'en ressortissaient pas.

On entend par syndrome d'ordre anaphylactique, « une crise survenant chez un sujet sensibilisé à un antigène, lorsque le sujet est en contact avec l'antigène, même si cet antigène est en quantité infinitésimale. Cette crise dure un temps limité, ne laisse pas de séquelles. Elle réapparaît chaque fois que l'organisme est en contact dans les mêmes conditions avec l'antigène. Elle ne se produit pas chez d'autres sujets soumis aux mêmes conditions antigéniques ». (P. Vallery-Radot.)

Ainsi la notion d'anaphylaxie est très précise. Pour qu'il y ait anaphylaxie il faut — selon P. Vallery-Radot — d'abord une injection préparante, puis une période latente pendant laquelle l'organisme se sensibilise, c'est-à-dire fait un anticorps vis-à-vis de l'antigène injecté ; enfin, une injection déchaînante qui

provoque un choc : le choc est le résultat du conflit antigène-anticorps.

On ne saurait donc s'entourer de trop de preuves avant d'affirmer qu'un asthme est de nature anaphylactique.

Il faut reconnaître que chez l'homme il est rare que la sensibilisation s'effectue par injection ; c'est presque toujours par la voie respiratoire ou la voie digestive que s'opère lentement la sensibilisation.

Pour affirmer qu'un asthme est de nature anaphylactique, on se basera sur trois critères : cliniques, biologiques, thérapeutiques.

1° Critères cliniques. — L'interrogatoire permet dans certains cas de retrouver la substance sensibilisatrice. En cas d'asthme d'été, il faut surtout rechercher la sensibilisation aux pollens, surtout aux pollens des graminées. Les objets de literie (plume, crin, laine) sont souvent incriminés dans les cas de crises nocturnes, de même le voisinage journalier d'un animal dans l'appartement (chien, chat). Parfois il s'agit d'une protéine faisant partie de l'alimentation : farine, poisson, œuf (Pagniez et P. Vallery-Radot ; P. Vallery-Radot et Haguenau ; P. Vallery-Radot, Blamoutier et Rouquès).

2° Critères biologiques. — Il est démontré aujourd'hui que la crise hémoclasique est un phénomène de choc, mais n'est pas un critère d'anaphylaxie. Le meilleur critère est fourni par la méthode des cuti-réactions pratiquées à l'aide de l'antigène dont on suspecte la spécificité. C'est un moyen peu dangereux, mais qui demande à être bien interprété. Pour être positive, la cuti-réaction doit être franche et constituer un placard ortié d'au moins 5 mm. de diamètre.

Néanmoins la méthode des cuti-réactions n'est pas suffisante à prouver de façon formelle la cause anaphylactique d'un asthme. On ne peut conclure d'une cuti-réaction négative vis-à-vis d'un antigène à l'innocuité de celui-ci. D'autre part, une cuti-réaction positive n'est pas absolument probante : il peut s'agir d'une sensibilité cutanée locale sans qu'il y ait hypersensibilité générale.

C'est pourquoi P. Vallery-Radot et Giroud recommandent la recherche de l'anaphylaxie passive locale par l'épreuve de Prausnitz-Küstner. Elle consiste à prélever 1/10 cc. du sérum du sujet sensibilisé et à l'injecter dans le derme de l'avant-bras d'un homme normal. 24 heures après on injecte exactement à la même place l'antigène ; en cas de réaction positive, il se produit une forte réaction locale.

Il semble, d'après les recherches de P. Vallery-Radot, G. Mauric et Mme Hugo, que l'anaphylaxie ne peut être transmise de l'homme à l'animal qu'exceptionnellement.

3° Critères thérapeutiques. — Seules ont de la valeur les méthodes de désensibilisation spécifique. La disparition des crises après la suppression de l'agent incriminé n'a de valeur diagnostique que si le sujet présentait une cuti-réaction positive à cet agent.

Nous verrons en étudiant le traitement avec quelle circonspection devront être tentées ces méthodes de désensibilisation spécifique.

Le domaine de l'asthme anaphylactique pur se trouve ainsi réduit. On le met surtout en évidence dans les formes de début ; pour Lesné il serait particulièrement fréquent chez l'enfant.

II. *Asthme colloïdoclasique sans sensibilisation.* — Dans un grand nombre de cas on ne trouve pas de sensibilisation ; il s'agit de phénomènes de choc survenus sous des causes diverses chez un sujet en état de déséquilibre humoral.

Les asthmatiques sont en état de « diathèse colloïdoclasique » (Widal et Abrami), ils ont « une véritable tare humorale, une instabilité de leurs colloïdes plasmatiques ».

Tout peut déclencher une crise d'asthme chez de tels sujets : une injection d'une albumine ou d'un cristalloïde, un effort physique ; tels sont encore ces asthmes liés à des variations de l'état hygrométrique ou de la pression barométrique, aux orages, aux vents, au froid, à la chaleur. Il faut insister aussi sur l'influence de l'altitude, du voisinage de la mer.

Des travaux récents ont montré le rôle de la fièvre dans la genèse des crises d'asthme. Si parfois elle les déclenche, le plus souvent elle les suspend à condition, ainsi que l'observent P. Vallery-Radot et Mauric, d'atteindre un certain seuil. Sans doute, la fièvre agit-elle par les perturbations humorales qu'elle détermine, par l'apparition de polynucléose, ainsi que le pensent Bezançon et Jacquelin.

III. *L'asthme par irritation directe de la muqueuse respiratoire.* — Enfin, il est des cas où l'asthme semble lié directement à une irritation de la muqueuse des voies respiratoires sans qu'il y ait de manifestations de choc colloïdoclasique. Tels sont les asthmes déclenchés à la suite d'inhalation de poussières, de fumées, de vapeurs de soufre, etc...

TRAITEMENT DE LA CRISE

L'*Adrénaline* est le médicament de choix ; son action rapide et complète serait due à ses propriétés broncho-dilatatrices ; ce n'est là qu'une hypothèse. En effet, l'adrénaline est avant tout un médicament vaso-constricteur.

Elle agirait pour certains auteurs en faisant contracter les vaisseaux hyperémiés de la muqueuse bronchique. Cette explication cadre bien avec la théorie faisant de la crise d'asthme une manifestation d'urticaire des bronches.

On utilise une solution de chlorhydrate d'adrénaline au millième qui s'administre par voie gastrique, par voie nasale, mais surtout par voie sous-cutanée.

Une injection d'un demi ou d'un centimètre cube amène en quelques minutes la sédation de la dyspnée au cours d'un accès franc. Chez un asthmatique qui n'a pas encore employé l'adrénaline, il est prudent de ne pas dépasser un quart de milligramme pour la première injection ; certains sujets en effet présentent une grande sensibilité à l'adrénaline ; il faut toujours tâter la susceptibilité des malades avant de l'employer.

La durée d'action de l'injection varie avec l'intensité de la crise et avec l'accoutumance du malade. En présence d'une crise forte, il ne faut pas hésiter à ré-

péter les injections ; certains états de mal asthmatique ne sont calmés que par elles et, si elles n'étaient pas pratiquées, on risquerait d'observer des accidents de défaillance cardiaque.

Les doses fortes, employées plusieurs fois, sont généralement bien supportées. Aussi n'est-il pas exceptionnel de rencontrer des asthmatiques se faisant quotidiennement jusqu'à 5 à 6 milligrammes d'adrénaline et cela pendant des années sans que l'on observe de troubles, en particulier sans hypertension artérielle.

L'adrénaline est fréquemment associée à d'autres substances destinées à augmenter certains de ses effets : à la papavérine (freinix), à l'extrait d'hypophyse (évathmine).

Le sérum de Heckel s'emploie en injection sous-cutanée, il contient de l'extrait total de surrénale.

Il est bon d'utiliser tantôt l'un, tantôt l'autre de ces médicaments, suivant leur efficacité qui varie avec chaque malade.

L'éphédrine est un alcaloïde tiré de l'ephedra vulgaris, arbrisseau très répandu en Chine ; son emploi n'est entré dans la pratique médicale que depuis quelques années.

L'éphédrine a une formule chimique très voisine de celle de l'adrénaline dont elle a toutes les propriétés sans en avoir tous les inconvénients. En effet, expérimentalement, elle excite le sympathique bronchique, dilate les bronches, élève la tension artérielle et exerce une action locale vaso-constrictive. Etant peu altérée par les sucs digestifs, elle est active après administration par voie buccale ; de plus, elle est beaucoup moins toxique que l'adrénaline et son action est plus durable.

Comme l'adrénaline, l'éphédrine est un médicament de l'accès d'asthme ; cependant on peut l'employer à titre préventif :

C'est ainsi que l'asthme nocturne survenant fréquemment à heure fixe, peut être supprimé par l'administration d'éphédrine une ou deux heures avant le début de l'accès.

D'autre part, l'absorption régulière d'éphédrine, chaque jour ou tous les deux ou trois jours, peut, dans certains cas, transformer la sensibilité du malade et le libérer pour longtemps de son asthme.

A vrai dire, une telle action ne s'exerce que sur les crises d'intensité moyenne.

L'éphédrine, absorbée au début de la crise d'asthme, a une action indéniable à condition, ici encore, que la crise ne soit pas d'intensité trop forte.

On peut dire que l'éphédrine apparaît comme le médicament de choix pour les accès de faible ou de moyenne intensité ; son activité est indiscutable, son mode d'emploi très simple puisqu'il ne nécessite pas l'emploi de la seringue hypodermique.

Voici les règles utilisées pour l'administration de l'éphédrine dans le service ou à la consultation de notre maître, M. Pasteur Vallery-Radot :

a) La première fois on le prescrit à dose faible : un quart de comprimé Merck. On tâte ainsi la tolérance du sujet. On peut observer en effet, chez certains malades, même après une petite dose, des palpitations, du tremblement et un malaise général ; d'autres ont de l'insomnie ou deviennent particulièrement irritables.

b) Lorsque le malade a déjà essayé l'éphédrine, la dose habituelle est de 2 centigrammes 5 à 5 centigrammes (c'est-à-dire un demi-comprimé à un comprimé Merck). La dose doit être quelquefois plus importante: certains malades sont obligés de prendre trois fois en une heure et demie 2 centigrammes 1/2. Plusieurs malades prennent plusieurs fois par vingt-quatre heures un demi-comprimé ou un comprimé, soit préventivement, soit pour faire avorter une crise débutante. Cependant, la dose de 15 centigrammes par 24 heures (c'est-à-dire trois comprimés Merck) ne doit pas être dépassée.

L'éphédrine peut être employée en injections sous-cutanées ; le même mode d'administration s'adresse à l'association éphédrine-atropine (éphédatropine), qui donne parfois de très bons résultats.

L'éphédrine est encore associée à la caféine dans les comprimés d'éphédraféine (éphédrine 0 gr. 03+caféine 0 gr. 05).

On a préconisé les inhalations et les pulvérisations d'éphédrine ; celles-ci ont d'heureux effets dans l'asthme nasal et le coryza spasmodique. On emploie la solution aqueuse de 1 à 5 0/0. Les sprays, badigeonnages ou applications peuvent être renouvelés toutes les quatre heures.

En résumé, l'éphédrine est un bon antiasthmatique, dont il convient cependant de se priver chez les grands sympathicotoniques, les basedowiens, les aortiques, les angineux, les grands hypertendus.

La morphine et les préparations opiacées, telles que pantopon, sédol, ne sont plus employées dans le traitement de l'asthme depuis que s'est généralisé l'emploi de l'adrénaline. Cependant l'état de mal asthmatique et la crise d'asthme très violente peuvent obliger à employer la morphine.

La belladone, à la dose de quelques gouttes de teinture, est quelquefois un médicament de la crise d'asthme. Il en est de même de l'atropine en injections hypodermiques à la dose d'un quart ou d'un demi-milligramme.

Les solanées et les nitrites, utilisés en poudres à brûler ou en pulvérisations, ont souvent une action favorable dans les crises d'asthme de faible intensité.

TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE

Il doit chercher :

— à traiter l'épine irritative ;

— ou à désensibiliser le sujet à la cause déchaînante de la crise d'asthme ;

— ou à modifier le terrain favorable au développement de cette crise.

Il est enfin des méthodes thérapeutiques dont l'efficacité est indiscutable mais dont le mécanisme reste mal connu.

I. Traitement de l'épine irritative. — Le traitement doit s'efforcer d'agir sur l'épine irritative qui a servi de point d'appel à la crise d'asthme. Mais cette épine irritative est très variable : rhino-pharyngée, broncho-pulmonaire, digestive, endocrinienne, nerveuse.

Suivant les cas, différents traitements pourront être tentés :

1° En cas d'épine pulmonaire on pourra être amené à traiter la tuberculose ou (dans des cas qui semblent, nous l'avons vu, exceptionnels) la syphilis ;

2° S'il existe des troubles digestifs, il faudra établir un régime ou une médication propre à combattre ces troubles ou à stimuler le fonctionnement du foie ;

3° En cas de troubles endocriniens, l'*opothérapie* peut donner des résultats remarquables.

Le traitement ovarien est indiqué dans les cas d'asthme liés aux époques menstruelles ; on emploie soit l'extrait ovarien, soit l'extrait de corps jaune en injection.

Le traitement thyroïdien doit être réglé sur les résultats du métabolisme basal : extrait thyroïdien à hautes doses (5 à 20 cgr par jour) en cas d'hypothyroïdie nette avec gros abaissement du métabolisme basal, hématoéthyroïdine ou solution de Lugol en cas d'hyperthyroïdie simple, radiothérapie du corps thyroïde en cas de maladie de Basedow.

Pour être efficaces, ces traitements opothérapiques doivent être poursuivis longtemps et surveillés avec le plus grand soin.

4° Les travaux récents ont surtout mis en lumière l'efficacité des interventions chirurgicales.

Dans un premier ordre de faits, il faut ranger les cas où les crises d'asthme ont disparu à la suite d'intreventions de quelque ordre qu'elles soient. Des exemples récents ont été donnés par Jean Troisier et Y. Boquien, par Pasteur Vallery-Radot, Blamoutier et Claude ; inversement, ces auteurs ont noté, dans des cas d'ailleurs infiniment plus rares, l'apparition de crises après intervention chez des sujets prédisposés. Ils en discutent le mécanisme ; s'agit-il d'un effet dû à l'anesthésie générale ? Ou bien l'intervention, agissant sur les filets terminaux du pneumogastrique, modifie-t-elle de façon durable l'état du système nerveux végétatif ? Dans un autre ordre de faits, l'intervention porte sur le parasympathique et le sympathique. Cette thérapeutique nouvelle, la chirurgie du sympathique, a un but avant tout pathogénique : il s'adresse à l'élément nerveux, au bronchospasme ; la suppression du spasme des muscles broncho-constricteurs doit en effet réduire au silence la lésion asthmogène. C'est là une méthode encore exceptionnelle dont Leriche s'est fait le défenseur, la réservant d'ailleurs aux formes graves, rebelles, qui font des malades de véritables infirmes. Pratiquement, on ne peut faire que des énervations partielles des deux sympathiques ; Leriche pratique dans un premier temps une ablation du ganglion étoilé gauche ; si cette intervention est insuffisante, il fait dans un deuxième temps une vagotomie ou une ablation du ganglion étoilé droit. Enfin, pour certains auteurs, il y aurait parfois intérêt à associer les résections nerveuses à des résections costales et surtout cartilagineuses.

Ameuille, se basant sur une statistique de 300 cas, donne 28 0/0 de guérisons et 17 0/0 d'améliorations notables. Il insiste sur le fait que les résultats sont d'autant meilleurs qu'on a affaire à un asthme plus pur ; au contraire, ils sont très aléatoires dans l'asthme associé à l'emphysème ou à la bronchite chronique.

Enfin, certaines interventions sont dirigées contre l'épine irritative : les interventions les plus couramment pratiquées sont celles qui portent sur le rhinopharynx. Haseltine et l'école de Chicago en font la base du traitement de l'asthme ; Bishop et Rubenstein obtiennent 40 0/0 de guérisons par une thérapeutique chirurgicale nasale complétée par un traitement médical. En France, on pense communément que ce traitement ne saurait s'appliquer à la majorité des cas.

A côté des interventions sur le rhino-pharynx, de multiples opérations ont été pratiquées et on sait les heureux effets que peuvent provoquer par exemple une appendicectomie ou une cholécystectomie.

II. **Traitement de désensibilisation.** — C'est le traitement de l'asthme anaphylactique. Il nécessite la connaissance de la substance à laquelle le malade est sensibilisé. Dans certains cas l'interrogatoire et les cuti-réactions permettront de la déceler. On pourra entreprendre un traitement de désensibilisation spécifique.

Les Américains considèrent comme traitement de choix la désensibilisation à l'aide d'injections sous-cutanées d'antigène de plus en plus concentré (1/10.000 ; 1/5.000 ; 1/1.000 ; 1/500 ; 1/200).

P. Vallery-Radot et Paul Giroud insistent sur les dangers que présente une telle technique ; ils ont observé 1/2 heure après l'injection d'une solution au 1/5.000 d'extrait de dactyle aggloméré des accidents impressionnants au point de faire craindre à un moment une issue fatale, de l'urticaire généralisé, de l'œdème de la face, de la gêne précordiale avec angoisse et dyspnée asthmatiforme. Aussi P. Vallery-Radot et Haguenau ont-ils proposé la méthode des cuti-réactions répétées qui est simple, d'application facile et sans danger.

De cette méthode il faut rapprocher la désensibilisation par voie gastrique qui, entre les mains de Lesné, de Pagniez et P. Vallery-Radot, a donné de bons résultats ; elle consiste à donner tous les jours des doses progressivement croissantes de l'aliment nocif.

Signalons également le traitement par les auto-vaccins avec la flore microbienne provenant des voies respiratoires, des voies digestives ou d'un foyer d'infection ; ils donnent de bons résultats dans les cas où existe un élément bronchitique ajouté à l'asthme.

A l'étranger, on a employé avec succès les chambres sans allergènes (Storm Van Leeuwen), méthode plus expérimentale que pratique qui consiste en chambres recevant de l'air débarrassé des poussières atmosphériques. Si le sujet vit dans un milieu chargé de poussières (farine du pétrin par exemple), l'emploi de masques filtrants peut donner des résultats appréciables.

III. **Traitements modificateurs du terrain.** — Ces méthodes ont pour but d'agir sur le système vago-sympathique et sur l'état humoral du malade. L'asthmatique est un colloïdoclasique ; toute modification capable de perturber ses colloïdes plasmatiques peut avoir une action, mais il faut être prudent dans ces tentatives. Ces malades sont des instables humoraux

et l'injection d'un produit quelconque, même à doses minimes, surtout par voie intra-veineuse, peut créer des accidents de choc dramatique.

1° On doit essayer d'abord d'agir sur le système vago-sympathique. Cette action doit ici être progressive et prolongée.

La belladone donne de bons résultats dans les cas de vagotonie manifeste. On la prescrira sous forme de granules (4 granules de 0 gr. 01 par jour) ou de teinture (20 à 30 gouttes par jour), en cures de dix jours espacées par un repos de même durée.

La pilocarpine, le jaborandi sous forme de néopancarpine, ont été préconisés. La néopancarpine peut être employée en granules ou en gouttes ; il faut commencer le traitement par une dose relativement faible (30 centigrammes d'extrait) que l'on augmentera peu à peu en guettant les premiers symptômes d'intoxication (salivation et sudation).

L'adrénaline ou l'éphédrine sont prescrites dans le but de relever le tonus du sympathique. Il semble que l'éphédrine soit plus active et plus constante dans ses effets ; encore faut-il la donner de façon prolongée à des doses quotidiennes de 0 gr. 02 à 0 gr. 10.

Le gardénal, préconisé par Pagniez, peut donner d'excellents résultats. Selon la sensibilité du malade, on le prescrit à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 30 par jour.

2° L'introduction dans l'organisme de substances albuminoïdiques ou cristalloïdiques diverses a pour but de rendre l'organisme indifférent à l'action des chocs humoraux. On pratique de petits chocs successifs qui modifient l'équilibre colloïdal des humeurs et agissent aussi probablement sur l'équilibre du vago-sympathique.

La peptonothérapie est une méthode fréquemment employée.

a) Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier préconisent l'emploi d'une solution de peptone concentrée à 50 0/0 (type peptone de Witte) en injections strictement intradermiques.

On fait le premier jour 1/10 cc., le second jour 2/10 cc., et les jours suivants 3/10 cc. pendant vingt à trente jours. Il se produit, dans les minutes qui suivent l'injection, une papule urticarienne au point injecté ; cette réaction locale est particulièrement intense vers la 8e ou 10e injection.

Ce traitement donne ses meilleurs résultats dans le rhume des foins.

b) Des injections sous-cutanées d'une solution de peptone à 5 0/0 peuvent encore être employées ; il faut en injecter 2 à 5 cc. tous les deux jours pendant vingt à trente jours.

Mais en aucun cas, on ne doit faire d'injections intraveineuses de peptone car elles peuvent faire courir au malade des risques considérables.

c) La peptonothérapie préprandiale a été préconisée par Pagniez et Pasteur Vallery-Radot.

Le malade doit rester strictement à jeun entre les repas qui doivent être limités à trois, avec un intervalle suffisant entre chacun d'eux ; il doit prendre une heure avant chacun de ces trois repas 0 gr. 50 de peptone ; de préférence on emploie une peptone polyvalente contenant des peptones de viande et de poisson auxquelles on associe des extraits de lait et d'œuf.

L'auto-hémothérapie, recommandée par Ravault, provoque vraisemblablement un choc atténué ; les injections de 5 à 15 cc. sont répétées deux à trois fois par semaine ; on en fait dix à douze.

L'auto-sérothérapie, conseillée par Achard et Flandin, se fait par doses de 1/4, 1/2 et jusqu'à deux centimètres cubes tous les deux jours pendant quinze jours.

Le sérum de cheval employé en injections sous-cutanées est considéré comme très dangereux par Pasteur Vallery-Radot.

Les injections de lait ont été préconisées en injections sous-cutanées ou intramusculaires de 2 à 5 cc.

Les stocks vaccins, quelles que soient les souches microbiennes employées, agissent pour la plupart en tant qu'albumines étrangères.

Les cristalloïdes sont utilisés avec plus ou moins de succès.

Injections intraveineuses de :

Chlorure de calcium à 10 0/0 par doses de 5 à 20 cc. ;

Hyposulfite de soude à 20 0/0 par doses de 4 à 40 cc. (Ravault).

Injections intramusculaires d'hyposulfite de magnésie à 10 0/0 par doses de 10 cc. (Laumière).

Enfin de vieilles thérapeutiques agissant sur l'état général et sur l'élément scléreux du poumon peuvent contribuer heureusement à modifier le terrain de l'asthmatique.

L'iode sous ses formes les plus diverses et particulièrement les iodures (iodure de caféine) peuvent être utilisés.

L'arsenic, sous forme d'arséniate de soude ou d'hectine, donne parfois de bons résultats.

Ces deux médicaments doivent évidemment être donnés de façon prolongée.

Les cures thermales agissent sans doute aussi en modifiant dans une certaine mesure l'équilibre de l'organisme.

Le Mont Dore dont les eaux sont sédatives et décongestionnantes est indiqué dans la plupart des formes d'asthme car elles agissent à la fois sur l'élément spasmodique et l'élément catarrhal.

Saint-Honoré est utile aux asthmatiques catarrheux et la Bourboule aux enfants ganglionnaires.

IV. Autres méthodes dont le mode d'action est mal connu. — a. *La roentgenthérapie*, très employée en Allemagne, est surtout connue en France par les travaux de P. Vallery-Radot, Blamoutier et Paul Gibert, de Raulot-Lapointe, de Beaujard et Le Goff, les thèses de Mlle Mortier et Mlle Prost, la thèse de Ronceray.

Après avoir employé indifféremment dans toutes les formes la radiothérapie hilaire et splénique, P. Vallery-Radot, Blamoutier et Paul Gibert adoptent aujourd'hui la technique suivante : radiothérapie splénique seule dans le coryza spasmodique, radiothérapie pulmonaire seule ou radiothérapie mixte dans l'asthme. Ils obtiennent une amélioration dans 55 0/0 des cas ; par contre on ne saurait prévoir les résultats ; ni l'âge, ni la forme, ni l'ancienneté de l'asthme ne semblent jouer de rôle.

Son mode d'action est également imprécis. Exerce-t-elle une action sur l'adénopathie trachéo-bronchique et sur la sclérose pulmonaire ? Détermine-t-elle une augmentation des anticorps qui empêche la production des manifestations anaphylactiques ? Agit-elle par les perturbations humorales qu'elle produit ? Fluctuations de la formule sanguine, élévation de la teneur du sang en glucose et en calcium, modifications des équilibres acido-basiques de l'organisme ?

b. *Les rayons ultra-violets* agissent vraisemblablement par un processus analogue ; c'est un traitement surtout efficace chez l'enfant (15 à 20 séances à raison de trois semaines), joint ou non à l'ergostérol irradié.

c. *La saignée* a provoqué une amélioration indiscutable dans trois cas de P. Vallery-Radot, Blamoutier et Rouquès. Il en a été de même dans un cas d'Etienne Bernard ; elle agirait, d'après cet auteur, par les modifications humorales qu'elle provoque, en particulier sur les variations des albumines du sérum.

d. Enfin la *pyrétothérapie* présente quelques indications ; des études qui ont été faites par MM. P. Vallery-Radot et G. Mauric d'une part, Bezançon et A. Jacquelin d'autre part, il ressort que l'hyperthermie doit pour être efficace atteindre un certain seuil ; elle est surtout indiquée dans les cas d'asthme subintrants bien que les effets n'en paraissent que transitoires.

BIBLIOGRAPHIE

P. AMEUILLE et F. BORDET. Asthme, *Mal. de l'app. respirat.*, t. II ; — *Traité de Path. Méd. et de Thérap. appl.*, Maloine, édit.

P. AMEUILLE. *Revue crit. de path. et thérap.*, n° 4, mai 1930.

H. H. BAAGOÉ. L'asthme dans ses relations avec l'âge et avec le sexe, *Klini. Woch.*, t. X, n° 29, 18 juin 1931.

René BÉNARD et JOLTRAIN. Un cas d'asthme d'origine émotive, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 2 juillet 1926.

F. BEZANÇON et I. DE JONG. La trachéo-bronchite spasmodique, équivalent de l'asthme, *Paris Méd.*, 21 janv. 1922. — *Nouveau traité de médecine*, Roger, Widal, Tessier, t. XI, « Appareil respiratoire », Masson, édit., 1923 ; — *Précis de Pathol. Méd.*, t. II, « Maladies de l'appareil respiratoire », Masson, édit., 1923, 2e édit. 1931 ; — Les équivalents de l'asthme, *La presse therm. et climat.*, 1er déc. 1927 ; — Asthme et Sclérose pulmonaire, « L'asthme intriqué », *Revue méd.*, 8 déc. 1920 ; — Asthme et Tuberculose, *Paris méd.*

F. BEZANÇON et Etienne BERNARD. Valeur de l'éosinophilie pour le diagnostic de cas d'asthme cliniquement incertains, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris.*

F. BEZANÇON et DE GENNES, Toux coqueluchoïde équivalent d'asthme. Importance diagnostique de l'éosinophilie, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris*, 23 déc. 1928.

F. BEZANÇON et A. JACQUELIN, Asthme et fièvre, *Presse Méd.*, n° 92, 18 nov. 1931.

François CLAUDE. Le facteur respiratoire dans l'asthme, *Bull. Méd.*, 27 juin 1931.

CORDIER et VERRIÈRE. Y a-t-il des tests cliniques de l'action de l'éphédrine, de l'atropine, de l'adrénaline chez les asthmatiques ? *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 2 déc. 1930.

DANIELOPOLU. Sur l'amphotonie des Basedowiens et sur l'association de l'asthme au basedow, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris*, séance du 13 févr. 1925.

FLANDIN, MAISON, THIROLOIX et SOULIÉ. Asthme et hérédo-syphilis, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 13 juin 1930.

P. GIBERT. La radiothérapie dans l'asthme, *Bull. Soc. de Radiol. Méd. de France*, séance du 10 mai 1927.

Paul GIROUD. Le rhume des foins. Etude clinique, expérimentale et thérapeutique, *Th. Paris*, 1926.

Germain GROGNOT. Traitement de l'anaphylaxie digestive et de l'anaphylaxie respiratoire par la peptonothérapie, *Th. de Paris*, 1926.

Ed. JOLTRAIN et René BÉNARD. Crises hémoclasiques provoquées par les applications thérapeutiques de rayons et de radium, *C. R. Soc. de Biolog.*, séance du 8 avril 1922, t. LXXVI, p. 784.

Ed. JOLTRAIN. Nouveaux horizons en médecine. Rôle de l'anaphylaxie et de l'antianaphylaxie. Conférences aux *Journées médicales de Bruxelles*, 25 juin 1922.

André JACQUELIN et MACÉ DE LÉPINAY. Sur le diagnostic et les rapports pathogéniques de l'asthme vrai et des dyspnées asthmatiformes, *Vie médicale* n° 22, 25 déc. 1929.

André JACQUELIN et TURIAF. Bronchites éosinophiliques et bronchites puriformes aseptiques, l'eczéma des bronches, *Bull. méd.*, 7 nov. 1931.

LAUBRY et MUSSIO FOURNIER. Asthme et tachycardie paroxystique, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris*, séance du 13 mars 1925.

J. LERMOYEZ. Les phénomènes de choc dans le coryza spasmodique, *Th. de Paris*, 1922.

Mlle MORTIER. Contribution à l'étude de l'asthme, *Th. de Paris*, 1922.

J. MOUZON. L'éphédrine, *Presse Méd.*, 10 déc. 1927, p. 4.

RAULOT-LAPOINTE. Indication de la radiothérapie dans l'asthme, *La Médecine*, n° 9, juin 1925.

Ph. PAGNIEZ, PASTEUR VALLERY-RADOT et J. HAGUENAU. Succession de crises d'urticaire, d'asthme et de grande anaphylaxie chez un jeune homme sensibilisé à l'ovalbumine. Etude clinique et biologique, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris*, séance du 8 juillet 1921.

Mlle PROST. Traitement de l'asthme par la radiothérapie, *Th. de Montpellier*, 1926.

H. RONCERAY. — Le traitement de l'asthme et de ses équivalents respiratoires par la rœntgenthérapie, *Th. de Paris*, 1929.

SÉGARD. L'adrénaline et l'éphédrine dans le traitement de la crise d'asthme, *Journ. méd. franç.*, t. XVII, n° 2, févr. 1928.

E. SERGENT. *Les grands syndromes respiratoires*, fasc. 1, Doin, édit.

E. SERGENT et R. KOURILSKY. Asthme, périlobulite et ultra-virus tuberculeux, *Presse Méd.*, 5 févr. 1930.

PASTEUR VALLERY-RADOT et J. HAGUENAU. Asthme d'origine équine. Essai de désensibilisation par des cuti-réactions répétées, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 29 juillet 1921.

PASTEUR VALLERY-RADOT, J. HAGUENAU et A. WATELET. Origine anaphylactique de certaines crises d'hydrorrhée nasale. Traitement antianaphylactique, *Presse Méd.*, n° 77, 24 sept. 1921.

PASTEUR VALLERY-RADOT et P. BLAMOUTIER. La cuti-réaction dans l'asthme, le coryza spasmodique, le rhume des foins, la migraine, l'urticaire et l'eczéma, *Presse méd.*, n° 24, 25 mars 1925.

PASTEUR VALLERY-RADOT, P. BLAMOUTIER et Paul GIROUD. Traitement de l'asthme, du coryza spasmodique et du rhume des foins par injections intradermiques d'une solution concentrée de peptone, *Presse Méd.*, n° 100, 16 déc. 1925.

PASTEUR VALLERY-RADOT, P. BLAMOUTIER, F. CLAUDE et P. GIROUD. L'éosinophilie sanguine dans les états anaphylactiques, *Presse Méd.*, n° 102, 22 déc. 1926, p. 1601.

Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier. Remarque à propos des injections intradermiques de peptone dans le traitement des affections anaphylactiques, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris*, séance du 29 avril 1927, t. LI, n° 14.

Pasteur Vallery-Radot, P. Gibert, P. Blamoutier et F. Claude. La rœntgenthérapie dans le traitement de l'asthme et du coryza spasmodique, *Presse Méd.*, n° 80, 5 oct. 1927 ; — *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, séance du 1er avril 1927.

Pasteur Vallery-Radot et F. Claude. Méthodes nouvelles de traitement de l'asthme bronchique, *Arch. Méd. Chirurg. de l'appareil respiratoire*, t. IV, n° 6, 1928.

Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier et Justin Besançon. Le coryza spasmodique équivalent de l'asthme, *Presse Méd.*, n° 40, 19 mai 1928, p. 625.

Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier et L. Rouquès. Cessations de certaines crises d'asthme anaphylactique par la saignée, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris*, séance du 13 juillet 1928, t. LII, n° 25.

Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier. L'éphédrine dans le traitement de l'asthme, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris*, séance du 20 juillet 1928, t. LII, n° 26.

Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier et P. Thiroloix. La toux spasmodique équivalent de l'asthme, *Presse Méd.*, n° 88, 3 nov. 1928.

Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier et Jean Stéhelin. Conjonctivites anaphylactiques et crises conjonctivales chez les asthmatiques, *Presse Méd.*, n° 33, 24 avril 1929.

Pasteur Vallery-Radot et P. Gibert. *Bull. Soc. de Radiol. Méd. de France*, juin 1929, n° 160.

Pasteur Vallery-Radot et L. Rouquès. — Les méthodes de désensibilisation en clinique, *Journ. Méd. franç.*, t. XIX, N° 5, mai 1930.

Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier et F. Claude. De l'influence des interventions chirurgicales sur les crises d'asthme, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris*, séance du 13 mars 1931, n° 10.

Pasteur Vallery-Radot et G. Mauric, Influence de la température sur les crises d'asthme de l'adulte, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris*, séance du 12 juin 1931, n° 21.

Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Hugo. Influence des modifications thermiques sur certains phénomènes de sensibilisation cliniques et expérimentaux, *Presse Méd.*, 16 déc. 1931, n° 100.

Pasteur Vallery-Radot et Fr. Claude. L'asthme bronchique, Doin 1932.

F. Widal, Lermoyez, P. Abrami, Et. Brissaud et Ed. Joltrain. Les phénomènes d'ordre anaphylactique dans l'asthme. La crise hémoclasique initiale, *Presse Méd.*, n° 55, 11 juillet 1914, p. 525.

F. Widal, P. Abrami et Et. Brissaud. Etude sur certains phénomènes de choc observés en clinique. Signification de l'hémoclasie, *Presse Méd.*, 3 avril 1920, n° 19, p. 181.

F. Widal, Pierre Abrami et Pasteur Vallery-Radot. L'antianaphylaxie : étude générale ; pathogénie, Rapport au *XVe Congrès français de Médecine*, Strasbourg, 1921.

F. Widal, P. Abrami et Et. Brissaud. Considérations générales sur la protéinothérapie et le traitement par le choc colloïdoclasique, *Presse Méd.*, 5 mars 1921.

F. Widal et P. Abrami. Asthme et hyperthyroïdisme, *Presse Méd.*, 31 mars 1924, p. 473-475.

Cet article était rédigé lorsque parurent les rapports du Premier Congrès international de l'Asthme. Masson, édit. 1932.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(Séance du 4 juillet 1932)

Sur une méthode d'étude des sérums d'après leur action sensibilisatrice dans la floculation de l'hydrate ferrique. — MM. Charles Achard, Augustin Boutaric et Fernand Morizot.

(Séance du 12 juillet 1932)

La coagulation du lait par le « B. typhosus » et par d'autres bactéries considérées comme inactives sur le lait. — M. Constantino Gorini.

Sensibilité du spermophile au typhus exanthématique. — M. Pierre Lépine.

ACADEMIE DE MEDECINE

(Séance du 19 juillet 1932)

Notice. — M. Hallion lit une notice nécrologique sur M. Camille Delezenne, membre titulaire depuis 1912 dans la IVe Section (Sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles), récemment décédé.

Rapport. — M. Claude donne lecture d'un rapport sur les « Aliénés en liberté », présenté au nom d'une commission composée de MM. Strauss, Souques, Balthazard, Guillain, Brouardel, Dumas et Claude.

Les conclusions de ce rapport seront discutées dans une séance ultérieure.

La Mort de Gœthe. — M. Georges Dumas. Il résulte des textes cités par G. Dumas que Gœthe, qui mourut le 22 mars 1832, à 11 h. 1/2 du matin, demanda par deux fois, pendant la dernière matinée de sa vie, qu'on lui donnât de la lumière.

La première fois, c'est parce qu'on avait fait à dessein l'obscurité dans sa chambre. « L'obscurité est désagréable », ajouta-t-il. La deuxième fois ce fut vraisemblablement au moment où il sentait sa vue s'affaiblir, comme il arrive d'ordinaire à l'approche de la mort, non seulement pour la vue, mais pour tous les sens. « Ouvrez le second volet, dit-il, pour qu'il entre plus de lumière. » Rien ne permet d'attribuer à ces paroles qui furent les dernières de Gœthe, le sens symbolique et philosophique qu'elles ont pris dans la tradition.

Détermination directe sur l'homme des critères des pressions artérielles maxima et moyenne. — MM. P. Piollet, P. Dodel, R. Boucomont. La confirmation de la valeur des critères sphygmomanométriques cliniques doit être recherchée par des mesures directes, c'est-à-dire faites sur l'homme dans l'artère même.

Au cours d'amputations les auteurs ont relié l'artère à un manomètre compensateur et se sont servis du brassard du Pachon comme garrot.

Ils ont pu ainsi noter la courbe oscillométrique et vérifier l'identité du chiffre de la pression moyenne lue sur le manomètre compensateur avec le chiffre donné par l'oscillation maximale. Ils ont de plus contrôlé l'exactitude de la maxima auscultatoire à l'appareil de Vaquez, celle-ci coïncidant avec l'apparition de l'ondée sanguine sur le membre amputé.

Terrains magnésiens et cancer (Grand-Duché de Bade). — M. le Professeur Pierre Delbet présente un travail de L. Robinet, de Moret-sur-Loing, sur la répartition comparative des terrains magnésiens et du cancer pour le Grand-Duché de Bade.

C'est une suite à des études semblables faites par l'auteur pour la France, puis pour l'Alsace-Lorraine, l'Angleterre et le Pays de Galles. Dans le Grand-Duché de Bade se vérifie une fois de plus que c'est dans les terrains privés de magnésie que le cancer se développe avec le plus d'intensité.

La Thoracectomie précordiale dans les cardiopathies autres que la symphise du péricarde. — M. Lenormant apporte une série de sept observations personnelles de résection chondro-costale pour des cardiopathies autres que la symphise du péricarde : dans un cas, il s'agissait d'accidents d'insuffisance cardiaque chez un gibbeux par mal de Pott, dans les autres de gros cœurs rhumatismaux, le plus souvent avec lésions orificielles associées.

Deux malades ont succombé à la suite de l'intervention, l'un par insuffisance cardiaque, l'autre par infection pleurale. Parmi les survivants, deux n'ont tiré aucun bénéfice de l'opération et sont morts en asystolie quelques mois plus tard ; deux ont eu une amélioration temporaire et surtout subjective ; chez un dernier on a noté, non seulement une disparition presque complète de troubles fonctionnels (reprise d'une activité normale), mais une modification importante de signes objectifs (retour du cœur à ses dimensions normales) ; malheureusement, cet homme a été emporté, au bout de dix-huit mois, par une bronchopneumonie.

Dix-sept observations analogues publiées antérieurement accusent une mortalité opératoire de quatre cas ; au bout d'un an, un tiers seulement des opérés restent vivants, mais la plupart d'entre eux présentent une amélioration considérable qui, chez certains, a pu être suivie pendant des années. Les tentatives de ce genre sont donc légitimes ; la collaboration du cardiologue et du chirurgien est indispensable pour en poser les indications ; les résultats seront meilleurs si l'on opère précocement, avant que l'insuffisance cardiaque soit devenue irréductible.

L'opération doit être faite sous anesthésie loco-régionale et consister en une résection chondro-costale gauche suffisamment étendue (quatre arcs costaux sur une longueur de 10 à 12 centimètres).

Sur un signe nouveau de la mort réelle : l'épreuve diathermique. — M. Bordier. Sur le vivant, le courant de diathermie appliqué sur une partie du corps fait monter en 15 ou 20 minutes la température du sujet prise dans un point éloigné des électrodes (bouche ou aisselle).

Si la circulation est totalement arrêtée on ne constate aucune élévation de température ; la mort est bien réelle. C'est une épreuve facile, il est à désirer que tous les médecins d'état civil soient pourvus d'un appareillage léger et transportable permettant cette épreuve.

Les méthodes actuelles de certaines pratiques de coiffure sont-elles toujours inoffensives ? — M. André Feil ne le pense pas, il estime au contraire qu'il est prudent de déconseiller l'ondulation permanente telle qu'elle se pratique actuellement, chez les tuberculeux pulmonaires, par crainte d'une localisation du bacille sur les méninges ; chez les épileptiques, chez les artério-scléreux, chez les hypertendus pour qui la forte élévation de température, peut-être aussi le passage de l'électricité, risquent de favoriser une hémorragie cérébrale.

Hypoglycémie et choc. — M. Levy-Solal rapporte des faits démontrant que d'une façon générale, l'intensité du choc obstétrical est réglée par l'hypoglycémie. Ses recherches physiologiques, ses observations cliniques, ses déductions thérapeutiques sont confirmées par les résultats expérimentaux de MM. Cade et Barral. On ne doit pas perdre de vue ces états hypoglycémiques chez les diabétiques après l'accouchement.

L'emploi des correctifs de la fermentation panaire. — MM. Bruère et Chevalier. Au premier Congrès international technique scientifique de panification, qui s'est tenu à Rome du 20 au 25 juin 1932, le Pharmacien Colonel Bruère, du laboratoire de l'Intendance aux Invalides, et le Docteur Chevalier, de l'Office national des Recherches, se sont vivement élevés contre l'emploi des améliorants chimiques et les procédés de blanchiment des farines, interdits en France.

En outre ils ont combattu le préjugé du pain extra-blanc et précisé que l'addition des correctifs de la fermentation panaire était un leurre pour le public, le rendement ne pouvant être augmenté que par fixation supplémentaire d'eau dans le pain.

Examen bactériologique des beurres. — M. Dienert.

Note sur une nouvelle méthode d'inscription radiographique des battements du cœur et des vaisseaux. — MM. Delherm, Thoyer-Rozat, Codet et Fischgold.

SOCIETE DE CHIRURGIE

(Séance du 22 juin 1932)

Péritonites encapsulantes. — MM. Rouhier et Lecœur ont observé un cas de cette curieuse affection. La tuberculose ne paraissait pas en cause. Guérison après décapsulation partielle.

Hématome extra-dure-mérien. — Ce travail de M. Clermont est rapporté par M. Mondor. Cas typique avec intervalle libre net chez un enfant. Guérison.

Ostéopathie hypertrophiante. — Cette hypertrophie localisée du fémur observée par M. Barret (d'Angoulême) donne lieu à un rapport de M. Sorrel.

Ulcère calleux hémorragique. — Ce travail de M. Sénèque est rapporté par M. Jacques-Charles Bloch. A la suite d'hémorragies gastriques profuses, intervention à la locale : exclusion par section du pylore et gastro-jejunostomie, type Polya. Amélioration. Reprise de l'hémorragie le cinquième jour. Extirpation du pylore. Guérison.

Imperforation anale. — M. Martin rapporte ce travail de M. Masini : dans un cas, n'ayant pas trouvé l'ampoule, l'auteur fit un anus et l'enfant mourut ; dans le second cas, la radiographie permit de repérer l'ampoule, abaissement du rectum. Guérison.

Kyste du mésentère. — M. Proust rapporte ce travail de M. Léonte (Bucarest). Le clivage du kyste fut possible ; petite ouverture intestinale qu'on suture. Guérison.

Fractures transcotyloïdiennes du bassin. — M. Grimault (d'Algrange) a pu obtenir dans deux cas la réduction par traction sur le grand trochanter.

Ostéo-arthropathies à distance chez des fracturés du col fémoral. — MM. Rouhier et Lecœur rapportent plusieurs cas de lésions du genou et de la tibio-tarsienne chez d'anciens fracturés du col fémoral.

M. Leveuf connaît ces lésions. M. Schwartz les attribue à l'immobilisation et M. Moulonguet rappelle les travaux de Leide à ce sujet.

Fistules biliaires de la voie principale. — M. Bréchot dans un premier cas réalisa une anastomose bilio-digestive sur tube avec un décès, dans le second cas, une simple anastomose fistulo-gastrique amena une grosse amélioration.

Narcotiques barbituriques comme préparation de l'anesthésie à l'éther. — MM. Desplas, Lannoy et Chevillon étudient d'après 59 cas l'emploi du soneryl comme anesthésique de base et sont partisans de son emploi par voie buccale avant l'anesthésie à l'éther.

M. Fredet constate que l'emploi par voie buccale a aussi de petits inconvénients. L'emploi des véronals supprime les vomissements.

Présentation de malades :

MM. Mathieu et Marcel Pinard. Sclérodermie et syndrome de Reynaud des membres supérieurs, cataracte et calcifications cutanées. Parathyroïdectomie malgré calcémie sensiblement normale. Grosse amélioration de la sclérodermie et des troubles psychiques.

M. Heitz-Boyer : Calcul du rein.

(SÉANCE DU 29 JUIN 1932)

Calcifications périarticulaires de l'épaule. — M. Basset a observé un cas de cette affection qui a guéri spontanément. M. Guimbellot a dû intervenir pour un autre cas après échec de la radiothérapie.

Diverticule de l'appendice. — M. Okinczyc rapporte ce travail de M. Vassitch qui découvrit ce diverticule en intervenant pour syndrome appendiculaire aigu.

Kyste du ligament gastro-colique. — Ce travail de MM. Datin et Fruchaud, est rapporté par M. Mouloncuet. Une malade présentait de graves hémorragies gastriques. A l'intervention, on enlève un kyste du ligament gastro-colique, vraisemblablement lymphatique, et une vésicule calculeuse. Guérison.

Suites éloignées d'une ligature de l'iliaque primitive droite. — M. Moure rapporte une observation de M. Condé (Marine). A la suite d'injections de quinine, l'hémostase pour incision d'un hématome fessier ne put être réalisée que par ligature de l'iliaque primitive.

M. Lenormant préfère la ligature du vaisseau qui saigne, à la ligature d'un gros tronc toujours plus aléatoire.

Le Numal comme anesthésique général. — M. Fredet appuie ce travail sur plus de 1.500 observations. L'anesthésie chirurgicale n'est obtenue que par l'association avec la morphine, et par anesthésie par voies aériennes à certains moments. La toxicité est sensiblement nulle. L'anesthésique influe sur le pouls, la respiration, la tension. L'élimination par le rein est lente. Le protoxyde d'azote est le meilleur agent pour compléter l'anesthésie de fond.

Présentation de malade :

M. Richard : arthrodèse par pont-levis pour coxalgie. Très bon résultat depuis trois ans.

Présentation d'instrument :

M. Sorrel : appareil pour réduction des fractures transversales du fémur.

(SÉANCE DU 6 JUILLET 1932)

Gastrectomie en deux temps. — M. Bergeret expose les avantages de l'opération en deux temps : 1° exclusion du pylore par section gastrique et anastomose gastro-jéjunale de type Polya ; 2° extirpation de la région duodé-pylorique.

Torsion des annexes saines et appendicite. — M. Mondor rapporte ce travail de M. Ricard (de Lyon). Au cours d'une appendicite indiscutable, la présence de liquide séro-hématique fait découvrir une torsion des annexes droites, qu'on enlève. Guérison.

Extirpation d'un éclat d'obus intra-pulmonaire. — M. Proust rapporte cette observation de M. Maurer, qui intervint par voie para-vertébrale chez un blessé qui présentait des hémoptysies répétées. Dans un premier temps, on aborda le poumon et mit un drain. Après nouveau repérage radiologique, on enlève un éclat situé à la partie inférieure du hile.

Ablation de la première côte au cours de l'apicolyse. — M. Proust rapporte la technique de M. Maurer sur ce point.

Tumeurs paranéphrétiques. — M. Chevassu rapporte une observation de M. Didier et une autre de M. Leibovici. Ces tumeurs paranéphrétiques pesaient 3 et 10 kilogr. Récidive au bout de deux ans dans le premier cas, réintervention et mort l'année suivante. Dans le second cas, la guérison se maintient depuis deux ans. Il s'agit de fibro-lipomes. La tendance à la récidive en est grande.

M. Brocq a enlevé une tumeur analogue de 7 kilogr. Décès au cours d'une néphrectomie secondaire nécessitée par une fistule. Une partie de la tumeur était constituée de myxo-sarcome.

M. Mouloncuet insiste sur le danger pour le côlon lors de ces extirpations difficiles.

M. Sauvé a également observé des récidives.

Bec-de-lièvre bilatéral. — MM. Veau et Plessier présentent une série de projections d'enfants opérés de bec-de-lièvre bilatéral total par des techniques différentes. Ils montrent que, pour améliorer les résultats, le fait capital est de conserver intégralement le tubercule médian.

Présentation de malade :

M. Proust. Néoplasme du sein bilatéral, le petit noyau ayant été traité par chimiothérapie au zinc.

Présentation de radiographies : M. Sauvé.

Présentation de films :

M. Ombrédanne projette une série de films instructifs montrant différentes sortes de boiterie. Ces films ont pu être obtenus à prix modique et présentent une haute valeur instructive.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 MAI 1932)

De la présence des bacilles Welch-Fraenkel dans l'appendicite et du traitement de cette dernière par l'antivirus spécifique. — MM. S. Tsuda et M. Shimizu. Il résulte des expériences faites sur l'antivirus préparé avec le bacille Welch-Fraenkel isolé des cas d'appendicite, qu'il est doué d'un pouvoir spécifique et qu'en raison de l'effet curatif constaté chez les animaux de laboratoire, son emploi est indiqué dans la thérapeutique humaine.

Modifications histologiques provoquées dans l'encéphale du lapin par l'injection sous-dure-mérienne de gélose. — M. S. Nicolau et Mme L. Kopciowska font le tableau histopathologique des modifications rencontrées dans le cerveau des lapins appartenant aux catégories d'expériences suivantes : 1° lapins inoculés sous la dure-mère avec des émulsions gélosées provenant des deux pôles après électrophorèse du

névraxe d'animaux soumis à la vaccination antirabique ; 2° lapins inoculés par la même voie avec des émulsions gélosées après électrophorèse de névraxe d'animaux immunisés contre le virus herpétique ; 3° lapins inoculés avec des émulsions gélosées préparées après l'électrophorèse de virus herpétique, de virus rabique fixe ou des rues, de virus de la maladie de Borna, de virus d'Oulou-Fato (maladie du chien fou) ; 4° lapins injectés dans le cerveau avec des émulsions de gélose stérile, sacrifiés à des intervalles déterminés. Les modifications histologiques aboutissent parfois à la mort des animaux. Elles ont une allure chronique, sont aseptiques, dues à la présence de la gélose, et localisées aux parois ventriculaires, aux plexus choroïdes et aux méninges ; leur présence pourrait induire en erreur le travailleur non avisé, dans l'interprétation des résultats histologiques au cours d'expériences d'électrophorèse d'ultravirus neurotropes.

Des microbes venus probablement par voie sanguine, peuvent — quoique rarement — se greffer sur ces lésions et engendrer une méningo-encéphalite septique, secondaire, tardive.

L'irréversibilité de la mutation du virus rabique des rues en virus fixe. — MM. C. Levaditi, R. Schoen et J.-G. Metzger. On peut se demander si, soumis à l'influence d'un milieu favorable, tel que le névraxe de la souris, le virus fixe ne serait pas capable de récupérer ses propriétés pansporoblastogènes, et retourner vers son origine ancestrale, le virus des rues. Les auteurs ont entrepris de nombreuses expériences en utilisant la souche de virus fixe « Pasteur », qu'ils ont inoculée, par voie transcranienne, à des souris blanches. Huit passages ont été ainsi réalisés. Même inoculée à la souris, la variété mutative fixe du virus rabique ne récupère donc pas intégralement ses facultés initiales, perdues par suite de son adaptation à l'organisme du lapin.

Les auteurs concluent que la mutation du virus rabique des rues en virus fixe, se traduisant, entre autres, par la perte de la faculté pansporoblastogène de la Glugea lyssae, *est un phénomène irréversible, ou tout au plus, difficilement réversible.*

Culture de l'ultravirus dans l'infection tuberculeuse héréditaire. — M. C. Ninni. 1° L'ensemencement sur les milieux à l'œuf et à l'asparagine permet de mettre en évidence l'ultravirus tuberculeux dans les organes des fœtus et des nouveau-nés des femelles gravement infectées par le bacille de Koch ou inoculées avec des filtrats de bacille de Koch convenablement préparés ;

2° A l'examen microscopique des cultures, on constate la présence de bacilles acido-résistants : peu nombreux dans un tiers des cas quand on ensemence les organes des nouveau-nés ou des fœtus ; très nombreux en général, dans trois quarts des cas lorsqu'on a ensemencé les organes des cobayes de passage, c'est-à-dire les cobayes inoculés avec un fragment du foie broyé provenant de nouveau-nés ou des fœtus.

Standardisation des sérums antigangréneux. — MM. M. Weinberg, J. Davesne et A.-R. Prévot ont voulu préciser la valeur des sérums préparés à l'Institut Pasteur par le laboratoire de M. Weinberg, par le titrage sur souris.

Le sérum anti-Vibrion septique est titré avec la toxine desséchée reprise par l'eau physiologique. La dose minima mortelle pour le lapin de 2 kg est de 4 mg. 5. Pour obtenir une valeur comparative sur souris, c'est donc avec cette dose qu'ils ont fait le titrage sur cet animal. Les différents chevaux, préparés en même temps et par le même procédé, donnent des sérums de valeur très inégale (150 à 950 unités-souris et 250 à 4.500 unités-lapins. Mais le sérum anti-Vibrion septique moyen, titrant 1.000 unités sur lapin, titre sur souris 250 unités.

En procédant de la même façon, les auteurs ont déterminé que le sérum anti-histolytique moyen, bon pour l'usage thérapeutique, doit également contenir 250 unités, titré sur souris.

Le sérum anti-*œdematiens* a été titré, dès sa découverte par Weinberg et Seguin, d'après le procédé d'Ehrlich, c'est-à-dire avec 100 doses minima mortelles pour la souris. Le même procédé est appliqué pour le titrage du sérum anti-*Sordellii.*

Pleurésie vaccinale. — M. Bardach. Une souche particulière de neurolapine capable de provoquer une péritonite vaccinale détermine aussi une pleurésie mortelle spécifique. Le virus se multiplie dans les cavités séreuses. Il a été possible de faire une série de 13 passages successifs sans que la virulence s'atténue.

Recherches sur l'épilepsie de Brown-Séquard. — Sa résistance aux agents anti-épileptiques usuels. — MM. Ph. Pagniez, A. Plichet et K. Koang. L'épilepsie produite chez le cobaye par la résection du sciatique suivant la technique de Brown-Sequard paraît au premier abord devoir se prêter admirablement, entre autres recherches, à des essais d'ordre thérapeutique, puisque certains des animaux opérés arrivent à un degré de sensibilité très accusé et durable, de telle sorte qu'on peut, à volonté, déclencher chez eux une crise épileptique par un léger pincement du cou.

Chez les cobayes épileptiques présentant une sensibilité de cet ordre, nous avons essayé l'action comparative des médicaments aujourd'hui les plus usuels : les malonylurées et les bromures.

Contrairement à ce qu'on pouvait croire, ces produits sont restés sans action, ou à peu près. Le gardénal par la voie buccale, à des doses d'un et deux centigr. pour un animal d'environ cinq cents grammes n'a en rien modifié l'aptitude aux crises. Le gardénal sodique en injections n'a pas donné de résultat meilleur même en prolongeant le traitement pendant douze et quatorze jours.

Le bromure de sodium par la voie buccale à la dose de dix centigr. s'est montré également inefficace. Par la voie intra-veineuse, il a eu une légère action sur deux animaux à épilepsie moyenne, mais n'a exercé aucune influence sur les crises d'un animal très sensible.

Le bromure de strontium en injections sous-cutanées s'est comporté de façon tout à fait analogue, même en prolongeant le traitement pendant une quinzaine.

L'épilepsie de Brown-Séquard présente donc un caractère très particulier de résistance et d'invariabilité dont les recherches que nous poursuivons nous montreront le degré et la durée.

Variations de l'excitabilité de la corde du tympan et de la glande sous-maxillaire consécutives à la stimulation du sympathique. — M. et Mme A. Chauchard déterminent sur des chiens la chronaxie et les lois de sommation de l'appareil sécrétoire corde du tympan-glande sous-maxillaire. Ils portent ensuite sur le sympathique des excitations de fréquence déterminée et d'intensité nettement inférieure au seuil de sécrétion. Ces excitations ont pour effet d'entraîner la diminution de la chronaxie du nerf et celle du temps de sommation, constante d'excitabilité de la glande. Par la suite, l'un et l'autre reviennent graduellement à leur valeur normale. Ces faits sont à rapprocher de ceux que l'on observe dans les mêmes conditions sur les muscles striés.

Action de la chaleur sur le pouvoir anti-trypanosome du sérum humain. — MM. L. Nattan-Larrier, B. Noyer et E. Bédier. Le chauffage à 59 degrés atténue seulement le pouvoir curatif anti-trypanosome du sérum humain, mais détruit son pouvoir protecteur. Ce fait nouveau tend à démontrer, comme l'avait déjà fait l'ultrafiltration, que la

substance protectrice et la substance curative du sérum humain sont bien distinctes et ont pour support des molécules protéiques différentes.

Cardiotoxicité du sérum dans le rhumatisme articulaire aigu. — M. LUTEMBACHER. A la période fébrile, contemporaine de la polyarthrite, le sérum injecté dans la veine du lapin fait rapidement apparaître des extrasystoles isolées ou bigéminées, des salves tachycardiques, du flutter, de la fibrillation ventriculaire. A la dose substantielle, les troubles se limitent aux extrasystoles et crises tachycardiques ; l'action est immédiate et fugace.

La cardiotoxicité disparaît progressivement avec le traitement salicylé.

Tous les régimes alimentaires. Guide pratique du malade et de son entourage, par le Dr Louis CAILLON, médecin de l'hôpital thermal de Vichy. Un vol. — Prix : 10 fr. — Tunis, Imprimerie Aloccio, 4, rue Annibal.

LIVRES NOUVEAUX

L'évolution des espèces. Histoire des idées transformistes (1), par Jean ROSTAND.

Jean Rostand, dont l'exceptionnel mérite de savant, d'érudit et d'écrivain, est aujourd'hui consacré par l'opinion unanime, ajoute, à la série de ses importants ouvrages parus chez Hachette, un volume dont le seul titre, l'*Evolution des Espèces*, suffit à dire le puissant intérêt documentaire et philosophique.

Il sera lu avec passion de tous ceux que préoccupe la question, sans cesse mouvante et plus que jamais controversée, du transformisme.

Jean Rostand, bien qu'il ne mette pas en doute la réalité de la transformation des espèces, conclut qu'aucune des théories proposées n'est pleinement satisfaisante.

(1) In-16. — Prix : broché, 12 fr. — Paris, librairie Hachette.

Peut-être l'évolution est-elle révolue et faut-il conjecturer, dans la période juvénile de la vie, des transformations dont la science actuelle ne connaît aucun exemple.

L. G.

Huit conférences de cancérologie (1), par MM. BÉCLÈRE, CHALIER, MAGROV, DE NABIAS, DELHERM, LACASSAGNE, LECLERCQ et Mme Simone LABORDE, publication du centre anticancéreux de Toulouse, sous la direction du professeur DUCUING (1re série).

M. le professeur Ducuing a eu l'heure idée de créer au centre anti-cancéreux de Toulouse des conférences du dimanche consacrées aux praticiens. Les noms des conférenciers à qui il a confié cet enseignement montrent avec quel soin M. le professeur Ducuing a su ordonner ces cours sur des sujets d'actualité particulièrement difficiles à traiter.

M. Béclère a traité de la *radiothérapie des fibromes de l'utérus ;* M. André Chalier, du *traitement du cancer du rectum ;* M. Magrov, du *cancer des plantes ;* M. de Nabias, de *l'examen histologique dans la conduite de la thérapeutique des cancers par le radium ;* Mme Simone Laborde a étudié *la radiosensibilité des tissus et ses rapports avec le traitement des cancers ;* M. Louis Delherm, *l'aspect radiologique des tumeurs du poumon et du médiastin ;* M. A. Lacassagne, *les indications de la radiothérapie des sarcomes ;* M. J. Leclercq, *traumatisme et cancer.*

L'œuvre entreprise par M. le professeur Ducuing est particulièrement utile. Il convient de le féliciter sans réserve d'avoir bien voulu faire profiter le grand public médical de l'enseignement qu'il a si bien su organiser à Toulouse.

F. L. S.

(1) In-8. — Paris, Masson et Cie.

CONGRÈS

IIe SESSION D'ASSISES MÉDICALES DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Vingt-trois *assemblées départementales* de l'A. F. M. G. eurent lieu le 6 juin, sur « MAISONS A CANCER ». Les cliniciens régionaux y apportèrent une masse de documents *inédits*, illustrés de cartes, mentionnant l'emplacement successif et domiciliaire des cas de cancer soignés au cours de leurs longues carrières. Ces documents groupés firent l'objet des débats du 3 juillet aux *Assises nationales* de Paris.

A l'occasion de celles-ci, le professeur Paul Carnot, président de l'A. F. M. G., reçut ses collègues à l'Hôtel-Dieu et offrit la présidence des Assises à M. Charles Fiessinger (1re partie) et à M. le professeur Rathery (2e partie).

La discussion porta successivement sur les *zones à cancer*, les maisons à cancer, l'influence du sol, l'hérédité, la contagion.

Sur ces questions, des observations de foyers de village, de quartiers, de rues, de hameaux furent apportées par leurs témoins, les médecins de campagne de France, auxquels les Présidents exprimèrent la reconnaissance de tous pour l'originalité et la qualité de leurs fécondes recherches.

La controverse sur ces faits donna lieu à une discussion extrêmement animée, dans laquelle intervinrent successivement : MM. Paul Durand et Mariani (Eure-et-Loir) ; Hollier, Mauger et Charles Robert (Seine-et-Oise) ; Costes, Laroche et Queyroi (Dordogne) ; Duhamel (Lot-et-Garonne) ; Houssiau (Alpes-Maritimes) ; Chaton (Doubs) ; Piéchaud (Gironde) ; Chevrey et Marre (Loiret) ; Philippon (Finistère) ; Bourdinière (Ille-et-Vilaine) ; Barre (Vaucluse); Eschbach (Cher) ; MM. le professeur Clerc, Charles Richet fils, Jean Cathala, Jules Renault, Lesné, Louste, Pironneau, Georges Richard, Henri Béclère et Pochon (Paris).

M. Henri Godlewski, Secrétaire général, à la suite de ces importants débats, proposa les conclusions suivantes, qui furent adoptées unanimement :

« Les membres de l'Assemblée française de Médecine générale, réunis en Assises nationales, le 3 juillet 1932, estiment que :

« Le cancer n'est pas uniformément réparti dans l'espace et dans le temps. Il y a *des zones* à cancer et des zones qui en sont habituellement ou temporairement exemptes.

« A la campagne, où le cancer est souvent plus fréquent qu'à la ville, on distingue en effet des agglomérations épargnées et d'autres très affectées. Les cas de cancer sont parfois groupés en certains points très limités, en foyers de village, de quartier, de rue, de place publique. Ces foyers apparaissent, durant des années ou seulement quelques mois, puis s'éteignent parfois longtemps.

« Dans les villages où la population est stable, il n'est pas habituel, il n'est même pas fréquent d'observer deux cas dans la même maison à plusieurs années même de distances ; trois cas et plus sont rares. Les cas sont au contraire successivement répartis en des maisons différentes, dans les localités où le cancer est le plus fréquent, et comme s'il existait dans ces localités une cause prolongée de cancérisation.

« Les cancers de l'appareil digestif sont les plus nombreux, surtout ceux de l'estomac ; certaines régions sont tributaires de ceux-ci presque à l'exclusivité. Par contre, il est d'autres régions, plus rares, où cette forme est exceptionnelle.

« On ne trouve pas, dans la répartition des cas, d'influence géologique certaine.

« L'influence de l'hérédité n'est pas évidente dans la majorité des cas, mais on ne peut la nier. Dans certaines familles, il semble exister des prédispositions familiales qui favorisent l'apparition du cancer.

« Il n'est pas rapporté de cas convaincant de contagion directe par transmission d'homme à homme ; cependant, il est des observations cliniques qui, par leur troublant réalisme, suffisent à accentuer la nécessité de recherches ultérieures.

« Malgré l'incertitude de la transmissibilité du cancer, il y a lieu de se comporter comme s'il l'était et de conseiller pour en préserver l'application des règles d'hygiène, ainsi que les mesures de préservation sanitaire publique. »

NOTES DE PRATIQUE

AZOTÉMIE DES BRIGHTIQUES

Chez les malades atteints de néphrite chronique avec gros cœur, bruit de galop, rétention azotée, etc., l'Adonis agit surtout en soutenant le cœur, en l'aidant à lutter contre l'obstacle artériel (sclérose vasculaire, vasoconstriction toxique) et contre le barrage rénal. L'Adonis agit comme diurétique azoturique et dans cette médication, il est indiqué de prescrire la scille en alternant avec le Diurène, extrait total d'adonis vernalis, le véritable médicament de l'azotémie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ VINCENT
FRAEGER

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

— La *Gazette des hôpitaux* a le profond chagrin d'annoncer la mort du vénéré doyen de sa rédaction, le docteur Albert Brochin, chirurgien honoraire de l'hôpital Péan, ancien président de l'Association professionnelle des Journalistes médicaux, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Chaville, le 24 juillet 1932, dans sa 88e année.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — Après concours, M. le docteur Paul Véran a été nommé médecin des hôpitaux.

AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — L'article 11 de l'arrêté du 6 avril 1929 est ainsi modifié :

« Les candidats choisissent entre les divisions et catégories ci-après :

1re division : Biologie. — *Catégorie A*. — Anatomie. — Une composition sur une question d'anatomie macroscopique et une composition sur une question d'histologie et une question d'organogénèse. »

Les dispositions des articles 11 et 16 de l'arrêté du 6 avril 1929 sont complétées ainsi qu'il suit :

Art. 11. — Les candidats choisissent entre les divisions et catégories ci-après :

1re division : Biologie. — *Catégorie H* bis. — Pharmacologie et matière médicale. — Une composition sur une question de physiologie générale et pharmacodynamie et une composition sur une question de matière médicale chimique et naturelle.

Catégorie I bis. — Médecine légale. — Une composition sur une question de pathologie générale et une composition sur une question de médecine légale.

Catégorie J quater. — Urologie. — Une composition sur une question de pathologie générale chirurgicale et une composition sur une question de physiologie et pathologie urinaires.

Art. 16. — Les épreuves du concours du premier degré donnent accès aux épreuves du concours du deuxième degré suivant le tableau ci-après :

Catégorie H bis. — Pharmacologie et matière médicale, à la section 8 Pharmacologie et matière médicale.

Catégorie I bis. — Médecine légale, à la section 13 Médecine légale.

Catégorie J quater. — Urologie, à la section 19 Urologie.

Exceptionnellement, et pour le concours de 1932 seulement, le registre des inscriptions, pour les candidats aux trois catégories susvisées du concours du premier degré, sera ouvert dans les secrétariats des académies pendant deux mois à compter de la publication du présent arrêté. (*J. O.*, 18-19 juillet 1932.)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Sellier, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire.

— Lyon. — Ont reçu le diplôme d'hygiène :

Mention très bien. — MM. Chabannes, Juillet, Petchot-Bacqué, Escallon, Duguet.

Mention bien. — MM. Péret, Ferrari, Mme Giorgi, MM. Deramaix, Robert, Samari, Nik-Nafs, Olivier, Sautet, Hote-Bridon, Vincent.

Mention assez bien. — MM. Uchowsky, Cadéot, Perrier, Raponsky, Mlle Barral, MM. Chon, Spencer, Vernus, Bloch, Petit, Coulon, Roche, Mlle Delos, MM. Rousson, Franck, Mlle Grangette, MM. Parvanoff, Decay.

Mention passable. — MM. Prades, Bolot, Gellie, Rimbaut, Ben Drihem, Guiguen, Nedeltcheff, Grima, Saddier, Durrieu de Madron, Maurin, Coyault, Vittet, Rouvière, Salem.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. le docteur Paul Véran, ancien interne des hôpitaux de Paris et chef de cli-

nique à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé professeur suppléant de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Nantes.

M. le docteur Jean Urbain-Monnier est nommé chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes.

CONGRÈS

DOUZIÈME SESSION DES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

25-28 juin 1932 (1).

Pour la douzième fois les journées médicales de Bruxelles organisées par notre excellent confrère « Bruxelles Médical », viennent de remporter un éclatant succès. Après la belle manifestation de 1931 qui avait été consacrée à la mémoire de Fernand Widal, le programme de cette année a confirmé ce caractère d'*institution médicale annuelle* qui permet aux médecins de tous les pays de revoir en quelques heures les méthodes nouvelles et les découvertes les plus récentes dans les sciences médicales.

Cette année, tous les habitués des journées médicales se sont retrouvés à Bruxelles, les nouveaux étaient venus nombreux, et il semble bien que le record du succès ait été battu une fois de plus par nos amis Léopold Mayer, René Beckers, Raoul Bernard, les trois fondateurs des journées, sans oublier leurs fidèles collaborateurs Max Cheval, Albert Govaerts, Jacques Rosenthal, Eugène Tant.

La *séance inaugurale* a eu lieu comme de coutume dans le cadre magnifique du Palais des Académies.

En l'absence de S. M. la Reine, retenue à Paris, la séance a été présidée par M. le Premier Ministre Renkin.

Les allocutions d'usage furent prononcées par M. Henry Carton, ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène, par M. le Professeur Balthazard, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, au nom des délégués des gouvernements étrangers. Comme tous les ans, notre ami René Beckers, secrétaire général, donna lecture du Rapport annuel et se fit l'écho des préoccupations de nos confrères belges.

M. le professeur Fernand Héger, président des Journées médicales de 1932, prononça le discours d'ouverture.

Enfin la parole fut donnée au conférencier : M. Etienne Burnet, directeur adjoint de l'Institut Pasteur de Tunis, secrétaire de la Commission de la Lèpre de la Société des Nations. M. Burnet avait pris comme sujet : *Le Mystère de la Lèpre*. Nul mieux que lui ne connaît cette question qui intéresse l'humanité entière, mais plus particulièrement les grandes puissances coloniales.

M. Burnet étudia la lèpre au point de vue médical et bactériologique, au point de vue historique et au point de vue de l'avenir des colonies.

Son grand talent d'orateur, sa précision scientifique et l'élévation de sa pensée lui valurent un éclatant succès.

Les *réunions scientifiques* commencèrent dès le dimanche matin dans les beaux locaux de l'Université libre de Bruxelles. Elles débutèrent par l'inauguration de l'*exposition* d'instruments et de produits pharmaceutiques organisée avec le succès habituel par notre aimable confrère Jacques Rosenthal et par M. R. Lepière.

La disposition des auditoriums de l'Université permet à plusieurs conférenciers de parler en même temps. Les auditeurs n'eurent que l'embarras du choix pour entendre les conférences de MM. O. Weill (*Pathologie de l'artère pulmonaire*) ; d'Ernst (*L'Assurance responsabilité civile du médecin, au point de vue professionnel*) ; N. Waterman (*Les nouvelles données de la Cancérologie et leur intérêt pratique*) ; Carozzi (*Doit-on systématiser la médecine sociale ?*) ; J. François (*Technique et valeur des examens radiologiques pendant les opérations pour calculs du rein*) ; Rohmer (*Le rôle des infections parentérales dans les troubles digestifs du nourrisson*) ; Danielopolu (*Le rôle du système végétatif dans la production de certains syndromes paroxystiques : asthme, angine de poitrine, tachycardie paroxystique, épilepsie*) ; Vincent (*Les étapes d'une conception nouvelle de la pathogénie et du traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire*) ; M. Trusk (*Contribution à l'étude des hormones du corps jaune*) ; L. Devraigne (*Ruptures insidieuses de l'utérus gravide*) ; Maranon (*Recherches sur l'hormone corticale*) ; L. Giroux (*Les bradycardies*) ; Descomps (*Le traitement des douleurs fulgurantes du tabès et des algies rachidiennes par les injections intra et pararachidiennes*) ; L. Vanden Wildenberg (*Cancer du larynx*); Derscheid et Toussaint (*Etude sur la formation, l'évolution et le traitement chirurgical des adhérences pleurales au cours du pneumothorax artificiel*) ; Mistal (*L'endoscopie pleurale et la section d'adhérences*) ; Pascalis (*Réduction mécanique instantanée des fractures sous le contrôle simultané du double écran radioscopique face et profil*) ; Michaud (*La lithiase biliaire*) ; Tytgat (*Les indications opératoires en pathologie hépaticobiliaire*) ; Delrez (*Recherches sur la pathologie de l'obstruction intestinale*) ; Bosch-Arana (*Synchronisation chirurgicale*), etc.

Les matinées, comme de coutume, étaient consacrées à la visite des centres hospitaliers et aux séances opératoires.

Les réceptions furent aussi brillantes que réussies. Le samedi soir, au Cirque Royal, ce fut d'abord une merveilleuse démonstration de gymnastique avec le concours du célèbre Institut militaire d'Education physique, le Joinville belge. Le dimanche soir, la représentation de gala de la Monnaie, où on donnait *Boccace*, fut honorée de la présence de LL. AA. RR. le Duc et la Duchesse de Brabant. Le banquet officiel du lundi soir fut présidé par M. Carton, ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène. Il réunissait des membres du gouvernement, le corps diplomatique et plus de 200 médecins.

Il nous faudrait encore parler des visites, des promenades, des réceptions particulières données par le Ministre de l'Intérieur, par M. et Mme Fernand Héger et par les membres du Comité. Elles furent comme de coutume dignes de l'hospitalité belge et bien dignes aussi de la grande tradition des Journées Médicales de Bruxelles.

F. L. S.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

LA RADIOLOGIE EN 1931

PAR

Louis DELHERM et P. THOYER-ROZAT

CHEF — CHEF ADJOINT

DU SERVICE CENTRAL D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE LA PITIÉ

OS. CRANE. ARTICULATIONS

Les méthodes modernes de diagnostic des tumeurs cérébrales. (P. Cossa. *Avenir méd.*, mars 1931.) — Lorsque ni l'examen clinique approfondi, ni la radiographie classique du crâne n'ont permis de localiser une tumeur du cerveau, il reste encore aux neurochirurgiens toute une série de procédés d'exploration nouveaux basés sur le radiodiagnostic.

De ces différentes méthodes, deux surtout sont à retenir :

1° *La ventriculographie par l'air*, qui a fait largement ses preuves actuellement, consiste, après ponction du ventricule, à y injecter directement une certaine quantité d'air et à radiographier ensuite le malade sous différentes incidences : l'air ainsi injecté apparaîtra en clair sur les clichés, en donnant des images normales ou pathologiques susceptibles de permettre dans 90 % des cas une localisation exacte de la tumeur cérébrale.

La ventriculographie trouve ses principales indications :

a) Dans les tumeurs comprimant le tronc cérébral où le diagnostic clinique est souvent impossible ;

b) Dans les hydrocéphalies prononcées où les signes cliniques et radiologiques ont peu de valeur localisatrice ;

c) Dans les tumeurs intraventriculaires.

2° *L'encéphalographie artérielle* imaginée par Egas Moniz (de Lisbonne) consiste à injecter les artères encéphaliques à l'aide d'une solution d'iodure de sodium à 25 % pour les rendre visibles aux rayons X. Son application toutefois reste assez limitée, car seul le système sylvien est habituellement injecté et les régions qu'il irrigue sont celles dont les tumeurs peuvent être le mieux diagnostiquées par la clinique aidée de la radiographie osseuse. De plus la lecture des clichés ainsi obtenus n'est pas toujours très facile.

La ventriculographie par l'air reste donc en définitive la méthode de choix dans les cas difficiles.

Cf. — Symptômes et diagnostic des tumeurs cérébrales chez l'enfant. (Heuyer et Cl. Vogt. *VIIe Congrès des pédiatres de langue française*, oct. 1931.)

Pneumoventriculographie cérébrale : procédé de repérage ventriculaire du docteur Laruelle. (*Journ. de Radiol.*, sept. 1931.)

Indications et contre-indications de l'encéphalographie et de la ventriculographie. (Pendergrass (Philadelphie). *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 7 févr. 1931.)

Contribution à l'étude du diagnostic radiologique des tumeurs cérébrales. (Bisson et Guillaume. *IIIe Congrès de Radiol.*, Paris, juill. 1931.)

Les calcifications dans les tumeurs cérébrales. (Stuhl, David, Puech et Brun. *IIIe Congrès de Radiol.*, Paris, juill. 1931.)

Modifications osseuses dans les gliomes encéphaliques. (Puech, Berdet, Thoyer-Rozat et P.-H. Codet. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.)

Anatomie clinique et radiologique du 3e ventricule. (M. Balado, *La Semana med.* (Buenos Aires), 12 févr. 1931.)

La radiographie du canal optique. (R. Cassou, *Soc. de Rad. Méd. de France*, mai 1931.) — L'exploration radiologique du trou optique est susceptible de donner aux ophtalmologistes et aux neuro-chirurgiens des indications extrêmement utiles ; mais, jusqu'à présent, les méthodes employées restaient assez délicates. Se basant sur les données de l'anatomie, l'auteur propose une méthode relativement simple dans laquelle le malade reste dans une position facile à obtenir (front et nez sur la plaque) et où les déplacements de l'ampoule pour obtenir tantôt l'un tantôt l'autre trou optique, se font suivant une angulation déterminée à l'avance et toujours la même.

La lecture des clichés ainsi obtenus est d'une interprétation généralement aisée grâce aux repères osseux de voisinage (toit du sinus sphénoïdal, plafond de l'orbite) avec lesquels le trou optique est en rapport.

On peut aussi apprécier la forme du canal optique, ses contours et ses dimensions qui sont susceptibles de présenter des modifications parfois importantes au cours de certaines affections.

Signes radiologiques de l'épiphysite vertébrale douloureuse des adolescents. (A. Delahaye. *Journ. de Radiol.*, déc. 1931.) — L'épiphysite vertébrale des adolescents s'observe fréquemment au niveau des régions dorsales moyenne et inférieure du rachis.

Radiologiquement, les aspects qu'elle présente sont typiques et caractérisés par :

a) Une première phase de décalcification avec retard ou absence d'apparition des points épiphysaires et flou des contours ou même de la masse spongieuse centrale ;

b) Une deuxième phase de terminaison avec recalcification locale sous forme de traînées opaques particulièrement nettes le long des bords vertébraux, au voisinage immédiat des zones épiphysaires ;

c) Une troisième phase de séquelles anatomiques parmi lesquelles on voit parfois s'installer des déformations massives secondaires à la surcharge en inflexion et donnant lieu à une cyphose parfois très accusée. Localement on assiste à des altérations du disque intervertébral aboutissant à une véritable arthrite déformante avec parfois un aplatissement cunéiforme antérieur des corps très marqué.

Ceci permettrait de rattacher un grand nombre de cyphoses douloureuses de l'adolescence à une épiphysite vertébrale méconnue et non traitée. Il importe donc de faire précocement le diagnostic d'épiphysite vertébrale dès la

période des premières douleurs, avant l'apparition de la cyphose constituée.

Cf. — L'image radiographique des disques intervertébraux : leur transformation pendant la croissance et leurs modifications pathologiques. (H. JUNGHANNS (Dresde). *Fortschr. a. d. Geb. der Rœntg.*, mars 1931.)

L'exploration radiologique du rocher. (MAINGOT et SOURICE. *III*e *Congrès intern. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.) — Les auteurs ont, avec le docteur Moret, étudié un dispositif pour l'exploration radiologique de la mastoïde et des cavités pneumatiques de l'oreille.

Ne revenant pas sur la question des incidences, parfaitement mise au point, ils se sont seulement efforcés d'améliorer la technique, en insistant sur les trois points suivants :

1° Repérage facile des incidences, grâce à des dispositifs mécaniques donnant automatiquement les positions classiques temporo-fronto-occipito-tympaniques ;

2° Symétrie parfaite des deux côtés explorés au cours d'un même examen et obtention de clichés absolument superposables lors d'examens successifs ;

3° Utilisation des diaphragmes à grille oscillante qui augmentent la richesse en contraste des images.

La pratique prouve l'efficacité du procédé.

Cf. — Pratique et avantages de l'emploi de l'incidence sagittale oblique antéro-postérieure dans l'étude radiologique comparative des apophyses mastoïdes. (CRESPELLANI, (Florence). *III*e *Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.)

POUMONS. CŒUR. VAISSEAUX

De l'intérêt des examens radiologiques systématiques pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire. (L. DELHERM et P. THOYER-ROZAT. *Bull. de la Soc. de Radiol.*, janv. 1931). — Considérant que la radiologie étroitement associée à la clinique et au laboratoire est le plus simple et le plus sûr moyen de diagnostic de la tuberculose pulmonaire et estimant qu'il devient urgent — tant au point de vue économique que social — de la dépister très sévèrement, les auteurs proposent, pour que ce dépistage soit aussi précoce et aussi intégral que possible, de rendre systématique et obligatoire l'examen clinique et radiologique du thorax à différentes étapes de la vie :

1° *Chez l'enfant*, à l'école, par un examen annuel à la rentrée des classes ;

2° *Chez l'adulte : a*) à l'accès aux grandes écoles, administrations, ou entreprises industrielles ;

b) A l'occasion du service militaire (conseil de revision) ;

c) Au moment du mariage (examen prénuptial) ;

Et de consigner les résultats de ces examens successifs sur un carnet de santé individuel.

Cf. — Le dépistage préoce de la tuberculose pulmonaire par l'examen radiologique systématique. (L. DELHERM et P. THOYER-ROZAT. *Paris Méd.*, 7 févr. 1931.)

Du rôle social du radiodiagnostic dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire. (P. THOYER-ROZAT et L. DELHERM. *III*e *Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.)

Intérêt de l'examen radiologique dans la tuberculose pulmonaire. (SAMPSON et BROWN. *Amer. Journ. of Rœntg. and Radioth.*, févr. 1931.)

Sur un cadastre radiologique dans l'examen en série pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire. (WIUVOROWSKI et BODECKER, *Forstch. a. d. Geb. d. Rœntg.*, vol. 43, 1931).

Les examens radioscopiques systématiques, moyen de prévoyance sociale. (GILBERT (Genève). *Presse Méd.*, 12 déc. 1931.)

Le dépistage de la tuberculose dans l'armée. (JULLIEN (Grenoble). *VII*e *Congrès Nat. de la tuberculose*, Bordeaux, mars 1931.)

Recherches sur la tuberculose des enfants à l'école : importance pour l'enfant, les parents, la communauté. (HOWARD A. BELL (Saint-Louis). *The Journ. of Missouri State Med. Assoc.*, sept. 1931.)

Médecine préventive pulmonaire et radiographie. (JAUBERT DE BEAUJEU. *Paris Méd.*, 12 déc. 1931.)

Aspects radiologiques de la syphilis pulmonaire. (DARBOIS et SOBEL. *Bull. de la Soc. de Radiol.*, juin 1931.) — Les aspects radiologiques de la syphilis pulmonaire sont essentiellement variables ; les principaux sont :

La gomme, qui donne une ombre arrondie, irrégulièrement bosselée et souvent polycyclique ; son opacité est rarement uniforme et souvent maculée de taches foncées ; à son pourtour se voient, fréquemment, des taches irrégulières de sclérose rétractile ; souvent enfin la gomme peut s'excaver (mie de pain).

L'amas scléro-gommeux se révèle à l'écran par des zones sombres zébrées de lignes plus ou moins foncées, irrégulièrement réticulées, à contours flous.

Les déformations rétractiles cicatricielles, donnant des images étoilées ou de larges travées de sclérose enfermant dans leurs mailles des noyaux plus ou moins opaques.

La sclérose nodulaire syphilitique, dont l'aspect radiologique est assez analogue à celui d'une granulie en pleine évolution.

Maladie-protée, la syphilis pulmonaire peut réaliser tous les aspects, mais ce qui domine cependant, c'est la présence de déformations cicatricielles et l'importance du processus scléreux coexistant avec d'autres lésions en activité.

Le diagnostic radiologique des abcès du poumon. (LAZEANU (Bucarest). *III*e *Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.) — La radiologie joue un rôle de premier plan dans le diagnostic des abcès du poumon.

Dans la plupart des cas, on observe l'image classique hydro-aérique ; quelquefois, l'expression radiologique de l'abcès du poumon consiste dans une opacité diffuse plus ou moins homogène occupant une partie d'un lobe ou un lobe entier ; si on fait des examens successifs à de courts intervalles, il n'est pas rare de voir apparaître au milieu de cette opacité une petite tache claire qui se transforme ensuite en image hydro-aérique typique. Quelquefois on voit apparaître plusieurs images hydro-aériques (abcès multiples), mais il peut arriver aussi que l'opacité uniforme reste l'image constante du processus suppuratif pendant toute son évolution ; on a généralement affaire dans ce cas à de petits abcès multiples développés dans le poumon hépatisé.

Les abcès qui guérissent spontanément laissent quelquefois des taches opaques formées par le tissu scléreux cicatriciel.

Si l'intervention chirurgicale s'impose, l'examen radiologique la facilitera beaucoup en indiquant la meilleure voie d'accès.

L'image radiologique des abcès du poumon n'étant pas toujours caratéristique, des erreurs de diagnostic sont possibles : il faut toujours associer la radiologie à la clinique.

Le diagnostic différentiel de l'abcès du poumon avec la pleurésie interlobulaire est une question de très grande importance. Il ne faut pas non plus confondre l'abcès du poumon avec la gangrène pulmonaire, les dilatations bronchiques, le cancer du poumon, etc.

Cf. — Abcès du poumon. (G. PAISSEAU, *Avenir Méd.*, mars 1931.)

Diagnostic radiologique du cancer du poumon. (HICKEL et BELOT. *IIIe Congrès intern. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.) — Le cancer métastatique du poumon se présente le plus souvent sous la forme d'éléments nodulaires uniques ou multiples, dont les dimensions varient du simple point (forme hématogène) à des masses considérables.

On peut observer également une image arrondie unique, dont le volume et la densité sont variables et qu'il faudra savoir distinguer d'avec le kyste hydatique, l'abcès fermé du poumon, la pleurésie enkystée, l'anévrisme de l'aorte, etc., etc.

Le cancer du poumon peut encore révéler une *forme lobaire* (qu'il ne faut pas confondre avec une lobite tuberculeuse ou une symphyse pleurale étendue), une *forme juxta-médiastinale* (avec élargissement très marqué du hile qui simulera très souvent la maladie de Hodgkin), ou *médiastino-pulmonaire* (difficile à différencier de la tuberculose pulmonaire), une *forme pleurale* massive, homogène, occupant tout le thorax, et de diagnostic souvent impossible.

Il faut savoir enfin que le cancer du poumon peut s'excaver, simulant la caverne pulmonaire ou l'abcès du poumon.

Malgré les difficultés de l'interprétation, l'examen radiologique apporte des renseignements de premier ordre : il a permis, en se vulgarisant, de constater que le cancer primitif du poumon est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croyait jadis, et, qu'au début du moins, les signes cliniques sont souvent à peu près nuls.

Cf. — Les éléments radiologiques dans le diagnostic du cancer primitif du poumon. (R. HUGUENIN. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.)

Du radiodiagnostic des tumeurs de la cavité thoracique. (WEISZ. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.)

Technique et indications des injections de lipiodol pour le radio-diagnostic des affections des voies respiratoires (P. COTTENOT. *Arch. Méd.-chir. de l'app. respir.*, T. VI, n° 2, 1931.) — Le lipiodol, dont l'innocuité pour la muqueuse bronchique est à peu près totale, peut être injecté soit par la voie transglottique, soit par la voie sous-glottique (intercrico-thyroïdienne). Il est prudent toutefois de ne pas utiliser cette méthode chez les tuberculeux (risque de poussées congestives et d'hémoptysies).

En se répandant dans les bronches, le lipiodol fournit de précieux renseignements sur leur calibre (dilatations cylindriques, dilatations ampullaires).

Dans l'abcès du poumon, le lipiodol pénètre rarement dans la cavité même, mais en dessine généralement les contours sous forme d'arborisations normales à sa périphérie ; les pleurésies enkystées ne s'injectent aussi qu'exceptionnellement.

On peut utiliser enfin le lipiodol pour explorer un trajet fistuleux thoracique communiquant avec la cavité pleurale ou les bronches.

Cf. — L'exploration lipiodolée dans la dilatation des bronches. (F. BORDET. *Arch. Méd.-chir. de l'app. respir.*, févr. 1931.)

Le remaniement nosologique de la dilatation des bronches par l'application systématique du lipiodo-diagnostic. (SERGENT, COTTENOT, COUVREUX, POUMEAU-DELILLE. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.)

Le diagnostic radiologique de l'adénopathie trachéo-bronchique. (Ch. LESTOCQUOY. *Cahiers de Radiologie*, avril 1931.) — Tout en reconnaissant l'utilité de l'examen radioscopique, l'auteur estime que le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique exige pour être complet un contrôle radiographique.

La radiographie elle-même doit comporter non seulement une épreuve de face, mais aussi une épreuve de profil vrai (et non de trois-quarts). C'est seulement dans cette position que l'on pourra réellement apprécier l'importance des groupes ganglionnaires et leur situation exacte. Cet examen délicat demande une technique un peu particulière, mais donne des résultats extrêmement intéressants.

Cf. — Radiographie du thorax de profil chez l'enfant. (A. CHÉRON. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.)

Le diagnostic des manifestations initiales de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. (ARMAND-DELILLE. *Soc. des Méd. des Disp. de l'O.P.H.S.*, 20 avril 1931.)

TUBE DIGESTIF

Les méthodes d'imprégnation de la muqueuse gastro-duodénale. (VASSELLE. *Cahiers de Radiologie*, oct. 1931). — L'étude radiologique du relief de la muqueuse gastro-intestinale constitue l'un des derniers progrès de la radiologie des voies digestives. C'est un procédé qui n'est nullement destiné à remplacer les méthodes classiques habituelles, mais seulement à les compléter dans certains cas particuliers, lorsqu'on cherche par exemple à dépister un néoplasme au début ou un ulcère passé inaperçu au cours de l'examen par la technique ordinaire du repos ou du lavement opaque, en un mot chaque fois qu'un résultat négatif se trouvera en contradiction avec le syndrome clinique.

La technique de l'examen est relativement simple : il suffit de mettre en contact avec la muqueuse à étudier une faible quantité de substance opaque (soit la gélobarine ordinaire, soit des substances plus appropriées — umbrathoc, thorotrast, etc.), qui s'étalera en couche mince sur la muqueuse et en dessinera tous les plis.

Interprétation des résultats. Il faut donc connaître très exactement l'aspect normal de la muqueuse gastro-intestinale pour pouvoir en reconnaître et en interpréter les images anormales. C'est la disposition des plis (image étoilée par convergence des plis vers le centre de l'ulcère), leur atténuation sur une zone limitée (généralement typique d'un néoplasme au début), qui constituent actuellement les aspects anormaux les mieux connus et les plus typiques. Mais si intéressante que soit cette méthode, encore à ses débuts il est vrai, elle reste actuellement une méthode d'exception, dont l'interprétation est très délicate et exige une grande habitude et beaucoup de prudence.

Cf. — Un procédé simple d'étude des plis de la muqueuse gastrique. (R.-A. GUTTMANN et NEMOURS AUGUSTE. *Presse Méd.*, 7 nov. 1931.)

L'examen radiologique de la muqueuse gastro-duodénale. (LEDOUX-LEBARD et Garcia CALDERON. *Paris Méd.*, 7 févr. 1931.)

Etude expérimentale des plis de la muqueuse digestive. (H. BECLÈRE et PORCHER. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.)

Notre expérience de la radiographie des plis de la muqueuse gastrique. (GUNSETT et SICHEL. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.)

Le relief de la muqueuse gastrique en radiologie et sa valeur clinique (GASSUL et GOLDSTEIN. *IIIe Congrès Intern. de Radiol., Paris*, juill. 1931.)

Les plis de la muqueuse gastrique. Etude comparative de leur expression radiologique, des aspects macroscopiques et des lésions histologiques. (P. DUVAL, J.-C. ROUX, H. BÉCLÈRE et MOUTIER. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.)

L'importance diagnostique de l'examen radiologique des plis de la muqueuse du gros intestin. (GYORGYI (Budapest). *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.)

La muqueuse du gros intestin : ses aspects radiologiques normaux et pathologiques. (KNOTHE (Berlin). *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.)

Le relief de la muqueuse gastrique en radiologie. (O. DYES. *Fortsch. a. d. Geb. der Rœntg.*, janv. 1931.)

Etude des muqueuses digestives par des colloïdes opaques : imprégnation de la muqueuse du gros intestin avec l'umbrathor. (J. KADRNKA. *Journ. de Radiol.*, nov. 1931.)

L'examen de la muqueuse des voies digestives au moyen de l'umbrathor. (GILBERT et KADRNKA. *Soc. de Rad.*, mars 1931.)

Etude radiologique de la muqueuse gastrique. (F. RAMOND et JACQUELIN. *Soc. de Gastro-Entérologie*, 9 févr. 1931.)

Etude radiologique de la muqueuse gastro-duodénale. (LEDOUX-LEBARD et Garcia CALDERON. *Soc. de Gastro-Entérol.*, 12 janv. 1931.)

Diagnostic radiologique de l'ulcère du duodénum. (NÉMOURS-AUGUSTE. *Soc. Méd. des Prat.*, avril 1931.) — L'ulcère du duodénum peut siéger sur une des faces ou sur un des bords.

Il y a quelques années, on s'efforçait d'étudier le bulbe duodénal en replétion maxima pour découvrir les modifications des bords.

D'après les travaux d'Akerlund, on recherche l'ulcère de la face du bulbe et depuis que l'attention est attirée sur cette localisation, elle se montre la plus fréquente. Il est alors préférable d'étudier le bulbe en replétion minima.

Par différents procédés (compression, examen en couche mince) on arrive à bien mettre en évidence ces ulcères, qui sont généralement à fond plat.

Cf. — L'ulcère duodénal. (R.-A. GUTMANN. *Monde Méd.*, 1er juill. 1931.)

Indications respectives de la radioscopie et de la radiographie dans les maladies du tube digestif. (R.-A. GUTMANN. *Presse Méd.*, 14 févr. 1931.)

A propos de l'ulcère duodénal de face. (R.-A. GUTMANN. *Soc. de Radiol.*, 13 oct. 1931.)

Les résultats radiologiques de l'exploration cœco-appendiculaire après ingestion de sulfate de baryum. (NADAL et BELOT. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.) — La radioscopie nous renseigne sur le siège, la localisation douloureuse, la mobilité viscérale, dans les affections cœco-appendiculaires. A distance, elle nous permet d'étudier le transit digestif, les troubles réflexes, de grouper des syndromes viscéraux qui aideront à préciser l'étiologie.

Mais cet examen doit être complété par la radiographie ; celle-ci montre la constance des images atypiques et en précise la forme.

Sans vouloir baser sur l'examen radiologique seul un diagnostic d'appendicite, les auteurs en indiquent les signes importants de probabilité.

Dans l'étude complexe du carrefour de la fosse iliaque droite, le radio-diagnostic permet de rechercher quel est le viscère en cause. On peut ainsi faire une synthèse de signes, établir des syndromes radiologiques et éclairer le diagnostic souvent si délicat des affections de la région cœco-appendiculaire.

Cf. — Contribution radiologique au diagnostic de l'appendicite et de la périviscérite iléo-cœcale. (E. PIOT et PICARDA. *Presse Méd.*, 7 nov. 1931.)

Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique (P. JACQUET et GALLY. *Société Méd. des Hôp.*, 16 janv. 1931, et *Presse Méd.*, 14 mars 1931.)

De l'examen radiologique du carrefour inférieur au cours de l'appendicite chronique. (S. KADRNKA et SARASIN. *Soc. de Radiol.*, 7 juill. 1931.)

Spasmes cœcaux, retard iléal et appendicite chronique. (COLANÉRI, *Soc. de Radiol.*, mai 1931.)

La radiologie du grêle terminal (l'anse iléale pré-cœcale). (GATELLIER, MOUTIER, P. PORCHER. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.)

A propos du diagnostic radiologique de l'appendicite chronique. (Guy LAROCHE, BRODIN et RONNEAUX. *Soc. Méd. des Hôp.*, févr. 1931.)

Etude radiologique de la stase duodénale (DE WITTE (Bruxelles). *Soc. Belge de Gastro-Entérol.*, juin 1931.) — Les symptômes radiologiques de la stase duodénale sont :

Le transit duodénal retardé : ce retard est surtout important pendant la période d'hyposystolie du duodénum ;

La déformation du duodénum : elle est assez variable, mais la dilatation est surtout marquée aux coudures et en avant des coudures. Il existe fréquemment une dilatation sus-mésocolique, à cheval sur le méso-colon. La dilatation bulbaire donne lieu quelquefois à un aspect de faux diverticule ;

Les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques répétés, prolongés et par conséquent anormaux.

Dans la stase mécanique il faut distinguer deux types radiologiques de stase : la stase influencée par la position du malade ou par la palpation, et la stase par sténose à type fixe.

Cf. — Les occlusions chroniques du duodénum. (LEVEUF. *Revue critique de Pathologie et de Thérapeutique*, janv. 1931.)

Cholécystographie et rythme d'élimination par le foie de la tétraiodophénolphtaléine. (DELREZ et PARIS (de Liége). *Presse Méd.*, 21 janv. 1931.) — Des expériences faites par les auteurs *in vivo*, il résulte que l'opacification de la vésicule peut apparaître à des heures très variables et notablement inférieures (4 heures dans un cas), ou supérieures aux limites généralement admises (12 à 18 heures). L'enrichissement en iode de la bile hépatique est incontestablement supérieure après injection qu'après ingestion.

Enfin l'intensité de l'élimination iodée, qui est généralement liée à la fonction hépatique, peut être diminuée, au point que la vésicule reste invisible, sans cependant qu'elle soit elle-même en cause.

1° On ne peut donc attribuer une valeur absolue aux épreuves chhlécystographiques négatives faites dans les délais habituels de 10 à 18 heures après l'injection de tétraiode.

2° L'invisibilité de la vésicule à l'épreuve cholécystographique n'est pas nécessairement ni exclusivement un indice d'affection vésiculaire : un rythme très lent, on très bas, d'élimination iodée n'atteignant pas le taux nécessaire à l'opacification de la vésicule, peut dépendre exclusivement d'un trouble fonctionnel du foie.

Cf. — L'exploration radiologique dans la cholécystite et la lithiase biliaire. (DESJARDINS. *Journ. de Radiol.*, février 1931.)

Comparaison des résultats fournis par le drainage de la bile et la cholécystographie au point de vue du diagnostic de la lithiase vésiculaire. (BOCKUS. *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, janv. 1931.)

Comment interpréter une cholécystographie négative. (SARLES. *Cahiers de Radiologie*, oct. 1931.)

La vésicule exclue : son diagnostic par le tubage duodénal et la cholécystographie. (SARLES et GARCIN (Marseille). *Arch. des Mal. de l'appar. digestif et de la nutrition*, mars 1931.)

Sur l'examen radiologique de la vésicule biliaire. (NEMOURS-AUGUSTE. *IIIe Congrès Internat. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.)

Cholécystographie par voie buccale. (W. STEWART et ILLICK (New-York). *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.)

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE. OBSTÉTRIQUE

La radiologie en obstétrique. (M. GRUNSPAN DE BRANCAS. *Journ. de Radiol.*, juin 1931.) — Grâce aux perfectionnements de technique, la radiologie obstétricale est susceptible de fournir actuellement des renseignements très intéressants.

Outre le diagnostic de la grossesse même qui peut se faire maintenant dès le 3e ou le 4e mois, l'examen radiologique renseigne sur : a) *la présentation*, que les difficultés du palper rendent parfois impossible à déterminer de façon précise ;

b) *le diagnostic de grossesse simple ou gémellaire* ou même triple ;

c) *les anomalie fœtales* (hydrocéphalie, anencéphalie) ;

d) *la mort du fœtus in utero* qui se traduit par un chevauchement caractéristique des os du crâne ;

d) *le diagnostic de grossesse ectopique* que l'on peut confirmer au besoin par une injection intra-utérine de lipiodol ;

e) *l'étude des positions* de l'enfant pendant les différentes phases du travail ;

f) *la forme et les viciations du squelette du bassin* de la mère dont l'étude intéresse particulièrement l'accoucheur et dont les mesures données par les différents procédés de radiopelvimétrie lui sont souvent d'une très grande utilité.

Cf. — Radiologie et diagnostic avant terme des monstruosités fœtales : l'anencéphalie (VIALLET, GAUDIN et CLAUSSE. *Gynécologie et Obstétrique*, janv. 1931.)

Hystéro-salpingographie et stérilité féminine. (Cl. BÉCLÈRE. *IIIe Congrès intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.) — L'hystérosalpingographie est indiquée pour le diagnostic des lésions intra-utérines et des tumeurs pelviennes, mais surtout, dans les cas de stérilité, pour l'étude de la perméabilité tubaire : le but en est à la fois diagnostique et thérapeutique.

Elle renseigne sur la forme et le développement de la cavité utérine et sur la perméabilité partielle, totale ou nulle des trompes, et, dans ce cas, précise le siège de l'obturation.

Les indications données par cet examen permettent déjà d'orienter la thérapeutique, mais cette exploration à elle seule a souvent pour effet de rétablir la perméabilité des trompes jusqu'alors obturées.

L'hystéro-salpingographie exige une technique rigoureuse et la collaboration intime du radiologiste et du gynécologue.

Cf. — Que peut-on attendre de l'exploration radiologique des trompes au point de vue diagnostic et traitement en gynécologie ? Technique et contre-indications. R. PETIT. *Soc. Méd. des Prat.*, août 1931.)

Etude comparative des pyélographies intra-veineuse et instrumentale. (LEGUEU, FEY et TRUCHOT. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, *Paris*, juillet 1931.) — D'après les nombreux cas observés dans leur pratique, les auteurs formulent les conclusions suivantes :

Au point de vue de la sécrétion, la pyélographie intraveineuse semble être une méthode infidèle ; dans la majorité des cas, on ne peut pas tirer de déduction ferme, et, ce qui est plus grave, dans un certain nombre de cas, les indications obtenues sont en contradiction avec celles de l'examen fonctionnel.

Au point de vue de la morphologie, la pyélographie intraveineuse donne d'excellents résultats, mais avec des images moins nettes que celles de la pyélographie instrumentale. Un des inconvénients de la méthode intraveineuse c'est de donner une image des cavités rénales en état de dilatation, si bien que la méthode ne peut pas servir à l'étude des petites hydronéphroses.

Au point de vue de la fonction d'excrétion, la pyélographie intraveineuse ne permet pas l'étude de la motricité pyélique et urétérale, ceci non point parce que l'ombre est trop faible, mais parce que l'urosélectan et l'abrodil semblent déterminer une atonie de tout le système musculaire et suppriment ses mouvements.

Cf. — Méthodes urographiques descendante et ascendante comparées dans l'appréciation morphologique des cavités réno-urétérales. (BIANCHINI (Rome). *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Technique et résultats cliniques de l'urétéro-pyélographie rétrograde ou ascendante. (CHEVASSU et MORET. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Urographie intraveineuse. (W.-F. BRAUSCH (Rochester). *Amer. Journ. of Rœntg. and Radioth.*, février 1931.)

Pyélographies à l'abrodil par voie intraveineuse et intrarectale. (SICHEL et BOECKEL. *Paris Méd.*, 7 févr. 1931.)

La néphro-pyélographie et sa valeur clinique : une nouvelle substance injectable dans les veines : l'abrodil (H. WOHLERS et S. KADRNKA. *Presse Méd.*, 7 oct. 1931.)

La pyélographie intraveineuse par l'abrodil (NEMOURS-AUGUSTE. *Soc. de Rad. Méd. de France*, mars 1931.)

L'exploration radiologique de l'urèthre à l'aide du lipiodol (uréthrographie). (LEPENNETIER et BELOT. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.) — Cette méthode d'examen pratiquée autrefois avec des sondes opaques, comporte actuellement l'injection de 30 cent. cubes environ de lipiodol; immédiatement suivie de la prise de trois radiographies : une de face et deux en oblique droite et gauche.

Les résultats sont intéressants, car ils donnent l'image du moule parfait du conduit uréthral avec ses courbures, ses dilatations, ses rétrécissements, ses diverticules prostatiques, congénitaux ou acquis. Cet examen donne également d'utiles renseignements dans les anciens abcès prostatiques, dans le cancer de la prostate, l'adénome prospatique, les lésions du veru-montanum, les déformations du col vésical, etc.

Cette exploration indolore et sans inconvénient pour le patient doit entrer dans la pratique urologique journalière et exige la collaboration intime et étudiée de l'urologiste et du radiologiste.

Cf. — L'exploration radiologique de l'urèthre masculin (uréthrographie) et de la prostate (LEDOUX-LEBARD, GARCIA COLDEROU et PETETIN. *Journ. de Radiol.*, septembre 1931.)

RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie surrénale dans les gangrènes sèches. (ZIMMERN CHAVANY, BRUNET, *Journ. de Radiol.*, juillet 1931.) — Qu'elle apparaisse au cours de la maladie de Raynaud chez les sujets âgés, ou de la maladie de Buerger chez les sujets plus jeunes, la gangrène sèche est une complication redoutable de l'artérite oblitérante, contre laquelles les essais thérapeutiques tentés jusqu'à présent restaient souvent inefficaces.

Se basant sur les travaux de Von Oppel et de Leriche, les auteurs se sont efforcés d'obtenir par la radiothérapie une action analogue à celle que peut donner la surrénalectomie. Les résultats en ont été des plus encourageants et parfois même surprenants. Dès les premières séances de radiothérapie, on assiste à l'arrêt de l'évolution des lésions, puis à la régression des signes objectifs (atténuation de la cyanose cutanée, réchauffement des régions asphyxiques, apparition du sillon d'élimination limitant les tissus nécrosés) et des signes subjectifs (diminution rapide puis disparition de la douleur).

La technique utilisée par les auteurs consiste à irradier successivement les deux régions surrénales par deux champs latéraux de 10 centimètres de diamètre centrés sur la 12e côte en arrière en obliquant les deux faisceaux d'arrière en avant et de dehors en dedans de manière que leurs axes s'entrecroisent au-devant des corps vertébraux. Le rayonnement utilisé est moyennement pénétrant (130.000 volts) et filtré sur 5 millimètres d'aluminium. La dose à la peau est de 400 à 500 R. par séance et par champ, avec un total de 1.600 à 2.000 R. répartis sur 8 à 10 jours. Après un repos de 15 à 20 jours, on refait une seconde série : quelquefois une troisième, rarement une quatrième série, peuvent être nécessaires dans les cas graves ou rebelles.

Il est encore prématuré de donner une explication physio-pathologique des résultats obtenus, mais il est très vraisemblable qu'il s'agisse avant tout d'une action sur le sympathique.

Cf. — Radiothérapie des gangrènes sèches par irradiations de la région surrénale. (ZIMMERN, CHAVANY, BRUNET. (*Presse Méd.*, 15 juillet 1931.)

L'irradiation de la région surrénale dans les gangrènes artéritiques. (ZIMMERN, CHAVANY, BRUNET. *IIIe Congrès intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Etudes thérapeutiques sur la radiothérapie fonctionnelle neuro-glandulaire et particulièrement sur la radiothérapie de la région des capsules surrénales. (DESPLATS (Lille). *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

L'irradiation des régions surrénales dans le traitement de l'artérite oblitérante et de quelques autres syndromes artériels douloureux. (DESPLATS et LANGERON (Lille). *Cahiers de Radiol.*, janv. 1931.)

Radiothérapie surrénale dans les gangrènes sèches. (ZIMMERN, CHAVANY, BRUNET. *Soc. de Méd. de Paris*, 28 nov. 1931.)

Considération sur le traitement de la poliomyélite antérieure aiguë. (*Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, juillet 1931.) — L. DELHERM. Paris. — Certains disent que la radiothérapie a « révolutionné » le pronostic de la paralysie infantile. L'auteur estime qu'il faut accepter avec prudence cette manière de voir.

Le professeur Bordier estime que la radiothérapie doit être appliquée aussitôt que possible, même pendant la période d'infection et que les résultats qu'on en peut attendre sont d'autant meilleurs que le traitement a été plus précoce.

Or c'est justement à cette période que les régressions spontanées des paralysies sont les plus étendues, ce qui peut transformer complètement le pronostic primitivement porté.

Dans ces conditions, il est difficile de discriminer ce qui revient à l'action du traitement ou à la régression spontanée.

Pour se faire une opinion, il convient d'accumuler des observations, de comparer les statistiques dans lesquelles la radiothérapie n'a pas été utilisée.

En attendant, comme il est démontré que la radiothérapie, aux doses classiques de Bordier ou de Duhem ne comporte aucun danger, il ne faut pas s'abstenir de l'appliquer.

La diathermie nous paraît être un excellent moyen de calorification et par conséquent de nutrition du membre malade. Elle doit être utilisée concurremment avec les autres moyens de calorification dans tous les cas où c'est nécessaire, surtout quand il existe des troubles vaso-moteurs.

On doit lui associer le *courant excito-moteur* voltaïque puis faradique aussitôt que possible. Ce traitement combiné ou non au *courant voltaïque constant* qui depuis Duchenne de Boulogne a fait amplement ses preuves — et que Bordier préconise aussi — a été, on ne sait pourquoi, distrait des méthodes de traitement. C'est un tort parce qu'on lui doit, soit employé par le médecin, soit même employé par les parents, d'excellents résultats.

Poliomyélite antérieure aiguë et méthode de Bordier. (L. TIXIER et G.-RONNEAUX. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.* Paris, juillet 1931.) — La méthode préconisée par Bordier dans la poliomyélite consiste dans l'association de la *radiothérapie médullaire précoce* immédiatement après la période fébrile, de la *diathermie* dans l'intervalle des séances de radiothérapie sur les membres en hypothermie et dès que celle-ci a disparu, de *galvanothérapie* contre les atrophies pour aider à la réparation et aux suppléances.

Les auteurs ont été frappés de la rapidité des améliorations après les applications de radiothérapie.

Cf. — Comment traiter une paralysie infantile? (MOREL-KAHN. *Cahiers de Radiologie*, janvier 1931.)

Poliomyélite et méthode de Bordier. (RONNEAUX, *Bull. de la Soc. Franç. d'Electrothérapie et de Radiologie*, février 1931.)

Considérations sur la radiothérapie dans la poliomyélite. (LICHAUD, *Bull. de la Soc. Franç. d'Electroth. et de Radiol.*, mai 1931.)

La physiothérapie dans le traitement de la poliomyélite. (DUHEM, *Presse méd.*, 18 mars 1931.)

Le traitement de Bordier chez les enfants poliomyélitiques. (L. TIXIER, *Soc. de Pédiatrie*, 17 mars 1931.)

A propos du traitement physiothérapique de la poliomyélite. (L. TIXIER et RONNEAUX. *Monde méd.*, 15 janv. 1931.)

Electroradiothérapie ou chirurgie dans la maladie de Graves ? (DELHERM et MOREL-KAHN. *Monde méd.*, décembre 1931.) — Après avoir hautement préconisé la rœntgenthérapie dans la maladie de Graves et contribué ainsi à faire accepter et répandre ce mode de traitement, certains auteurs, en particulier des Américains, ne lui reconnaissent plus aujourd'hui aucune valeur.

L'électro-radiothérapie qui pendant longtemps a fait universellement ses preuves dans l'hyperthyroïdie aurait-elle perdu brusquement toute vertu curative ?

Une étude serrée des faits montre qu'il n'en est rien puisque les statistiques publiées par de nombreux auteurs et par nous-mêmes montrent que la guérison complète, ou le retour à la vie normale, peuvent être obtenus en quelques mois, sans risques, dans une proportion qui oscille autour de 75 % des cas.

Si l'on a vu, autrefois surtout, des lésions graves de la peau consécutives à la rœntgenthérapie, on ne saurait nier que ce soient là, de nos jours, des faits exceptionnels entre les mains de médecins avertis. Rappelons aussi que bien des échecs de la rœntgenthérapie pourraient être évités si une pratique plus constante de l'épreuve du métabolisme basal permettait de ne traiter que des cas de goitre exophtalmique vrais.

Nous ne pouvons conclure des statistiques que nous avons consultées que la chirurgie donne mieux et plus vite.

Si la mortalité a été peu à peu réduite entre des mains expertes, ce risque n'est pas négligeable, pas plus que celui des poussées d'hyperthyroïdie post-opératoires passagères, des autres complications possibles, des inesthétiques cicatrices ; de la durée nécessaire après l'intervention, et qui peut atteindre parfois un an, pour obtenir une guérison fonctionnelle qui n'est souvent que très incomplète et qui nécessite un traitement iodé post-opératoire. Quelques malades ne viennent-ils pas aussi, comme nous le voyons souvent, chercher dans les méthodes physiothérapiques un remède à l'insuffisance des résultats chirurgicaux ?

C'est pourquoi nous concluons, que dans l'immense majorité des cas, les syndromes d'hyperthyroïdie ne constituent pas, sauf exception, des affections « chirurgicales d'emblée ».

Ils sont d'emblée chimio-physiothérapiques, ils ne deviennent « chirurgicaux » que lorsque le traitement précité, soigneusement suivi pendant un minimum de six mois, contrôlé par l'examen clinique et l'épreuve du métabolisme basal, n'a donné aucun des résultats que l'on est en droit d'en attendre.

Technique et résultats de la rœntgenthérapie de la maladie de Basedow. (P. Gibert et I. Solomon. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.) — La thérapeutique de la maladie de Basedow a donné lieu ces temps derniers à des discussions importantes qui ont manqué fréquemment de base objective.

Une formule simple permet de résumer ces indications :

1° dans les syndromes hyperthyroïdiens peu accusés : iodothérapie ; en cas d'échec, rœntgenthérapie ;

2° dans les syndromes thyroïdiens marqués au point de vue intensité ou durée : rœntgenthérapie ;

3° dans les syndromes basedowiens avec métabolisme voisin de la normale mais dans lesquels il existe une sympathicotomie élevée : galvanothérapie.

4° dans les syndromes thyroïdiens non influencés par la rœntgenthérapie, traitement chirurgical par des chirurgiens spécialisés.

Cf. — A propos du traitement de la maladie de Graves-Basedow par l'électro-radiothérapie. (Morel-Kahn et Delherm. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Rœntgenthérapie de la maladie de Basedow. (Serrand et Belot. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Résultats de la rœntgenthérapie de la maladie de Basedow. (Schlecht. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Radiothérapie du goitre exophtalmique. (Jugenbourg. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juill. 1931.)

Les causes de succès et d'échec dans le traitement radiothérapique de la maladie de Basedow. (Hess et Schlecht. *Münch. Med. Woch.*, 9 janv. 1931.)

A propos des accidents et des incidents post-radiothérapiques dans le traitement des hyperthyroïdies. (F. Sluys (Bruxelles). *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, avril 1931.)

Rœntgenthérapie de la maladie de Basedow. (Serrand, *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, août 1931.)

Le traitement radiothérapique de l'angine de poitrine. (Bertrand et Labeau. *Bull. de la Soc. de Radiol.*, mars 1931.) — La radiothérapie est indiquée dans tous les cas de souffrance du plexus cardiaque et particulièrement chez les malades qui présentent des crises nettes d'angor avec douleurs rétro-sternales s'irradiant vers le cou et le bras gauche, malades hypertendus ou non, mais ne présentant pas de lésions orificielles ni d'insuffisance cardiaque.

Elle paraît agir favorablement dans ces cas, mais d'une manière inconstante cependant et avec un risque d'exacerbation légère des crises au début du traitement.

La technique employée par les auteurs est celle de Nemours et Barrieu qui utilisent cinq champs d'irradiation. (2e et 5e espace intercostal gauche, 2e espace intercostal droit 3e et 6e vertèbres dorsales) à raison de trois séances par semaine avec un seul champ par séance. Le rayonnement est moyennement pénétrant (25 cent. d'ét. Eq) filtré sous 7 mm. d'al. et la dose donnée à chaque séance est de 400 à 500 R.

Cf. — Le traitement radiothérapique de l'angine de poitrine. (Nemours-Auguste. *Concours méd.*, 18 janv. 1931.) — La radiothérapie et la diathermie dans certaines manifestations de l'angine de poitrine. (Drouet et Mériel. *Bull. de la Soc. de Radiol.*, déc. 1931.)

Traitement curatif de l'hypertrophie de la prostate par la radiothérapie profonde. (P. Lehmann. *Soc. de Méd. de Paris*, 17 mars 1931.) — La radiothérapie moyennement pénétrante généralement employée jusqu'à présent dans le traitement des adénomes prostatiques donne des résultats inconstants et insuffisants. En utilisant au contraire la radiothérapie profonde, l'auteur a pu, dans la presque totalité des cas qu'il a eu à traiter, obtenir, grâce à une technique correcte, des diminutions de volume considérables.

La radiothérapie profonde permet donc de faire disparaître les accidents de l'hypertrophie prostatique et d'éviter ainsi aux malades une intervention chirurgicale dangereuse et de mortalité encore élevée.

Cf. — Le traitement non opératoire de l'hypertrophie de la prostate. (C. Webb et S. Mucklow. *The Lancet*, 2 mai 1931.)

La rœntgenthérapie de l'adénome de la prostate. (Zaccarian, *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, déc. 1931.)

Rœntgenthérapie pénétrante et lymphogranulomatose. Résultats et conclusions. (Pierquin, *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.) — Les cas de maladie de Hodgkin traités par la rœntgenthérapie pénétrante permettent de conclure à l'efficacité très réelle de cette méthode vis-à-vis des manifestations cliniques de la lymphogranulomatose maligne : cette efficacité est telle qu'on peut obtenir presque toujours, si ce n'est toujours, la guérison définitive locale des lésions auxquelles on s'attaque.

Mais les récidives extrêmement fréquentes, métastatiques viscérales ou osseuses), quoique aussi bien traitables et guérissables que les manifestations primitives, assombrissent énormément le pronostic par leur précocité d'apparition, leur évolution rapide et surtout leur nombre.

Les cas guéris définitivement (dans la mesure du recul de temps où ils ont été observés), sont dus vraisemblablement à ce que la première manifestation clinique qui a fait faire le diagnostic était probablement primitive franche, et que le traitement appliqué a été suffisamment large, intense et rapide pour donner sa pleine efficacité avant qu'un essaimage ait eu le temps de se réaliser histologiquement parlant. Il en découle l'impossibilité où on se trouve de pouvoir porter un pronostic à l'avance ; ce pronostic est très sombre en général étant donné les résultats statistiques.

Cf. — La rœntgenthérapie et la télérœntgenthérapie dans la lymphogranulomatose. (Sluys (Bruxelles). *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Notre méthode de rœntgenthérapie de la lymphogranulomatose maligne (Hodgkin), résultats éloignés. (Gilbert et Rabaïantz (Genève). *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

La maladie de Hodgkin ou lymphogranulomatose : son traitement par la radiothérapie. (JOLY. *Echos de la Médecine*, 15 avril 1931.)

Au sujet de la lymphogranulomatose viscérale. (COLANERI. *Soc. de Radiol.*, avril 1931.)

Evolution d'une lymphogranulomatose. (P. GIBERT. *Soc. de Radiol.*, juin 1931.)

Lésions osseuses lymphogranulomateuses. (M. JOLY. *Soc. de Radiol.*, février 1931.)

La radiothérapie du cancer de l'utérus au centre anticancéreux de la banlieue parisienne. (J. LABORDE et Y. WICKHAM. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.) — La statistique apportée par les auteurs résume les résultats des années 1921 à 1926 et porte par conséquent sur une durée allant de cinq ans pour les plus récentes à dix ans pour les plus anciennes. Bien que des récidives puissent s'observer même après la cinquième année de guérison, il n'est pas douteux que, passée cette période, le pourcentage des guérisons reste sensiblement le même. Dans la statistique des auteurs, il oscille autour de 22 %. Ces excellents résultats sont le fruit d'une technique rigoureuse qui comporte :

a) l'irradiation utéro-vaginale à l'aide du radium avec une dose variant entre 5.500 et 7.000 milligrammes-heure, donnés en une application d'une durée moyenne de trois à six jours ;

b) l'irradiation des paramètres effectuée au moyen de la radiothérapie pénétrante à raison de 16.000 à 20.000 R. Solomon donnés en vingt à vingt-cinq jours par quatre champs (tension 200.000 volts ; filtre de 1 à 2 mm. de Cu+2 Al ; distance anticaltrode peau : 40 à 50 cent.).

Cf. — Traitement des cancers du col de l'utérus par les radiations : résultats éloignés (1919-1925) obtenus à l'Institut du Radium de Paris. (REGAUD et ses collaborateurs. *Soc. de Chir. de Lyon*, 4 juin 1931.)

Traitement des cancers du col de l'utérus par les radiations. (BENARD-GUEDÈS (Lisbonne). *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Le cancer du col de l'utérus et son traitement. (ORNDOFF (Chicago). *IIIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Sur le cancer du col de l'utérus traité par la radiothérapie. (PAROLI (Florence). *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

La rœntgenthérapie des cancers du col de l'utérus. (GUNSETT. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Technique de la curie et de la rœntgenthérapie du cancer de l'utérus. (SCHUNTZ (Chicago). *Amer. Journ. of Rœnt. and Radioth.*, mars 1931.)

Résultats du traitement du cancer du col de l'utérus. (SCHRIMER et KRESS. *Amer. Journ. of Rœntg. and Radiothérapie*, mars 1931.)

Radiothérapie du cancer du col de l'utérus. (HEALY. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Traitement du cancer du corps de l'utérus par les radiations (BUBEN. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Radiothérapie post-opératoire du cancer du sein (ROBINEAU et GALLY. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.) — Les auteurs rapportent les observations de plusieurs malades traitées par la radiothérapie profonde au centre anticancéreux de l'hôpital Necker, malades atteintes de cancer du sein opérées puis irradiées par les Rayons X, tantôt à titre préventif immédiatement après la cicatrisation de la plaie, tantôt à l'occasion de récidives plus ou moins lointaines. Les heureux résultats obtenus chez ces malades démontrent d'une façon remarquable l'utilité du traitement radiothérapique post-opératoire du cancer du sein dans les formes malignes, ou tout au moins la surveillance attentive des opérées avec irradiation profonde à la première alerte.

Cf. — De l'irradiation post-opératoire après l'amputation du sein pour cancer. (BILLICH. *Brun's Beit. Zur. Klin. Chir.*, 30 mars 1931.)

Données cliniques au sujet de l'irradiation pré et post-opératoire du cancer du sein. (DE BACKER. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Cancer du sein : rœntgenthérapie et curiethérapie des cas opérables et à la limite de l'opérabilité. (WEBSTER. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Rœntgenthérapie du cancer du sein. (PFAHLER. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Le traitement du cancer du sein. (SOILAND. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Traitement post-opératoire du cancer du sein par les rayons de Rœntgen. (WASSINK. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Traitement mixte (chirurgie et rœntgenthérapie à feu nu, rayonnement moyennement pénétrant, une seule séance) des néoplasmes malins du sein. (COSTE. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Résultats durables de l'irradiation prophylactique post-opératoire du cancer du sein. (HUMMEL. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Résultats de la radiothérapie prophylactique dans le cancer du sein après intervention chirurgicale. (LEMAITRE. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

Traitement post-opératoire du cancer du sein. (GUARINI. *IIIe Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931.)

LIVRES NOUVEAUX

Les grandes Endémie tropicales. Etudes de Pathogénie et de Prophylaxie. (1). Conférences faites au Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, par MM. les Médecins du corps de santé colonial.

Il résulte de l'importance qu'ont prise les questions coloniales dans la vie des nations européennes qu'un enseignement d'hygiène destiné aux médecins ne saurait être complet s'il ne comportait quelques notions sur la prophylaxie des maladies tropicales. Le professeur Tanon a fait appel aux médecins coloniaux pour compléter le cours d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris en apportant le résultat de leur expérience sur les grandes endémies des pays chauds. Ces leçons complémentaires permettront chaque année à ceux d'entre eux qui se seront plus spécialement attachés à l'étude d'une question de faire connaître leurs recherches.

Ce sont des exposés clairs et précis d'hygiène des pays chauds ou de recherches pathogéniques qui conduisent naturellement à des conclusions prophylactiques et qui peuvent être utiles aux travaux de documentation. Ils expriment, en outre, les notions acquises dans la lutte sur le terrain, au milieu des difficultés d'exécution inhérentes aux habitudes ancestrales, à l'incompréhension des races relativement primitives que la civilisation européenne s'efforce de pénétrer.

Cet ouvrage s'adresse non seulement aux médecins qui exercent dans les pays d'outre-mer, aux administrateurs civils et militaires, mais encore à tous ceux qui s'intéressent aux questions générales de pathogénie et de prophylaxie.

L. G.

(1) Paris, Vigot frères.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

QUELQUES TYPES D'ORDONNANCES POUR UNE CONSULTATION DE MÉDECINE INFANTILE

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher).

Que demande la clientèle peu fortunée à une consultation de médecine infantile ? Un conseil ? Que non ! Elle estime, à tort ou à raison, qu'elle n'en a que faire. Ce qu'elle vient chercher, ce sont des médicaments, avec quelques explications sur la manière de s'en servir.

***

Si on veut lui donner satisfaction, force est de se conformer à certaines directives concernant les ordonnances, qui doivent :

1° *Etre rédigées simplement*, sans le moindre terme technique capable de faire achopper le lecteur, le plus souvent dépourvu de toute instruction générale.

2° *Etre lisibles*, desideratum modeste, et pourtant bien rarement atteint. Que de fois avons-nous vu des mamans, au sortir de la salle, froisser et jeter au ruisseau la feuille qu'on venait de leur remettre et sur laquelle un assistant, débordé, avait tracé, au galop, quelques hiéroglyphes !

3° *Ne comporter aucune substance toxique*, à moins que celle-ci ne soit diluée dans un excipient assez peu engageant pour que le petit malade n'ait pas l'idée de vider le flacon d'un trait.

4° *Ne pas coûter cher*, pour que le prix de revient ne finisse point par grever lourdement le budget hospitalier.

5° *Etre faciles à exécuter*, de sorte que la pharmacie puisse les faire en série, et même avoir d'avance celles qui ne sont pas susceptibles de se détériorer.

6° *Répondre aux indications courantes*, afin d'alléger la tâche du consultant et de ses assistants, qui ont à voir, en quelques heures, un grand nombre d'enfants et auxquels manque le loisir de se livrer à des travaux de calligraphie.

7° *Pouvoir être mises dans les mains d'élèves*, qui, n'ayant plus à formuler, ne risquent pas de commettre, dans l'inénarrable brouhaha que seuls connaissent les habitués, de ces erreurs de posologie dont les conséquences pourraient être désastreuses.

***

Ce sont ces directives que nous avons suivies dans les ordonnances qui nous servent journellement à l'annexe Grancher, dont la *Gazette des Hôpitaux* commence aujourd'hui la publication, et qui, toutes :

1° *Sont imprimées*, si bien qu'il n'y a plus qu'à les compléter selon l'âge, à les dater et à les signer.

2° *Ont été établies d'accord avec les pharmaciens chefs de service*. Il y a dix ans, nous les avions soumises à M. le prof. Bougault, alors pharmacien en chef de l'hôpital Trousseau. Aujourd'hui, c'est M. Leroux, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis, qui a bien voulu les examiner et étudier leur toxicité, leur facilité de préparation, leur prix de revient, etc.

3° *Portent un numéro d'ordre*, qui permet de délivrer, sur la présentation d'un simple « bon » portant ce numéro, tous les médicaments qui y figurent.

4° Nous en avons réservé quelques-unes, non plus à des maladies, mais à des *modalités thérapeutiques :* bains, compresses humides, lavages d'estomac et d'intestin, injections arsenicales, bismuthiques et mercurielles, etc.

5° Pour compléter ces ordonnances, dans lesquelles nous avons, en plus d'une circonstance, mis à profit les travaux de nos maîtres et de nos devanciers, comme notre récent *Précis de thérapeutique infantile* (Paris, Masson, 1932), nous avons rédigé quelques *feuilles de régimes*, aussi bien pour les enfants *sains* que pour les enfants *malades*.

***

Ainsi conçues, ces ordonnances doivent, à notre sens, permettre au médecin de réserver toute son attention au diagnostic, de s'épargner un travail fastidieux et d'éviter une erreur, toujours possible, de posologie. Si elles leur rendent ces services, nous aurons atteint notre but.

ACCIDENTS DE LA DENTITION

Frictions légères de la gencive avec un peu du mélange suivant :

Collutoire

Teinture de coca	1 gramme
Teinture de safran	6 —
Miel rosat	15 —

M. — Usage externe.

ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE

1° Faire chaque semaine, entre les deux épaules, une application de :

Teinture d'iode dédoublée (usage externe). 15 grammes
(Cette application devra être effectuée loin des repas.)

Si la teinture d'iode est mal supportée, la remplacer par un petit cataplasme sinapisé (v. feuillet spécial) qu'on appliquera, à la même place, deux fois par semaine.

2° Faire faire, à l'hôpital, des injections sous-cutanées d'huile éthérée (à moins qu'il n'y ait gros foie, dégoût des aliments et diarrhée (1).

Huile éthérée

Formule n° 1 (faible)

Ether sulfurique rectifié	2 cent. cubes
Huile d'olive stérilisée	8 —

Formule n° 2 (forte)

Ether sulfurique rectifié	3 cent. cubes
Huile d'olive stérilisée	7 —

A un enfant au-dessus d'un an, injecter chaque jour un centimètre cube de cette préparation, trois jours de suite ; 1 centimètre cube et demi, deux jours ; 2 centimètres cubes, le sixième jour, puis s'arrêter quatre à cinq jours. Recommencer ensuite, et continuer indéfiniment. Les doses précédentes seront diminuées, les intervalles augmentés et la formule n° 1 substituée à la formule n° 2, si la médication est mal supportée.

3° En été, prendre, dix jours par mois, un mois sur deux, au milieu de chacun des deux principaux repas, une cuillerée à... de la potion suivante :

Potion

Liqueur de Pearson	8 grammes
Phosphate monocalcique	15 —
Sirop iodo-tannique	250 cent. cubes

M. — (Provision.)

4° En hiver, prendre, une semaine sur deux, le matin à jeun, ou avant le repas du soir, une cuillerée à soupe d' :

Huile de foie de morue blonde.

et, la semaine intermédiaire, une cuillerée à ...... de :

Sirop

Sirop de chlorhydrophosphate de chaux. . 250 grammes
à la fin de chacun des deux principaux repas. (Provision.)

(1) Formule du prof. Marfan.

5° Faire soigner nez et gorge ; éviter le contact des malades, se garder des refroidissements ; alimentation substantielle, à base de viande peu cuite, d'œufs, de poissons, de sardines ou de thon à l'huile, de farineux ; au moins dix heures de sommeil par nuit.

ANÉMIE DES GRANDS ENFANTS

1° Frictions quotidiennes sur les membres avec une lotion excitante (v. feuille spéciale).

2° Faire faire une cuti-réaction.

A. *Si elle est négative,*
la *première* semaine du mois, une cuillerée à dessert de :

Sirop

Sirop d'iodure ferreux .... 250 grammes

au milieu de chacun des deux principaux repas ;

la *seconde*, une cuillerée à dessert de :

Sirop

Sirop de lactophosphate de chaux... 250 grammes

dans les mêmes conditions ;

la *troisième*, une cuillerée à soupe d' :

Huile de foie de morue blonde ... .. 250 grammes

le matin à jeun ;

la *quatrième*,
soit 10 à 15 grammes de viande de cheval crue, hachée et délayée dans du bouillon *à peine* tiède, une heure avant chacun des deux principaux repas,
soit un peu de foie de veau *cru*, s'il est bien supporté,
soit de la moelle osseuse fraîche, si possible.

B. *Si elle est positive*, et surtout s'il y a de la fièvre, appliquer les prescriptions indiquées à *Poussée évolutive.*

3° Beaucoup de repos et de bon air. Elargir l'alimentation et y introduire, avec prudence, de la viande rouge, des œufs, du jambon, des féculents, des sardines et du thon à l'huile, du poisson frais, des fruits cuits ou même crus, s'ils sont bien mûrs.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 JUIN 1932)

Etude biologique d'un cas de goutte. L'hyperuricémie et les lésions anatomiques. — MM. Mathieu-Pierre WEIL, J. DELARUE et J.-P. BRISSET. Observation d'un goutteux chez lequel l'hyperuricémie fait défaut, malgré la présence de stigmates cliniques certains, d'un tophus du coude et de déformation des gros orteils avec images radiologiques caractéristiques. L'examen anatomique de la tête des métatarsiens montra la présence d'altérations cartilagineuses et osseuses importantes. Ces constatations, et celles que permit l'examen anatomique du tophus, concourent à prouver que la précipitation d'acide urique dans les tissus est nettement secondaire à un processus inflammatoire antérieur.

L'avenir des tuberculoses méningées. — M. André JOUSSET, revenant sur la possibilité de la guérison des tuberculoses méningées, montre une jeune femme de 20 ans (déjà présentée par lui avec M. Périsson en 1929) chez qui le diagnostic ne saurait être discuté, car il fut confirmé par la bactérioscopie et l'inoculation du L. C. R. au cobaye. Personne ne pourrait aujourd'hui se douter de l'atteinte antérieure des méninges, tant la guérison est parfaite.

L'auteur compare ensuite les critères principaux du diagnostic et du pronostic des tuberculoses méningées, et spécialement la cytologie et la bactériologie du L. C. R.

Voici ses conclusions :

1° Le cytodiagnostic, source d'incertitudes et d'erreurs, a définitivement vécu et doit être remplacé par la bactérioscopie.

2° Cette dernière méthode paraît même supérieure à l'inoculation.

3° Le cyto-pronostic présente une valeur considérable pour juger de l'avenir lointain du malade. Dans la tuberculose, comme dans la syphilis, la cytologie du L. C. R. permet seule d'apprécier la solidité de la guérison. Au-dessus

de 2 éléments par mm^3, il faut continuer, sinon à traiter le malade (allergine), au moins à trembler pour son avenir.

En résumé, si la bactériologie permet le diagnostic, la cytologie fait le pronostic des tuberculoses méningées et permet seule une surveillance de longue durée.

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1932)

Etude de l'azotémie, de la chlorémie et de la sécrétion urinaire dans un cas d'infarctus rénal. — MM. A. LEMIERRE, M. LAUDAT et A. LAPORTE rapportent une observation d'infarctus rénal ayant déterminé une anurie de deux jours, puis une oligurie extrême pendant cinq jours, suivies rapidement d'une franche reprise de la diurèse. Malgré celle-ci, le taux de l'urée sanguine continua à s'élever et atteignit 5 gr. 98 le 13e jour après le début des accidents. Puis il rétrocéda avec une extrême lenteur pour ne tomber au-dessous de 0 gr. 50 qu'un mois plus tard. Et le malade guérit.

L'azotémie s'accompagna d'une hypochlorémie plasmatique due, selon toute vraisemblance, à une migration du chlore sanguin vers les tissus. L'administration de sel par voies buccale et sous-cutanée paraît n'avoir exercé aucune influence sur l'azotémie qui commença à s'amender alors que l'hypochlorémie persistait encore. Mais elle entraîna l'apparition d'un œdème sous-cutané.

Quand le taux de l'urée sanguine eut subi un certain abaissement, le chlore fixé dans les tissus reflua vers le sang et l'on observa alors une forte hyperchlorémie à laquelle le rein ne répondit pas par une abondante élimination de sel. L'infarctus rénal a donc provoqué dans ce cas un trouble de l'excrétion du chlorure de sodium aussi accentué que le trouble de l'excrétion azotée.

Cette observation montre une fois de plus que la thérapeutique chlorurante est contre-indiquée lorsque l'hypochlorémie survenant au cours des affections rénales, et notamment au cours des affections rénales génératrices d'anuries aiguës, est due non à une spoliation chlorée de l'organisme, mais à une fuite du chlore sanguin vers les tissus. Même après une franche reprise de la diurèse aqueuse on ne doit, en pareil cas, administrer de sel, que dans la limite où le rein est capable de l'éliminer complètement et rapidement.

Sur un cas de néphrose lipoïdique. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et M. LAUDAT. Observation d'une jeune femme de 24 ans qui présente des œdèmes volumineux avec albuminurie importante, corps biréfringents dans les urines, tension artérielle normale, chiffre d'urée sanguine normal, baisse des protides avec inversion du quotient albumineux du sérum, hyperlipidémie avec hypercholestérolémie. Les modifications apparentes du corps thyroïde avec métabolisme de base diminué autorisent à penser qu'on se trouve en présence d'un cas de maladie humorale d'Epstein.

Cette observation est une des plus typiques qui aient été rapportées de néphrose lipoïdique chez l'adulte. Mais, même dans un tel cas, on constate qu'il existe, dès le début, en plus des signes humoraux, une atteinte rénale.

Syndrome pseudo-appendiculaire au cours d'une néphrite azotémique. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et M. ALBEAUX-PERNET. Observation d'un malade de 24 ans qui présenta un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite avec fièvre, simulant en tous points une appendicite aiguë. L'examen clinique et les recherches de laboratoire décelèrent une néphrite azotémique avec acidose. Les hémorragies intestinales témoignèrent d'ulcérations siégeant vraisemblablement sur le cæcum ou la partie terminale de l'iléon.

Infarctus rénal en pleine santé chez un homme de 61 ans. — MM. LEMIERRE, LAUDAT et LAPORTE.

Endocardite maligne aiguë à méningocoque A. — MM. P. MELNOTTE et P. FORT. Observation d'un malade présentant à l'entrée un syndrome d'endocardite maligne aiguë à localisation aortique. Hémocultures d'abord négatives, puis positives à méningocoque A. Evolution rapide sans signes surajoutés, en particulier aucun syndrome méningé. Sérothérapie tardive. Décès.

Granulie cancéreuse des poumons chez un tuberculeux opéré huit ans auparavant d'un cancer gastrique. — MM. COSTEDOAT et CODVELLE. La lymphangite cancéreuse diffuse des poumons est un mode de généralisation des cancers gastriques dont on ne connaît que de rares observations. Le tableau clinique est le même que celui de la granulie bacillaire.

La confusion entre cet état et la granulie commune est à peu près inévitable, surtout lorsque, comme dans le cas actuel, les clichés radiographiques et les coupes histologiques démontrent une tuberculose pulmonaire identifiée un an auparavant. Peut-être cette dernière affection n'a-t-elle pas été étrangère à l'apparition et à la localisation si spéciale de la généralisation du cancer.

Une observation de cérébellite syphilitique. — MM. COSTE et BOLGERT. Malade, âgé de 33 ans, qui était atteint d'un syndrome cérébelleux caractérisé par un nystagmus intense, de l'asynergie avec hypermétrie et dysmétrie et abolition des réflexes achilléens.

Ce malade s'est amélioré au point de vue clinique très franchement sous l'action du traitement arsénobismuthique. Cependant, le liquide céphalo-rachidien n'est pas encore normal.

Cette observation est un cas assez rare de syphilis nerveuse localisée au cervelet.

Scarlatine biotropique après injection de sels d'or. — MM. CODVELLE et R. SOHIER. Observation d'un rhumatisant chronique qui, 9 jours après une injection de 0,10 cgr. de sels d'or, présenta une scarlatine typique authentifiée par le phénomène de Schultz-Charlton.

L'injection de sels d'or semble avoir agi, soit en exaltant le virus scarlatin latent, soit en abaissant la résistance du sujet.

Suppuration pulmonaire à type d'abcès putride d'emblée avec polynévrite traitées par injections intraveineuses d'alcool à 83 %. Amélioration. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et P. GEORGE.

Syndrome cérébelleux au cours d'une diphtérie. — MM. HUTINEL et ALBEAUX-FERNET.

Zona et varicelle. — M. HUBER.

Syndrome de Van der Hoven. — MM. LÆDERICH, MAMOU, BEAUCHESNE. Femme de 52 ans présentant la triade classique : sclérotiques bleues, surdité, fragilité osseuse congénitale avec fractures multiples (affection congénitale et héréditaire). Il s'agit probablement d'une insuffisance congénitale des tissus mésenchymateux, où le rôle des glandes endocrines reste problématique.

Etude clinique expérimentale d'un cas de chorée aiguë mortelle. — MM. LÆDERICH, MAMOU, BEAUCHESNE et VAISMAN. L'intérêt de ce fait réside dans les constatations post mortem ; à savoir : endocardite végétante sur valvule mi-

trale, et néphrite épithéliale aiguë, non diagnostiquée ; lésions de l'écorce cérébrale.

Infection gonococcique articulaire et endocardique ayant évolué en 17 ans. — MM. Monier-Vinard, Chabanier, Perrault et Porin. Blennhorragie il y a 17 ans, rhumatisme déformant des mains et des pieds d'étiologie gonococcique prouvée ; endocardite ulcéreuse d'évolution spéciale s'étant manifestée seulement dans la dernière année de la vie ; lésions histologiques ont montré trois ulcérations sur la valvule mitrale ayant réalisé le type de la maladie de Corrigan.

Méningite cérébro-spinale apyrétique avec hile solaire acridinique déclenchant une psychose polynévritique chez un alcoolique. — MM. Laignel-Lavastine et Frumusan. Observation d'un cas de méningite cérébro-spinale méningococcique apyrétique ; installation d'un syndrome de Korsakoff avec polynévrite des membres inférieurs et psychose amnésique.

Modifications des protéines sanguines au cours de l'œdème aigu du poumon. — MM. Clerc, Sterne, Delamare et Paris. Trois observations dans lesquelles le dosage pondéral des albumines du sérum montra au début de la crise une hyperprotéinémie suivie d'une diminution nette avec élévation relative du quotient albumineux.

Lobe azygos et pneumothorax artificiel. — MM. d'Hour et Fertin (Lille). Chez ce malade, les auteurs ont pu, par la position lordotique, transformer l'ombre de l'azygos « en larme » en une ombre « en croissant », plus étendue et qui représenterait la crosse de l'azygos.

NOTES POUR L'INTERNAT

ESPACE INTERCOSTAL[1]

III. Origine des vaisseaux intercostaux

La circulation artérielle des espaces est assurée par :

a) *Les artères intercostales postérieures* nées des faces latérales de l'aorte, cheminant dans les espaces d'arrière en avant en donnant : 1° *une branche principale*, qui sera à la partie supérieure de l'espace ;

2° *Une branche accessoire* située à la partie inférieure. Ces deux premières intercostales naissent de la sous-clavière (tronc cervico-intercostal).

b)*Les artères intercostales antérieures* nées de l'artère mammaire interne.

Au nombre de deux, elles cheminent d'avant en arrière, s'anastomosant avec les deux branches des intercostales postérieures.

Les intercostales antérieures des quatre derniers espaces naissent de la branche externe de bifurcation de la mammaire interne.

En avant et latéralement existent des rameaux perforants, qui traversent l'espace et vascularisent les plans sous-cutanés.

La circulation veineuse est assurée par des veines dont la disposition est calquée sur celle des artères.

La circulation lymphatique se draine principalement vers les ganglions satellites de la mammaire interne, au nombre de six à huit.

Cependant, il existe des troncs collecteurs qui aboutissent en arrière à un ganglion situé en regard de la tête de la côte.

Ces lymphatiques sont richement anastomosés avec ceux de la plèvre pariétale. (Souligoux.)

IV. Les nerfs de l'espace intercostal

Les nerfs intercostaux sont des branches antérieures des nerfs dorsaux.

Ils cheminent d'arrière en avant, sous-jacents à l'artère intercostale principale. A la partie antérieure de l'espace, ils perforent la membrane intercostale antérieure (perforant antérieur).

Au niveau des quatre derniers espaces, le nerf intercostal apparaît entre les digitations du muscle transverse et du diaphragme, pour s'engager ensuite entre le muscle transverse et le petit oblique de l'abdomen.

Au cours de leur trajet, ils assurent par de nombreuses collatérales l'innervation des muscles intercostaux.

V. Topographie de l'espace intercostal

On peut l'étudier en quatre régions différentes :

Région latéro-vertébrale ;
Région postéro-latérale ;
Région moyenne ;
Région antérieure.

1° Région latéro-vertébrale. — L'espace intercostal est constitué :

En dehors : l'intercostal externe doublé : en dehors, du surcostal, en dedans : membrane intercostale postérieure et externe.

En dedans : le fascia endothoracique doublant la plèvre.

Ces vaisseaux intercostaux obliques en haut et en dehors sont entre ces deux plans.

Le nerf croise la face postérieure de l'artère pour se placer au-dessous d'elle.

2° Région postéro-latérale : comprise entre le bord postérieur du muscle intercostal interne, l'origine postérieure du muscle intercostal moyen.

En dehors : muscle intercostal externe.
En dedans : muscle intercostal interne.

Ces vaisseaux se logent dans la gouttière sous-costale, entourés par un dédoublement de la membrane postérieure et externe. Le nerf intercostal abandonne à ce niveau le rameau perforant latéral, toujours très volumineux.

3° Région moyenne. — Les éléments du paquet vasculo-nerveux sont groupés dans la gouttière sous-costale et s'engagent entre intercostal interne et moyen.

A la partie inférieure de cet interstice, l'artère intercostale inférieure ; pour Carrière, le pédicule inférieur chemine entre intercostal moyen et intercostal externe, chaque interstice celluleux ayant ainsi sa vascularisation propre.

4° Région antérieure. — *En avant :* aponévrose intercostale antérieure ;

En arrière : intercostal moyen, doublé du triangulaire du sternum (pour les espaces moyens).

Le paquet vasculo-nerveux chemine sous le fascia endothoracique, pour traverser à la partie toute antérieure de l'espace, l'intercostal moyen, l'aponévrose intercostale antérieure que recouvrent les digitations du grand pectoral, et gagner les plans sous-cutanés (pédicule perforant antérieur).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. gén. d'imprimerie et d'édition, 17, rue Cassette.

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 58, p. 1086.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LE MANS. — Un concours pour quatre places d'internes en médecine, chirurgie, spécialités (deux titulaires, deux provisoires), aura lieu le 15 octobre 1932, à 8 h. du matin, aux hospices du Mans.

Se faire inscrire avant le 1er octobre 1932 aux hospices du Mans. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général des hospices, 194, avenue Rubillard, Le Mans.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

EDUCATION NATIONALE. — *Au grade de commandeur.* — M. Louis Lapicque, professeur à la Faculté des sciences, membre de l'Institut.

GUERRE. (Réserve.) — *Au grade d'officier.* — MM. Faure (J.-B.-F.), Demilly, Flach (G.-A.-E.), Thévenot (A.-F.-L.), Gaussel, Lemaistre, Piollet, Lemierre (André), Carrive, André (Ch.-P.), Gayet, Zeller, Brenta, Dide, Lacapère et Azoulay.

(Réserve. Troupes coloniales.) MM. Gibert, Pujol et Philippe (J.-A.).

(Réserve.) *Au grade de chevalier.* — MM. Brissart, Chapelle, Delmas, Lagleize, Dupinet, Pince, Vaissade, Riff, Laplace, Delfosse, Desjardin, Kraut, Galup, Wintrebert, Lajoux, Cornillon, Triau, Charrier, Mignard, Jouen, Marrel, Lesage, Favier, Chambrette, Coste, Minon, Lafond, Leblanc, Esparbes, Hure, Couffon, Durand, Job, Onillon, Huriez, Druhen, François, Lecaplain, Reynaud, Combes, Coste, Gorisse, de Chabert Osland, Nebouk, Bourgoin, Mourniac, Chazarain, Marchal, Deverre, Léothaud, Pezet, Brossard, Railliet, Chavoix, Gravost, Ferran, Maréchal, Constant, Solirène, Sigwalt, Verhaeghe, Vilbonnet, Vleeschouwer, Renault, Roy, Peyrache, Juif, Gèzes, Castay, Canel, Simacourbe, Zellmeyer, Fanjoux, Capdequi-Peyranère, Haas, Moreau, Loubet, Rollin, Vincent, Delmas-Marsalet, Coulet, Boutet, Lascazas de Saint-Martin, Poisson, du Castel, Gerest, Pillet, Lagarrigue, Miginiac, Robert, Fort, Bettinger, Lathoud, Thomas de la Pintière, Duguyot, Dupont, Brehier, Martin, Prudhomme, Lebhar, Tessier, Bidel, Bassal, Garin, Anjaleu, Hautefeuille, Pieri, Jegourel, Doin, Beltrami, Elicagaray, Surjus, Botte, Bouffier, Giraud.

(Réserve. Troupes coloniales.) MM. Baillon, Bourquel.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Grand-croix de l'aigle blanc de Serbie.* — M. le professeur Emile Roux, directeur de l'Institut Pasteur.

Grand-croix de l'ordre royal de Saint-Sava de Serbie. — M. le professeur René Legroux, de l'Institut Pasteur.

Grand officier de Saint-Sava. — M. Alexandre Salimbeni, chef de service à l'Institut Pasteur.

Officier de Saint-Sava. — M. Djemil Kemal, de l'Institut Pasteur.

COMMISSION DU CODEX. — MM. Roger, doyen honoraire de la Faculté de médecine, et Radais, doyen honoraire de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, sont nommés vice-présidents de la commission du Codex.

Sont nommés membres de la commission du Codex : MM. Lantenois et Penau, membres de la Société de pharmacie de Paris.

CLINIQUE CHIRURGICALE POUR MALADES DE SITUATION MODESTE. — Le Conseil municipal de Paris vient de prononcer le renvoi à l'administration d'une proposition tendant à accorder au Syndicat des chirurgiens des hôpitaux de Paris l'attribution d'un terrain avec bail emphytéotique, pour construire une clinique chirurgicale de 300 lits.

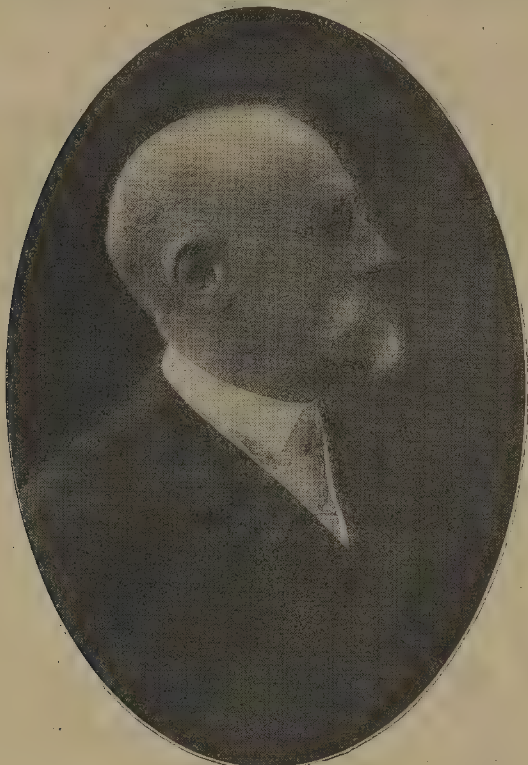
Albert BROCHIN

(1844-1932)

La rédaction de la *Gazette des Hôpitaux*, déjà éprouvée il y a trois mois par la mort de son ancien rédacteur en chef Alfred Ricard, vient d'être douloureusement frappée une fois de plus.

Notre cher doyen, Albert Brochin a succombé dimanche, à Chaville, dans sa 88e année.

Pendant près de trois quarts de siècle, Albert Brochin a été pour notre journal le plus précieux et le plus fidèle des collaborateurs. Après avoir été le meilleur ami de mon



Cliché Manuel

père, il a reporté sur mon frère et sur moi une affection profonde et dévouée, dont nous garderons le souvenir ému.

Albert Brochin appartenait depuis sa jeunesse à la *Gazette*. Il y avait fait ses débuts en 1862, aux côtés de son père, Hippolyte Brochin, alors rédacteur en chef.

A l'école de son père qui était un très grand journaliste médical, Albert Brochin prit très rapidement une place importante à la *Gazette*. Comme son père il excellait à reproduire une leçon magistrale ou à donner la physionomie d'une discussion. Ses articles étaient pleins de vie, toujours justes et bien documentés. Chargé, pendant de longues années des comptes rendus de l'Académie de médecine et de la Société nationale de chirurgie, il apportait dans cette collaboration une aménité, une courtoisie toujours égales, et une sûreté d'information très remarquée.

Jusqu'à la fin de sa longue et laborieuse vie, Albert Brochin s'est consacré avec la même activité, la même jeunesse d'allure, d'esprit et de cœur à ce journal qu'il aimait comme sa propre maison. Son talent et la dignité de sa vie professionnelle lui ont valu l'estime et l'affection sincères de ses confrères qui l'appelèrent il y aura bientôt 30 ans à présider l'association professionnelle des Journalistes médicaux français.

Albert Brochin ne méritait pas seulement cette estime par ses qualités professionnelles, il la justifiait aussi par ses hautes qualités morales. J'ai parlé plus haut de sa fidélité envers notre journal. Brochin a montré la même fidélité envers ses maîtres. Elève de Péan, son collaborateur pendant de longues années, il n'a cessé de défendre son maître, de citer ses travaux, de rappeler ses découvertes, à une époque où beaucoup ignoraient ou feignaient d'ignorer ce grand chirurgien français.

Aux côtés de son père, Brochin avait connu la plupart des maîtres de la moitié du XIXe siècle. Avec son Maître Péan, il avait assisté à la révolution amenée en chirurgie par les travaux de Pasteur, il avait étudié auprès de Lister à l'époque du début de l'antisepsie. Aussi combien instructives étaient les conversations de ce causeur charmant qui, en dehors de la médecine, avait encore réuni tant de souvenirs auprès de plusieurs hommes célèbres qui furent ses amis.

Journaliste et chirurgien, Albert Brochin a pu mener de front une double vie particulièrement active, il fut chirurgien de l'Hôpital Péan, médecin de la maison mère des Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, et médecin de l'hospice Greffuhle. Il est remarquable que la nombreuse clientèle de Brochin lui soit restée profondément attachée bien après l'heure habituelle de la retraite. C'est que Brochin n'était pas seulement un praticien de haute valeur, il était aussi un homme de bon conseil dans le sens le plus élevé du mot et ses avis étaient guidés autant par l'expérience que par son extrême bonté.

Avec une infinie tristesse, j'adresse à notre vénéré collaborateur l'adieu de son cher journal, et je prie Madame Albert Brochin et sa sœur, Madame Schmidt, d'agréer l'expression très respectueuse de notre affectueuse sympathie.

F. L. S.

Les obsèques de notre bien cher ami ont été célébrées jeudi dernier dans la vieille église de Chaville. Suivant son désir formellement exprimé la cérémonie a eu lieu dans la plus stricte intimité.

LE IIIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE FRANÇAISE DE CHIRURGIE RÉPARATRICE, PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE aura lieu à Paris, les 7 et 8 octobre 1932, sous la présidence du docteur Dartigues, et pendant le Congrès il y aura une exposition d'instruments, de moulages et de livres concernant la chirurgie esthétique.

Les communications doivent être envoyées d'urgence.

Pour tous renseignements, s'adresser chez le docteur Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe), ou au secrétariat de la Société, chez le docteur Ch. Claoué, 1, rue Singer, Paris (XVIe).

REVUE GENERALE

DE L'ASSOCIATION DE LA SAIGNÉE ET DE L'HUILE CAMPHRÉE EN INJECTION INTRAVEINEUSE DANS LE SYNDROME ASPHYXIQUE SURAIGU

Par M. COT,
Médecin lieutenant-colonel,
Directeur technique des services d'asphyxie de la Ville de Paris,

MM. JACOB, JOLY et SARROSTE,
Médecins capitaines au Régiment de Sapeurs-Pompiers.

Depuis l'organisation du premier poste de secours mobile pour asphyxiés, au régiment de Sapeurs-Pompiers de la Ville de Paris, par l'un de nous, fin 1924, et sa première sortie sur appel de l'Hôtel-Dieu en novembre de cette même année, près de 400 victimes ont été soignées et secourues, tant chez les simples particuliers que dans les hôpitaux civils, où la confiance de nos confrères a bien voulu nous appeler de plus en plus fréquemment.

Quelques-unes de ces victimes, en 1925, 1926, 1927, ont reçu des soins de nos camarades les docteurs : Pambet, Bolotte, Magnenot et Bonnet (ce dernier actuellement agrégé du Val-de-Grâce), et nous sommes heureux de rendre ici hommage à leur dévouement. Mais, du fait des appels qui sont devenus de plus en plus fréquents, à mesure que l'on connaissait davantage notre initiative, c'est surtout depuis les dernières années que la plus grande majorité des cas a été suivie et soigneusement recueillie.

Nous pensons que le moment est venu de publier, en la précisant, la technique à laquelle nous avons été peu à peu amenés après avoir amélioré sans cesse nos méthodes de façon à atteindre au pourcentage de résultats favorables actuellement enregistré.

Avant tout, il est certain que, si nous avons pu arriver à ces résultats, et établir une méthode dont la valeur nous semble largement justifiée, c'est parce que nous avons toujours poursuivi nos observations et nos recherches dans une collaboration étroite, avec des directives uniques et que nous avons mis en commun tous les documents patiemment accumulés.

Dans un livre sur *Les Asphyxies Accidentelles* (1), publié en janvier 1931, l'un de nous a exposé l'ensemble des résultats que nous avions obtenus, et déjà, des 157 observations recueillies jusqu'en septembre 1930, nous avions pu dégager une doctrine, tant en ce qui concerne l'action du sauveteur qu'en ce qui touche à celle du médecin.

Nous ne reviendrons pas sur la technique des soins qui incombent au sauveteur spécialisé en asphyxies, d'autant plus que dans un livre tout récent (2) spécialement écrit pour lui, l'un de nous l'explique longuement.

Nous voulons simplement exposer comment nous comprenons la conduite du médecin en présence du type asphyxique suraigu, que l'asphyxie soit due à une électrocution, à une intoxication oxycarbonique, ou à la submersion.

Dans cette question de pratique d'extrême urgence, nous nous sommes heurtés au début à une diversité de procédés et de techniques qui provenaient surtout de ce que les observateurs n'avaient eu jusqu'alors à leur disposition qu'un nombre de cas insuffisant. Il est rare en effet qu'un médecin soit amené à soigner, même au cours d'une pratique médicale assez chargée, plusieurs cas d'intoxiqués par CO, de noyés, d'électrocutés, sans parler des suffoqués par ensevelissement, des pendus, etc...

C'est pour cette raison que jusqu'à présent il avait été impossible de réaliser l'unité de doctrine désirable. Au surplus, dans ce grand chapitre des asphyxies, on a jusqu'ici englobé le plus souvent le cas de la réaction syncopale, qui comme nous nous sommes attachés à le démontrer, procède d'un mécanisme sinon différent dans sa nature, tout au moins différent dans sa localisation et ses effets physio-pathologiques. Ceci a été déjà exposé ailleurs, et nous ne saurions revenir sur le mécanisme que nous avons proposé pour les diverses variétés d'asphyxies accidentelles, et notamment sur celui de la mort par électrocution auquel le Professeur Zimmern a bien voulu donner l'appui de sa haute autorité.

Si nous nous trouvions en présence d'une absence totale de directives en ce qui concerne l'action du médecin, en 1924, en revanche celle du sauveteur était assez facile à réaliser. Il suffisait que nous fissions adopter au régiment de Sapeurs-Pompiers la méthode de Schaefer, que notre ami, le Commandant Stéfani, collaborateur du lieutenant de vaisseau Hébert, nous avait signalée et qu'il nous a aidés à faire pénétrer et à enseigner dans ce milieu dès 1924. Cette méthode préconisée en Angleterre en 1907, a été signalée pour la première fois en France par Hébert, qui la décrivit dans son journal « L'Education Physique » en 1910.

Ce fut elle qui remplaça, dès 1924, la méthode de Sylvester qui était encore pratiquée réglementairement au régiment de Sapeurs-Pompiers jusque-là. De même, dès 1924, dans le nouvel armement sanitaire de la voiture d'ambulance transformée en poste de secours mobile, un oxygénateur fut installé et nous remplaçâmes par un masque du type Legendre et Nicloux l'embout buccal en usage jusque-là en cas d'asphyxies au cours d'incendies, et qui était totalement inopérant. Enfin nous adoptâmes le seul appareil de respiration mécanique qui existait en France à cette époque : l'appareil à sangle thoracique du Dr Paris.

Tout cela fut assez facile à organiser, et dès ce moment-là, *l'appel pour asphyxié*, qui peu à peu arrivait à être connu de la population parisienne, put s'exercer avec un personnel sauveteur instruit des dernières données modernes, et un matériel technique rationnel. Ce matériel fut encore modernisé dès le début de 1930, et, pour la première fois en France, nous pûmes faire bénéficier nos malades de la *méthode au Carbogène*

(1) Les Asphyxies accidentelles, chez Maloine (1931), Paris.
(2) Asphyxies du temps de paix et du temps de guerre. Guide du Sauveteur spécialisé. Dépôt Librairie Lorillot, 30, rue Henri-Monnier, Paris-9e (1932).

(mélange de O avec 5 0/0 de CO^2) du Professeur Yandell-Henderson, si largement et si heureusement utilisée en Amérique et à l'étranger.

Il n'en fut pas de même pour le *côté médical*, et ce n'est que peu à peu que nous pûmes arriver à poser les indications thérapeutiques après avoir observé longuement et comparé les résultats que nous procuraient les essais des médicaments et des procédés que nous eûmes l'occasion d'employer.

Dans le chapitre de thérapeutique du *Traité des Asphyxies Accidentelles*, l'exposé critique des diverses médications a été fait, et les indications de l'oxygénothérapie par voie sous-cutanée et par voie sanguine, celles de la lobéline, préconisée surtout en Allemagne, y sont notamment étudiées. Enfin la question des tonicardiaques, plus particulièrement celle de l'adrénaline, y est également exposée.

De l'ensemble de ces divers moyens, nous ne voulons retenir ici que les deux principaux, en raison de la constance des résultats qu'ils nous ont donnés dans les cas d'asphyxies accidentelles.

Ces deux moyens sont :

1. La saignée ;
2. L'injection intra-veineuse d'huile camphrée.

I. **La saignée.** — La question de la saignée marque une étape importante dans la thérapeutique des Asphyxies Accidentelles. Bien que cette méthode ait été signalée en 1911 par Etienne Martin, de Lyon, comme utilisable dans la submersion, et que Jellinek, de Vienne, ait signalé l'action heureuse de la phlébotomie dans certains cas d'électrocution, elle était restée à peu près inappliquée, tout au moins en France. En tout cas, jusqu'à nos travaux et jusqu'à la publication de nos résultats, il était absolument contre-indiqué de pratiquer une saignée dans les cas d'intoxication oxycarbonique, et la formule de ne saigner en aucun cas un asphyxié par l'oxyde de carbone ne comportait aucune exception.

Nous ne saurions rééditer à nouveau les raisons qui nous ont amenés, après avoir hésité longtemps, à passer outre à cet ostracisme. Parmi celles-ci, la plus importante est que l'expérimentation pratiquée sur de nombreux animaux asphyxiés par le gaz d'éclairage nous a montré constamment qu'il existait, à l'autopsie, pratiquée dès l'arrêt des battements cardiaques, des phénomènes de dilatation du cœur droit, de l'encombrement des artères pulmonaires et du sinus cave avec embouteillage de la circulation de retour. Ceci était l'indice de graves troubles du côté de la mécanique circulatoire, et ce sont ces troubles qui nous ont amenés à effectuer notre première saignée.

Il s'agissait d'un cas d'intoxication par oxyde de carbone du type suraigu et chez lequel les inhalations d'oxygène sous masque et la respiration artificielle mécanique étaient restées inopérantes ; le pouls était devenu de plus en plus filant et incomptable et la tension était impossible à relever.

Depuis, les nombreux cas de réanimation que nous avons obtenus dans des circonstances analogues sont venus démontrer le bien-fondé de notre façon d'agir, et il est actuellement indiscutable pour nous que la saignée est absolument indiquée dans tous les cas d'asphyxies graves où la dilatation du cœur droit, la cyanose, le degré d'hypertension veineuse, la dyspnée, et surtout l'état misérable du pouls indiquent l'imminence de la mort.

Il faut savoir qu'il est des cas où l'oxygénation seule, jointe évidemment à la respiration artificielle par manœuvres externes, manuelle ou mécanique, est inopérante. Ce sont les cas où la circulation pulmonaire est bloquée, et où il existe, grâce au spasme des veinules pulmonaires (qui, selon nous, commande le syndrome asphyxique) une stase sanguine à peu près absolue dans le cœur droit, les artères pulmonaires et le sinus cave.

C'est dans ces circonstances qu'il faut essayer, même au prix de la perte d'une partie de la masse sanguine, de *rétablir le circuit sanguin*. Sinon, pour ne point perdre un potentiel vecteur d'oxygène (inutilisable dans les circonstances envisagées) on risque de voir le malade succomber avec des poumons largement oxygénés mais avec une circulation pulmonaire bloquée et parfaitement incapable d'assurer les échanges gazeux et la fonction respiratoire tissulaire.

Parmi nos nombreuses observations, nous en citerons simplement quelques-unes prises au hasard.

Observation G. — Le 27 août 1930, au cours d'un feu de cave, quatre sapeurs-pompiers sont victimes d'une intoxication ; 3 peuvent être retirés à la première phase de l'asphyxie. Le sergent M... isolé, ne put être secouru et dégagé que plus tard. Ce sergent avait présenté un an avant une légère intoxication au cours d'un précédent incendie. Ce fait, que nous avons plusieurs fois noté, semble en faveur de l'hypothèse d'une sensibilisation chez certains sujets. Amené à l'air libre, M... présente un arrêt complet de la respiration, le pouls misérable est à peine perceptible, le facies vultueux, cyanosé ; les mouvements respiratoires, abolis sont réactivés par la respiration mécanique, mais l'inhalation d'oxygène sous masque n'empêche pas la cyanose d'augmenter rapidement, et le pouls file de plus en plus. Aussi en présence de cet état, l'un d'entre nous *pratique sur place*, dans la cour de l'immeuble, l'incision de la veine céphalique gauche. Au moment où l'écoulement sanguin atteignait environ 500 grammes, le malade reprenait connaissance et reconnaissait le médecin ; en même temps, le pouls devenait plus lent et plus ample, et la respiration se régularisait. Un séjour à l'infirmerie suffisait à améliorer en 48 heures les légers signes de congestion œdémateuse que l'on avait enregistrés au moment de l'accident. Il semble évident que sans la saignée une crise d'œdème du poumon, sans doute mortelle, aurait éclaté chez ce sujet sensibilisé et nettement vagotonique.

Observation H. — Mme ..., 48 ans, 95, rue de Charonne, est victime d'une intoxication par le gaz d'éclairage. Durée de séjour dans l'atmosphère toxique = 3 heures. Le corps est en état de résolution musculaire, le facies est cyanosé, *il n'existe aucun mouvement respiratoire spontané*, suivant leur déclaration, le pouls n'est pas perçu à leur arrivée par les sauveteurs. Ceux-ci obtiennent cependant, au bout de 20 minutes de soins, grâce aux manœuvres de respiration artificielle, une ébauche de mouvements respiratoires spontanés. Le médecin arrive à ce moment-là et pratique immédiatement une saignée de 500 grammes, en même temps qu'une injection intraveineuse de coramine (1 cm³) au bras opposé. A mesure que le sang s'écoule, la cyanose disparaît, le pouls incomptable se ralentit et s'amplifie peu à peu ; enfin les mouvements respiratoires diminuent de fréquence et se régularisent. Après 40 minutes de soins, la malade avait repris connaissance, et elle guérissait sans complication pulmonaire quelques jours après à l'hôpital Saint-Antoine où elle avait été mise en surveillance après réanimation.

Observation I. — Gaz d'éclairage. — M. B., quai d'Auteuil, est victime d'une intoxication par le gaz d'éclairage, le 23 octobre 1929. Durée de séjour = 3 heures. A l'arrivée des secours, le corps est en résolution musculaire, la respiration spontanée est abolie, le pouls est à peine perceptible et absolument incomptable, la cyanose est extrême. Malgré la respiration artificielle, l'oxygénothérapie sous masque (oxygène pur), l'injection intraveineuse de 1 cm³ de coramine, et l'injection sous-cutanée de 20 cm³ d'huile camphrée, on n'obtient que l'ébauche de quelques mouvements respiratoires spontanés ; le pouls, malgré tout, reste misérable et file de plus en plus. C'est alors que l'un de nous se décide à pratiquer une saignée de 500 grammes, et aussitôt la respiration s'amplifie, se régularise et le pouls revient rapidement à 100. La victime, après 20 minutes de soins, était transportée en excellent état à l'hôpital Boucicaut, après avoir repris toute sa connaissance ; elle y guérissait rapidement sans présenter aucun accident pulmonaire secondaire.

Observation L. — Le 22 octobre 1930, Mme X..., 31 ans, rue Irénée-Blanc, est victime d'une intoxication par le gaz d'éclairage, d'une durée de 4 heures environ. Son parent, le Docteur T... qui se trouve sur place, la trouve dans un état d'inconscience absolue, avec pouls faiblement perceptible et une respiration arythmique et superficielle. Après avoir effectué des injections de caféine, d'éther, et d'huile camphrée sous-cutanées, ce médecin appelle téléphoniquement le poste de secours des sapeurs-pompiers, qui mettent en œuvre dès leur arrivée, la respiration artificielle et l'oxygénothérapie sous masque (carbogène). Au bout de 30 minutes, l'un d'entre nous trouve à son arrivée la victime sans connaissance, en proie à des mouvements cloniques avec contracture, hoquets, secousses diaphragmatiques, etc... La saignée, acceptée sans enthousiasme par notre confrère au courant des idées classiques proscrivant cette méthode dans l'intoxication oxycarbonique, est néanmoins pratiquée. Un sang extrêmement noir s'écoule sous pression, aussitôt l'agitation et les convulsions cessent durant l'écoulement sanguin et le retour à la connaissance ayant été obtenu, on arrêtait la saignée à 400 grammes.

Nous pourrions reproduire de nombreuses observations calquées sur les précédentes, mais ces quelques exemples nous paraissent suffisants pour justifier la règle de conduite que nous préconisons depuis bientôt 3 ans, et qui nous a permis d'obtenir un pourcentage de réanimations inconnu jusqu'à aujourd'hui.

Nous concluons donc cet exposé en répétant ce que nous écrivions déjà il y a un an, et que notre expérience n'a fait que confirmer depuis, à savoir que : en aucun cas, le médecin ne doit quitter un intoxiqué par gaz d'éclairage ou par gaz de combustion sans l'avoir largement phlébotomisé, chaque fois qu'il aura constaté des signes de stase veineuse, de dilatation aiguë des cavités droites, ou des symptômes de congestion œdémateuse du poumon. Non seulement cette façon d'agir aidera largement à la réanimation de ces malades, mais elle évitera des phénomènes congestifs secondaires du côté du poumon, et notamment le collapsus pulmonaire auquel échappent rarement les malades qui ont subi une intoxication très poussée par CO

Ces indications sont évidemment *a fortiori* valables dans le cas des électrocutés du type asphyxique, et surtout dans les cas de submersion du même type.

Les expériences de l'un d'entre nous ont en effet démontré que chez le noyé du type asphyxique, la mort était produite constamment par le mécanisme de l'œdème aigu du poumon, et non point par l'irruption de l'eau dans les voies pulmonaires. Cette irruption, quand elle a lieu, ne se produit qu'à la phase agonique, lorsque déjà l'œdème est réalisé et que le mécanisme de la mort est déclenché. C'est donc le cas ou jamais d'appliquer à cette variété spéciale d'asphyxie la phlébotomie, qui est la médication par excellence de l'œdème pulmonaire.

II. — L'injection intra-veineuse de camphre. — Le deuxième des grands moyens que nous avons appliqués à la technique de réanimation des divers types d'asphyxies suraiguës accidentelles a été l'utilisation du camphre par la voie veineuse.

Nous avons été amenés à adopter cette substance de préférence à l'adrénaline en raison de la notion établie, par Garrelon et Pasqualis notamment, que cette dernière peut parfois produire de l'œdème aigu du poumon et de la fibrillation ventriculaire grâce à la vasoconstriction pulmonaire intense qu'elle détermine. Dans nos premiers essais, nous avons cru devoir recourir par mesure de précaution à un dérivé du camphre soluble dans l'eau : *la coramine*, qui n'est autre que de la diéthylamide de l'acide pyridine β-carbonique ; d'après les recherches de Valéry et de Barrieu, son action physiologique serait superposable à celle du camphre ; de plus elle serait douée d'une faible toxicité, ce qui offre une très grande marge thérapeutique aux cliniciens. Nous avons employé la coramine par voie intraveineuse à la dose de 1 cm³, et cette injection était généralement précédée d'une phlébotomie.

Ce n'est qu'en l'absence du pouls, et lorsque l'incision de la veine ne donnait pas d'écoulement appréciable, c'est-à-dire dans les cas où la mort était imminente, sinon même déjà réalisée, que nous faisions *in extremis* l'injection intra-cardiaque de 1 ou 2 cm³ de ce produit.

L'utilisation du camphre fut réservée, au début de nos essais, uniquement aux cas désespérés, c'est-à-dire à ceux chez qui, malgré la saignée, l'écoulement sanguin était minime et dont les pulsations cardiaques étaient déjà très affaiblies. Nous n'ignorions pas en effet que les recherches de Scheindelberg, de Mayer et d'Happpich avaient, dès 1912, démontré que lorsqu'il existait chez l'animal une diminution de l'acide glycuronique, l'emploi du camphre pouvait être nocif. Or chez l'asphyxique en général, et chez l'intoxiqué par CO en particulier, il existe un manque d'oxygène qui peut nuire à la formation de cet acide. Il ne faut cependant pas oublier que ces auteurs opéraient chez les lapins, soumis au jeûne, et utilisaient des doses de 8 centigrammes de camphre, ce qui représente par kilogramme d'animal des doses massives.

En outre, les effets dus aux doses massives qui ont été signalés par Moricheau-Beauchamp, Frœlich et Pollack, Bonnamour, etc... n'ont jamais été observés par nous avec les doses que nous avons employées. Nous possédons 31 observations où les injections de coramine intra-veineuses ont été associées à la saignée et jamais nous n'avons eu d'accident à déplorer. Nous avons au contraire l'impression que cette substance a eu une action plutôt favorable sur nos malades : elle n'a été cependant qu'un moyen dans l'ensemble de la thérapeutique utilisée par le sauveteur et le médecin.

Entre temps, nos expériences chez les chiens soumis soit à la submersion, soit à l'intoxication oxycar-

bonique, se poursuivaient, et nous constations que la coramine (même en injection intra-cardiaque) donnait des résultats inconstants, temporaires ou insuffisants ; d'autre part, l'innocuité des injections de camphre nous était démontrée par le nombre important de cas où nous l'avions employé.

C'est alors que nous nous décidâmes à utiliser *la méthode primitive telle que Le Moignic et Gautrelet* l'avaient préconisée dans le shock dès 1918, *c'est-à-dire l'injection intra-veineuse d'huile camphrée.*

C'est en mars 1918, en effet, qu'Heitz Boyer exposait à la Société de Chirurgie la technique préconisée par Le Moignic et les résultats remarquables qu'il en avait obtenus. L'innocuité de cette nouvelle méthode était certaine à condition :

1° D'employer une huile végétale absolument pure et neutre ;

2° De ne pas injecter *à la fois* une dose supérieure à 2 cm³ ;

3° De ne pas répéter l'injection avant un minimum de temps (30 minutes à une heure) ;

4° De ne pas dépasser la totalité de 6 à 8 cm³ ;

5° Enfin de pousser l'injection *très lentement*, c'est-à-dire *à raison de 1 cm³ par minute.*

Cette méthode fut utilisée durant la fin de la guerre par de nombreux auteurs, notamment par Louet, Ferrari, Jeanneney, Ghislain-Heuzel, Constantini et Vigot, etc., etc..., dans tous les cas de shock. Seule ou associée à l'injection de sérum artificiel, et mieux à la transfusion sanguine, elle a donné des résultats incontestables. Plus tard, la pratique de la méthode de Le Moignic dans les états syncopaux si voisins des états de shock fut suggérée à Cotte de Lyon, par l'action inconstante de l'adrénaline. Cet auteur publiait à la Société de Chirurgie, à la séance du 23 janvier 1929, une communication portant sur 100 cas de rachianesthésie dans lesquels il avait fait à titre préventif, et immédiatement après l'injection rachidienne, une injection intra-veineuse de 1 à 2 cm³ d'huile camphrée. D'une façon générale, il conclut qu'en agissant ainsi on évite toute alerte au cours de l'intervention.

Quelques jours plus tard, à la séance du 20 février, Oudart de Toulon rapportait 3 cas de syncopes graves survenues en cours d'anesthésie, et qui avaient été guéries par une injection intra-veineuse d'huile camphrée. Ces constatations démontraient que, dans la *réaction syncopale*, l'huile camphrée, utilisée par la voie sanguine, était un médicament efficace.

Mais en était-il de même dans la *réaction du type asphyxique ?* Il semblait que l'on pût hésiter, si l'on envisageait superficiellement le mode d'action suivant lequel agissait cette médication d'après les divers expérimentateurs. Dans les recherches sur le shock, Le Moignic et Gautrelet ont montré qu'introduite directement dans la circulation générale, l'huile camphrée provoque une hypérémie intense du poumon, et qu'elle améliore l'hématose pulmonaire sérieusement entravée par une vaso-constriction réflexe très intense. Du même coup, elle favorise la déplétion du cœur, et elle relève secondairement l'amplitude de ses mouvements du fait que la circulation pulmonaire est réactivée chez les sujets qui ont un débit diminué par paralysie des vaso-dilatateurs. Gallavardin, étudiant la fibrillation ventriculaire, qui, nous le rappelons, a été souvent mise en cause dans le cas d'électrocution, a rappelé que tous les auteurs (Seligman, Gottlieb, Tursetini) qui ont étudié le camphre tombent d'accord sur ce fait, qu'introduite dans le sang ou dans le cœur, cette substance peut faire cesser ces fibrillations.

Ces diverses constatations expérimentales observées surtout dans les états de shock semblaient contre-indiquer *a priori* l'utilisation de cette méthode dans les états d'asphyxies accidentelles suraiguës, dans lesquels l'autopsie nous démontrait à tout coup, du côté de l'appareil pulmonaire, les lésions classiques d'hypérémie, de congestion, d'œdème, ainsi que des hémorragies diffuses dues aux ruptures vasculaires, allant de l'infiltration pétéchiale de Walshe à l'infarctus diffus, aussi nettement réalisées que dans l'apoplexie pulmonaire d'origine cardio-vasculaire.

Même si on pouvait négliger, étant donné les faibles doses employées, l'objection que les doses trop fortes peuvent produire des altérations pulmonaires plus ou moins graves, il n'en restait pas moins acquis que l'injection d'huile camphrée a surtout une action vasomotrice et que d'après les expériences de Winterberg et Liebmann, confirmées par celles de Gautrelet et de Le Moignic, c'est surtout la circulation pulmonaire qui bénéficie d'une vaso-dilatation intense.

Or, c'est précisément cette raison qui nous a poussés à recourir à cette méthode chez nos asphyxiés. Les nombreuses autopsies que nous avons pratiquées, soit chez les chiens asphyxiés par le gaz d'éclairage, soit chez ceux qui ont été soumis à la submersion, nous ont toujours permis de constater l'embouteillage des artères pulmonaires avec dilatation de l'oreillette et du ventricule droits. Ces constatations, qui ont été longuement développées dans nos précédentes publications, nous ont amenés à appliquer au mécanisme des *asphyxies accidentelles* la théorie du blocage des veinules pulmonaires, qui a été démontrée expérimentalement dans le shock par Airila, Mautner et Pick. De même, dans les cas typiques des *syncopes accidentelles*, que l'électrocution, la submersion, et même l'intoxication par l'oxyde de carbone peuvent *parfois* réaliser, nous avons retenu à l'origine du syndrome le blocage des veinules sus-hépatiques avec barrage de la circulation viscérale de retour, ainsi que les études de Mautner et Pick l'ont également démontré dans les cas de shock. Suivant la sensibilité de tels ou tels de ces vaisseaux, et l'état d'équilibre vago-sympathique, on aura la prédominance de l'un ou l'autre syndrome ; mais, en réalité, le mécanisme des deux réactions est identique, et ce qui diffère c'est uniquement la localisation du spasme vaso-constricteur.

NOTRE MÉTHODE

III. — **Association de la saignée à l'injection intraveineuse de camphre.** — Ceci posé, il devenait très simple de conclure en faveur de l'utilisation d'une thérapeutique identique : nous n'hésitâmes plus à appliquer l'injection d'huile camphrée au traitement des paralysies des vaso-dilatateurs engendrant le spas-

me constricteur des veinules pulmonaires, méthode qui avait donné des résultats si intéressants à Cotte et à Oudart dans les cas de syncope.

Seul l'état du cœur droit, toujours encombré et dilaté, dans le syndrome asphyxique aigu, nous commandait d'ajouter au traitement qui s'adressait au tonus vasculaire un traitement du muscle cardiaque et par conséquent d'en favoriser la déplétion par phlébotomie. C'était ici le cas opposé à celui de la syncope, laquelle, en raison de la déperdition habituelle du plasma sanguin par exémie de Cannon, ou par diarrhée séreuse, doit bénéficier au contraire, soit de l'injection de sérum artificiel, soit de la transfusion sanguine.

Telle fut la méthode d'ensemble que nous établîmes de concert, nous réservant de l'appliquer au premier cas de syndrome asphyxique suraigu que nous aurions à traiter. Nous devons signaler cependant que, si nous avons été les premiers à préconiser la nouvelle méthode de traitement qui consiste dans l'*association de la saignée et de l'huile camphrée intraveineuse dans les asphyxies accidentelles de type suraigu ou aigu*, les recherches biographiques effectuées à l'occasion de cette étude nous ont permis de retrouver, non point l'utilisation de cette méthode conjuguée, mais celle d'injections intraveineuses d'huile camphrée dans les formes asphyxiques de la grippe.

Le professeur Loeper et Fumouze ont publié en effet, en décembre 1918, un travail sur ce sujet. Après avoir rappelé que les divers traitements préconisés jusque là : injections sous-cutanées ou intraveineuses de sérums sucrés, ou adrénalisés, huile camphrée sous-cutanée à fortes doses, saignées, etc., ne donnaient qu'un pourcentage de guérisons infime, ces auteurs ont été amenés à appliquer la méthode de Le Moignic au traitement de cette variété de grippe. Sur 38 malades traités, ils ont obtenu 20 guérisons, soit une proportion de 55 à 60 %. Nous croyons que c'est là le seul essai qui ait été fait jusqu'ici de l'injection d'huile camphrée intraveineuse dans un syndrome asphyxique ; au surplus, l'autorité du professeur Loeper, si nous avions eu connaissance de son travail, nous eût incités à recourir plus vite à cette technique, et elle nous eût évité la phase où nous avons durant quelques mois, et par mesure de prudence, utilisé un dérivé soluble du camphre.

Ce n'est pas tant les travaux allemands, notamment ceux de Lepehne et surtout ceux du professeur Léo, de Bonn, mais plutôt le seul cas de mort publié jusqu'ici (et que certains ont mis au compte de la méthode) qui nous avait engagés à quelque prudence. Leuret publiait, le 6 juin 1919, à la Société des Chirurgiens de Paris, le cas d'une femme de 50 ans environ, pâle et un peu essoufflée, mais sans lésion appréciable à l'auscultation, qui avait été opérée pour un néoplasme du sein avec évidement axillaire. Trois jours plus tard apparaissait une tachycardie importante qui nécessitait des injections sous-cutanées de spartéine et d'huile camphrée ; le lendemain, en présence d'un pouls aux environs de 135 à 140, le médecin pratiqua une injection intraveineuse d'huile camphrée. A la fin de l'injection, la malade s'écria : « J'étouffe, je meurs », et, avant qu'il ait eu le temps de retirer l'aiguille, la face et les yeux de la malade se convulsaient et la mort survenait. Ce cas est évidemment assez troublant, et il nous a incités à quelques réflexions, dont le résultat a été de nous amener à préciser notre technique et à adopter la ligne de conduite que nous suivons actuellement.

Il est certain qu'un cas de mort parmi les centaines de malades, de blessés ou de shockés qui ont été soignés jusqu'ici par la méthode de Le Moignic ne saurait contre-balancer les résultats remarquables qui lui sont imputables, et l'actif est trop important, surtout si l'on veut bien se rappeler qu'il s'agit presque toujours de cas désespérés, pour qu'un cas malheureux puisse décider les médecins à l'abstention. Quand on pense que chez certains sujets, et notamment chez ceux du groupe thymo-lymphatique de Paltauf, une injection de sérum antidiphtérique, ou même un simple choc émotif peut déterminer la mort soudaine, on a le droit de ne pas conclure sans preuves sérieuses à un exitus consécutif à une embolie graisseuse. Dans le cas présent, il s'agissait d'ailleurs d'une malade ayant déjà subi une intervention sévère et dont l'état, aggravé progressivement depuis trois jours, pouvait être rapporté au collapsus pulmonaire. Enfin, l'auteur signale qu'il avait injecté environ *trois centimètres cubes et demi* d'huile camphrée, alors que Le Moignic et Heitz-Boyer ont eu soin de préciser, comme nous l'avons déjà dit, qu'il fallait non seulement pousser l'injection très lentement (deux minutes pour deux centimètres cubes), mais aussi et surtout ne point injecter à la fois une dose supérieure à deux centimètres cubes. C'est pour toutes ces raisons que nous estimons que ce cas malheureux ne nous paraît pas devoir être imputé à la méthode.

Nous avons néanmoins retiré de ce fait une raison de plus de la nécessité qu'il y avait à *combiner, dans le syndrome asphyxique suraigu, la méthode des injections intraveineuses d'huile camphrée à la saignée*, pour éviter tout danger de collapsus cardiaque en présence d'un gros cœur défaillant et incapable de faire à lui seul les frais nécessaires pour la reprise de la circulation générale et le désencombrement des artères pulmonaires et du sinus cave.

Ces diverses considérations nous ont semblé indispensables à présenter, non seulement pour expliquer les raisons logiques de notre façon d'agir, mais aussi pour souligner le travail d'élaboration et de mise au point qui, après de nombreux mois d'observations cliniques et d'expérimentation, nous a permis d'asseoir sur des bases solides cette méthode sur laquelle repose en grande partie l'acte médical dans la pratique d'extrême urgence des asphyxies accidentelles.

Les indications qui peuvent, dans certains cas d'espèce, commander une attitude thérapeutique plus ou moins différente seront envisagées plus loin. Il nous faut d'abord rapporter sommairement quelques-uns des cas les plus démonstratifs que nous avons choisis parmi les 53 observations recueillies depuis que nous avons remplacé l'association *camphre soluble (coramine) et saignée* par l'association *huile camphrée et saignée*. Mais, auparavant, nous rappellerons en deux mots la technique utilisée par nous.

IV. — **Technique opératoire.** — La technique que nous employons est très simple. Il semblerait *a priori* que l'on puisse pratiquer une émission sanguine avec une aiguille d'un calibre assez grand et qu'ensuite, lorsque l'écoulement sanguin est jugé suffisant, on puisse se servir de cette même aiguille pour pratiquer l'injection intraveineuse d'huile camphrée. Il est cependant préférable, afin d'éviter tout danger de coagulation, et aussi afin de pratiquer l'injection avec la *lenteur absolument indispensable*, de la faire au bras opposé à celui sur lequel a lieu la phlébotomie. Il est avantageux de se servir d'une aiguille d'un diamètre aussi petit que possible, toujours pour la même raison. En effet, on risque de provoquer, dans les cas où on agit trop rapidement, des vomissements en fusée du type cérébral, ainsi que des convulsions et des mouvements toniques. Ces convulsions ont été déjà notées par Le Moignic et Gautrelet lorsque l'injection chez l'animal a été faite de façon trop massive ou trop rapide.

Ces manifestations sont cependant sans danger, et elles représentent un mode plus accusé de la phase habituelle qui caractérise, dans les cas d'asphyxies accidentelles, la fin de la phase de coma et le début de celle de réanimation. C'est cette phase que le professeur Yandell-Henderson a constatée également chez les animaux en cours d'expérience, et que cet auteur attribue à un état d'hypercapnie par acidose gazeuse qui se produirait au moment où prend fin la phase de coma.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 JUILLET 1932)

Sur la dilution du sérum de cheval dans des solutions électrolytiques. — MM. Charles ACHARD, Augustin BOUTARIC et Maurice DALADILHE.

Sur l'action hyperglycémique du sulfate d'hordénine. — M. G. TANRET.

Etudes physico-chimiques sur les filtrats de bacilles acido-résistants de la tuberculose et de la fléole. — MM. A. MACHEBOEUF, G. SANDOR et C. NINNI.

Une nouvelle méthode d'immunisation des maladies à virus filtrants ; son application dans la vaccination antiaphteuse. — M. Joseph LIGNIÈRES.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 26 JUILLET 1932)

Septicémie à streptocoques hémolytiques d'origine otitique, traitée et guérie par le sérum de Vincent. — MM. R. A. MARQUEZY, Pierre CAMUS et ROIZES ont observé un malade, enfant de 11 ans, qui eut à la suite d'une otite gauche avec mastoïdite, une septicémie à streptocoques vérifiée par l'hémoculture et compliquée d'*ictère infectieux* avec décoloration des selles, et prostration profonde.

Sous l'influence des injections de sérum antistreptococcique à hautes doses, on constate une amélioration notable et la disparition des symptômes infectieux et de la fièvre ; l'hémoculture devient négative. Mais la fièvre persistant la nuit et l'hémoculture étant devenue positive, malgré un état général satisfaisant, on fait une seconde série d'injections de sérum de Vincent qui amène, après sept jours, la guérison définitive et complète de cette septicémie que l'ensemble des symptômes (et en particulier l'ictère) conduisait à considérer comme particulièrement grave.

M. le professeur VINCENT, après avoir présenté cette observation, la fait suivre du fait suivant :

MM. FLAISSIER et SOLLIER, de Nîmes, rapportent l'histoire d'un enfant qui, après avoir absorbé de l'eau putride d'un ruisseau, eut une *septicémie à streptocoques* traitée et guérie en neuf jours par le sérum antistreptococcique du prof. Vincent, malgré une fièvre considérable ayant atteint plus de 42°.

Traitement des cancers du col de l'utérus. — M. HARTMANN apporte des résultats obtenus dans la clinique de l'Hôtel-Dieu pendant les années 1921 à 1926, ne voulant parler que de malades traitées depuis plus de cinq ans. Ces malades sont au nombre de 329. Les interventions opératoires ont donné une mortalité de 4 % et 70 % de guérisons constatées après plus de cinq ans. Les traitements curiethérapiques ont été suivis d'une mortalité immédiate de 2 %. Pour les cas opérables (stades I et II de la classification de Genève) il y a eu 63 % de guérisons; pour les inopérables 15 %. Il est intéressant de noter que depuis l'administration de doses plus fortes, étalées sur un plus long espace de temps, le nombre des guérisons dans les inopérables s'est élevé et est monté à 21,7 %. L'emploi du radium a donc permis de guérir, dans une proportion notable des malades auparavant incurables. Au contraire, pour les cas au début, l'intervention opératoire semble donner une proportion de guérisons plus grande que la curiethérapie.

Vagotonine et pression artérielle. — M. DESGREZ présente une note de MM. D. Santenoise, C. Franck, L. Merklen et M. Vidacovitch, établissant l'importance du rôle joué par la vagotonine sur la régulation de la pression artérielle, et étudiant les mécanismes de cette action régulatrice. La vagotonine possède un pouvoir hypotenseur bien spécifique. Elle accroît en particulier la sensibilité des réflexes dépresseurs, régulateurs normaux de la pression artérielle, et diminue le tonus vaso-constricteur.

Eau de Vittel. — M. DESGREZ communique également un travail de M. C. Auguste établissant que l'ingestion d'eau de Vittel grande source provoque constamment chez les sujets normaux une hydrémie nettement plus précoce et plus intense que celle qui suit l'ingestion d'eau pure, ce qui tend à prouver que les propriétés diurétiques bien connues de cette eau minérale résultent principalement de l'action qu'elle exerce sur la composition du sang.

Enfin, M. Desgrez présente les résultats qu'il a obtenus avec MM. Rathery et Wolff dans l'étude de la cure de Vittel, source Hépar : accroissement net de la diurèse liquide et solide, moins marqué qu'avec Vittel, grande source, mais ces auteurs observent par contre une action qui paraît plus efficace sur le métabolisme hépatique.

Les défauts de la stabilisation chez l'homme. — M. F. DOMINGUEZ (de la Havane). — Dans son intéresant travail, le Professeur Dominguez passe en revue tous les faits anatomiques et physiologiques qui contribuent à la stabilisation de l'homme, signalant la très grande fréquence des défauts qu'on peut observer. Il insiste sur l'aggravation de ces dé-

fauts par la déformation des souliers qui en est la conséquence.

M. Dominguez présente le dessin d'un appareil destiné à constater la différence de longueur des membres inférieurs après suspension du sujet afin d'éviter toute cause d'erreur.

Il étudie les principaux défauts qu'on peut trouver et arrive à la conclusion qu'étant donné la différence entre les pieds des sujets et aussi les défauts qui peuvent exister, il serait à souhaiter que toute personne soit munie d'une fiche, après examen complet des différentes questions relatives à la stabilisation, de façon à pouvoir, en cas de défaut, y remédier par l'addition d'une semelle *ad hoc*.

Il souhaiterait l'organisation d'un corps d'experts ayant fait des études spéciales à cet objet, suivant l'exemple donné par la collaboration entre les oculistes et les opticiens.

Etant donné la différence presque générale entre le pied droit et le pied gauche de chaque individu, ces mesures serviraient également pour établir un rapport avec les mesures intérieures des souliers standardisés, permettant ainsi d'en corriger scientifiquement la différence, de la même façon qu'on corrige les défauts.

La lutte contre les moustiques stercoraires. — M. J. Legendre, qui révéla l'an dernier l'existence d'une variété du moustique commun (Culex pipiens) habitant les fosses d'aisance à chasse d'eau et qu'il nomma « moustique stercoraire », expose aujourd'hui les heureux résultats qu'il a obtenus contre ces moustiques dans des établissements publics par sa méthode de protection mécanique qui transforme la fosse en piège à moustiques, y laissant entrer les femelles pondeuses et retenant leur progéniture. Par ce moyen simple et peu onéreux, l'auteur a réalisé dans ces bâtiments publics la disparition rapide, totale et définitive des essaims de moustiques qui en rendaient le séjour inconfortable et provoquaient par leurs multiples piqûres, une véritable *éruption culicidienne* prurigineuse et déplaisante.

Le risque de pullulation des moustiques dans les w.-c. que l'urbanisme augmente chaque année doit être connu des architectes et des propriétaires afin que soient prises ou imposées les mesures de prévention qui permettent d'éviter le tourment de ces insectes agressifs.

Autres communications :

L'ostéomalacie en Algérie. — M. Laffont (présentation faite par M. Bar).

Recherches préliminaires sur la fluorescence des piquettes des raisins secs aux rayons ultra-violets filtrés. — M. I. Khouri.

Mécanisme des variations postprandiales de la glycémie. — MM. Burnard et Soula.

L'Académie entre en vacances. La prochaine séance aura lieu en octobre.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 8 juillet 1932)

Septicémie et méningite aiguë à entérocoque à point de départ otitique. — MM. Jame et Jude. Observation d'un indigène nord-africain qui, après une période fébrile de nature indéterminée, présente une otite moyenne aiguë suppurée évoluant à bas bruit, à partir de laquelle se déclencha toute une série de localisations septiques : sinus latéral, poumons, méninges. Un entérocoque typique fut isolé du sang, du foyer thrombo-phlébitique et du liquide céphalo-rachidien.

Le rôle du dolichosigmoïde dans la production des entérorragies. — M. A. Cain et Mlle Barnaud. On constate parfois des entérorragies de sang rouge dont l'abondance peut être assez grande pour mettre la vie en danger, et qui méritent le nom de *solitaires*, car elles sont isolées, sans prodromes et le plus souvent monosymptomatiques. L'examen rectroscopique est négatif. En dehors des cas où un ulcère duodénal peut être révélé, l'examen radiologique a mis en évidence l'existence d'un dolichosigmoïde.

Rhumatisme de Bouillaud et tuberculose. — MM. G. Paisseau, P. Ducas et Jean Weill. Le rhumatisme articulaire aigu avec endocardite, ou maladie de Bouillaud, est resté en dehors des discussions soulevées par la question du rhumatisme tuberculeux lorsque les auteurs viennois Reitter et Löwenstein firent connaître leur procédé d'hémoculture permettant de déceler l'existence de bacillémies tuberculeuses au cours d'un très grand nombre de maladies de Bouillaud.

Les auteurs ayant, de leur côté, obtenu un résultat positif par l'inoculation de sérosité pleurale et de sang, ont recherché la présence du bacille tuberculeux par l'inoculation et l'hémoculture dans un certain nombre de rhumatismes articulaires aigus avec endocardite.

Les constatations bactériologiques, rapprochées d'un certain nombre de particularités cliniques présentées par le malade permettent d'envisager la possibilité de maladies de Bouillaud réalisées par l'infection tuberculeuse.

Anémie rhumatismale et formes anémiques de la maladie de Bouillaud. — MM. F. Meersseman, E. Friess et A. Lemaistre communiquent quatre observations de syndromes anémiques, qu'ils rattachent à la maladie de Bouillaud. Les auteurs estiment que ces faits permettent de penser qu'il existe des formes anémiques de la maladie de Bouillaud et que, au moins pour certaines anémies fébriles cryptogénétiques, l'étiologie rhumatismale mérite d'être envisagée et le traitement salicylé mis en œuvre.

Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique. Ses résultats et son enseignement. — MM. Paul Jacquet et Léon Gally. Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique repose sur l'existence de trois signes dont l'apparition successive s'échelonne sur plusieurs semaines et dans l'ordre suivant : irritabilité rétractile du cæcum, point douloureux, encombrement baryté de l'iléon passé la sixième heure après la prise d'un repas baryté.

L'irritabilité rétractile du cæcum, très nette, existe seule au début. *Le point douloureux de l'appendicite répond dans* 80 p. 100 *des cas, non pas à l'appendice, mais au défilé iléo-cæcal*, et dans 20 p. 100 des cas seulement à l'appendice lui-même. Les auteurs insistent sur l'importance de cette notion nouvelle et sur le caractère incertain qui en résulte de la sensibilité localisée à l'appendice, donnée jusqu'à présent comme le seul signe caractéristique.

Les auteurs insistent sur la fréquence de ce syndrome anatomo-radiologique, souvent épisodique, spontanément curable et restant méconnu. Ils insistent également sur la participation du côlon, qui est quasi constante à toutes les époques de l'appendicite.

Méningite cérébro-spinale à méningocoque B. Surinfection à streptocoque. — MM. L. Jame, A. Jude et R. Sohier. Observation d'un jeune sujet atteint de méningite cérébro-spinale à forme suraiguë, amélioré par la sérothérapie spécifique et chez lequel s'est développée, après des accidents sériques précoces, une surinfection à streptocoque hémolytique. (Culture du liquide céphalo-rachidien et hémoculture positive.)

Les auteurs remarquent que ces infections secondes, parmi lesquelles celles à streptocoques demeurent assez rares, peuvent expliquer en partie les échecs de la sérothérapie antiméningococcique.

Syndrome de Raynaud guéri par des injections de bismuth. — MM. Sezary et Horowitz.

Deux cas d'hydronéphrose à symptomatologie abdominale antérieure. — MM. Flandin, Escalier, Soulié, Joly. Deux observations, la première simulant un abcès du foie, la seconde simulant une splénomégalie. L'erreur de diagnostic ne fut évitée que par la ponction exploratrice. Intervention chirurgicale. Guérison.

Tuberculose du corps thyroïde et maladie de Basedow. — MM. Abrami, Baumgartner, Lichtwitz et Weill. Malade atteinte du goitre exophtalmique typique chez laquelle l'examen de la pièce opératoire révéla la présence de follicules tuberculeux.

Intoxication par le tétrachlorure de carbone. — MM. Pagniez, Pléchet, Koang. Homme de 30 ans, ayant travaillé dans une atmosphère contenant du tétrachlorure de carbone, présente des troubles gastro-intestinaux suivis d'accidents néphrétiques. Ceux-ci se sont manifestés par un œdème généralisé, une oligurie marquée et une forte azotémie. Guérison en 4 semaines. Sans reliquat.

Azotémie, chlorémie, sécrétion urinaire dans un cas d'infection rénale. — MM. Lemierre, Laudat et Laporte. Ce fait démontre que la thérapeutique chlorurante est contre-indiquée lorsque l'hypochlorémie est due à une fuite du chlore sanguin vers les tissus : après une reprise de la diurèse aqueuse, on ne doit administrer le sel que dans la limite où le rein est capable de l'éliminer rapidement.

Œdème aigu du poumon mortel au cours d'une encéphalite. — MM. Bezançon, Et. Bernard, de Gennes et Delarue. Femme de 39 ans atteinte de parkinsonnisme post-encéphalitique qui fit en 1930 une crise d'œdème pulmonaire. Il s'est agi de crises survenant sans lésion cardiaque, aortique ou rénale. L'œdème peut donc être réalisé par des troubles vaso-moteurs commandés directement par les centres nerveux.

Rôle du dolichosigmoïde sur la production des hémorragies. — M. Cain et Mlle Barnaud. On peut constater des hémorragies de sang rouge abondantes, sans prodromes et mono-symptomatiques. L'examen radiologique met souvent en évidence l'existence d'une dolichosigmoïde. L'hémorragie est révélatrice soit d'un volvulus, soit d'un sigmoïdite hémorragique.

Traitement de la maladie de Basedow par la radiothérapie. — MM. Labbé et Azerad. La physiothérapie peut amener une guérison complète : retour à l'état normal du pouls et du métabolisme. La guérison peut ne survenir que longtemps après l'arrêt du traitement, dont la durée peut être très longue (6, 18 mois, et même 3 ans). La radiothérapie est inoffensive.

Méningite cérébro-spinale aiguë à méningocoque A avec association de streptocoque. — MM. Plazy et Germain (Toulon). Dans ce cas, la ponction lombaire décela au 2e jour de la maladie, conjointement au méningocoque A, du streptocoque. Guérison par sérum de Vincent. Dans la convalescence, au milieu d'accidents sériques, apparut une orchi-épididymite unilatérale.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(Séance du 4 juin 1932)

Influence de la splénectomie et du blocage du système réticulo-endothélial sur l'allergie tuberculeuse des cobayes. — M. Z. Thomoff démontre que ni la splénectomie, ni le blocage du système réticulo-endothélial seuls ou associés, ni le blocage local des cellules réticulo-endothéliales du derme et du tissu conjonctif sous-cutané ne diminuent d'une façon appréciable l'allergie des cobayes tuberculeux aux corps bacillaires et à la tuberculine.

Syphilis expérimentale microbiologiquement apparente mhez la souris. (Lymphadénie tréponémique). — MM. C. Levaditi, J.-G. Mezger et R. Schoen ont examiné, d'une part, la fréquence et la topographie des spirochètes dans les glandes lympthatiques et, d'autre part, le sort du greffon de chancre syphilitique (virus Truffi) ayant servi à la contamination de souris par voie sous-cutanée. Les recherches ont montré que si l'infection syphilitique de la souris est, cliniquement, une maladie inapparente, elle ne l'est pas au point de vue microbiologique. La présence de tréponèmes dans les ganglions lymphatiques périphériques chez 50 p. 100 des sujets en fait une maladie microbiologiquement apparente. Tout se passe comme si le virus syphilitique, incapable d'engendrer chez la souris un syphilome spirochétien, abandonnait rapidement le point d'inoculation pour se loger dans le système lymphatique, où il végète soit sous la forme tréponémique, soit (surtout au début de l'infection) sous une forme infravisible inaccessible à nos moyens d'investigation. C'est là un argument de plus en faveur du cycle évolutif du virus syphilitique, lequel peut être infravisible avant d'atteindre le stade visible et virulent représenté par le *Treponema pallidum*.

Le virus syphilitique comporte-t-il un cycle évolutif ? — MM. Levaditi, R. Schoen et A. Vaisman. — Il résulte des observations faites avec des ganglions lymphatiques de souris syphilisées par greffe de fragments de ganglions lymphatiques de lapins syphilisés, qu'entre la greffe sous-scrotale et le moment où apparaissent les premiers indices d'altérations spécifiques, il s'écoule une période au cours de laquelle nulle trace de tréponème ne peut être décelée ni dans le greffon, ni dans les tissus qui l'emprisonnent. Puis, brusquement, les formes spirochétiennes font leur apparition, en même temps que la structure tissulaire revêt les caractères spécifiques du chancre syphilitique. Tout se passe comme si le virus utilisait cette période latente pour accomplir un cycle évolutif comportant des stades intermédiaires infravisibles, lesquels précèdent la phase terminale tréponémique et végétative. Il ressort de ces constatations qu'il n'y a pas d'altérations syphilitiques sans apparition simultanée de spirochètes.

Propriétés physico-chimiques du ferment fibrolytique d'origine microbienne. — MM. E. Weinberg et A. Randin ont montré que certains microbes sécrètent un ferment spécial, capable de digérer complètement le tissu fibreux.

Une étude nouvelle leur a permis de constater que ce ferment filtre à travers la bougie Chamberland.

Ils ont en outre étudié les propriétés physico-chimiques du ferment fibrolytique.

L'addition de glucose aux milieux de culture augmente l'activité du ferment. Le maximum de ferment a été trouvé dans les cultures de B. histolytique ensemencé en bouillon glucose à 2 p. 100.

Le ferment fibrolytique est très actif à 37°. Son action s'atténue à 40°, et est complètement nulle à 50°, ainsi qu'à la glacière.

Les précipités du filtrat de culture de B. histolytique, obtenus par l'alcool, l'alcool-éther, et l'acétone, sont restés inactifs.

Ovalbumine et perméabilité placentaire. — MM. L. Nattan-Larrier et L. Grimard-Richard. L'ovalbumine, injectée à faible dose à la femelle pleine, passe de la circulation maternelle dans la circulation fœtale sans déterminer aucune lésion placentaire. Les sérums hétérologues, injectés à la femelle pleine en même temps que d'ovalbumine, traversent le placenta à la condition que la quantité d'ovalbumine contenue dans le mélange atteigne un taux déterminé.

Influence d'une infection aiguë surajoutée sur la bacillémie tuberculeuse. — M. T. de Sanctis Monaldi a étudié le rôle qu'une infection aiguë à bacilles de Bang peut avoir sur la bacillémie tuberculeuse chez les cobayes infectés par des doses moyennes ou petites de bacilles de Koch, et il parvient à ces conclusions :

1° Que chez des cobayes tuberculeux avec lésions étendues, l'hémoculture selon la méthode de Löwenstein est positive seulement dans un nombre de cas relativement restreint (16,6 p. 100) ;

2° Que chez les cobayes tuberculeux une infection aiguë par le bacille de Bang est capable de mobiliser le bacille de Koch et de le faire passer plus fréquemment dans le sang ;

3° Que, d'une manière générale, lorsqu'on produit deux infections successives et différentes, la deuxième, si elle est assez virulente, détermine fréquemment une mobilisation des germes de la première.

Identification du sang dans les fèces par sa transformation en porphyrine. — MM. J.-Ch. Roux, R. Goiffon et J. Waltz décrivent une méthode pour transformer l'hématine des fèces en porphyrine, qu'ils purifient de telle sorte que sa fluorescence rouge intense avec la lumière de Wood, en fait une réaction spécifique des hémorragies occultes.

Sur un bacille inconnu retiré d'une méningite. — MM. Paul Hauduroy, Duhamel, Ehringer et Mondin ont eu l'occasion d'observer récemment une méningite dont l'agent causal ne semble pas encore avoir été décrit. Il s'agit d'un bacille, ne se colorant pas par la méthode de Gram, liquéfiant la gélatine et possédant un pouvoir chromogène.

Les auteurs étudient en détail les caractères bactériologiques de ce nouveau germe et proposent de lui donner le nom de *Bac. luteus liquefaciens*.

PRATIQUE MÉDICALE

QUELQUES ANESTHÉSIES LOCALES A LA PERCAINE CIBA (1)

Par M. Maurice Paynjon.

L'auteur a employé la percaïne pour l'anesthésie locale, en infiltration, chez de nombreux malades dont l'âge variait de 18 à 75 ans.

Le pouvoir anesthésique énorme de la percaïne fait que cet anesthésique peut et doit être utilisé en solutions très étendues, soit de 0,5 à 1 pour mille. Grâce à ces dilutions, la toxicité du produit n'entre pour ainsi dire pas en ligne de compte, pour des doses moyennes de 30 à 60 cc. L'anesthésie est complète 5 à 10 minutes après l'injection et elle persiste, en général, plus de cinq heures, particularité propre à la percaïne qui contribue considérablement à assurer le calme post-opératoire.

L'injection des solutions de percaïne entraînant une légère vaso-dilatation, il convient généralement de compenser celle-ci par l'addition d'un peu d'adrénaline, soit x gouttes de solution au millième pour 50 cc. de solution de percaïne ; cette dose suffit à provoquer une ischémie suffisante du champ opératoire, même pour les régions riches en vaisseaux sanguins. Aucun effet secondaire n'a été remarqué, pas d'irritation locale, pas de modification du pouls ou de la respiration.

Indépendamment des services que la percaïne est appelée à rendre en oto-rhino-laryngologie et en urologie, où elle a fait déjà l'objet de nombreuses publications, elle constitue donc un excellent anesthésique local, très maniable par infiltration, pour la chirurgie générale.

(1) *Presse méd.*, 29 juillet 1931, n° 60.

LIVRES NOUVEAUX

Initiation aux examens courants de la gorge, du nez et des oreilles (1), par Henri-Pierre Chatellier, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris, préface de L. Baldenxeck.

Ce manuel est un livre de technique d'examen ne contenant que des conseils exclusivement pratiques. Il a été écrit pour l'étudiant, pour le débutant, pour le futur spécialiste et pour tout praticien qui, même rompu par une longue expérience aux examens de la médecine et de la chirurgie générale, ne manquera pas d'éprouver une grande gêne lorsqu'il lui faudra pour la première fois explorer une fosse nasale, une oreille ou un larynx et apprécier en toute certitude leur état.

« De la première à la dernière page, dit l'auteur dans sa préface, nous n'avons cessé de nous imaginer derrière le débutant, lui indiquant ce qu'il doit faire et ce qu'il lui convient d'éviter, nous efforçant de le guider dans ses moindres gestes et de le corriger pour les fautes les plus légères qu'il pourrait être tenté de commettre. C'est, si l'on veut, tout l'opposé d'une œuvre magistrale ne voyant les choses que de très haut, donc d'un peu loin, mais au contraire une série de recommandations directes, précises et minutieuses, que nous voudrions aussi claires, utiles et efficaces. Aucun détail n'est négligeable, s'il est capable de conduire plus sûrement et mieux au but.

Les règles énoncées dans ce manuel sont de tous ordres et concernent autant le choix des instruments que la façon de s'en servir. Elles ont été divisées en deux grands chapitres qui visent : 1° les conseils généraux convenant à tous les examens oto-rhino-laryngologiques ; 2° les conseils plus particuliers à chacune des explorations susceptibles d'être pratiquées. »

Enfin, comme complément indispensable à ce vade-mecum, l'auteur a tenu à fournir quelques renseignements sur l'aspect que revêtent les régions soumises à l'examen. Autrement dit, après avoir précisé la technique des différentes méthodes d'investigation, il a signalé succinctement les résultats cliniques qu'elles permettent.

C'est en somme une relation succincte de la morphologie normale des diverses régions, telles qu'elles apparaissent au cours de l'exploration chargée de les déceler et un rappel sommaire des principales lois physiologiques indispensables au clinicien. L. G.

(1) In-8 de 324 pages avec 152 figures dessinées par l'auteur. — — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Tout voyageur porteur :

— soit d'un ou plusieurs titres de transport se faisant suite et valables sur les services d'autocars organisés par la Compagnie P.-L.-M. ;

— soit de titres de transport se faisant suite et valables dans les trains P.-L.-M. et sur les services d'autocars organisés par la Compagnie P.-L.-M. ;

peut faire enregistrer ses bagages par chemin de fer entre les gares P.-L.-M. situées sur l'itinéraire de ses titres de transport.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Laffaille (de Paris), Payrau (de Saint-Gaudens), Vagniot (de Lons-le-Saunier), Dozoul (de Saint-André-les-Alpes), Kayser (de Colmar), Cotonnec (de Quimperlé), Couderc (de Limogne).

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — (Active.) Mutations :

Médecin lieutenant-colonel. — M. Bonnel est maintenu à l'hôpital militaire Saint-Nicolas, à Bordeaux, laboratoire de bactériologie.

Médecins commandants. — MM. Despujois est affecté à l'hôpital militaire Saint-Nicolas, à Bordeaux, laboratoire de bactériologie; Attane, affecté à l'hôpital militaire Maillot, à Alger, laboratoire de bactériologie; Fricker, affecté à l'hôpital militaire Gaujot, à Strasbourg, laboratoire de bactériologie; Hombourger, affecté au ministère de la Guerre, direction du Service de santé.

Médecins capitaines. — MM. Desormeaux est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte du Mans, laboratoire de bactériologie; Seilhan, affecté à l'hôpital militaire Plantières, à Metz, laboratoire de bactériologie; Accoyer, affecté au 18e génie, à Nancy.

LE DIPLÔME DE CHIRURGIEN-DENTISTE. — Aux termes d'un décret, le stage afférent au diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste comportera dorénavant les conditions suivantes (art. 2 du décret) :

« Nul ne peut se faire inscrire comme stagiaire s'il ne produit l'un des titres initiaux français suivants : diplôme d'Etat de docteur en droit, ou de docteur ès sciences, ou de docteur ès lettres, titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes), diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, diplôme complémentaire de l'enseignement secondaire des jeunes filles, brevet supérieur de l'enseignement primaire. »

UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE. — La VIIIe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose se réunira à La Haye du 6 au 9 septembre 1932, sous le haut patronage de S. M. la Reine-Mère des Pays-Bas, et sous la présidence du professeur Nolen, futur président de l'Union internationale contre la tuberculose. La séance de clôture aura lieu à Amsterdam. La discussion sera limitée à trois sujets principaux :

Question biologique : *Relations entre l'allergie et l'immunité.* — Rapporteur : professeur Jules Bordet (Bruxelles).

Question clinique : *La chrysothérapie.* — Rapporteur : professeur Luis Sayé (Barcelone).

Question sociale : *L'assistance postsanatoriale.* — Rapporteur : docteur B. H. Vos (Hollande).

Dix corapporteurs, désignés d'avance d'après une liste présentée par les 40 pays membres de l'Union, ont été adjoints au rapporteur principal pour ouvrir la discussion sur chacune des questions inscrites à l'ordre du jour.

Le Comité d'organisation de la conférence a préparé un programme très attrayant de réceptions et d'excursions ; ces dernières dureront jusqu'au mercredi 14 septembre et feront connaître aux congressistes les principales institutions antituberculeuses de Hollande, ainsi que les sites les plus renommés de ce beau pays.

Les membres de l'Union internationale sont invités à la conférence et sont exemptés de tous frais d'inscription. Ils sont priés de remettre leur adhésion, soit par l'intermédiaire de leur gouvernement ou association nationale, soit directement au Comité d'organisation de la conférence à l'adresse suivante : Internationaal Tuberculose Congres 1932, Bjouwstraat 7, La Haye (Pays-Bas).

Les personnes qui ne sont pas membres de l'Union et qui désirent s'inscrire comme « membres de la Conférence »

doivent envoyer leur demande, accompagnée d'une cotisation de 15 florins hollandais, exclusivement par l'intermédiaire du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les congressistes bénéficieront de réductions sur les prix des hôtels.

LA LIGUE D'UNION LATINE EN ITALIE. — La Ligue d'Union latine organise du 3 au 14 septembre son dernier voyage de la saison. Il comprendra la visite en autocar du Tyrol, des Dolomites, un séjour à Venise, où des manifestations de propagande française sont prévues, et au bord du Lac Majeur.

Chacun peut demander à s'inscrire à ce voyage organisé comme les précédents, dans des conditions incomparables de confort et de prix. Le programme illustré est envoyé gratuitement par la Ligue d'Union latine, 51, rue Saint-Georges, Paris (IXe).

VOYAGE DE PROPAGANDE EN ORIENT (septembre 1932). — L'itinéraire de ce voyage permet la visite des sites les plus intéressants du Prooche-Orient et des principales capitales balkaniques.

Départ : via Milan, Venise, Zagreb, Belgrade (visite), parcours en bateau de la partie la plus pittoresque du Danube entre cette ville et Giurgevo, Bucarest (visite), excursion facultative à Sinaia, départ pour Constantza, d'où Constantinople sera gagné par mer. Un séjour suffisant permettra de visiter d'une façon complète cette dernière ville, ainsi que ses environs ; excursion à Brousse, Nicée et Nicomédie, retour à Marseille par le Pirée (visite facultative d'Athènes) et Naples.

Aux principales étapes les touristes seront reçus par les membres locaux du Comité qui se feront un plaisir de se mettre à leur entière disposition pour les guider dans la visite des sites et monuments et leur faciliter toute formalité.

Prix : 6.620 fr. de Paris au retour à Paris.

Pour envoi du programme détaillé et inscriptions, s'adresser au service touristique du Comité « France-Orient », 9, rue de Londres, Paris (IXe). Tél. Trinité 32-09.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Stépinski-Vessière (de Paris); Emmanuel Fleury (de Versailles); Mme de Gagemon, docteur en médecine ; Mlle le docteur Renée Schulmann (de Paris).

Mademoiselle Césarine TRUFFE

Mlle Césarine Truffe, qui vient de mourir le 22 juillet 1932, à l'âge de 70 ans, était une ancienne surveillante des hôpitaux de Paris. Pendant ses quarante-deux ans de service, consacrés aux soins des enfants, beaucoup de médecins l'ont connue et appréciée. Surveillante du service de la diphtérie aux Enfants-Malades, elle accompagna M. Sevestre à Bretonneau lors de l'ouverture de cet hôpital où elle resta jusqu'à sa retraite. Elle demeurait à quelques pas de là, et elle y venait souvent, toujours prête à faire profiter les jeunes de son expérience ; il arrivait même qu'on allât la chercher et lui demander son aide dans le cas d'un tubage difficile. Elle est morte à Bretonneau, assistée par un personnel qui l'aimait. Son zèle avait été reconnu comme en témoignent ses titres : officier d'Académie, médaille d'or de l'Assistance publique, médaille d'honneur des épidémies, médaille d'honneur d'encouragement au bien.

La mémoire de cette femme de bien méritait d'être rappelée ici.

H. GRENET.

NOTES DE PRATIQUE

SUR L'HYPERHYDROSE

On a coutume de diviser l'hyperhydrose en deux variétés : l'hyperhydrose généralisée et l'hyperhydrose localisée. Cette dernière est la plus fréquente. Elle existe parfois sur une moitié du corps, mais plus souvent elle est régionale, intéressant le front, le cuir chevelu, les mains et les pieds. Nombreuses en effet sont les personnes qui ont constamment les mains ou les pieds humides. L'épiderme peut même se macérer et une odeur fétide s'exhale des chaussures. Quel traitement faut-il apporter à cette affection tenace et pénible ? D'une façon générale, il s'agit de neuro arthritisme : on pratiquera un traitement interne et on utilisera les sédatifs nerveux et les alcalins. En même temps, on agira sur l'hyperhydrose elle-même, exigeant du malade une propreté rigoureuse, des bains locaux très chauds ou très froids suivis de lotions alcooliques. On a conseillé la pommade suivante en frictions :

Hydrate de chloral	5
Acide formique	5
Baume du Pérou	1
Alcool à 90°	90

On a conseillé le poudrage avec des poudres inertes : talc, amidon, acide salicylique, mais le véritable traitement de l'hyperhydrose est le formol, ou mieux, sa combinaison à un savon potassique le Lusoforme qui ne dégage aucune vapeur irritante et n'a aucune odeur désagréable. On frictionne la paume des mains ou la plante des pieds avec du Lusoforme pur, puis quelques minutes après on pratique des lavages ou des bains locaux avec une solution dans l'eau à 2 %. Cet antiseptique a l'avantage d'être en même temps désodorisant. Sa réaction légèrement alcaline lui permet de dissoudre les sécrétions sudorales et de décaper les pores de la peau, rendant ainsi possible l'action modificatrice profonde. L'hyperhydrose par ce moyen est énergiquement combattue. Il n'y a aucun effet secondaire à redouter pour l'épiderme.

LES CHAPITRES DIFFICILES DE L'ANATOMIE

LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL [1]

Par H. BILLET,
Professeur d'anatomie à la Faculté libre de médecine de Lille.

IV

LE RHOMBENCÉPHALE

2. — La Protubérance annulaire, segment antérieur du Métencéphale

La protubérance annulaire est ce segment du névraxe qui s'intercale entre le bulbe rachidien, le cervelet et les pédoncules cérébraux ; c'est le *pont de Varole* des anciens anatomistes, pont jeté par-dessus le bulbe et les pédoncules cérébraux.

Embryologiquement, c'est le segment antérieur du métencéphale.

I. **Embryologie.** — Embryologiquement, en effet, la protubérance annulaire ne représente pas la totalité d'un segment du tube médullaire primitif.

Nous avons vu, en étudiant le développement du myélencéphale (V. fig. 1 et 2 du chapitre précédent), les deux zones dorsale et ventrale du tube médullaire former, malgré l'apparition de la fosse rhomboïdale, un tout homogène, qui deviendra le bulbe rachidien. Il n'en va pas de même au niveau de la protubérance.

Ce n'est pas, toutefois, du côté de la *zone ventrale*, qu'apparaît la différence. De chaque côté du raphé médian, tendu depuis la face antérieure du tube médullaire jusqu'au fond de la fosse rhomboïdale, la lame fondamentale s'organise. Les éléments cellulaires se groupent pour former, d'une part, des noyaux moteurs : noyaux du moteur oculaire externe, du facial, du nerf masticateur (portion motrice du trijumeau), d'autre part, les noyaux gris de la substance réticulée.

C'est du côté de la *zone dorsale* que surviennent d'importantes modifications.

Tandis que le segment vertical ou interne de la *lame alaire* se comporte comme dans le myélencéphale et contribue essentiellement à former le *locus cœruleus*, son segment externe, la *lèvre rhomboïdale*, va donner naissance au cervelet.

Dans le prochain chapitre, réservé au cervelet, nous étudierons dans ses détails le développement de cet organe. Ce que nous devons dire toutefois, dès maintenant, parce que cela nous permettra de définir exactement la protubérance annulaire, c'est que le cervelet provient de deux ébauches latérales, développées aux dépens de la lèvre rhomboïdale du métencéphale. De cette même lèvre rhomboïdale dérivent, en outre, quelques noyaux limités, propres à la protubérance, tels que l'*olive protubérantielle*, le *noyau trapézoïde*, auxquels se rattachent les fibres arciformes internes protubérantielles et le corps trapézoïde.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 77, p. 1359 ; n° 85, p. 1496 ; 1931, n° 18, p. 337 ; 1932, n° 36, p. 661.

On voit, par ce qui précède, que s'il est commode de dire que la protubérance annulaire représente la zone ventrale du métencéphale, et le cervelet, la zone dorsale, ce n'est pas absolument exact.

Le pont de Varole dérive à la fois de la zone ventrale et de la zone dorsale du tube médullaire. Dans cette dernière, le segment interne de la lame alaire lui revient en totalité ; il s'incorpore en plus quelques éléments de la lèvre rhomboïdale.

Il est donc, en définitive, assez difficile de donner une définition embryologique exacte et précise de la protubérance. C'est moins précis, mais c'est plus exact de la dénommer : le *segment antérieur du métencéphale*.

Pour en finir avec les considérations embryologiques, je vous rappellerai que la protubérance représente le sommet de la *courbure pontique*, qui siège au niveau de la troisième vésicule encéphalique primitive. Cette coudure du névraxe a un retentissement important à la fois sur la morphologie et les rapports des divers éléments qui constituent le rhombencéphale.

Elle explique tout d'abord la saillie que fait le pont de Varole sur les segments sus et sous-jacents du névraxe ; c'est elle qui détermine, à la face postérieure du rhombencéphale, la formation de la fente choroïdienne, par où s'insinuera la toile choroïdienne inférieure ; c'est elle qui provoque l'élargissement du quatrième ventricule à sa partie moyenne ; c'est elle enfin qui amène le métencéphale — et consécutivement le cervelet — à recouvrir la face postérieure du myélencéphale. Je ne fais, pour l'instant, que vous citer ces faits. Nous aurons l'occasion d'y insister plus longuement lorsque nous étudierons le cervelet et le quatrième ventricule.

II. **Morphologie et Rapports.** — La FACE ANTÉRIEURE de la protubérance est la seule qui soit directement visible quand on examine le névraxe sans préparation préalable (V. fig. 3 du chapitre précédent). Elle fait un relief appréciable : d'une part sur le bulbe rachidien, dont elle est nettement séparée par le sillon que vous connaissez, le *sillon bulbo-protubérantiel*, qui présente en son milieu *le trou borgne inférieur de Vicq d'Azyr* ; d'autre part, sur les pédoncules cérébraux, dont elle est séparée par le *sillon pédonculo-protubérantiel* ou *protubérantiel supérieur*, qui, lui aussi, possède son trou borgne, sur la ligne médiane, entre les deux pédoncules : *le trou borgne supérieur*.

Cette face antérieure, fortement convexe dans son ensemble, est parcourue sur toute sa hauteur par des sillons transversaux parallèles, plus ou moins serrés, assez profonds, qui donnent au pont de Varole un *aspect fasciculé* caractéristique. Sur les côtés de la protubérance, les sillons s'infléchissent légèrement en bas et passent sur les pédoncules cérébelleux moyens qui continuent, sur les côtés et en arrière, sans démarcation aucune, la protubérance.

C'est d'un de ces sillons, que, de chaque côté du pont de Varole, à peu près à mi-hauteur, sort le tronc volumineux, aplati, large de 3 à 4 millimètres, du *nerf trijumeau*.

Au-dessous de ce dernier, quelques sillons transversaux prennent soudain une orientation différente ; ils

s'infléchissent en bas, se dirigeant vers le sillon bulbo-protubérantiel, et s'épanouissent au voisinage de ce dernier ; ils constituent le *faisceau oblique de la protubérance* de quelques auteurs.

Comme nous l'avons déjà noté sur les segments du névraxe étudiés précédemment, un *sillon médian antérieur* creuse la face antérieure du pont de Varole. Mais il est ici tout différent : ce n'est plus une fente étroite, c'est une gouttière, large de 2 millimètres, et peu profonde, dans laquelle chemine le tronc basilaire, d'où son nom de *sillon basilaire.*

De part et d'autre de ce sillon, la convexité de la protubérance s'exagère légèrement et forme les *bourrelets pyramidaux*, les *pyramides protubérantielles.*

La protubérance repose sur le segment antérieur de la gouttière basilaire de l'occipital : son axe n'est donc pas absolument vertical ; il fait avec la verticale un angle de 20° à 25°.

Elle est séparée du squelette par les méninges. La dure-mère est ici adhérente au crâne ; la pie-mère reste accolée à la protubérance et pénètre dans les fentes qui la sillonnent ; l'arachnoïde, suivant la règle, reste au contact de la dure-mère. L'espace sous-arachnoïdien forme ici un large canal, le *canal basilaire*, tendu entre les deux bourrelets pyramidaux, et passant, par conséquent, au-dessus du sillon basilaire. Ce canal fait communiquer le *grand lac central*, qui occupe tout l'espace interpédonculaire, avec les espaces sous-arachnoïdiens péribulbaires et périmédullaires. Le *tronc basilaire* y chemine, abandonnant par sa face postérieure, une foule de rameaux (*artères protubérantielles médianes*) qui pénètrent directement dans la protubérance, *des artères protubérantielles latérales*, et *l'artère du trijumeau de Duret.*

La FACE POSTÉRIEURE de la protubérance n'est visible que si l'on enlève le cervelet, en sectionnant ses six pédoncules au ras du hile. Elle répond au segment supérieur du plancher du quatrième ventricule qu'encadrent et que recouvrent les *deux pédoncules cérébelleux supérieurs*, aplatis et légèrement convexes, réunis par *la valvule de Vieussens.*

Déjerine a donné le nom d'*isthme postérieur* à la région quadrilatère formée par les pédoncules cérébelleux et la valvule de Vieussens. Elle est limitée en haut par la dépression qui la sépare des tubercules quadrijumeaux inférieurs, et dans laquelle repose *le nerf pathétique* ; de chaque côté, par un sillon, *sillon latéral de l'isthme*, qui la sépare des pédoncules cérébelleux moyens et du pédoncule cérébral et qui forme le sommet de l'angle dièdre, bien connu des neurologistes et des chirurgiens sous le nom d'*angle ponto-cérébelleux.* On trouve parfois dans ce sillon un petit tractus blanchâtre, qui vient de la face antérieure du pédoncule cérébral et va se perdre dans le pédoncule cérébelleux : *le taenia pontis.*

III. Configuration intérieure. — Pour achever cette étude de la morphologie de la protubérance, nous en examinerons une coupe transversale, perpendiculaire à son axe (V. fig. 1).

Elle apparaît nettement divisée en deux parties ou *étages :*

Un étage antérieur, arrondi, de dimensions considérables : *la pyramide protubérantielle* ; bordée en dehors par les pédoncules cérébelleux moyens, elle présente une disposition fasciculée caractéristique ;

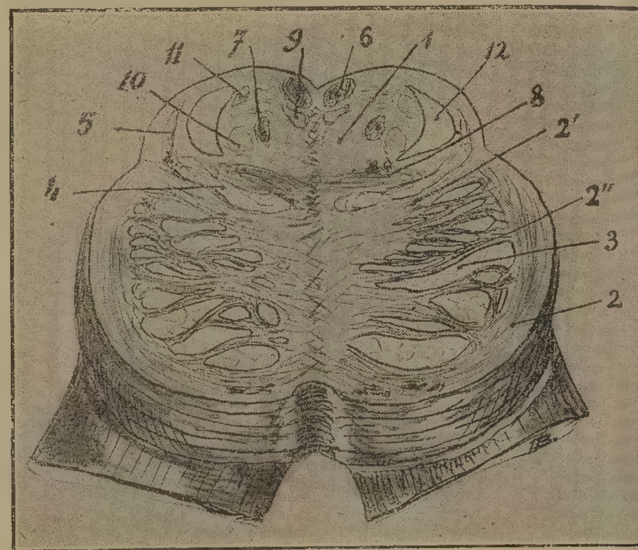


FIG. 1. — *Coupe de la protubérance dans son tiers inférieur* (faible *grossissement*) *dessinée à la chambre claire, d'après une préparation du laboratoire d'anatomie*). — 1. Région de la calotte. — 2, 2', 2''. Les fibres protubérantielles. — 2. *Stratum superficiale.* — 2'. *Stratum profundum.* — 2''. *Stratum complexum.* — 3. La voie pédonculaire, dissociée par les fibres protubérantielles. — 4. Le ruban de Reil médian. — 5. Le faisceau acoustique (*alias* ruban de Reil latéral). — 6. Noyau d'origine du nerf moteur oculaire externe. — 7. Noyau d'origine du nerf facial. — 8. Le corps trapézoïde (avec ses noyaux : olive supérieure et noyau trapézoïde). — 9. La bandelette longitudinale postérieure. — 10. Le faisceau central de la calotte. — 11. — Le faisceau de Gowers. — 12. Pédoncule cérébelleux supérieur.

Un étage postérieur, de dimensions moindres, assez homogène dans son ensemble, qui coiffe le premier : c'est la *calotte protubérantielle*, flanquée de droite et de gauche d'un croissant : la coupe des pédoncules cérébelleux supérieurs.

Il semblerait, après ce qui vient d'être dit, que la protubérance annulaire, qui est la continuation directe du bulbe rachidien, soit très différente de ce dernier, tant extérieurement qu'intérieurement. L'étude de sa structure et de ses connexions nous fera connaître les raisons qui motivent ces dissemblances ; elle nous révélera surtout les liens qui unissent ces deux segments du névraxe et qui établissent leur parfaite continuité.

IV. Structure et Connexions de la Protubérance. — Pour la commodité et la clarté de la description, nous n'étudierons pas la protubérance en un seul bloc, comme nous l'avons fait précédemment pour la moelle et le bulbe rachidien. Nous décrirons séparément ses deux étages, antérieur et postérieur, la pyramide et la calotte. Nous retrouverons du reste la même disposition dans les pédoncules cérébraux (V. fig. 2).

A. ÉTAGE ANTÉRIEUR OU PYRAMIDE. — Les diverses dénominations données à l'étage antérieur du pont de Varole, *de bourrelets pyramidaux*, de *bosses pyramidales*, ou de *pyramides* tout court, montrent clairement qu'il est l'homologue des pyramides bulbaires et qu'on y retrouvera, par conséquent, le faisceau

pyramidal. Mais pourquoi cette hypertrophie soudaine, cet aspect fasciculé que présentent les coupes, si différent de celui du segment antérieur du myélencéphale ?

Cela tient essentiellement à ce que, dans sa traversée de la protubérance, le faisceau pyramidal se trouve disséqué en une multitude de fascicules par des éléments nouveaux, *les fibres protubérantielles.*

Ces fibres se reconnaissent à leur direction transversale. Depuis Obersteiner, on les divise en trois groupes (Fig. 1 : 2, 2′, 2″) :

le *stratum superficiale*, qui atteint, par endroits 2 millimètres d'épaisseur ;

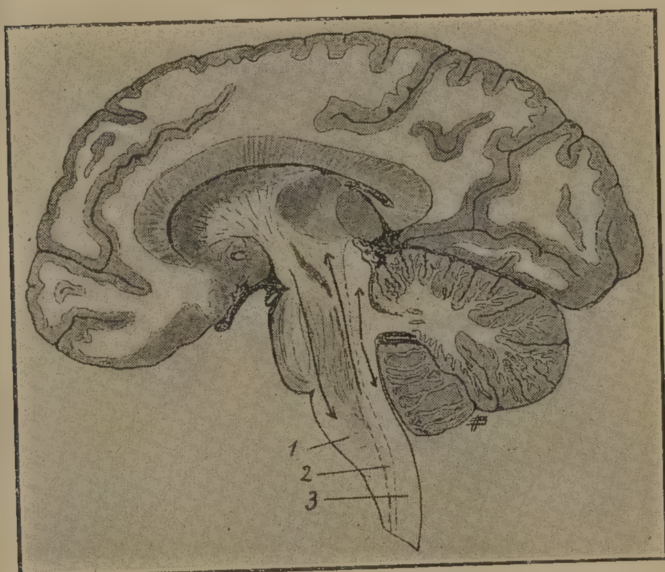


Fig. 2. — *Coupe paramédiane des centres nerveux supérieurs, destinée à situer la protubérance annulaire et à montrer sa continuité avec les segments sus et sous-jacents du névraxe.* — On remarquera, en particulier, la continuité parfaite de la substance réticulée du myélencéphale, de la calotte protubérantielle, de la calotte pédonculaire et de la région sous-optique.

Les traits pontillés délimitent — un peu artificiellement — les trois grands faisceaux du névraxe : 1. Le faisceau moteur descendant, qui vient du cortex cérébral, passe dans la capsule interne, dans le pied du pédoncule cérébral, dans les pyramides protubérantielle et bulbaire ; derrière lui : — 2. Le faisceau sensitif ascendant, ruban de Reil médian, qui s'épanouit dans le noyau externe du thalamus. — 3. Sur le plan dorsal, les faisceaux d'association, dont le mieux individualisé, la bandelette longitudinale postérieure, renfermant des fibres ascendantes et descendantes, s'arrête à la limite supérieure du mésencéphale.

le *stratum profundum*, qui établit la démarcation entre la pyramide et la calotte, et qui est surtout abondant à la partie supérieure de la protubérance ;

le *stratum complexum*, ou couche moyenne, qui est l'agent essentiel de la division du faisceau pyramidal ; il est particulièrement développé dans les deux tiers supérieurs du pont.

Quelle est la signification des fibres protubérantielles ?

Il en est tout d'abord quelques-unes — elles se trouvent presque exclusivement dans le *stratum superficiale*, qui sont des *fibres commissurales intercérébelleuses*, passant d'un hémisphère cérébelleux à celui du côté opposé par les pédoncules cérébelleux moyens. Divers auteurs en contestent l'existence.

Il y a surtout *les fibres ponto-cérébelleuses* et *les fibres cérébello-pontiques* qui établissent la liaison, dans les deux sens, entre l'écorce du cervelet et les *noyaux du pont.*

Les *noyaux du pont* ont une importance de premier ordre. Ils sont disséminés en nombre considérable dans toute l'épaisseur de la pyramide. Ce ne sont pas des noyaux à proprement parler, aux contours limités. Ils ne sont pas visibles à l'œil nu. C'est une sorte de gangue de substance grise, formée par des amas plus ou moins volumineux de gros neurones, pourvus de dendrites richement ramifiées, dont les axones forment la majorité des fibres protubérantielles.

La plupart de ces axones franchissent le raphé médian, passent dans le pédoncule cérébelleux et se rendent au cortex cérébelleux : ce sont donc des fibres ponto-cérébelleuses croisées. Un certain nombre cependant sont homo-latérales et se rendent, par conséquent, dans le cervelet du même côté.

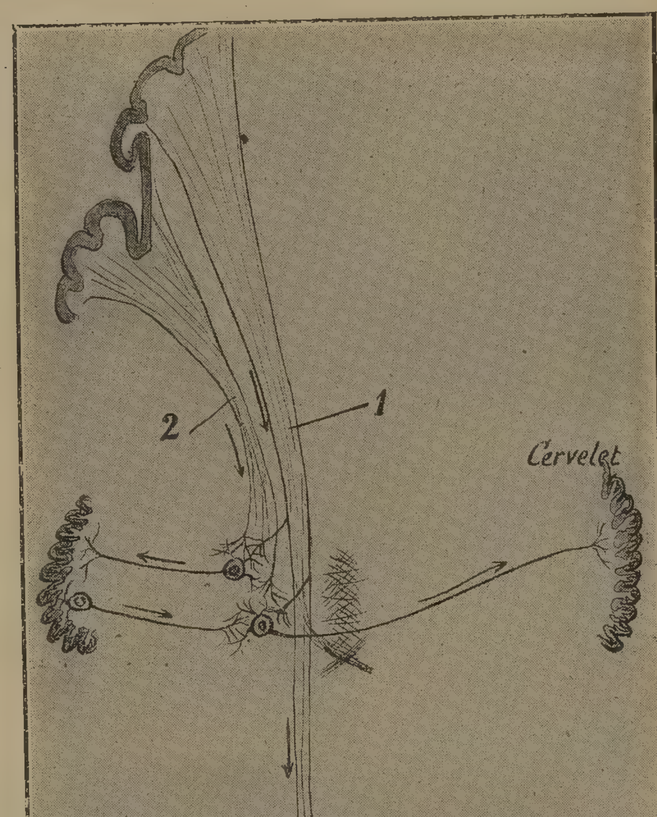


Fig. 3. — *Schéma destiné à mettre en évidence les connexions des noyaux pontiques.* — 1. *Faisceau moteur principal* (Faisceau géniculé + faisceau pyramidal) et les collatérales qu'il envoie aux noyaux du pont. — 2. *Faisceau de Türck-Meynert* (faisceau cortico-protubérantiel), qui se termine dans les noyaux du pont.

Les connexions des neurones des noyaux du pont sont multiples et particulièrement intéressantes à préciser (V. fig. 3). Autour de leurs arborisations dendritiques viennent se développer les ramifications terminales des axones qui constituent le *faisceau cortico-temporo-protubérantiel de Türck-Meynert.* Ce faisceau, dont nous parlons ici pour la première fois — et qu'il

ne faut pas confondre avec le faisceau de Türck, ou faisceau pyramidal direct — est un faisceau descendant, corticifuge, par conséquent moteur. Il prend naissance dans l'écorce du lobe temporal du cerveau et se termine dans la protubérance annulaire. Nous le retrouverons désormais dans les étages supérieurs du névraxe.

Ce n'est pas tout. Les cellules pontiques entrent encore en connexion avec les axones provenant de cellules de l'écorce cérébelleuse, *les fibres cérébello-pontiques de Mingazzini* ; enfin avec des *collatérales* que leur envoient les fibres du grand faisceau moteur, le faisceau pyramidal.

L'étude de ces connexions nous permet de conclure que les noyaux du pont représentent un relais interposé sur le trajet, non pas de la voie motrice principale, qui, pourtant, lui envoie des collatérales, mais de la *voie motrice cérébelleuse* : les impressions motrices viennent du cortex, par l'intermédiaire du faisceau de Türck-Meynert, et sont transmises au cervelet par les fibres ponto-cérébelleuses, homonymes et croisées.

Revenons maintenant au faisceau pyramidal. A vrai dire, les faisceaux de fibres motrices qui, des pédoncules cérébraux, passent dans la protubérance, ne doivent pas s'appeler le faisceau pyramidal. Déjerine leur donne, plus justement, le nom de *voie pédonculaire.* Il a raison, parce que, parmi ces fibres descendantes, se trouvent bien, sans doute, toutes les fibres du faisceau pyramidal (à part, pour être strictement exact, quelques faisceaux aberrants, qui intéressent plutôt l'anatomo-pathologiste que l'anatomiste) ; mais il y a, en plus, les fibres du faisceau de Türck-Meynert, qui s'épuise dans les noyaux de la protubérance, le *contingent cortico-nucléo-pontin* de quelques auteurs.

D'autre part, les neurologistes, dans les étages supérieurs du névraxe, dissocient le faisceau moteur principal en deux faisceaux secondaires : l'un qui renferme les fibres destinées aux noyaux moteurs des nerfs craniens, l'autre qui renferme les fibres du faisceau pyramidal direct et du faisceau pyramidal croisé — que vous connaissez — c'est-à-dire les fibres qui se rendent à la moelle épinière.

On donne au premier (*contingent cortico-nucléaire*) le nom de *faisceau géniculé* (parce qu'il occupe dans le cerveau, ainsi que nous le verrons plus tard, le *genou de la capsule interne*) ; le nom de *faisceau pyramidal* (*contingent cortico-spinal*) est réservé au second.

Pourquoi ces subdivisions, direz-vous ? Ne sont-elles pas quelque peu surprenantes et pour le moins inutiles, puisqu'il s'agit du faisceau moteur principal, dont l'unité physiologique est indiscutable ? Non, elles ne sont point arbitraires. Au point de vue anatomique, tout d'abord, le faisceau géniculé occupe, dans l'ensemble du faisceau moteur, une place bien déterminée, que nous préciserons au fur et à mesure que nous étudierons les étages supérieurs du névraxe. En outre, — et ceci a des conséquences extrêmement importantes en clinique — *les fibres du faisceau géniculé subissent la décussation dans la partie supérieure de la protubérance annulaire*, tandis que celles du faisceau pyramidal croisent, comme vous le savez, dans la partie inférieure du bulbe (f. pyramidal croisé) ou sur toute la hauteur de la moelle (f. pyramidal direct).

Il y a donc, dans la protubérance, un entrecroisement moteur supérieur, sur lequel les anatomistes n'attirent peut-être pas suffisamment l'attention, mais qui a, en pathologie, une importance très grande.

C'est, en effet, lorsque vous étudierez la pathologie et la clinique, que vous apprécierez davantage l'utilité de ces notions anatomiques qui vous paraissent aujourd'hui quelque peu ardues. C'est à la lueur de l'anatomie seule que s'éclairent les lésions si complexes qui siègent dans le mésencéphale et dans le rhombencéphale ; c'est la connaissance de l'anatomie qui, après une analyse minutieuse des symptômes, vous permettra de localiser *exactement* le siège des lésions ; c'est grâce à elle que ces multiples syndromes, auxquels s'associent les noms des auteurs qui les ont décrits, prendront pour vous une signification précise : syndromes de Benedikt et de Weber, pour les lésions pédonculaires ; syndromes de Raymond et Cestan, de Millard-Gubler, de Parinaud, de Foville, pour les lésions pédonculaires.

La voie pédonculaire contient, en définitive : 1° le *faisceau de Türck-Meynert* ; 2° le *faisceau géniculé* ; 3° le *faisceau pyramidal.* Elle diminue notablement de volume au fur et à mesure qu'elle descend vers le bulbe rachidien. Elle perd tout d'abord la totalité des fibres du faisceau cortico-protubérantiel ; mais encore elle abandonne un contingent appréciable d'axones aux noyaux du pathétique (qui est surtout pédonculaire, mais qui commence à apparaître à la partie toute supérieure du pont de Varole), du moteur oculaire externe, du facial et du trijumeau moteur.

Rappelons enfin que les fibres du faisceau moteur principal envoient, au cours de leur traversée de la protubérance, des collatérales nombreuses aux noyaux du pont.

B. Etage postérieur ou calotte (V. fig. 1 et 4). — La région de la calotte renferme dans un espace restreint un nombre appréciable de formations grises et blanches. Les unes sont déjà connues de vous ; d'autres apparaissent ici pour la première fois. Passons en revue les unes et les autres.

1. *Formations connues. — a) Formations grises.* Il s'agit, bien évidemment, des noyaux moteurs et sensitifs représentant les cornes antérieures et postérieures de la moelle. Voici comment ces noyaux se répartissent dans l'intérieur du Pont.

La *base des cornes antérieures* donne le *noyau de l'eminentia teres*, noyau d'origine du nerf moteur oculaire externe (VI) ; c'est ce noyau, dont le relief est encore accru par les fibres de nerf facial qui l'entourent, qui fait saillie sur le plancher du quatrième ventricule au niveau de l'*eminentia teres.*

La tête des cornes antérieures fournit le volumineux noyau du nerf facial, situé en plein milieu de la calotte protubérantielle, à la même hauteur et un peu plus bas que le noyau de l'eminentia teres ; et, plus haut, *les deux noyaux, principal et accessoire, du nerf masticateur.*

La *base des cornes postérieures* est représentée à la partie inférieure de la protubérance par les noyaux

considérables, étalés dans le sens transversal, qui servent de relais aux deux segments du nerf auditif, le nerf vestibulaire et le nerf cochléaire.

Ce sont, *pour le nerf vestibulaire :* le *noyau principal*, qui occupe l'aile blanche externe et le tubercule acoustique ; les *noyaux de Deiters* et *de Bechterew*, situés en dehors du précédent ; *pour le nerf cochléaire :* le *noyau dorsal* et le *noyau ventral*, qui encadrent toute l'extrémité supérieure du corps restiforme.

Ces noyaux sont, en somme, à cheval sur le bulbe rachidien et sur la protubérance.

La *tête des cornes postérieures* fournit la terminaison de cette longue colonne gélatineuse, qui est en connexion avec le *nerf trijumeau*, et qui remonte jusque dans le *locus caeruleus*.

b) *Formations blanches.* Vous retrouvez, dans la calotte protubérantielle, la plupart des faisceaux blancs que nous avons étudiés dans le myélencéphale : le *ruban de Reil médian*, le *faisceau spino-cérébelleux ventral de Gowers*, la *bandelette longitudinale postérieure*, le *faisceau central de la calotte*, la *formation réticulaire de la calotte protubérantielle*.

Le *ruban de Reil médian* conserve la place qu'il occupait antérieurement dans le bulbe : il s'étale comme un ruban derrière la pyramide. Il s'étend du raphé médian jusqu'à la périphérie de la protubérance ; bientôt une formation nouvelle, le *ruban de Reil latéral*, apparaîtra vers son extrémité externe, et semblera faire corps avec lui ; vous apprendrez bientôt quelle est sa véritable signification.

Dans toute la moitié inférieure de la protubérance, le ruban de Reil est traversé de part en part par le corps trapézoïde, dont les fibres sont perpendiculaires aux siennes. Il augmente notablement de volume dans son trajet ascendant, du fait de l'apport considérable d'axones qui lui viennent des volumineux relais ganglionnaires du nerf trijumeau.

Le *faisceau spino-cérébelleux ventral de Gowers*, assez mal délimité, s'insinue, dans la partie latérale de la calotte, entre l'olive protubérantielle et le pédoncule cérébelleux supérieur, dont il se rapproche de plus en plus, au fur et à mesure qu'il progresse vers le mésencéphale.

En arrivant à la limite supérieure de la protubérance, ses fibres s'infléchissent brusquement, passent du névraxe dans les pédoncules cérébelleux supérieurs et surtout dans la valvule de Vieussens, et se rendent ainsi, de haut en bas, vers le cervelet, où elles s'épanouissent dans l'extrémité antérieure du vermis supérieur (*lingula* et *lobule central*).

La *bandelette longitudinale supérieure*, comme le ruban de Reil, occupe la même place que dans le bulbe rachidien : elle se trouve à la partie postérieure de la formation réticulaire, tout contre la colonne motrice, base des cornes antérieures.

Sa signification reste aussi la même : c'est le faisceau d'association, formé à la fois de fibres ascendantes et de fibres descendantes, qui établit la liaison entre les divers noyaux moteurs et sensitifs bulbaires, protubérantiels et pédonculaires. Sa forme sur les coupes est tout à fait caractéristique : c'est celle d'un faisceau, d'une poire, d'une aile d'oiseau, d'un insigne d'aviateur ; son volume paraît augmenter au fur et à mesure qu'on remonte vers le mésencéphale.

Le *faisceau central de la calotte*, qui s'étend de l'olive bulbaire au thalamus, traverse la protubérance. Il apparaît très nettement sur les coupes dans les parties latérales de la calotte, entre le ruban de Reil et les noyaux moteurs du nerf facial et du trijumeau, non loin du pédoncule cérébelleux supérieur.

La *formation réticulaire* ou *substance réticulée de la calotte* est identique à celle que nous avons étudiée dans le myélencéphale. Fibres transversales, fibres longitudinalles et fibres obliques donnent à la substance blanche de la calotte le même aspect réticulé. La présence, en outre, d'éléments gris assez nombreux, qui vont être étudiés dans un instant, lui donne une teinte franchement grisâtre, assez uniforme, qui se remarque très bien sur les coupes.

2. *Formations nouvelles.* — *a) Formations grises.* Les noyaux gris propres à la calotte protubérantielle sont : d'une part, l'*olive supérieure* et *le noyau trapézoïde ;* d'autre part, les *noyaux de la formation réticulaire*.

Les deux premiers, l'*olive* et le *noyau trapézoïde*, sont en relation tellement étroite avec le *corps trapézoïde* qu'on ne saurait dissocier leur étude de celle de ce dernier. Nous y arriverons bientôt.

Les *noyaux de la substance réticulée* sont les homologues des noyaux de même nom de la substance réticulée du bulbe rachidien ; comme eux, ils font partie du groupe des *noyaux diffus de Kölliker*. Ils sont, toutefois, assez importants par leur étendue, et Déjerine en a décrit, dans le Pont, quatre principaux :

le *noyau central supérieur*, qui occupe le segment élevé de la calotte protubérantielle, de part et d'autre du raphé médian ;

le *noyau circonflexe*, dans la partie moyenne de la protubérance, latéralement, entre le faisceau longitudinal supérieur et le faisceau central de la calotte ;

le *noyau réticulé* de la calotte, qui siège, lui aussi, dans la région protubérantielle moyenne, entre les deux rubans de Reil médians ;

le *noyau central inférieur*, qui n'existe que dans le segment inférieur du Pont, au voisinage du raphé médian, à mi-distance entre le ruban de Reil et la bandelette longitudinale postérieure.

Les connexions de ces divers noyaux sont assez mal connues ; elles font partie vraisemblablement des voies motrices extra-pyramidales.

b) *Formations blanches.* — Il en est ici deux particulièrement importantes, le *corps trapézoïde* et le *ruban de Reil latéral*. L'une et l'autre appartiennent au système des voies auditives centrales et ne sont en réalité que les deux parties d'une même formation.

Je ne vous en ferai aujourd'hui qu'une description sommaire, me réservant de vous donner les détails de leur constitution et de leurs connexions dans un chapitre ultérieur, lorsque nous étudierons les origines réelles du nerf acoustique et les voies auditives.

La plupart des fibres du *corps trapézoïde* ont, en effet, leur origine dans les noyaux de relais bulbo-protubérantiels du *nerf cochléaire* (Le nerf cochléaire re-

présente la portion du nerf acoustique en relation avec le sens de l'ouïe).

Le *noyau antérieur* ou *ventral* du nerf cochléaire fournit le contingent *ventral* des fibres du corps trapézoïde ; le *noyau dorsal*, le *tubercule acoustique*, lui fournit un contingent de fibres dorsales.

Le corps trapézoïde s'étale transversalement, en forme de fuseau, derrière la pyramide protubérantielle, et parmi les fibres du ruban de Reil qu'il croise perpendiculairement. Ses axones franchissent le raphé médian, s'entrecroisant avec ceux du côté opposé. Un certain nombre se relaient, en cours de route, dans le *noyau trapézoïde*, peut-être aussi dans l'*olive supérieure*, devant lesquels ils passent.

De chaque côté de la protubérance, les fibres du corps trapézoïde, après avoir croisé ces noyaux, ou après s'y être relayés, changent brusquement de direction ; d'horizontales, elles deviennent verticales, et remontent dès lors vers les pédoncules cérébraux, formant un faisceau homogène, rubanné, qui aura désormais son nom et son individualité propres : le *faisceau acoustique* ou *ruban de Reil latéral*.

Avant de passer à l'étude de ce dernier, il nous faut dire quelques mots de ces noyaux gris, dont le nom a déjà été cité à plusieurs reprises, et qui s'incorporent logiquement au corps trapézoïde, à savoir : l'*olive supérieure* et le *noyau trapézoïde*.

L'*olive supérieure* ou *protubérantielle*, dont le nom évoque l'olive bulbaire, ne mérite véritablement ce nom d'olive que chez certains animaux. Chez l'homme, elle est très rudimentaire, et ne présente pas sur les coupes l'aspect si caractéristique de l'olive bulbaire ou de l'olive cérébelleuse. Elle est formée de quelques lames superposées de cellules, légèrement plissées ; elle a parfois un aspect bilobé.

Elle est située en plein milieu de l'étage inférieur de la calotte, à peu près à mi-distance entre la limite externe de celle-ci et le raphé médian, derrière le ruban de Reil médian et le corps trapézoïde, en avant et un peu en dehors du noyau du nerf facial.

La signification des olives supérieures est assez discutée. La plupart des auteurs classiques les rattachent, exactement comme le noyau du corps trapézoïde, aux voies acoustiques centrales. Ils admettent qu'elles constituent un relais interposé sur le trajet des fibres cochléaires et qu'elles fournissent un important appoint de fibres aux rubans de Reil latéraux. Cajal et quelques autres sont d'un avis nettement contraire et déclarent formellement que l'olive protubérantielle ne doit pas être rattachée aux voies centrales de l'audition.

Le *noyau trapézoïde* se trouve en avant de l'olive supérieure, dans l'épaisseur même du corps trapézoïde, ou légèrement en arrière. Histologiquement, il est remarquable par la façon très spéciale dont les terminaisons cylindraxiles des fibres du corps trapézoïde se ramifient autour de ses neurones propres : ces arborisations terminales, connues sous le nom de *calices de Held*, forment autour du corps cellulaire du neurone avec lequel elles s'articulent, une véritable coque de fibrilles ; elles réalisent un type classique d'*articulation axo-somatique*.

Les noyaux trapézoïdes sont un relais important et indiscuté sur le trajet des voies acoustiques centrales. Nous préciserons leurs connexions quand nous étudierons ces voies acoustiques. Disons cependant, dès aujourd'hui, qu'ils donnent naissance à la plus grande partie des fibres des rubans de Reil latéraux, dont il me reste maintenant à vous entretenir.

Le *ruban de Reil latéral* représente un faisceau blanc qui, tant dans la protubérance annulaire que dans les pédoncules cérébraux, prolonge en dehors le ruban de Reil médian, et affleure la face latérale du névraxe. A l'origine, comme l'a très bien fait remarquer Déjerine, les deux « rubans » sont tellement bien accolés l'un à l'autre, qu'ils semblent se continuer directement, sans aucune interposition, à tel point qu'il est difficile de les délimiter rigoureusement l'un de l'autre sur une coupe. C'est évidemment la raison

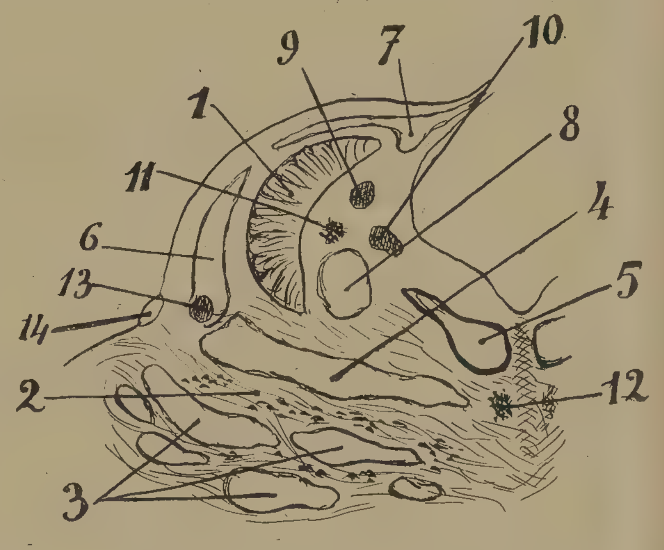


Fig. 4. — *Coupe de la calotte protubérantielle (dans son tiers supérieur)* (d'après Déjerine, Bertrand et Guillain). — 1. Coupe du pédoncule cérébelleux supérieur. — 2. Le stratum profundum des fibres protubérantielles, avec les noyaux pontiques. — 3. Faisceaux de la voie pédonculaire dissociée par les fibres protubérantielles. — 4. Ruban de Reil médian. — 5. Bandelette longitudinale postérieure. — 6. Faisceau acoustique (*alias* ruban de Reil latéral). — 7. Faisceau de Gowers, étalé, au moment où il passe de la protubérance dans le pédoncule cérébelleux supérieur et la valvule de Vieussens. — 8. Faisceau central de la calotte de Bechterew. — 9. Noyau moteur du trijumeau. — 10. Noyau du locus caeruleus. — 11. Noyau circonflexe. — 12. Noyau central supérieur. — 13. Noyau du ruban de Reil latéral. — 14. Taenia pontis.

pour laquelle ils ont été désignés primitivement sous le même nom, mais avec un qualificatif différent, au risque de provoquer l'équivoque. L'adjonction des adjectifs « *médian* » et « *latéral* » ne suffit pas à dissiper le malentendu, d'autant plus qu'il s'agit de deux formations anatomiquement et physiologiquement dissemblables : *le ruban de Reil médian, c'est un des segments de la grande voie sensitive principale ; le ruban de Reil latéral représente un des échelons de la grande voie centrale de l'audition.*

On doit logiquement dénier à ce dernier le nom de ruban de Reil : le terme « ruban de Reil latéral » doit disparaître de la nomenclature anatomique. Sans vouloir revenir aux désignations latines primitives de *lemniscus* et de *laqueus*, n'est-il pas à la fois plus simple et plus rationnel de lui donner le nom qui lui revient, de par sa signification même, de *faisceau acoustique* ?

C'est ainsi que nous l'appellerons désormais dans la suite de notre cours.

Le *faisceau acoustique* n'est, en somme, que la continuation du corps trapézoïde, dont vous connaissez maintenant les origines. Afin, toutefois, qu'il n'y ait pas de confusion dans vos esprits, je vous rappellerai que ses fibres proviennent de quatre formations grises différentes : le *noyau ventral* et le *noyau dorsal* du nerf cochléaire ; le *noyau trapézoïde ;* enfin, et peut-être (puisque certains auteurs en ont discuté), l'*olive protubérantielle.*

La plupart de ces fibres sont croisées à l'origine, avant, par conséquent, que se soit constitué le faisceau acoustique. Un certain nombre, cependant, sont homo-latérales.

Les fibres du faisceau acoustique sont verticalement ascendantes ; elles remontent vers les étages supérieurs du névraxe, à côté des fibres du ruban de Reil médian. Sur les coupes du pont de Varole, on voit le faisceau acoustique se placer tout d'abord dans le prolongement même du ruban de Reil médian, entre l'extrémité externe de celui-ci et la périphérie de la calotte protubérantielle, immédiatement derrière le faisceau pyramidal et le *stratum profundum* des fibres protubérantielles. Mais comme il grossit très rapidement, il s'infléchit de manière à faire un angle droit avec le ruban de Reil médian et chemine parallèlement à la face externe de la protubérance, s'insinuant entre celle-ci et le pédoncule cérébelleux supérieur.

Il s'engage ensuite dans le pédoncule cérébral, où nous le retrouverons.

Pour que cette description soit complète, vous noterez qu'il existe, près de l'intersection du ruban de Reil médian et du faisceau acoustique, dans l'épaisseur de ce dernier, un amas de neurones, dont les connexions sont encore incertaines : c'est *le noyau du ruban de Reil latéral.* Guillain et Bertrand admettent qu'il s'agit d'une formation de la voie acoustique centrale, au même titre que le noyau du corps trapézoïde. Suivant d'autres, il recevrait des axones du ruban de Reil médian.

L'étude analytique de la protubérance est terminée. La synthèse nous en paraît facile. Vous avez pu constater, en effet, que le névraxe ne subit pas de modifications profondes dans son segment protubérantiel. Vous y avez retrouvé les noyaux moteurs et sensitifs, vestiges des cornes antérieures et postérieures de la moelle ; les grands faisceaux qui représentent les voies principales de la motilité et de la sensibilité ; les faisceaux d'association à courte et à longue distance qui occupent la substance réticulée ou qui forment la bandelette longitudinale postérieure ; le faisceau central de la calotte.

Des faisceaux spino-cérébelleux, le faisceau de Gowers seul persiste, se rendant au cervelet par le pédoncule cérébelleux supérieur. Le faisceau de Foville-Fleschsig a disparu, puisqu'il a pénétré dans le cervelet par le pédoncule inférieur.

A ces éléments bien connus s'en ajoutent quelques nouveaux, peu nombreux du reste, mais parmi lesquels vous retiendrez surtout ceux qui concourent à former les voies centrales de l'audition : le corps trapézoïde, avec ses noyaux : l'olive supérieure (?) et le noyau trapézoïde ; le faisceau acoustique, *alias* ruban de Reil latéral.

Les éléments perturbateurs par excellence du névraxe, dans son segment pontique, ce sont les noyaux du pont, qui, par leurs connexions avec le faisceau de Türck-Meynert et avec le cervelet, font de la protubérance annulaire une importante étape des voies cérébelleuses motrice et sensitive.

Ce sont encore les innombrables fibres ponto-cérébelleuses, cérébello-pontiques et intercérébelleuses, dont la direction est transversale, qui forment les arches de ce « pont » sous lequel passent les faisceaux ascendants et descendants qui circulent entre le bulbe et les centres nerveux supérieurs.

L'un de ces faisceaux, et non des moindres, le faisceau moteur, est même complètement dissocié par les fibres ponto-cérébelleuses. Ceci n'est qu'un accident qui n'a, en somme, qu'un intérêt secondaire. Le fait de beaucoup le plus important à retenir de ce qui concerne le faisceau moteur, — parce qu'il comporte des déductions cliniques de la plus haute importance — c'est qu'une partie de ses fibres, le contingent cortico-nucléaire ou faisceau géniculé, qui alimente les noyaux moteurs protubérantiels et bulbaires, subit la décussation dans la traversée de la protubérance.

Une coupe de la calotte protubérantielle, pratiquée dans son segment supérieur, suffit à mettre en évidence les caractéristiques fondamentales de ce segment du névraxe (V. fig. 4).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 JUIN 1932)

Les lésions nécrotiques placentaires du cobaye. — M. L. GRIMARD-RICHARD. Le placenta des cobayes, dans les élevages où les avortements sont fréquents, présente souvent des altérations nécrotiques et hémorragiques. Ces sortes d'infarctus peuvent permettre aux infections maternelles de se transmettre au fœtus et modifient la perméabilité placentaire. Toute expérience sur le passage au fœtus des agents figurés, des substances organiques ou des produits chimiques doit donc être suspendue lorsque les cobayes sur lesquels on doit expérimenter proviennent d'un élevage contaminé.

Pseudo-tuberculose spontanée du singe provoquée par le coccobacille de Malassez et Vignal. — MM. A. SAENZ et L. COSTIL étudient une affection spontanée d'un singe mangabey, identique à celle que l'un d'eux avait précédemment décrite chez des callitriches ; il s'agit d'une pseudo-tuberculose typique provoquée par le coccobacille de Malassez et Vignal. Les filtrats de cultures en bouillon de ce microbe ne sont pas toxiques pour les cobayes ; ils ne contiennent aucun élément susceptible d'être mis en évidence par l'inoculation au cobaye.

Sur la conservation des typhus exanthématiques chez le rat et la souris. — M. LÉPINE. Le rat est bien l'animal réac-

tif des typhus bénins. L'infection fébrile et fréquemment mortelle qu'il contracte par l'inoculation d'un typhus bénin différencie ce virus du typhus épidémique, qui ne détermine chez le rat qu'une infection inapparente. Toutefois, par passages répétés sur le cobaye, un virus murin peut, sans perdre sa virulence, abandonner les caractères qui le différencient normalement du typhus épidémique, dont il devient difficilement discernable. La conservation du typhus endémique, après défervescence, dans l'encéphale des muridés infectés expérimentalement suffit à expliquer l'infection naturelle endémique de l'animal. Une conservation d'égale durée peut s'observer à la suite de l'inoculation du typhus épidémique et de l'infection inapparente qui l'accompagne.

Le rapport azoturique. Méthodes de détermination, signification. — MM. Marcel Labbé, Fl. Nepveux et E. Szczeklik ont repris cette étude en comparant chez des sujets sains et des malades, les rapports azoturiques obtenus en dosant l'urée : 1° par la méthode à l'hypobromite ; 2° par la méthode à l'hypobromite corrigée par la soustraction au chiffre d'urée du chiffre de l'ammoniaque dosé par la méthode au formol ; 3° par la méthode au xanthydrol. Le dosage de l'azote total est toujours établi par la méthode de Kjeldahl. Cette étude met en évidence l'importance de la technique employée pour doser l'urée. Si à l'état normal les rapports azoturiques établis par les trois méthodes sont à peu près identiques, il n'en est plus de même à l'état pathologique, où il existe un trouble du métabolisme azoté, comme dans le diabète grave et dans l'insuffisance hépatique. La méthode au xanthydrol est la seule qui donne, dans tous les cas, des renseignements certains sur la valeur du rapport azoturique.

Réceptivité du système nerveux à l'égard du virus syphilitique. — MM. C. Levaditi, A. Vaisman et R. Schoen ont introduit dans l'encéphale du lapin des greffons de syphilome Truffi. L'expérience a montré que si le parasite de la syphilis persiste dans le greffon inclus dans l'encéphale pendant une période pouvant atteindre 48 jours, il n'envahit jamais le tissu nerveux, ne s'y multiplie pas et n'est plus virulent. Il y a donc des tissus « tréponémophiles » et d'autres qui sont « tréponémophobes ». Le névraxe normal se range parmi ces derniers.

Le système nerveux normal du lapin, du singe, et, très probablement aussi celui de l'homme, oppose donc une grande résistance à la pullulation *in situ* du *Treponema pallidum*. Si, à une période plus ou moins reculée de la syphilis, il tolère cette pullulation et réalise le tableau clinique de la parasyphilis, c'est que le virus acquiert des qualités neurotropes nouvelles, et que la réactivité du névraxe n'est plus la même.

Peut-on rendre antigène in vivo la tuberculine brute ? — M. C. Ninni. La tuberculine brute qui, régulièrement, n'exerce aucune fonction antigène *in vivo* lorsqu'elle est inoculée par voie veineuse aux lapins, devient parfois antigène si on la mélange préalablement *in vitro* avec des *B. coli* tués, et constamment si on la mélange avec des *B. coli* vivants. Les anticorps fixateurs que l'on obtient dans ces conditions peuvent être fixés par la tuberculine et ne peuvent pas l'être par les extraits lipoïdiques du B. de Koch.

Essai de vaccination antityphique per os par le procédé de Besredka. — Z. Inouye. La vaccination antityphique par voie buccale, d'après le procédé de Besredka, loin d'être inférieure à celle par la voie sous-cutanée, se montre au moins aussi efficace que cette dernière, et sa valeur, au point de vue de l'hygiène sociale, est particulièrement précieuse du fait qu'elle ne comporte aucune contre-indication.

Recherches sur le phénomène de Pétragnani. — MM. Jean Paraf et A. Abaza n'ont pu confirmer les faits avancés par Pétragnani. Les bacilles tuberculeux, traités par l'acide phénique, non seulement ne s'y dissolvent pas, mais dans le liquide centrifugé filtré sur bougie L² et précipité par l'eau distillée, il est impossible de colorer des bacilles acido-résistants valables.

Hépatectomie totale en un temps et évolution de la glycémie. — MM. N. Fiessinger, R. Garling Palmer et René Lançon apportent les détails d'une technique d'hépatectomie chez le chien en un temps et sans canule. Cette technique ne provoque à aucun moment de stase portale, car l'hépatectomie est pratiquée après anastomose latéro-latérale porto-cave et communication par section au fil en anse. Il en résulte une intégrité parfaite de la fonction pancréatique. Les auteurs, qui ont pu conserver certains de leurs animaux six heures, insistent sur la chute extrêmement rapide de la glycémie, que n'arrivent pas à ralentir les injections de sérum glucosé, et qui se produit avec cette technique beaucoup plus vite et plus brutalement qu'avec les autres techniques d'hépatectomie. Il faut considérer cette hypoglycémie foudroyante comme la conséquence d'une insulino-sécrétion pancréatique d'une activité anarchique.

La sécrétion de bilirubine chez le chien avec ou sans foie. — MM. N. Fiessinger et A. Gajdos, étudiant la bilirubinémie des chiens hépatectomisés par leur technique, confirment l'opinion qui admet que la bilirubinémie s'élève dans le sérum des animaux hépatectomisés. Le taux de cette bilirubinémie reste toujours assez bas, mais jamais on n'observe d'élévation de la cholestérolémie, ni de la cholalurie. Cette bilirubinogénie des chiens sans foie ne permet cependant pas de nier le rôle dominant du foie dans la bilirubigénie. Si la ligature du cholédoque avec exclusion de la vésicule est associée à la réinjection de la bile recueillie par fistule temporaire, la bilirubinémie du chien porteur de son foie s'élève beaucoup plus vite en montant beaucoup plus et en s'accompagnant de cholestérolémie et de cholalurie. Les deux ictères avec ou sans foie ne sont donc pas comparables ni en intensité, ni en caractères. Le foie joue un rôle important dans la sécrétion de la bilirubine, mais il n'est pas seul pour assurer cette fonction.

Modification de l'excitabilité du nerf splénique et de la rate sous l'influence de l'adrénaline. — M. C. Angelesco, Mme A. et M. B. Chauchard étudient chez des chiens sous narcose chloroformique l'excitabilité du nerf splénique : chronaxie, temps de sommation, loi des intervalles ; d'autre part, ils mesurent directement la chronaxie de la rate ; les déterminations sont faites d'abord à l'état normal, ensuite après injection d'adrénaline. L'action de cette substance se manifeste par une diminution de la chronaxie du nerf splénique, le redressement de la courbe des intervalles, un raccourcissement du temps de sommation, et, simultanément, un abaissement de la chronaxie propre de la rate. Le fait que le raccourcissement du temps de sommation correspond à une diminution de la chronaxie de la rate vient confirmer la théorie des nerfs itératifs d'après laquelle les lois de sommation sont l'expression de la chronaxie de l'élément d'aboutissement du nerf.

La pression portale après exclusion du foie par anastomose porto-rénale. — MM. P. Carnot, René Gayet et Félix-Pierre Merklen, poursuivant leurs recherches sur les modifications de la pression portale sous l'influence de diverses agressions expérimentales, ont éliminé l'intervention de la circulation hépatique par une anastomose veineuse porto-rénale réalisée à l'aide d'un tube de Payr. Enregistrant alors la pression portale avec le dispositif précédemment décrit, ils ont pu constater que l'injection d'agents

hypertenseurs conservait chez ces chiens à foie exclu la même action sur la pression portale que chez les chiens normaux. Par contre, l'injection de substances produisant un choc circulatoire donne chez les animaux à foie exclu une chute rapide et prolongée de la pression portale, sans l'hypertension secondaire observée chez les animaux normaux.

Si les variations de la pression portale semblent donc, dans une certaine mesure, indépendantes des modifications de la circulation intra-hépatique en ce qui concerne l'action des agents vaso-constricteurs, un rôle important doit être attribué à la circulation hépatique dans la genèse de l'hypertension portale au cours des chocs, puisque chez les animaux à foie exclu cette hypertension est remplacée par un phénomène opposé.

La pression portale après modifications de l'apport sanguin dans le système porte. Discussion des résultats. — MM. P. Carnot, R. Gayet et F.-P. Merklen ont étudié les variations de pression dans le système porte produites par les modifications de l'apport sanguin dans le réseau porte. L'abouchement à plein canal de l'artère rénale droite dans un tronc veineux duodéno-jéjunal, une anastomose durable latéro-latérale entre les troncs de l'artère et de la veine spléniques, l'énervation totale des plexus cœliaque et mésentérique supérieur n'ont pu déterminer que des augmentations légères ou nulles de la pression portale. La suppression d'une partie importante des voies afférentes du système porte, réalisée par une splénectomie effectuée extemporanément ou dans une intervention antérieure n'a amené aucune modification notable de la pression portale.

Il faut donc souligner la capacité d'adaptation remarquable que possède à l'état normal le réseau portal efférent hépatique, qui lui permet de s'adapter avec une remarquable souplesse aux modifications d'apport sanguin par le réseau afférent gastro-intestinal et splénique.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU BASSIN

SYMPTOMES. FORMES CLINIQUES. DIAGNOSTIC

Nous étudierons d'abord les fractures de la ceinture pelvienne :

Graves par leur pronostic fonctionnel ;

Graves par la fréquence de leurs complications uréthro-vésicales.

ETIOLOGIE

Nécessitant un traumatisme violent, ce sont des fractures de l'adulte : cheminots, charretiers, mineurs, carriers. Accidents d'automobile ou de chemin de fer.

MÉCANISME ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

C'est une fracture double.

C'est une fracture des deux zones faibles du bassin :

Région obturatrice ;

Région sacro-iliaque.

Il existe deux grands types anatomiques :

1. La double fracture verticale de Malgaigne, ou fracture par pression transversale

Le trait antérieur coupe la branche horizontale du pubis, au niveau du canal sous-pubien, et la branche horizontale ischio-pubienne.

Le trait postérieur va de l'épine iliaque postéro-supérieure à la grande échancrure sciatique, à 2 cm. en dehors de l'article sacro-iliaque.

Fait capital, le fragment iliaque est projeté dans le pelvis et menace la vessie par sa face antérieure taillée en biseau.

Parfois, la violence du traumatisme est telle qu'il se produit un écrasement de l'aileron sacré.

2. La double fracture verticale de Voillemier

Même trait antérieur pubien.

Le trait postérieur intéresse le sacrum :

Soit sur l'aileron ;

Soit sur la ligne des trous sacrés, déchirée « en timbre-poste ».

Cette fracture reconnaît deux mécanismes :

a. Pression sagittale d'avant en arrière. Avec diastasis sacro-iliaque ou fracture, par arrachement, de l'aileron, si les ligaments résistent.

b. Pression verticale, de bas en haut, après chute sur l'ischion.

Avec fracture, primitive ou secondaire, de la partie latérale du sacrum au niveau des trous.

Dans tous les cas, le fragment iliaque, taillé en biseau sur sa face postérieure, ne pénètre pas dans le bassin.

Par contre, il bascule en dehors ses deux pointes inférieures et menace l'urèthre ou la vessie.

D'autre part, le fragment pubien, repoussé en arrière, peut léser la vessie (fracture sagittale).

3. Citons d'autres types cliniques. — Quadruple fracture verticale.

Fracture double du pubis.

Fracture avec disjonction symphysaire :

Des trois symphyses ;

Du quadrant antéro-latéral (disjonction pubienne et fracture transacétabulaire) ;

Du quadrant postéro-latéral (disjonction iliaque et fracture transacétabulaire).

Dues à un traumatisme considérable (pression dépassant 250 kilogr.). Les lésions concomitantes sont la règle.

Fracture et arrachement d'une mince lamelle sacrée.

4. Les lésions uréthro-vésicales sont fréquentes et graves.

L'urèthre est blessé par un fragment osseux, ou rompu avec l'aponévrose moyenne, ou guillotiné sur cette aponévrose. C'est, en règle, une rupture totale de l'urèthre membraneux, avec décalage.

La fréquence de sa rupture va de 60 à 90 p. 100.

La *vessie* n'est lésée que dans 40 p. 100 des cas environ.

En règle, c'est une déchirure extra-péritonéale, due à un embrochement osseux, ou à une disjonction pubienne, qui entraînent la tension des ligaments pubio-vésicaux.

La rupture intra-péritonéale est due à un éclatement de la vessie pleine. Elle se voit dans certaines fractures par pression verticale.

L'atteinte de l'intestin est rare.

Contusion avec rupture du grêle.

Lésion du rectum, qui doit faire craindre l'infection de l'hématome périrectal.

Citons encore les plaies des parties molles, tant par le choc lui-même que par le fragment osseux, les lésions vasculaires et nerveuses (plexus sacré).

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 63. — SAMEDI 6 AOUT 1932. 105e ANNÉE. SAMEDI 6 AOUT 1932. — N° 63.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE (1er degré). — Une session pour les concours du premier degré s'ouvrira aux dates ci après indiquées pour les catégories ci-dessous désignées :

7 et 8 novembre 1932 : Catégorie I *bis* : médecine légale.
Catégorie II *bis* : pharmacologie et matière médicale.
9 et 10 novembre 1932 : Catégorie J *quater* : urologie.

Le nombre des candidats qui pourront être admis à la suite des épreuves de ces concours est fixé au maximum ainsi qu'il suit, pour l'ensemble des facultés dans chacune des catégories :

I *bis* : médecine légale.......................... 3
H *bis* : pharmacologie et matière médicale... 3
J *quater* : urologie....... 2

Les compositions auront lieu dans chaque Faculté conformément aux dispositions de l'article 13 de l'arrêté du 6 avril 1929. Chaque composition sera faite dans une séance particulière d'une durée de quatre heures, de 8 à 12 heures. (*J. O.*, 2 août 1932.)

ORGANISATION DES ÉTUDES ET DES ÉPREUVES EN VUE DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE. — ARTICLE PREMIER. — L'article 22 du décret du 10 septembre 1924, portant organisation des études et des épreuves en vue du grade de docteur en médecine, modifié par les décrets des 26 juillet 1925, 17 juillet 1926, 6 août 1927, 10 mars et 21 août 192-, est modifié et complété comme suit :

Art. 22. — §§ 1er, 2, 3, 4, 5, 6, 7, sans changement.

§ 8 (nouveau). — Les candidats à l'un des 1er, 2e, 3e et 4e examens de fin d'année, renvoyés à la session de juin-juillet après échec, ne peuvent subir les épreuves de leur examen qu'à la condition de justifier qu'ils ont effectué à nouveau tous les travaux pratiques et les stages hospitaliers afférents à leur année d'études.

§ 9 (nouveau). — Tout candidat ayant subi un ou plusieurs échecs partiels aux sessions d'octobre-novembre et de février-mars du cinquième examen de fin d'année, n'est tenu de réparer que ce ou ces échecs partiels à la session suivante de juin-juillet, le bénéfice des autres épreuves restant acquis. Il ne peut se présenter à ladite session de juin-juillet que s'il a effectué à nouveau les travaux pratiques afférents à l'épreuve ou aux épreuves auxquelles il a été ajourné, ainsi que tous les stages hospitaliers de la 5e année.

ART. 2. — Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent décret qui entrera en vigueur à la session d'examen de juin-juillet 1933. (*J. O.*, 27 juillet 1932.)

DOCTORAT EN MÉDECINE. — Les articles 1er et 2 du décret du 3 février 1927 relatif à la session extraordinaire d'examens de doctorat en médecine de février-mars sont remplacés par les dispositions suivantes :

Art. 1er. — Par dérogation aux dispositions des articles 1er et 22 du décret du 10 septembre 1924 portant organisation des études et des épreuves en vue du grade de docteur en médecine, modifié et complété par les décrets des 26 juillet 1925, 17 juillet 1926, 6 août 1927, 10 mars et 21 août 1928 et 26 février 1932, seront admis à poursuivre leur scolarité sous condition de réparer leur échec à la session extraordinaire de février-mars, s'ils ont obtenu pour l'ensemble des autres matières de l'examen une moyenne d'au moins six sur dix :

a. Les étudiants en médecine ajournés à une matière ou à plusieurs épreuves d'une même matière des 1er, 2e, 3e et 5e examens de fin d'année ou aux épreuves pratique et théorique orales de pharmacologie du 4e examen de fin d'année, soit aux deux sessions de juin-juillet et d'octobre-novembre, soit à l'une ou à l'autre de ces deux sessions;

b. Les étudiants en médecine ajournés à une matière du quatrième examen de fin d'année autre que la pharmacologie, soit à la session de juin-juillet, soit à la session d'octobre-novembre lorsque, pour motifs jugés valables par le doyen ou directeur, ils n'ont pu se présenter qu'à une seule de ces deux sessions.

Art. 2. — Lorsque la matière pour laquelle le candidat a été ajourné comporte plusieurs épreuves et que l'une de ces épreuves a été subie avec succès, la note obtenue, si elle est égale ou supérieure à 6, entrera en ligne de compte pour l'établissement de la moyenne prévue à l'article précédent. (*J. O.*, 27 juillet 1932.)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Médaille pénitentiaire.* — MM. G. Bernard et Le Filliatre (de Paris), Durand (de Saint-Nazaire), Morin (de Lyon), Paoli (d'Ajaccio).

GUERRE. — M. le médecin général des troupes coloniales Bouffard est placé dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire des troupes coloniales.

LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOLOGIE DU TRAVAIL TECHNIQUE ARTISANAL. — La section d'hygiène de l'Institut national des métiers a mis au point l'étude méthodique de la physiologie et de la pathologie du travail dans les professions artisanales. Comment l'organisme humain réagit-il aux attitudes, aux effets dynamiques du labeur quotidien? Quelles déformations en résultent suivant les types d'individus et leur tempérament? Quelle est l'influence de la répétition des mêmes gestes sur le fonctionnement des organes internes et l'équilibre humoral?

Les réponses sont basées sur les résultats d'observations multiples d'expérimentations cliniques : il s'en dégage des notions extrêmement intéressantes sur l'orientation professionnelle, l'hygiène et la pathologie, et, en conclusion, les indications précises sur les meilleures techniques à utiliser pour que le métier ne diminue plus son homme et ne l'asservisse à certaines tares évitables.

Les hygiénistes, les médecins, les stomatologistes, les hommes de science désireux de compléter ces recherches par voie d'études personnelles ou de communications de travaux sont conviés à poser leur candidature à l'Institut national des métiers, 30, rue des Vinaigriers, Paris.

DOCUMENTATION PHOTOGRAPHIQUE, CINÉMATOGRAPHIQUE ET RADIOGRAPHIQUE DANS LES SCIENCES MÉDICALES. — Le docteur Claoué et M. Jean Painlevé feront une série de conférences avec démonstrations pratiques, du 10 au 15 octobre prochain, dont le but est de fixer les jalons indispensables pour obtenir une bonne documentation photographique dans les sciences en général; en oto-rhino-laryngologie, en chirurgie plastique et esthétique en particulier.

Ils développeront les méthodes et les procédés qui leur sont personnels.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Claoué, 1, rue Singer, Paris (XVIe). Tél. Auteuil 75-31.

XIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD. — Ce Congrès se tiendra à Ottawa-Hull (Canada), les 6, 7 et 8 septembre 1932. C'est la première fois que ce Congrès se tient en dehors de la province de Québec, dans la ville d'Ottawa qui est la plus belle du Dominion.

La délégation française comprend M. le professeur Antonin Clerc, MM. Maurice Chevassu, René Charpentier, Robert Ducroquet. Souhaitons que de nombreux confrères se joignent à eux pour assister aux belles réunions scientifiques et aux brillantes réceptions qu'organisent nos excellents confrères du Canada.

LIVRES NOUVEAUX

Actualités infantiles. Leçons faites à l'hôpital Saint-Louis, Annexe Grancher (1), sous la direction du Dr L. BABONNEIX.

Ce recueil de leçons porte sur les sujets les plus divers de la médecine infantile. Les unes sont d'ordre thérapeutique ; telles sont celles qui ont été consacrées au traitement du diabète par Azerad, aux rayons ultra-violets par Biancani, au traitement de la tuberculose pulmonaire, par J. Delarue, au traitement de l'hérédo-syphilis par Lonjumeau, aux transfusions sanguines par Marçais, à l'emploi de la bouillie de malt par E. Terrien. On trouvera des études des anémies du nourrisson par Cayla, des anorexies des enfants par J. Hutinel, de la néphrose lipoïdique, par Sigwald. Une série de leçons ont été consacrées à la pathologie nerveuse : Babonneix, revenant sur des questions qui lui sont chères, donne d'importants aperçus d'ensemble sur les réactions méningées et sur les encéphalites aiguës infantiles, et Maurice Lévy décrit la paralysie infantile. Jean Blum montre les services que rend l'examen du fond de l'œil, tant pour le diagnostic de l'hérédo-syphilis que pour celui des affections nerveuses. On sera heureux de trouver, exposées par Gilbert Robin, l'étude de l'arriération mentale et la méthode des tests mentaux : c'est là une question que doivent connaître tous ceux qui, s'occupant de médecine infantile, sont appelés à donner quelques conseils sur l'éducation et l'orientation des jeunes sujets.

On voit par ce court aperçu l'intérêt des sujets traités dans ce volume. Le nom seul des auteurs de chaque leçon suffit à montrer avec quelle compétence et quelle maîtrise ces diverses questions sont étudiées. Une abondante illustration rend encore plus facile la lecture de ce bel ouvrage.

H. GRENET.

Le Livre Blanc. — Formulaire de spécialités pharmaceutiques classées par indications, publié sous le contrôle d'un groupe d'anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris (2).

Le corps médical avait, l'année dernière, fait le plus chaleureux accueil à ce formulaire, qui présente les principales spécialités pharmaceutiques sous une forme rationnelle et pratique. Nous retrouvons dans la deuxième édition, qui vient de paraître, la même formule de classement des produits, par maladies, groupés sous des notes marginales résumant leur catégorie et précédés d'un résumé du traitement classique ; mais nous remarquons que cette édition a été complétée par de nouveaux et importants chapitres qui ne manqueront pas d'intéresser nos lecteurs.

La seconde partie est restée celle des notices sur les spécialités, mais la troisième, en plus de la liste des laboratoires et de leurs produits, est devenue une source de renseignements précieux sur les maisons de santé, un peu pour tous les cas et de toutes conditions, et aussi sur les stations thermales.

Bref, ouvrage fort bien compris, groupant en un volume peu encombrant, bien présenté et facile à consulter, tous les renseignements dont le médecin peut avoir chaque jour besoin et qu'il aura ainsi à la portée de la main ; en un mot, l'ami du médecin.

(1) Un volume de 288 pages. — Paris 1932, Masson et Cie.

(2) Prix du volume ; 25 fr. — Editions Henri Perrier, 3, rue Aubriot, Paris.

REVUE GENERALE

DE L'ASSOCIATION DE LA SAIGNÉE ET DE L'HUILE CAMPHRÉE EN INJECTION INTRAVEINEUSE DANS LE SYNDROME ASPHYXIQUE SURAIGU *

Par M. COT,
Médecin lieutenant-colonel,
Directeur technique des services d'asphyxie de la Ville de Paris,

MM. JACOB, JOLY et SARROSTE,
Médecins capitaines au Régiment de Sapeurs-Pompiers.

V. — **Quelques observations.** — Parmi les observations que nous avons recueillies, nous avons choisi celles qui semblent les plus démonstratives ; leur nombre atteint actuellement 53 et, étant donné le pourcentage très élevé des résultats positifs (86 %), elles présentent un intérêt qui ne saurait échapper, surtout si l'on veut bien se rappeler que tous les cas traités ainsi sont des cas *très graves*. Les cas légers, ou de moyenne gravité, sont justiciables simplement de la respiration artificielle et de l'inhalation de carbogène sous masque (1).

Observation n° 1 (16 janvier 1931). — M. D..., 27 ans, ouvrier travaillant pour la compagnie du Gaz, est intoxiqué brutalement par gaz d'éclairage s'échappant d'une fuite de tuyau. Il tombe sans connaissance dans la tranchée où il travaille. Ses camarades le relèvent et le transportent à la caserne de Château-Landon. Victime cyanosée ; respiration stertoreuse, irrégulière, entrecoupée de phases d'apnée. Coma complet avec résolution musculaire, émission d'urines et de matières fécales. Pouls à peine perceptible, petit, filant, incomptable.

Inhalation de carbogène sous masque et saignée immédiate de 300 grammes. Vers la fin de l'émission sanguine, la respiration devient plus régulière, le pouls s'améliore, mais la victime est toujours dans le coma.

On fait alors une injection intraveineuse de 2 cc. d'huile camphrée, poussée très lentement. Dans le quart d'heure qui suit, le malade bouge, essaie de prononcer quelques syllabes ; il reprend rapidement connaissance, donne son nom et son adresse et se relève ; à ce moment, le pouls bien frappé est à 100 ; la respiration à 48.

L'inhalation de carbogène est continuée, durant 10 minutes environ, puis le malade se lève et se dirige seul vers l'ambulance où il monte sans aide, trois quarts d'heure à peine après le début de l'accident. Il refuse l'hospitalisation à l'hôpital Lariboisière où on le conduit et regagne son domicile.

Revu deux jours après, il est debout, travaille, et déclare n'éprouver aucun trouble.

Observation n° 2 (2 février 1931). — M. R..., ouvrier à la Compagnie du Gaz, est amené dans le coma complet à la caserne de Rousseau, il a été victime d'une intoxication lente par le gaz d'éclairage, d'une durée de deux heures, au fond d'une tranchée, rue des Halles.

Victime cyanosée, conjonctives injectées. Respiration stertoreuse, pouls à 140. Coma en résolution musculaire. Inhalation de carbogène sous masque. Dix minutes après, apparition de contractures musculaires, suivies d'une crise bruyante de convulsions. Une saignée de 500 grammes est alors pratiquée ; pendant l'émission sanguine, les phénomènes neuro-musculaires cessent, le facies se décolore, la respiration devient calme et se ralentit, le pouls descend à 90.

Une injection intraveineuse d'huile camphrée (2 cc.) faite au rythme de 1 cm³ par minute amène en 5 minutes le retour complet à la connaissance, le malade donne lui-même tous les renseignements nécessaires. Il est transporté à l'Hôtel-Dieu, par mesure de précaution, et laissé en surveillance. Revu quelques jours plus tard, en excellent état.

Observation n° 3 (4 février 1931). — M. D..., ouvrier à la Compagnie du Gaz, est resté deux heures dans une atmosphère de gaz d'éclairage, muni d'un masque à oxygène fonctionnant mal. Une heure après le début de son travail, il ressent une atteinte légère, va respirer à l'extérieur de la tranchée, reprend son travail et s'affaisse sans connaissance une demi-heure après. Il est découvert au bout de 10 minutes par un camarade qui demande les secours du régiment.

Victime pâle, en coma complet avec contractures, mâchoires serrées ; respiration très faible et intermittente, pouls incomptable à peine perceptible.

Respiration artificielle et inhalations sous masque de carbogène. Après 10 minutes, une période d'excitation violente s'établit sans retour à la connaissance ; on pratique une saignée copieuse pendant laquelle les phénomènes d'excitation cessent ; le malade pousse des gémissements et demande où il se trouve dès après l'émission sanguine de 500 grammes ; on injecte 2 cc. d'huile camphrée dans la veine du bras opposé ; le malade vomit, puis reprend connaissance complètement, demande ce qui lui est arrivé, donne les renseignements d'identité, précise la première atteinte par le gaz d'éclairage et est transporté à la Pitié.

Huit jours après, il vient à l'infirmerie des Sapeurs-Pompiers faire enlever les agrafes de Michel, réclame un certificat médical et se déclare totalement rétabli.

Observations nos 4 et 5 (24 avril 1931). — M. T..., 10, rue Voltaire, 51 ans, a été trouvé dans sa chambre, victime d'une intoxication prolongée par le gaz d'éclairage ; la source toxique se trouve dans une pièce voisine ; la durée de l'intoxication serait de 10 *heures environ*.

On constate immédiatement tous les signes de la mort ; rigidité cadavérique, lividité, corps absolument froid. Une injection intracardiaque de coramine, faite malgré la certitude du décès, n'amène aucun résultat.

Mme T..., 41 ans, est allongée à côté de son mari, *sur le même lit ;* elle a subi une intoxication de même durée. Elle présente un facies légèrement asphyxique et de l'écume sanglante aux lèvres en assez grande quantité. Coma complet en résolution musculaire et émission d'urines et de matières. Pas de mouvements respiratoires. On croit sentir une ébauche de pouls.

Les secours sont aussitôt commencés. Respiration artificielle mécanique, inhalation de carbogène sous pression. Le médecin de service arrive 5 minutes après et constate quelques mouvements respiratoires spontanés, rares et très intermittents.

Il fait une saignée de 500 grammes, le sang coule d'abord lentement en bavant, puis après quelques secondes, le jet devient plus fort, le pouls remonte et la respiration spontanée devient plus fréquente. Après l'arrêt de la saignée, une injection de 2 cc. d'huile camphrée intraveineuse amène une amélioration immédiate. Un quart d'heure après, la malade ouvre les yeux et pousse des gémissements. On injecte 10 cc. d'huile camphrée dans les muscles de la cuisse. La malade reprend connaissance une demi-heure après, mais reste en état crépusculaire. Elle est transportée à l'hôpital Saint-Antoine où des inhalations de carbogène sont continuées pendant deux heures.

Les jours suivants, les nouvelles prises à l'hôpital Saint-Antoine ont confirmé la guérison complète.

(*) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 61, p. 1137.

(1) A ces observations, si nous ajoutons les cas traités soit par la saignée seule, soit par l'injection intraveineuse d'huile camphrée seule, nous obtenons un nombre supplémentaire de 45 cas, dont 7 insuccès seulement. Ces cas, dont le pourcentage est sensiblement identique, concernaient des cas de gravité moindre, mais cependant très sérieux. L'association des deux méthodes n'a pas été jugée nécessaire néanmoins, pour des raisons que nous signalons à la fin de cette étude.

Deux des observations rapportées ici, les numéros 8 et 10, dans lesquelles l'injection d'huile camphrée intraveineuse a *seule* été pratiquée, sont des exemples de l'état de collapsus cardio-vasculaire du *type syncopal* (à opposer à celui du type asphyxique) que peut réaliser l'oxyde de carbone dans certains cas.

OBSERVATION n° 6 (13 juillet 1931). — M. R... a été trouvé dans une salle de bains, rue de Maistre. Il a subi une intoxication par le gaz d'éclairage d'une durée d'une heure environ, émanant du chauffe-bain largement ouvert, toutes les ouvertures de la salle de bain étant fermées.

Facies asphyxique, écume aux lèvres, coma complet avec contractures et trismus, le pouls est faiblement perceptible, il existe quelques mouvements respiratoires spontanés, très irréguliers.

Respiration artificielle mécanique et inhalations de carbogène sous masque, puis 10 minutes après, saignée de 500 grammes; le jet sanguin dénote une hypertension veineuse considérable.

Une injection intraveineuse d'huile camphrée de 2 cc. amène la reprise complète de connaissance en 10 minutes. Le pouls est bien frappé à 90, la respiration ample et régulière. La victime est transportée à l'hôpital Bichat.

Les nouvelles prises les jours suivants ont confirmé la complète guérison.

OBSERVATION n° 7 (14 septembre 1931). — M. H.., ouvrier à la Compagnie du Gaz, a été transporté à la caserne de Grenelle, victime d'une intoxication massive par gaz d'éclairage. Il travaillait dans une tranchée, un ballonnet a cédé et M. H... est tombé sur la conduite de gaz ouverte; il a été relevé par un camarade après 3 à 4 minutes. Malade en coma complet, avec résolution musculaire, facies pâle, aucun mouvement respiratoire spontané, pouls filiforme et incomptable, à peine perceptible. Respiration artificielle, avec inhalations de carbogène, sous masque. Dix minutes après, saignée de 500 cc., le sang coule modérément au début, mais après quelques secondes, sous l'influence de la respiration artificielle continuée pendant la saignée, le jet devient très puissant, la respiration spontanée est alors presque normale, le pouls à 100, la perte de connaissance est encore complète.

On injecte 2 cc. d'huile camphrée dans la veine, cinq minutes après survient un vomissement abondant, en fusée et une courte période d'excitation après laquelle le malade ouvre les yeux, demande où il se trouve et reprend connaissance. Il donne les renseignements nécessaires et, après un court repos, il rejoint, marchant seul, la voiture d'ambulance qui le transporte à son domicile, toute hospitalisation ayant été refusée.

Guérison confirmée les jours suivants.

OBSERVATION n° 8 (21 novembre 1931). — M. B..., 71, rue Riquet, a subi une intoxication par gaz d'éclairage et a été trouvé sans connaissance à son domicile, *victime pâle*, coma complet en résolution musculaire, pas de mouvements respiratoires spontanés, pouls perceptible, mais filiforme et incomptable.

Respiration artificielle. Inhalations de carbogène sous pression; la respiration spontanée apparaît, puis se régularise, le pouls bat plus fort et régulièrement. En raison de la pâleur de la victime, il n'est pas fait de saignée, on injecte 2 cc. d'huile camphrée dans la veine; l'état s'améliore et la victime reprend entièrement connaissance au bout de deux heures (1).

OBSERVATION n° 9 (20 décembre 1931). — M. G..., 62 ans, est intoxiqué à son domicile avenue du Maine, par les émanations d'oxyde de carbone d'un poêle à feu continu.

Il est trouvé dans le coma complet avec résolution musculaire, respiration imperceptible, pouls filiforme.

Respiration artificielle mécanique et inhalation de carbogène sous masque. Après 20 minutes, il survient une phase d'excitation violente avec tremblement et contractures. Une saignée de 500 cc. ramène le calme complet et une ébauche de retour à la connaissance; le malade pousse des cris violents et insulte son entourage avec conviction. On pratique une injection intraveineuse d'huile camphrée de 2 cc., suivie d'une intramusculaire de même nature (20 cc.).

Dix minutes après, le retour à la connaissance est complet et le malade remercie ses sauveteurs.

Revu le lendemain, il est en excellent état et décidé à reprendre son travail dans les vingt-quatre heures.

(1) Nous rapportons ce cas où le syndrome du type syncopal a été observé à titre d'exemple de la possibilité de sa réalisation dans certains cas d'anoxémie due au CO. Dans ces cas, la saignée est contre-indiquée, et au contraire l'indication d'adjoindre la transfusion, ou l'injection de sérum, à l'huile camphrée peut se poser.

OBSERVATION n° 10. — M. D..., 60 ans, est trouvé dans sa chambre, asphyxié par le gaz d'éclairage et transporté immédiatement à l'hôpital Broussais, qui fait demander les secours du régiment. On constate un pouls petit, filant, une respiration irrégulière et courte, le visage est *nettement pâle*. On pratique la respiration artificielle avec inhalation de carbogène. Etant donné la pâleur et l'hypotension, la saignée est différée et on pratique une injection intraveineuse, (poussée très lentement) de 2 cc. d'huile camphrée. La respiration se régularise dans la demi-heure qui suit, le pouls est mieux frappé. L'inhalation de carbogène se poursuit pendant 3 heures, au bout desquelles la victime commence à reprendre connaissance. Elle sort de l'hôpital 3 jours après en excellente santé. (Ce cas, comme celui de l'observation 8, est un deuxième exemple de réaction syncopale à opposer à la réaction du type asphyxique. Ici la saignée était contre-indiquée et la transfusion ou l'injection intraveineuse de sérum pouvait trouver son indication si l'état de la victime ne s'était pas amélioré.)

OBSERVATION n° 11. — *Asphyxie par le gaz d'éclairage.* — Mme B..., 32 ans, est trouvée asphyxiée dans la cuisine de son logement, rue Rambuteau, le robinet du réchaud à gaz était partiellement ouvert. Tout fait croire que Mme B..., incommodée par l'odeur du gaz, s'est levée pour aller fermer son robinet, mais que terrassée par l'intoxication, elle est tombée avant d'y réussir. La durée de l'intoxication semble devoir être évaluée à 8 heures environ. (A noter une aération médiocre par le dessous de la porte.) La victime, à l'arrivée des premiers secours, était inanimée et sans respiration, le visage vultueux et légèrement cyanosé, le pouls petit, très faible. Respiration artificielle mécanique et inhalation de carbogène; au bout de 20 minutes, la victime présente des mouvements de respiration spontanés. Le médecin de service, dès son arrivée, pratique une saignée par phlébotomie de 200 grammes environ, pendant la saignée, il fait dans le bras opposé une injection intraveineuse de 2 cc. d'huile camphrée. Dix minutes après la saignée, la victime est revenue à elle et s'aide pour qu'on la dépose sur le lit; l'obnubilation disparaît progressivement, mais le souvenir des faits récents fait encore défaut. Le carbogène est continué pendant 1 heure environ, puis la malade est transportée à la Charité, sur le désir de son mari, en très bonne voie de rétablissement.

OBSERVATION n° 12. — Mlle B... est trouvée asphyxiée le 16 janvier 1932 à son domicile rue de Sèvres, par un radiateur à gaz. Intoxication accidentelle lente, paraissant avoir duré une grande partie de la nuit.

La victime est trouvée dans le coma à 9 heures. Un médecin appelé lui fait des injections stimulantes: campho-dausse, caféine, et pratique des inhalations d'oxygène pur avec un ballon de caoutchouc et une injection de 250 cm³ de sérum physiologique sous-cutané.

Des soins sont continués pendant toute la journée sans qu'une amélioration soit constatée.

A 18 heures, on fait appel aux secours du corps.

A notre arrivée, l'intoxiquée présente une face rouge, les lèvres sont cyanosées, la bouche ouverte, la langue et les lèvres sont sèches, la respiration est superficielle et se fait uniquement par la bouche (cependant aucune obstruction nasale n'est signalée par la famille). Lorsqu'on essaie de fermer la bouche, *le maxillaire inférieur retombe par son simple poids.*

Le pouls est petit, misérable, difficile à compter.

Les pupilles sont absolument punctiformes.

Dès l'arrivée, les soins suivants sont commencés: Inhalation de carbogène et phlébotomie au bistouri de 200 grammes environ, l'écoulement s'arrête de lui-même.

Pendant la saignée, une injection de 2 cm³ d'huile camphrée intraveineuse est faite au bras opposé et poussée lentement. Cinq minutes après cette injection, se produisent, ainsi que nous le voyons souvent, des nausées qui ne durent pas.

Une demi-heure après le début de ces soins (saignée et injection intraveineuse d'huile camphrée) l'état de la victime s'améliore sensiblement, alors que depuis le matin, il était resté non modifié par toutes les médications utilisées jusqu'à notre arrivée. Elle s'agite, remue bras et jambes, fait des efforts pour se débarrasser du masque respiratoire. Les joues et les lèvres sont rosées, la respiration est plus profonde, le pouls est mieux frappé à 108, *la bouche se ferme.*

Après une heure et demie, estimant la première saignée insuffisante, nous en pratiquons une seconde de 100 grammes environ qui s'arrête encore d'elle-même.

On note une coagulation extrêmement rapide du sang retiré (une demi-minute).

A 20 h. 30 la cinquième bouteille de carbogène est terminée, la victime reste dans un demi-coma, le pouls est plus ample à 100. Les inhalations sont espacées et sont continuées toute la nuit à raison de une bouteille toutes les deux heures.

A 22 heures, la victime est très calme, la respiration est profonde, le pouls toujours à 100 est bon ; on pratique cependant une injection de 5 cm³ d'huile camphrée sous-cutanée.

Le lendemain à 9 h. 30, l'intoxiquée sort du coma, commence à ouvrir les yeux, une demi-heure plus tard, elle reconnaît sa mère et s'inquiète de ce qui lui est arrivé.

En résumé, coma prolongé probablement en raison de ce que les soins réellement efficaces ont été donnés tardivement dans une intoxication lente et progressive.

Amélioration très nette à la suite de la saignée et de l'injection intraveineuse d'huile camphrée et alors que l'inhalation d'une demi-bouteille de carbogène seulement avait été pratiquée (1).

VI. — Discussion. — Nous arrêtons ici la relation de nos observations, étant donné que les constatations que nous enregistrons sont toujours superposables à celles que nous venons de rapporter.

Le tableau qui se déroule dans nos cas de réanimation à la suite de l'intervention médicale est généralement le suivant : dans les dix à quinze minutes qui suivent, on voit la respiration reprendre son amplitude et son rythme, le pouls devenir de plus en plus perceptible et reprendre progressivement ses caractéristiques normales. Le malade sort assez rapidement de son coma, et la phase d'excitation physique et psychique habituellement constatée au cours de la réanimation est très atténuée. Bientôt il ouvre les yeux et reconnaît son entourage. La phase d'obnubilation qui, avec les anciens procédés et les médications que nous employions au début, durait plusieurs heures ou plusieurs jours, se trouve réduite au minimum. Les facultés intellectuelles se rétablissent dans leur intégrité, même la mémoire qui, comme l'on sait, peut rester touchée durant plusieurs jours. Il n'est pas rare qu'une demi-heure après le début des soins, le malade fournisse lui-même des renseignements précis sur les causes et les circonstances de l'accident dont il a été l'objet. Dans tous les cas, à de très rares exceptions près, nous avons pu confier nos malades soit à l'hôpital, soit à leur médecin traitant habituel, en pleine lucidité, et ayant pu constater et reconnaître par eux-mêmes l'utilité de l'intervention des sauveteurs.

La question de l'efficacité de l'association de la saignée à l'injection intraveineuse d'huile camphrée, dans le syndrome d'asphyxie suraiguë dans les cas d'asphyxies accidentelles, à quelque variété qu'ils appartiennent, est donc pour nous définitivement résolue. Nous sommes certains également que dans les cas tels que : la pendaison, l'ensevelissement, la strangulation, la conduite du médecin devra être identique. De même dans les intoxications par CO^2 (cuves à fermentation), gaz délétères divers (égouts), composés de chlore, de soufre, de phosphore, etc., il devra dorénavant y avoir, à côté de la médication antitoxique classique, place pour le traitement des troubles fonctionnels de l'appareil cardio-vasculaire, et le traitement des lésions chimiques ne devra pas faire perdre de vue celui des troubles d'ordres mécanique et circulatoire, non moins urgents à combattre.

C'est ce que nous avons pu établir dans le cas de l'intoxication par oxyde de carbone à forme grave, où l'oxygénothérapie *pratiquée seule* était insuffisante lorsque le blocage circulatoire était très poussé. Cette médication était incapable de réactiver le courant sanguin et le stade de pénétration de l'oxygène ne dépassait pas l'appareil pulmonaire. Dans les cas moyens, où il existe encore quelques mouvements de respiration spontanée et un pouls rapide mais tout de même mesurable, chaque fois que l'action médicale vient s'ajouter à celle des sauveteurs, le tableau change instantanément. La comparaison entre les réanimations rapides et complètes que nous obtenons actuellement et les résultats inconstants, temporaires, ou acquis au prix d'efforts prolongés de jadis, est très instructive. Cette constatation a frappé tous les sauveteurs (officiers et sapeurs-pompiers) qui, depuis l'organisation de l'appel pour asphyxiés, ont collaboré avec nous avec un dévouement au-dessus de tout éloge.

Lorsque la phlébotomie donne non pas seulement un écoulement *local* de quelques centimètres cubes de sang qui s'écoule en bavant et qui est formé simplement par l'issue du contenu de la veine incisée, mais qu'il persiste un jet, aussi faible qu'il soit (indiquant une ébauche de contractions cardiaques et de débit circulatoire), nous avons le plus souvent obtenu la réanimation (1). Sur 53 cas du type asphyxique, tous à forme *très grave*, traités par notre méthode, chez lesquels l'arrêt des battements cardiaques n'était pas déjà réalisé à notre arrivée, nous n'avons enregistré que 8 échecs.

Dans un cas, il s'est agi d'une mort tardive survenue huit heures après chez un sujet qui avait séjourné durant 12 heures dans une atmosphère viciée par le gaz d'éclairage. La hotte d'une cheminée mal fermée avait permis une évacuation partielle de ce gaz. En l'absence d'autopsie, nous ne pouvons malheureusement faire que des suppositions sur les causes de la mort ; il est possible que le rein ait pu être touché par intoxication lente et progressive, mais il semble plus plausible de penser que, dans les cas très rares de coma résistant à toute thérapeutique, il y a eu du côté des centres nerveux des lésions d'œdème ou des hémorragies graves qu'un traitement appliqué *plus ou moins tardivement* est incapable de faire régresser.

Dans les cas mortels rapportés par divers auteurs et que nous avons relatés en partie dans nos publications antérieures (cas du professeur Claude, Toulouse, Marchand, Courtois et Dufour), il existait soit un proces-

(1) Les observations n° 1, 6, 10 sont dues au docteur Jacob, les n°s 8, 9, 12 au docteur Joly, et les observations 2, 3, 4, 5, 7 au docteur Sarroste.

(1) Nous n'avons en vue ici que les cas du type asphyxique ; chacun sait que dans la syncope qui réalise le *type de la mort apparente* si bien étudié, notamment par le professeur Jellinek dans certains cas d'électrocution, l'arrêt total des battements cardiaques peut persister durant un temps plus ou moins prolongé.

sus d'encéphalite avec des lésions cellulaires dégénératives, soit des lésions antérieures de néphrite chronique, soit même, dans le cas de Dufour, une tumeur cérébrale. Il est bien évident que dans des cas analogues l'on pourra constater un échec de notre méthode.

De même, il est possible, comme l'a signalé le professeur Claude, que du fait d'altérations dyscrasiques ou vasculaires antérieures, on se trouve en présence d'accidents hémorragiques rebelles à toute thérapeutique, chez les alcooliques, les tuberculeux, les artérioscléreux. Ces accidents seraient d'autant plus graves qu'ils se produiraient au niveau des centres bulbaires.

Il semble logique d'attribuer les résultats favorables à l'efficacité de la méthode et aussi à la rapidité de l'intervention, qui fait que l'on agit avant que les lésions définitives se soient produites. Avec le professeur Claude, nous sommes convaincus que ces lésions relèvent le plus souvent d'un trouble mécanique, c'est-à-dire de troubles circulatoires qui entraînent à leur suite des phénomènes de compression par formation d'œdème ou de foyers hémorragiques, et ceci nous amène à nouveau à insister sur la nécessité d'assurer le plus rapidement possible le rétablissement du courant sanguin dans le syndrome d'asphyxie suraigu (1).

Après l'exposé que nous venons de faire de la technique que nous proposons, et surtout après la relation des observations ci-dessus, il semblerait que la question soit définitivement résolue. Nous ne pouvons cependant conclure sans répondre par avance aux quelques objections que l'on pourrait soulever, sinon du point de vue des faits eux-mêmes, du moins en se plaçant sur le plan purement théorique.

Et d'abord, en ce qui concerne la saignée, il est indiscutable que nous ne saurions rechercher ici une action antitoxique. Les travaux de Lemierre et Etienne Bernard, de Villaret et de ses élèves, de Laubry, de Tzanck et Charrier, ont démontré que cette action était totalement illusoire dans les toxémies et notamment dans l'azotémie. La phlébotomie ne saurait agir dans les cas d'asphyxies accidentelles que par une action déplétive et mécanique. C'est donc uniquement à son influence sur l'état d'hypertension de la circulation veineuse, et spécialement sur la dilatation du cœur droit consécutive à l'arrêt plus ou moins marqué de la petite circulation et à l'embouteillage des artères et des capillaires pulmonaires qu'il faut attribuer les résultats qu'elle nous permet d'enregistrer.

Nous croyons inutile de revenir à nouveau sur la nécessité qu'il y a à y recourir, même dans les cas d'intoxication par oxyde de carbone ayant réalisé le syndrome asphyxique, et à l'associer à l'inhalation de carbogène et à la respiration artificielle. Il y aura évidemment une perte de globules vecteurs possible d'oxygène, mais ce faisant on obtiendra, avec la reprise de l'activité cardiaque, le rétablissement du circuit circulatoire, et c'est cela qui importe et qui est le plus urgent.

L'association de la saignée à l'injection intraveineuse d'huile camphrée ne saurait pas davantage soulever d'objections. Certains expérimentateurs ont bien eu recours à une forte saignée pour réaliser le syndrome syncopal chez l'animal, et Gowaertz et Zunz notamment ont obtenu une baisse considérable de pression par une saignée importante (deux tiers de la masse sanguine). Ce n'est cependant que chez l'animal déjà déprimé par un traumatisme opératoire et en imminence de shock, que l'on détermine un état de collapsus par une saignée moins considérable mais qui égale tout de même un cinquième de la masse totale de sang. Dans les expériences de Gautrelet et de Le Moignic, les animaux qui avaient subi une saignée *abondante* et *rapide* avant l'injection intraveineuse d'huile camphrée n'ont présenté qu'une hypotension passagère. Cette hypotension, comme l'ont noté ces auteurs, était due non point au cœur, dont le rythme n'était pas sensiblement modifié, et dont la *tonicité au contraire est parfois accrue*, mais était uniquement d'origine vaso-motrice.

Ces constatations, dont il est inutile de souligner l'importance, indiquent bien que, même avec une saignée *abondante et rapide* et qui ne saurait être transposée en pratique médicale, la tonicité du muscle cardiaque est parfois accrue. C'est là la meilleure justification expérimentale de notre règle de conduite en médecine d'extrême urgence.

Il nous resterait encore, l'emploi du camphre par voie intraveineuse une fois admis, à expliquer la préférence que nous donnons au camphre en solution huileuse.

Nous avons déjà rappelé, au cours de cet exposé, les nombreuses expériences et les centaines de cas dans lesquels l'utilisation intraveineuse du camphre a démontré non seulement son innocuité, mais son efficacité. Il est certain que le camphre administré par cette voie est le médicament par excellence du déséquilibre vaso-moteur, et que c'est lui qui agit le mieux sur l'inhibition du pneumogastrique qui, dans le syndrome asphyxique, commande la gravité du tableau clinique. Nous ne saurions donc revenir sur les expériences déjà anciennes (1912) de Happich dont nous avons parlé plus haut, car les faits cliniques observés depuis vingt ans ont démontré surabondamment que la quantité massive d'huile camphrée que cet auteur utilisait dans ces expériences (8 centigrammes de camphre pour un lapin) n'a rien de comparable à celle que l'on emploie en médecine humaine. Au contraire, le meilleur moyen de donner à l'organisme l'oxygène nécessaire à la formation de l'acide glycuronique (destiné à neutraliser le camphre injecté) sera de rétablir, avec le débit sanguin, la réoxygénation rapide des tissus.

Le camphre, par conséquent et contrairement aux conclusions de cet auteur, est absolument indiqué

(1) Nous signalons à titre indicatif, que sur 400 cas d'appels pour asphyxie, deux cent dix cas à formes légères, avec pouls assez bon et mouvements respiratoires spontanés, bien que superficiels et arythmiques, ont nécessité seulement la mise en œuvre de la respiration artificielle et de l'oxygénothérapie; soixante cas ont été traités, soit par la saignée et l'injection intraveineuse de coramine associées, soit par l'injection de coramine seule; 53 cas ont été soignés par l'association saignée et injection d'huile camphrée; 45 cas ont été traités soit par la saignée seule, soit par l'injection d'huile camphrée seule (type syncopal). Dans les autres cas, la mort était déjà réalisée à l'arrivée des secours.

dans tous les cas d'asphyxies, quelles qu'en soient les variétés.

Les seules contre-indications dans la médecine courante seraient peut-être le cas des éclamptiques et aussi celui des sujets chez qui la glycolyse est insuffisante, c'est-à-dire les diabétiques, les malades traités par l'insuline ou les intoxiqués par le chloral. C'est là du moins l'opinion de Barrieu ; nous ne saurions la discuter ici. En tout cas, dans les cas d'asphyxies suraiguës, qui nous intéressent uniquement, et en présence des cas d'extrême urgence et le *plus souvent désespérés* que nous sommes appelés à traiter, nous ne saurions hésiter à pratiquer l'injection intraveineuse de camphre. D'ailleurs, même à la période des convulsions et des spasmes, et à condition de l'associer à la saignée, elle est parfaitement tolérée. La *quantité minime* injectée ne saurait au surplus être nocive, même en présence d'une tolérance très abaissée du fait d'une glycolyse insuffisante.

La seule question qui nous reste à exposer est celle du choix de l'huile camphrée pour l'injection intraveineuse, de préférence à une solution aqueuse de camphre.

C'est là le point qui semblera sans nul doute le plus difficile à faire admettre par nos confrères. Nous le comprenons d'autant mieux qu'au début de notre pratique, nous avons nous-mêmes hésité pendant quelque temps à appliquer intégralement la méthode telle que Le Moignic et Gautrelet l'ont précisée, et que nous avons commencé par utiliser un dérivé soluble du camphre.

Les raisons de la tendance à l'abstention que l'on trouve encore actuellement dans le corps médical sont nombreuses, et nous en avons donné quelques-unes au cours de cet exposé. Une des plus importantes sans aucun doute est la crainte de la production d'une embolie graisseuse ; ne sait-on pas en effet que ces embolies peuvent compliquer les fractures. L'innocuité absolue des injections d'*huiles végétales pures et neutres*, pratiquées dans les conditions de lenteur sur lesquelles nous avons insisté à plusieurs reprises, est cependant démontrée par des constatations expérimentales nombreuses. Les expériences de Le Moignic et Gautrelet, puis de Le Moignic et Sézary, ont prouvé qu'en appliquant à l'homme les données obtenues chez le lapin, animal particulièrement sensible à de telles injections, un adulte pouvait recevoir une injection intraveineuse de 6 à 8 cm^3. Comme on le voit, cette dose est très éloignée de la dose utile et suffisante de 2 cm^3 indiquée en médecine humaine. On ne saurait d'ailleurs, comme l'a indiqué Le Moignic, « comparer l'injection d'huile fluide dans la circulation au passage (comme dans les embolies consécutives aux fractures) de cellules entourées d'une membrane qui les rend inaccessibles aux ferments du sang ».

C'est par conséquent une opinion à réformer totalement que celle de certains auteurs qui, s'appuyant sur quelques injections pratiquées chez de grands shockés de guerre, dans des conditions peu satisfaisantes, condamnent cette méthode dans la pratique médicale actuelle sous prétexte qu'elle ne leur a donné qu'un relèvement léger et provisoire de la tension. Il est probable qu'associée à la transfusion ou à une injection intraveineuse de sérum, elle aurait fait merveille dans le cas des shockés.

Quoi qu'il en soit, les risques que fait courir l'introduction dans le courant sanguin d'un produit qui s'y comporterait comme un corps étranger, ne sauraient être invoqués, car les expériences multiples et les nombreux faits cliniques observés par les auteurs dès 1918 et depuis par Cotte, Oudart, et nous-mêmes, sont absolument démonstratifs.

L'association, huile camphrée intraveineuse et saignée, nous a donné le pourcentage le plus élevé de succès, et cela chez des asphyxiés qui se trouvaient toujours dans un état de gravité extrême sinon désespéré. C'est cette comparaison des résultats qui nous a engagés à continuer l'emploi du camphre en solution huileuse. Ces résultats sont également inscrits dans les observations où l'on voit l'amélioration des symptômes menaçants, notamment la cessation de la phase de coma et la reprise de la respiration et de la circulation se faire avec une constance et une rapidité intimement liées à l'intervention médicale. On a, en un mot, l'impression très nette dans les cas graves que l'intervention des sauveteurs a permis simplement à l'état précaire dans lequel se trouve le sujet, de ne pas s'aggraver et qu'en empêchant ce dernier de passer de vie à trépas, elle a permis d'attendre l'arrivée du médecin. *C'est seulement au moment où l'action médicale (saignée et huile camphrée) s'est produite, que la réanimation passe instantanément à une phase vraiment active.* Il ne nous appartient pas d'expliquer à quoi est due la différence dans la rapidité et l'intensité d'action que nous avons constatée nettement entre l'injection du camphre en solution huileuse et celle du camphre en solution aqueuse. C'est là affaire d'expérimentation et d'observation de physio-pathologie ; nous désirons, pour l'instant du moins, rester sur le terrain purement clinique.

Est-ce à dire que les injections de produits de camphre soluble, tels que le camphodausse, le solucamphre, la campho-spartéine, le camphydryl, ne puissent avoir une action utile, associées à la saignée. Il est bien certain que la réponse n'est pas douteuse ; d'ailleurs, *l'association* de la saignée et du camphre en injection intraveineuse qui caractérise notre méthode est la chose essentielle, et c'est celle dont nous revendiquons la paternité dans la thérapeutique des asphyxies accidentelles.

Il n'est pas impossible *a priori* que l'on puisse obtenir avec certaines formules de camphre soluble des succès, mais ceux que nous obtenons quotidiennement avec l'huile camphrée sont tellement manifestes que nous croyons devoir absolument nous tenir à notre technique actuelle.

Elle nous donne de tels résultats que nous ne saurions y renoncer et que nous ne pouvons qu'engager les praticiens à imiter notre exemple.

Ce n'est que dans les cas où la saignée ne donne pas d'écoulement sanguin, où les bruits du cœur sont imperceptibles, et où l'arrêt de la circulation est réalisé, que nous recourons in extremis à une injection intracardiaque. Elle peut être faite indifféremment, soit avec un dérivé quelconque de camphre soluble,

soit avec l'ouabaïne. Jusqu'à présent, cette médication ne nous a donné aucun résultat, au surplus, nous ne la mettons en pratique que chez les moribonds ou des victimes chez qui la mort est déjà pratiquement réalisée. On peut d'ailleurs admettre, comme nous l'avons observé, que lorsque dans le *syndrome asphyxique* la saignée donne lieu non pas à un écoulement sanguin véritable, mais seulement à l'issue hors du vaisseau du sang stagnant localement dans sa lumière, la réanimation est pratiquement impossible.

Conclusions. — Ces conclusions sont faciles à tirer de l'exposé d'ensemble que nous venons de faire ; elles situent le problème des asphyxies accidentelles sous un jour nouveau. Jusqu'à ces dernières années les divers procédés, suivant les pays, ont été variés, disparates, et leur emploi a été surtout fonction d'empirisme. Chacun des auteurs cherchait suivant ses tendances et ses idées, souvent théoriques, à résoudre par un seul procédé ou une seule méthode ou même un seul appareil l'ensemble du problème si complexe de la réanimation.

A défaut de médecins praticiens ayant une expérience suffisante, ce sont généralement des théoriciens, parfois non médecins, souvent hommes de laboratoire, mais manquant d'observations cliniques suffisantes, qui ont cru pouvoir codifier les règles de conduite à tenir.

Avant tout, il importait d'abord de distinguer les cas de réaction du *type asphyxique* des cas de réaction du *type syncopal*, comme nous nous sommes efforcés de le faire. Ensuite, il fallait différencier nettement le rôle du *sauveteur* de celui du *médecin*. Ces deux actes sont totalement indépendants l'un de l'autre, chacun a ses indications propres et ils doivent s'étayer mutuellement et non point s'opposer l'un à l'autre.

Le rôle du sauveteur est primordial. En effet, il doit intervenir dans tous les cas, et son action précède, accompagne et continue l'acte médical. Au surplus, dans les cas légers ou de gravité moyenne, elle peut à elle seule être suffisante pour obtenir le rétablissement de la victime, et, dans de nombreux cas (deux cents environ) cette pratique a permis d'obtenir des résultats sans l'intervention médicale.

Comme nous l'avons rappelé au début de notre étude, l'action du sauveteur, telle que nous la pratiquons, est basée avant tout sur la mise en œuvre de la respiration artificielle à l'aide de manœuvres externes, et à l'exclusion formelle de tout appareil réalisant l'insufflation directe. Nous conseillons d'utiliser soit la méthode manuelle, soit la méthode de respiration mécanique à l'aide d'un appareil à sangle à défaut de celui que l'un de nous a réalisé récemment (appareil Cot), qui constitue un progrès évident du fait notamment de son application au cas de la réaction asphyxique et à celui de la réaction syncopale.

Lorsque l'oxygénothérapie est indiquée, c'est-à-dire presque uniquement dans le cas d'intoxication oxycarbonique, elle doit être faite avec un masque d'un type quelconque (Fernez, Safety, Legendre et Nicloux) ou à défaut avec un masque à anesthésie du type Ricard qui est suffisant. Mais si l'on veut que l'efficacité de cette inhalation soit réalisée *au maximum*, on utilisera la méthode de Yandell-Henderson au *Carbogène* (Mélange de CO^2 à 5 0/0 avec Oxygène à 95 0/0). Il est indispensable que cette méthode, que nous avons introduite en France et que nous avons été les premiers à y appliquer dans les cas d'asphyxies accidentelles, soit rapidement répandue en raison de sa supériorité évidente, et d'ailleurs reconnue dans tous les pays, sur les inhalations d'oxygène *pur*. Celles-ci sont malheureusement encore à peu près exclusivement appliquées dans notre pays.

Nous avons exposé cette question longuement ailleurs, et au surplus le Professeur Gaudier, de Lille, vient d'y revenir récemment encore à la Société de Chirurgie (séance du 9 décembre 1931).

C'est là *l'action du sauveteur* qui, nous le répétons, dans les cas d'intoxication légère ou moyenne, peut donner des résultats suffisants, qu'il s'agisse non seulement des asphyxies accidentelles que nous envisageons uniquement ici, mais même des asphyxies pendant ou après les anesthésies générales.

C'est cette technique que le sauveteur doit immédiatement mettre en œuvre en attendant l'arrivée du médecin ; c'est également à elle que doit recourir le médecin s'il arrive le premier sur les lieux de l'accident et qu'il s'agisse de cas de gravité moyenne.

Si le pouls est encore assez bon, si la respiration spontanée est d'une amplitude suffisante, si l'état de cyanose ou simplement de congestion est peu prononcé, et si les signes de défaillance cardiaque et de dilatation du cœur droit sont absents ou à peine ébauchés, on pourra se contenter de poursuivre ce traitement, qui donnera généralement de bons résultats, mais à la condition expresse que l'on se serve de *carbogène* et non pas d'oxygène *pur*.

Si, au contraire, le médecin se trouve, à son arrivée, en présence de cas graves, et *a fortiori* de cas très graves ou désespérés, il n'y aura pas une minute à perdre, et il devra immédiatement mettre en œuvre la méthode que nous préconisons, c'est-à-dire *l'association de la saignée et l'injection intraveineuse d'huile camphrée.* Les signes de défaillance cardiaque, l'arrêt des mouvements respiratoires, ou la présence de quelques mouvements spontanés, superficiels, rares, arythmiques, la constatation d'un pouls incomptable et filiforme, la présence de congestion ou de cyanose marquée du visage, devront commander l'intervention immédiate du médecin. Elle se superposera à celle du sauveteur, que l'on a au surplus tout intérêt à ne pas suspendre. La méthode de Schaefer à mains, et surtout notre méthode mécanique permettent au sauveteur et au médecin d'associer et de conjuguer leurs efforts sans se gêner mutuellement.

Il resterait enfin à discuter, avant de finir, la question de savoir si l'association que nous préconisons doit être appliquée à tous les cas, et si le praticien doit recourir systématiquement d'abord à la saignée, ensuite à l'injection intraveineuse, ou bien si, parfois, l'une ou l'autre de ces méthodes peut se suffire à elle-même, et si l'une ou l'autre trouve dans certains cas d'espèce des indications spéciales.

Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point dans des publications ultérieures. En principe, pour l'instant, on se rappellera surtout que la saignée est d'autant plus efficace que le type asphyxique est plus poussé. Dans certains cas d'intoxication suraiguë à évolution rapide, elle nous a donné à elle seule des succès complets, et nous possédons, parmi nos observations, plusieurs faits indiscutables, où la phlébotomie a suffi à ranimer des sujets présentant les signes les plus caractérisés du syndrome asphyxique.

De même, les sujets en état d'hypervagotonie réagissent par un syndrome asphyxique très marqué à une intoxication qui chez un sujet normal aurait produit simplement un état congestif léger, justiciable simplement d'un traitement au carbogène.

Dans ces cas, la saignée est indiquée, elle rétablit très rapidement cette variété d'accidentés, et il n'est pas indispensable d'y associer l'injection d'huile camphrée (20 succès sur 25 cas de phlébotomie pratiquée sans adjonction d'injection intraveineuse d'huile camphrée).

A l'opposé, dans les cas d'intoxication plus lente et plus prolongée, l'injection d'huile camphrée intraveineuse pourra trouver son application sans adjonction de la phlébotomie. Nous avons constaté nettement que dans ces cas la saignée produisait un effet moins marqué que dans ceux d'asphyxie du type aigu ou suraigu, et il semble que c'est surtout l'injection d'huile camphrée qui est ici l'élément vraiment utile pour la réanimation.

Enfin, il est de très rares cas de collapsus cardio-vasculaire consécutifs à l'intoxication par CO, où la réaction asphyxique n'est pas appréciable, et où il semble y avoir une sorte d'état amphotonique intermédiaire entre la réaction du type syncopal et celle du type asphyxique. Chez ces sujets, l'injection intraveineuse d'huile camphrée suffira.

En principe, dans tous les cas d'asphyxie où le syndrome congestif ou cyanotique existe de façon plus ou moins manifeste, on devra appliquer la saignée et l'injection intraveineuse, surtout si l'on ne possède pas une expérience suffisante de cette médecine d'urgence si spéciale.

La quantité de sang qui doit être enlevé sera réglée très simplement d'après la force du jet sanguin, et il suffira d'arrêter l'écoulement aussitôt que la tension veineuse sera redevenue sensiblement normale.

Au surplus, nous estimons que dans le syndrome asphyxique, il y a d'autant plus d'intérêt à associer ces deux méthodes que tous les auteurs, Le Moignic et Gautrelet notamment, ont constaté, dans le cas de shock réalisé expérimentalement, que l'injection intraveineuse d'huile camphrée déterminait des signes de vaso-dilatation du côté de la circulation pulmonaire.

Aussi ne peut-il y avoir que des avantages à adopter la règle de conduite que nous préconisons. En libérant l'oreillette et le ventricule droits, ainsi que le système des artères pulmonaires, la saignée préparera et régularisera l'action élective du camphre sur la paralysie des vaso-dilatateurs, et elle contribuera pour une part au « déblocage » des veinules pulmonaires.

C'est en effet ce blocage par spasme vaso-constricteur, tel que Airila, Mautner et Pick l'ont réalisé expérimentalement dans les cas de collapsus circulatoire, qui, selon nous, commande incontestablement le *syndrome asphyxique*, sinon dans la totalité des cas du type aigu ou suraigu, tout au moins dans tous les cas d'asphyxies accidentelles que nous avons eu l'occasion d'observer dans notre pratique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 JUIN 1932)

Action du sérum de fœtus sur les animaux adultes de même espèce. — MM. L. NATTAN-LARRIER et L. GRISARD-RICHARD. Le sang ou le sérum des fœtus ne sont pas toxiques pour les animaux adultes de la même espèce. On peut sensibiliser les animaux adultes en employant le sérum des fœtus, mais des précautions minutieuses sont nécessaires pour que l'expérience puisse réussir, du moins chez le cobaye.

Nouveaux essais sur la production de toxine et d'anatoxine diphtériques de valeur antigène intrinsèque élevée. — MM. G. RAMON et A. BERTHELOT. La valeur des toxines produites dans les milieux de culture utilisés jusqu'à ces dernières années (bouillon fermenté) était, en général, de 5 à 10 unités antigènes. On obtient maintenant des toxines titrant couramment 15 à 20 unités en employant un bouillon non fermenté et glucosé. En ajoutant à ce dernier un peu d'acétate de soude comme « régulateur de réaction », selon la technique décrite, on peut obtenir des toxines dont la valeur est comprise entre 20 et 30 unités.

Ces augmentations successives de la valeur antigène intrinsèque de la toxine et, partant, de l'anatoxine, ont réjà permis, par la suite, d'améliorer les conditions de l'immunisation active contre la diphtérie : accroissement progressif du pourcentage des sujets vaccinés et de la résistance de chacun de ceux-ci vis-à-vis de l'infection ; réduction, de trois à deux, des injections vaccinales par l'emploi de l'anatoxine de valeur antigène intrinsèque de plus en plus élevée, c'est-à-dire de l'anatoxine naturellement riche en unités antigènes et floculant rapidement.

La cuti-vaccination antidiphtérique chez le lapin au moyen d'une pommade à l'anatoxine. — M. P. NELIS. L'immunisation du lapin par frictions cutanées au moyen d'une pommade renfermant de l'anatoxine, même de titre élevé, est irrégulière et dans l'ensemble très faible. Au contraire, l'injection sous-cutanée, au lapin, d'une quantité beaucoup plus faible d'anatoxine donne une immunité plus rapide, plus considérable et plus durable ; ce procédé surpasse donc de loin celui à la pommade de Löwenstein, et reste le procédé de choix.

Sur l'examen bactériologique des crachats de quelques enfants présentant une intradermo-réaction dissociée au filtrat tuberculeux et à la tuberculine. — MM. G. PAISSEAU, J. VALTIS et F. VAN DEINSE, au cours des expériences qu'ils ont entreprises sur la sensibilité dermique du jeune enfant à la tuberculine et au filtrat de voiles jeunes de bacille de Koch, ont observé que certains enfants présentaient une sensibilité marquée vis-à-vis des filtrats, alors que l'intradermo-réaction à la tuberculine, même à des concentrations élevées, restait négative.

Les auteurs, sans vouloir donner pour le moment aucune interprétation, attirent l'attention sur la coïncidence que,

chez trois enfants qui réagissaient uniquement au filtrat tuberculeux, ainsi que chez un dont l'intradermo-réaction était plus forte au filtrat qu'à la tuberculine concentrée, on constata les faits suivants :

1° L'ensemencement des crachats de deux de ces enfants sur milieu Löwenstein a donné un bacille acido-résistant se développant en culture microscopique non repiquable et non tuberculigène.

2° Dans les deux autres cas, l'inoculation de l'expectoration au cobaye a provoqué chez cet animal une infection analogue à celle qu'on obtient par l'inoculation de l'ultra-virus tuberculeux.

Modifications de la propriété acido-résistante des bacilles tuberculeux en cultures desséchées et en milieux neufs. — MM. H. Durand et I. Gaspar. Des cultures sur pommes de terre desséchées à l'étuve ont montré la présence, à côté de bacilles de type commun, de granulations acido-résistantes isolées, groupées en diplocoques, ou en chapelets, celles-ci souvent disposées sur un corps bacillaire transparent non coloré, des éléments cyanophiles, granulations et bacilles granuleux, et enfin des formes intermédiaires constituées par des bacilles faiblement A. R. portant des granulations cyanophiles. D'autres éléments colorés au Fontès Ziehl sont constitués par des amas de bacilles faiblement colorés, souvent très longs et porteurs de granulations gramophiles avec quelques éléments granuleux ou bacillaires acido-résistants.

Ces éléments, reportés sur milieux frais Dorset et Löwenstein, voient reparaître après vingt et un jours leur affinité acido-résistante et on ne voit plus que des éléments de ce genre en l'absence de toute forme cyanophile.

Action de la mannite sur certains bacilles paratuberculeux (B. phlei, B. Mist Moeller, B. Rabinovitch, B. Smegma). — M. Paul Hauduroy a étudié l'action des hydrates de carbone sur la culture de certains bacilles paratuberculeux. Les sucres en C^6 et C^{12} n'ont aucune action. La mannite, au contraire, ajoutée aux milieux dans la proportion de 10 p. 100 à 15 p. 100, a une action considérable : elle décuple au moins la récolte de microbes qu'on peut faire. Pour certains bacilles paratuberculeux (B. Smegma, B. phlei), elle favorise l'apparition d'un pigment. La glycérine n'a aucune action sur la culture des bacilles paratuberculeux.

Evolution de polypeptidémie après hépatectomie totale chez le chien. — MM. N. Fiessinger, Maurice Herbain et R. Lançon. La polypeptidémie, évaluée par le dosage par la méthode du double azote de Puech et Cristol, augmente le plus souvent d'une façon considérable après hépatectomie, prouvant le rôle important joué par le foie dans la polypeptidopexie.

Action des sels de magnésium sur les vasoconstricteurs rénaux. — MM. René Hazard et L. Wurmser. Dans le même temps que le chlorure de magnésium inhibe, par ses effets directs paralysants sur les vasoconstricteurs rénaux, la réponse à l'excitation électrique du splanchnique, on constate toujours la diminution parallèle de la vasoconstriction rénale adrénalinique. Cette diminution — dont le mécanisme n'est d'ailleurs pas, dans ce cas, identique à celui de la seule vagotonie, mais implique la participation du sympathique — constitue bien une preuve de l'action paralysante des sels de magnésium sur le sympathique rénal.

Vagotonie et nerf de Hering. — MM. Henri Bénard et Félix-Pierre Merklen montrent que l'injection de vagotonine peut produire chez le chien une augmentation de l'effet vagal résultat de l'excitation faradique du nerf de Hering.

Election. — M. Oberling est nommé membre titulaire, par 45 voix sur 57 suffrages.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1932)

Fracture comminutive de la voûte cranienne irradiée à la base. Trépanation. Suture primitive. Guérison sans séquelle. (*Présentation des radiographies et du malade*). — MM. Augé et S. Bory.

La défense neuro-vasculaire de l'organisme. — M. Corone.

Sur un procédé simple et rapide d'isolement des traces de bleu de méthylène dans les urines. — MM. P. Cristol et Y. Derrien montrent que l'on peut d'une manière simple et rapide isoler d'une urine le bleu de méthylène éliminé même à l'état de traces en le faisant absorber par une quantité minime de talc.

La sensibilité de cette absorption est telle, que l'on peut retrouver en opérant sur 25 cm3 d'urine, le bleu de méthylène à la concentration de 0 mgr,016 par litre, sensibilité 10 fois plus grande que celle des procédés ordinaires.

Note sur l'emploi des filtres en verre poreux d'Iéna dans les procédés de microdosage de l'urée du sang. — MM. P. Cristol et P. Monnier, au cours de recherches déjà anciennes (1929-1930), ont essayé d'utiliser les filtres en verre poreux d'Iéna pour recueillir la dixanthylurée au cours du dosage micro-analytique de l'urée du sang par la méthode de Boivin.

Ils ont été bientôt obligés d'abandonner l'usage de ces filtres qui leur occasionnaient des erreurs considérables, égales ou même supérieures à celles signalées par G. Robert dans une communication récente à la Société de Chimie Biologique.

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1932)

La radiographie des kystes branchiogènes du larynx. — MM. Terracol et Lamarque. Présentation d'une observation intéressante de formation kystique du larynx d'origine branchiale avec cliché radiographique mettant nettement la lésion en évidence.

Le chimisme hémo-rachidien des bicarbonates dans les diverses méningites. — MM. P. Cristol et P. Monnier apportent des observations de diverses méningites, montrant que le rapport hémo-rachidien de la réserve alcaline dans ses affections, s'éloigne souvent beaucoup de la valeur physiologique, qui comme ces auteurs l'ont déjà établi, est, à l'état normal, égale à l'unité.

De même que le rapport hémo-rachidien du glucose, et parallèlement à celui-ci, le rapport hémo-rachidien de la réserve alcaline est d'autant plus bas que l'affection méningée est plus forte, et que le nombre des leucocytes dans le liquide céphalo-rachidien est plus élevé.

Fracture obstétricale du col du fémur, traitée trois ans après. — M. Etienne.

Sur les corpuscules de Pacini. — M. Turchini.

Essai de traitement des crises épileptiques par le bromure d'acétylcholine. — MM. Ch. Dejean et P. Hugues. D'après les recherches cliniques et expérimentales modernes, la crise

épileptique est causée par un réflexe du sympathique à point de départ varié, mais aboutissant à une vaso-constriction corticale, génératrice des convulsions. La pâleur des circonvolutions, constatée par Doyen et par Leriche sur des trépanés, le confirme. Il était logique d'essayer de juguler les accès convulsifs par un vaso-dilatateur puissant, l'acétylcholine. Les résultats obtenus ont cependant été médiocres, car il est impossible d'agir assez rapidement sur une crise ne durant que quelques minutes, avec un médicament exclusivement administré par voie hypodermique ou intra-musculaire. Ce médicament d'ailleurs est peut-être capable d'influencer la marche d'une crise, mais ne paraît avoir aucune action sur le terrain, sur la maladie elle-même.

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1932)

A propos du ligament bicorne de Caldani. (*Présentation de pièce*). — MM. G. LAUX et A. DELMAS. D'un cas personnel, les auteurs concluent que :

1° Ce faisceau ligamenteux n'est pas un simple épaississement de l'aponévrose clavi-pectorale, ils ont vu en effet que ses insertions sont séparées de celle-ci sur toute son étendue claviculaire ; de plus, les tractus fibreux descendants se dirigent, non vers le petit pectoral, mais vers la face antérieure de l'aponévrose sous-scapulaire, enfin ses insertions scapulaires sont différentes de celles du petit pectoral.

2° Le ligament est bien une entité anatomique isolable différenciée aux dépens du tissu conjonctif sous-claviculaire avec son irrigation propre. Ces quelques faits rallient les auteurs à l'opinion de Vallois et Thomas.

Traitement du spasme facial par l'alcoolisation (Méthode de Gérard). — M. H. VIALLEFONT.

Le chimisme hémo-rachidien des bicarbonates dans les céto-acidoses. — MM. P. CRISTOL et P. MONNIER montrent que lorsqu'il y a dans le sang de l'acide acétyl-acétique, le rapport hémo-rachidien de la réserve alcaline est inférieur à l'unité. La baisse de ce rapport est d'ailleurs proportionnelle à la quantité d'acide acétyl-acétique contenu dans le sang.

L'abaissement du rapport est dû à deux causes :

1° La présence d'acide acétyl-acétique dans le sang qui est décarboxylé par l'acide sulfurique dans la méthode de Van Slyke comme l'a montré l'un des auteurs en 1929, augmentant ainsi artificiellement la valeur de la réserve alcaline.

2° La décarboxydation de cet acide par les plexus choroïdes, prouvée par la présence d'acétone et l'absence habituelle d'acide acétyl-acétique dans le liquide céphalo-rachidien des acétonémiques.

Insuffisance surrénale aiguë. Adénome des deux glandes. — MM. PUECH, P. RIMBAUD et DUFOIX.

Deux cas de névraxite épidémique à forme basse. — MM. VIRES, P. RIMBAUD et MAS.

A propos de l'histologie de la prostate. — M. TURCHINI.

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1932)

La Gastrophotographie. — M. Jean BAUMEL (de Montpellier) rappelle les recherches faites depuis Desormeaux en vue de pratiquer l'endoscopie de l'estomac malgré toutes les difficultés techniques et montre la possibilité réalisée avec l'appareil de Porges, Heilpern et Back de prendre seize vues stéréoscopiques de la muqueuse gastrique en deux champs presque panoramiques, l'un supérieur, l'autre inférieur.

Après une description succincte des divers principes de la méthode, l'auteur fait part des quelques modifications de technique que sa pratique l'a amené à réaliser, entre autres :

L'examen minutieux du malade, accompagné d'un contrôle radioscopique au cours duquel il vérifie la perméabilité parfaite de l'œsophage, du cardia, de la cavité gastrique elle-même, et l'absence de voisinages compromettants (anévrysme de l'aorte thoracique surtout).

L'introduction derrière l'écran d'une sonde demi-rigide opaque aux rayons qui permet de repérer à l'avance la situation exacte qu'aura l'appareil gastrophotographique dans l'estomac et la profondeur à laquelle devra être réglée sa pénétration pour obtenir les meilleures photographies de telle ou telle région.

L'importance avant toute gastrophotographie de la préparation du malade par des lavages gastriques répétés et la nécessité non seulement d'un bon nettoyage de l'estomac mais encore d'un bon gonflage de ce dernier.

Les soins méticuleux qui doivent nécessairement accompagner la manutention et l'entretien d'un matériel particulièrement délicat.

L'auteur par la projection en épidiascopie d'une cinquantaine de vues montre les aspects typiques des estomacs normaux avec de nombreuses photographies du pylore et de l'antre pylorique, les différentes variétés de gastrites atrophiques, hypertrophiques, muqueuses, hémorragiques, diverses formes d'ulcères, des néoplasmes, des formations polypeuses et une photographie intéressante, véritable paysage lunaire qui pourrait représenter des nodules tuberculeux de la paroi gastrique. Cette dernière vue a été prise sur une malade tuberculeuse avérée.

Il conclut en rendant hommage aux progrès réalisés par la découverte de la gastrophotographie. Il étudie en gastrologie ses possibilités présentes et futures tout en mettant en garde contre l'erreur qui consisterait à vouloir réaliser tous les diagnostics des affections gastriques uniquement par cette méthode, ce qui n'arriverait qu'à la discréditer. La gastrophotographie placée sur le même pied que la radiologie ou la gastroscopie ne doit pas faire oublier l'examen clinique du malade.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DE LA MÉDICATION BROMURÉE (1)

Par M. le docteur J.-M. SACAZE.

Dans les multiples cas de la pratique médicale courante où l'on doit combattre l'angoisse si fréquente chez le patient émotif et où l'on ne veut administrer ni un sédatif trop puissant (comme le pantopon), ni un analgésique hypnogène (comme l'allonal), on peut ordonner en toute sécurité, et même à l'insu du malade, le sédobrol, extrait de bouillon végétal concentré achloruré, dosé par tablette à un gramme de bromure de sodium chimiquement pur, particulièrement savoureux, toujours admirablement supporté même par les enfants.

(1) *Concours méd.*, Paris, mai 1930, n° 18.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Santé publique. — *Est élevé à la dignité de grand officier.* — M. Martin (Louis), sous-directeur de l'Institut Pasteur, directeur de l'hôpital Pasteur.

Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Bertrand, maire de Beure (Doubs) ; Nicolas, maire de Champsac (Haute-Vienne).

Colonies. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Vieille (de Saïgon).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Arsonneau (de la Guadeloupe), Leroy (A. O. F.).

Affaires étrangères. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Francken (Hollandais).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Ceccaldi (de Sfax), Crivelli (de Melbourne), Garcia Calderon (Péruvien), Kirchberg (de Francfort), Vaccaro (Italien).

Guerre. — Service de santé. (Armée active.) — Par décision ministérielle du 23 juillet 1932, les médecins capitaines de l'armée active dont les noms suivent sont nommés « assistants des hôpitaux militaires » et reçoivent les affectations suivantes avec la mention service :

Section de médecine. — MM. Tourniaire et Passa sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris; Bergondi est affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Section de chirurgie. — MM. Giraud, Pinelli et Dubau sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris; Camoreyt est affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon; Mandillon est affecté à l'hôpital militaire de Talence.

Section d'électro-radiologie. — MM. Trial et Willemin sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris; Fournie est affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Ces officiers rejoindront leur nouvelle affectation le 2 novembre 1932.

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. (Professeur : M. Paul Carnot.) — *Cours de vacances de 1932.* — I Premier cours (5-17 septembre 1932), sous la direction de M. Henri Bénard, agrégé, médecin de l'hôpital de la Charité.

II. Congrès de la lithiase biliaire à Vichy, sous la présidence du professeur Carnot.

Une semaine d'intervalle entre les deux cours est laissée aux auditeurs pour se rendre, s'ils le désirent, au Congrès international de la lithiase biliaire à Vichy.

Les auditeurs qui désirent y assister se feront inscrire directement auprès du secrétaire général du Congrès, le docteur Aimard, 24, boulevard des Capucines, pour profiter des avantages réservés aux congressistes (chemins de fer et hôtels). (Inscription avant le 1er août.)

III. Cours de septembre et d'octobre (26 septembre-8 octobre), sous la direction du professeur Carnot et du professeur agrégé Henri Bénard (gastro-entérologie).

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 fr. pour un cours et de 450 fr. pour les deux cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants inmatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de verse-

ment relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Antoine Mollière (de Lyon), Paul Bruyère (de Bordeaux), Jacques Dumont, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de laboratoire à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu; Marcel Bernheim, étudiant en médecine à Strasbourg, décédé accidentellement.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU GREC
L'UNIVERSITÉ APPROUVE LES MÉDECINS

L'Université entière suit avec le plus grand intérêt notre campagne en faveur des études classiques et les journaux universitaires y attachent la plus grande importance. Ainsi peu à peu nos arguments de vérité finiront par avoir raison de la résistance des bureaux de l'Instruction Publique dont, comme chacun sait, le Ministre n'est pas le maître. Parmi les organes très favorables aux médecins, il faut signaler l'*Information Universitaire* qui a été le premier à combattre pour soutenir notre mouvement et à lui recueillir de puissantes adhésions, même dans des milieux hostiles comme le Quai d'Orsay.

Tout récemment, en juin 1932, la *Revue Universitaire* (1), dont le Comité de patronage comprend l'élite des professeurs de la Faculté des Lettres et des lycées de Paris, analyse sous la signature de M. H. Boivin, professeur de première au Lycée Lakanal, la genèse de la loi Armbruster de ses origines en 1923 jusqu'à nos jours. Rien n'est passé sous silence depuis la première campagne que l'Association corporative des Etudiants en Médecine m'avait chargé de mener, à l'époque où Léon Bérard fit sa bienfaisante réforme classique, jusqu'au débat tout récent où les partisans des humanités décapitées se virent opposer une pléiade d'orateurs qui, tels que les professeurs Sergent et Lépine, tinrent haut et ferme le drapeau de l'hellénisme.

M. Boivin ne craint pas d'opposer au réquisitoire des Facultés des sciences les interviews de MM. Balthazard, Marfan, Sergent et Cibrie que j'ai publiées cet hiver ici même, ainsi que des citations de mes écrits. Il conclut par l'énoncé de l'ordre du jour de l'Association corporative que la *Gazette des Hôpitaux* a reproduit en son temps et qui était une réponse au communiqué des Facultés des Sciences. Le leader de la *Revue Universitaire* termine en disant : « *C'est une émotion réconfortante de voir l'amour du grec fleurir encore de façon si vivace chez tant d'éminents représentants de la science médicale* ».

Ce n'est pas tout : M. Th. Suran, membre du Conseil Supérieur de l'Instruction Publique, dans le dernier *Bulletin des professeurs de français et de langues anciennes de l'Enseignement Secondaire public* (n° 58), consacre plusieurs pages à notre action contre l'égalité des droits donnée abusivement par les 3 baccalauréats dont les programmes littéraires sont si différents. Cette destruction de la culture classique, la seule capable d'émanciper l'esprit humain, nous ramènera rapidement à l'obscurantisme contre lequel s'élève ainsi M. Suran : « *Le classique n'est pas un endormeur, c'est un homme qui cherche à enseigner ce qui est commun aux hommes, ce qui les unit entre eux, ce qui fait la communauté entre ceux d'autrefois et ceux d'aujourd'hui, entre ceux d'ici et d'ailleurs... Il fait bénéficier la jeunesse studieuse des résultats acquis par l'effort des générations antérieures et de la génération présente* ».

Après quoi l'auteur, qui est un de nos meilleurs philologues et possède l'esprit scientifique de ces derniers, continue la série de ses réflexions philosophiques sur les derniers événements de la lutte entreprise ; il dissèque les ordres du jour des diverses Facultés des Sciences contre la loi Armbruster et en montre l'évidente mauvaise foi. Puis il ajoute : « *Cette égalité des droits des divers baccalauréats inquiète fort les médecins en ce qui concerne leur art ; M. Mordagne, dans la* Gazette des Hôpitaux *du 28-5-1932, signale à ce sujet que les anciens élèves des lycées et collèges ont émis un vote favorable à leur doctrine. Les médecins estiment hautement désirable pour eux la formation classique... Voilà pourquoi la demi-loi Debierre votée par le Sénat exige le baccalauréat A comme condition préalable des études médicales. Il n'y a pas d'autre moyen de remédier à l'égalité des droits donnée par les diverses sections du baccalauréat et qui, en réalité, constitue un privilège pour les dispensés d'études classiques.* »

Les quelques citations que je viens de faire étaient nécessaires pour montrer à tous nos confrères la voie qu'ils doivent suivre ; puisque après nos maîtres de la Faculté, les techniciens de l'Enseignement Secondaire, ceux qui savent façonner le cerveau de l'adolescent, se déclarent nettement favorables à la cause de la médecine, celle-ci doit être gagnée. Aux représentants qualifiés de la Corporation de faire leur devoir et d'agir : c'est urgent.

Maurice MORDAGNE.

(1) *Revue universitaire* (A. Colin), juin 1932. Un épisode de la bataille des humanités : le grec et le doctorat en médecine.

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Que l'insuffisance du myocarde soit à peine esquissée cliniquement ou déjà nettement accusée, l'amélioration de la contractibilité du muscle cardiaque rétablira le rythme régulier et fera disparaître les accidents pénibles secondaires aux extrasystoles. En conséquence, conseiller un repos plus ou moins rigoureux — surveiller le régime alimentaire — et prescrire des diurétiques cardiaques, en alternant théobromine, strophantus, mais surtout, et de préférence, l'extrait total d'adonis vernalis ou Diurène. Ne pas oublier la stimulation hépatique et la dérivation intestinale par l'aloès ou les lavements purgatifs.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ET ABCÈS DU FOIE A PNEUMOBACILLE DE FRIEDLANDER

PAR MM.

Louis LE SOURD,

Médecin de l'hôpital Saint-Joseph,

et Robert DRAILLARD.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un cas de méningite cérébro-spinale purulente à pneumobacille de Friedlander. Cette affection est assez peu fréquente pour qu'il soit intéressant d'en rapporter un nouvel exemple, surtout lorsque aux lésions méningées s'ajoute un grand abcès du foie, localisation tout à fait rare du bacille de Friedlander.

Le 26 juin 1932, entre d'urgence dans notre service, salle Sainte-Adeline, Mme P..., âgée de quarante-sept ans, envoyée par son médecin avec le diagnostic d'ictère infectieux.

La malade, employée de bureau dans un ministère, a toujours été d'une santé délicate ; elle a eu deux enfants âgés maintenant de vingt-deux et vingt-cinq ans, n'a jamais fait de fausses couches ; ménopause à quarante ans. Elle se plaignait depuis deux à trois ans, à intervalles assez rapprochés, d'une lassitude marquée ne nécessitant pas le repos au lit, mais l'obligeant à éviter tout excès de fatigue.

Au mois de novembre dernier, elle eut une forte grippe, mais sans complications pulmonaires, et après une convalescence assez courte put reprendre son travail.

Il y a trois mois, elle fit une chute qui détermina l'apparition, durant une quinzaine de jours, d'un gros hématome de la région occipitale, mais à aucun moment ne présenta de signes pouvant faire porter le diagnostic de fracture du crâne. A la suite de cet accident, elle se plaignit de céphalée à paroxysme vespéral durant trois semaines, puis put reprendre encore une fois son travail. Depuis deux mois elle se sentait bien : l'asthénie avait disparu, elle avait recouvré l'appétit et le sommeil.

Le 14 juin, en rentrant de son bureau vers 6 heures du soir, elle perd connaissance dans une station du métro. Ce malaise ne dure que quelques minutes ; la malade rentre chez elle en taxi et se couche en arrivant. Elle se plaint d'une sensation de fatigue extrême, d'une céphalée intense et d'une envie invincible de dormir. Elle est prise de vomissements et rejette par trois fois en une heure un liquide jaune verdâtre, épais. La température est de 37°9. Son médecin décèle un point douloureux à l'épigastre et un autre au niveau de l'hypochondre droit. Il n'y a pas de signe de Kernig, pas de raideur de la nuque ; la malade s'asseoit facilement dans son lit, mais se plaint de vertiges dans cette position. Les urines sont franchement ictériques. Durant trois jours elle reste couchée, la température oscille entre 37°5 et 38°5 ; les vomissements bilieux se répètent de temps à autre ; la malade a des selles diarrhéiques couleur ocre.

Au bout de cinq jours, l'état général est redevenu satisfaisant. La malade se sent mieux, la céphalée a disparu ainsi que les vomissements et la diarrhée. Seul subsiste un état de torpeur assez accentué. Sur les conseils de son médecin, elle part se reposer à la campagne ; elle mange bien et se sent tout à fait remise.

Brusquement, le samedi 25 juin, vers trois heures de l'après-midi, elle souffre, dit-elle, affreusement de la tête et éprouve une sensation de lassitude extrême. La température qui était de 37° le matin, monte à 40°. A 8 heures du soir, la malade se plaint d'un violent point de côté au niveau de l'hypochondre droit, puis quelques minutes après elle présente un vomissement jaune verdâtre, suivi bientôt d'un second vomissement noirâtre. Ces vomissements s'accompagnent de sensation de chaud et de froid, de frissons et de sueurs abondantes. Son médecin, appelé d'urgence, fait le diagnostic d'ictère infectieux, et prescrit de l'antigénine C et de l'uroformine.

Le dimanche 26 juin, la température est à 39° le matin. L'état de la malade a beaucoup empiré dans la nuit. Le point douloureux hépatique a disparu, par contre la céphalée et la torpeur sont plus accentuées que la veille. Dans la matinée, elle présente un nouveau vomissement jaune verdâtre et une abondante épistaxis. Comme la malade ne pouvait pas recevoir chez elle les soins nécessaires, son médecin l'envoie à l'hôpital.

A son entrée, qui a lieu à 4 heures de l'après-midi, elle est examinée par l'interne de garde, M. Fichet : la malade très prostrée ne répond que lentement aux questions qu'on lui pose. Son visage est pâle, il existe un léger subictère des conjonctives, la langue est sèche. La malade se plaint surtout d'une céphalée intolérable.

Le cœur et les poumons sont normaux, on perçoit simplement quelques râles disséminés à la base droite.

Le foie est gros et sa palpation douloureuse.

Les seuls symptômes nerveux présentés par la malade sont : une légère raideur de la nuque et une ébauche de Kernig.

La température atteint 40°, le pouls 120.

En présence de ces signes, une ponction lombaire est pratiquée ; le liquide céphalo-rachidien ne s'écoule que très lentement ; au manomètre de Claude, la malade étant couchée, la tension est de 23 centimètres. Le liquide est franchement purulent, très fibrineux. Sans plus attendre, on injecte 30 centimètres cubes de sérum anti-méningococcique polyvalent dans l'espace intra-rachidien. De plus, il est pratiqué une injection sous-cutanée de 40 centimètres cubes de sérum anti-pneumococcique et l'on fait un abcès de fixation à la cuisse droite.

Le lendemain matin, lundi 27 juin, l'état de la malade s'est singulièrement aggravé. La respiration est très rapide avec stertor, facies vultueux ; température à 40°, le pouls bat à 100.

Les signes de méningite sont nets : la raideur de la nuque est très accentuée, le signe de Kernig évident. La malade se plaint et pousse des cris dès qu'on la palpe ou qu'on la mobilise; elle présente une hyperesthésie cutanée très marquée. Les pupilles sont en myosis.

Le réflexe rotulien est normal à gauche, très affaibli à droite ; les réflexes achilléens normaux, les réflexes abdominaux affaiblis. Il n'y a pas de signe de Babinski, pas de trépidation épileptoïde. Aux membres supérieurs, pas de modifications des réflexes.

Le cœur et les poumons paraissent toujours normaux ; la tension artérielle est de 12-7 au Pachon.

La matité hépatique est très augmentée, la palpation du foie douloureuse.

La rate est normale.

Il existe de la rétention d'urine avec miction par regorgement. On ne constate rien d'anormal du côté des oreilles et du rhino-pharynx.

Une nouvelle ponction lombaire ramène un liquide louche, moins fibrineux que la veille ; on profite de cette ponction pour injecter dix centimètres cubes de septicémine, sans grand espoir de faire œuvre utile.

Une hémoculture et une numération globulaire sont pratiquées.

Dans l'après-midi, l'état général reste le même ; seule la dyspnée augmente ; le pouls bat toujours à 100 ; les signes

méningés sont plus accentués ; il existe de l'incontinence des sphincters. La malade meurt dans le coma à 9 heures du soir ; la température prise quelques minutes avant la mort atteignait 41°.

Depuis le début brutal du samedi après-midi, il s'était écoulé 54 heures.

Examen nécropsique. — L'autopsie n'a pu être faite que 36 heures après le décès. Nous constatons à l'ouverture du crâne une vascularisation très intense de la pie-mère qui est épaissie. Un exsudat purulent, visqueux, de teinte blanc jaunâtre, occupe les sillons de toute la convexité du cerveau ; cet exsudat est plus abondant encore au niveau de la base du cerveau et à la face postérieure du bulbe.

Il n'y a pas d'abcès du cerveau.

Le crâne ne présente aucune trace de lésion osseuse ancienne ni récente.

Le poumons et les plèvres sont normaux.

Il n'existe ni péricardite, ni endocardite, ni lésions valvulaires.

La rate est de volume et de consistance normaux.

Le tube digestif et l'appareil génito-urinaire sont normaux.

Le *foie* apparaît très augmenté de volume, surtout dans sa partie droite ; il ne présente pas de périhépatite. Au niveau de son lobe droit et dans sa portion sous-diaphragmatique, il existe trois abcès hémisphériques faisant saillie sous la capsule : les plus petits de la taille d'une cerise, le plus gros de la taille d'une noix ; on en retire par ponction un pus jaune verdâtre, très visqueux, qui est ensemencé.

Une coupe antéro-postérieure du lobe droit, après avoir traversé deux ou trois centimètres de tissu hépatique de couleur jaune chamois, donne issue à un flot de pus provenant d'un *grand abcès* occupant tout le lobe droit du foie, qui est creusé d'une cavité pouvant admettre les deux poings ; sa paroi est spongieuse, infiltrée par un pus verdâtre, visqueux. Les autres parties du foie sont saines en apparence.

L'état de décomposition du cadavre n'a pas permis de faire d'examens histologiques.

Examens de laboratoire (1). — *Liquide céphalo-rachidien.* — Première ponction ((26 juin). L'examen du liquide à la cellule de Nageotte montre 600 éléments au millimètre cube.

Le culot de centrifugation est abondant : son examen sur lame montre de nombreux polynucléaires, dont la plupart sont peu altérés, et de très nombreux bacilles extra-cellulaires, courts, disposés en diplocoques, quelques-uns longs, presque en filaments, tous entourés d'une large capsule ; ces bacilles ne se colorent pas par la méthode de Gram ; ils présentent donc tous les caractères morphologiques du pneumobacille de Friedlander.

Seconde ponction (27 juin).

Le liquide céphalo-rachidien contient comme la veille de nombreux pneumobacilles à l'état pur et des leucocytes polynucléaires.

Cultures. — Le liquide céphalo-rachidien de la première ponction est ensemencé sur bouillon et sur gélose en milieu aérobie. Au bout de 24 heures, les cultures sont très abondantes.

Sur bouillon : culture abondante avec voile en collerette à la surface du liquide.

Sur gélose : culture épaisse, grasse, coulant au fond du tube.

Au microscope, on se trouve, comme à l'examen direct du liquide céphalo-rachidien, en présence de bacilles immobiles, Gram négatif, assez inégaux comme dimensions et tous entourés d'une capsule volumineuse.

Repiquées sur gélose glucosée au rouge neutre, les cultures se développent sans produire de décoloration ni de fluorescence.

Sur gélose lactosée tournesolée : le bacille pousse abondamment et provoque le virage au rouge du milieu.

Sur pomme de terre : culture très grasse.

Il ne liquéfie pas la gélatine et ensemencé par piqûre sur ce milieu donne une culture en clou absolument typique.

Il ne coagule pas le lait.

Inoculation aux animaux. — Un centimètre cube de culture sur bouillon est injecté à une souris qui meurt au bout de 20 heures ; le sang prélevé dans le cœur de l'animal contient des bacilles, à très belles capsules, Gram négatif. Ce sang ensemencé sur bouillon et sur gélose donne des cultures ayant les mêmes caractères que celles isolées du liquide céphalo-rachidien.

Un cobaye inoculé le 30 juin succombe le 10 juillet ; il présente au point d'inoculation un gros abcès renfermant des germes identiques.

Un lapin enfin inoculé par voie intra-veineuse le 30 juin ne présente aucun trouble ultérieurement.

Hémoculture. — L'hémoculture faite le 27 juin reste stérile.

Examen du sang (27 juin).

Hémoglobine 80 %.

Globules rouges	3.960.000
Globules blancs	6.100

Pourcentage leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	90 %
Grands Mononucléaires	2 %
Moyens Mononucléaires	7 %
Lymphocytes	1 %

Etude du pus prélevé au cours de l'autopsie. — A l'examen direct on décèle facilement de nombreux bacilles de taille inégale encapsulés (les capsules sont très grandes), ne prenant pas le Gram.

L'ensemencement de ce pus donne :

Sur gélose, une culture visqueuse très grasse ;

Sur bouillon, une culture abondante avec collerette à la surface du liquide, mais ces cultures ne sont pas pures.

L'ensemble des caractères constatés au cours des différents examens pratiqués, en particulier l'aspect des cultures sur gélose et sur gélatine, celui des préparations microscopiques fournies par le liquide céphalo-rachidien, le pus et les cultures en milieux liquides, les propriétés biochimiques et la virulence expérimentale vis-à-vis de la souris et du cobaye, permettent d'identifier ce germe au pneumobacille de Friedlander.

En résumé, il s'agit d'une septicémie à pneumobacille de Friedlander ayant déterminé, fait exceptionnel, une double localisation anatomique méningée et hépatique.

Au point de vue clinique, la maladie a évolué en deux poussées successives séparées par quelques jours d'accalmie complète.

La première débute le 14 juin et dure cinq jours ; elle est caractérisée surtout par des troubles hépatobiliaires : douleur à l'hypochondre droit, vomisse-

(1) Nous tenons à remercier M. Paul Coirre, chef adjoint du laboratoire de l'hôpital Saint-Joseph, de l'obligeance avec laquelle il a pratiqué les diverses recherches que nous lui avons demandées et M. Fichet, qui dès le 26 juin, a fait un examen cyto-bactériologique du liquide C. R. et les premiers ensemencements.

ments bilieux, urines ictériques, fièvre modérée ; mais déjà la céphalée intense, la somnolence et les vertiges dénotent l'invasion méningée.

La seconde atteinte débute le 25 juin, plus violente, plus grave, et évolue avec une très grande rapidité. Les signes hépatiques s'accentuent pendant les premières heures, puis disparaissent ; mais en même temps se développent les signes méningés qui bientôt dominent la scène. La température s'élève d'emblée à 40° et cette hyperthermie persiste jusqu'à la fin. La ponction lombaire montre à deux reprises un liquide C. R. purulent, où abondent les pneumobacilles. L'évolution se poursuit sans rémission et la mort survient dans le coma, 54 heures après le début de cette seconde atteinte.

Nous avons eu la curiosité de relever les observations de méningites cérébro-spinales à pneumobacille de Friedlander publiées jusqu'ici et de les confronter entre elles et avec notre propre observation.

Ces méningites sont en somme peu fréquentes ; la dernière thèse en date sur ce sujet, celle de Denis en 1924, rassemble 19 cas ; mais si on écarte les septico-pyohémies à localisations multiples pour ne retenir que les observations où « l'inflammation locale semble constituer à elle seule toute la maladie » (Colombe), les 19 cas se réduisent à 8, ceux de Weichselbaum, Brünner, Jassinger, Brazzola, Guinon et G. Simon, Lacoste et Boidin, Lion et Minvielle, Ménétrier et Mme Bertrand-Fontaine, — auxquels il faut ajouter 3 observations publiées antérieurement qui avaient échappé à M. Denis : celle de Siredey, H. Lemaire et Mlle de Jong en 1912, celle de Rénon et Blamoutier en 1921, et celle de Gernez et Razenon en 1923.

Depuis 1924, 9 cas ont été publiés ; ce sont ceux de : Le Grand en 1925, — Papandréa (2 cas) en 1927, — Brain et Valentine en 1928, — Breton et Mahée en 1929, — Carcelli, puis Mallis en 1930, — Conte, Lévy-Bruhl et Dany et enfin Karl Rotschild en 1931.

Nous arrivons ainsi, en y comprenant notre propre observation, à un total de 21 cas avec 19 décès.

10 cas seulement ont été complètement étudiés, le diagnostic ayant pu être fait pendant la vie par l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien et confirmé par la nécropsie ; — dans 6 cas le diagnostic ne repose que sur l'examen du liquide céphalo-rachidien, 2 de ces malades ont guéri (nous reviendrons plus loin sur ces deux observations), les 4 autres sont morts, mais les autopsies n'ont pu être faites pour diverses raisons ; — dans 5 cas enfin le diagnostic n'a été fait qu'à l'amphithéâtre.

Nous avons volontairement négligé les méningites observées chez des nourrissons (cas de Lequeux, d'Elias, de Debré, Semelaigne et Lelong, et de Dufourt, Bonnet et Delattre) dont les caractères et l'évolution diffèrent essentiellement de ce que l'on observe chez les adultes et les grands enfants.

Après lecture de ces observations il nous semble que la méningite primitive à Friedlander est d'une très grande rareté. Le plus souvent elle est secondaire à une otite (Weichselbaum, Rénon, Breton, Mallis) et ceci bien que le pneumobacille ne soit qu'exceptionnellement l'agent pathogène des otites, — ou à une lésion pulmonaire (Lion, Conte), qui parfois n'est reconnue qu'à l'autopsie (Ménétrier) tant est rapide l'évolution de la maladie. On a encore incriminé une angine banale (Siredey), une ostéomyélite (Gernez), des troubles digestifs (Brazzola).

Dans notre cas, il a été impossible, aussi bien anatomiquement que cliniquement, de découvrir comment les pneumobacilles avaient pénétré dans l'organisme, ni d'établir une filiation entre les lésions méningées et les abcès du foie qui sont vraisemblablement des localisations contemporaines d'une même septicémie.

Le début est presque toujours brutal (Le Grand, Lacoste et Boidin) ; dans un cas même suraigu, par ictus apoplectiforme (Ménétrier et Mme Bertrand-Fontaine). La maladie atteint rarement une personne en bonne santé, mais le plus souvent un sujet venant de subir une intervention : paracenthèse du tympan (Papandréa, Mallis), mastoïdectomie (Rotschild ; Brain et Valentine), un convalescent (Conte), ou un malade hospitalisé pour une pneumopathie (Lion et Minvielle).

Les malades sont pris brusquement d'une céphalée intense s'accompagnant de vomissements et de frissons (Siredey, Lacoste, Conte, etc.). Ces vomissements peuvent être des vomissements en fusée ; habituellement de couleur jaune verdâtre, ils sont assez fréquents, deux ou trois par jour, et tendent à disparaître à la fin de la maladie. Les malades sont prostrés, leur parole est embarrassée, hésitante. Le coma survient rapidement avec ou sans délire, avec ou sans convulsions.

Dans quelques cas, dès le début, il existe de la raideur de la nuque et du Kernig (Papandréa, Rotschild). Ce n'est ordinairement qu'au deuxième ou au troisième jour de la maladie que les signes de la méningite apparaissent nettement, encore peuvent-ils être assez frustes : la raideur de la nuque manque rarement, mais le signe de Kernig est peu accentué dans nombre de cas.

Les réflexes sont ordinairement normaux ou un peu plus vifs que de coutume (Conte, Carcelli). Le signe de Babinski n'existe que dans un cinquième des cas. Souvent on constate une hyperesthésie cutanée intense comme chez notre malade ; des paralysies de divers nerfs craniens ont été signalées (Ménétrier). Les troubles sphinctériens sont de règle.

La température oscille aux alentours de 40° ; il y a souvent une hyperthermie considérable au moment de la mort ; dans deux cas seulement on a signalé de l'hypothermie.

Le pouls est habituellement accéléré, souvent arythmique.

Selon la durée de leur évolution, on peut distinguer deux formes cliniques de ces méningites.

L'une, la plus fréquente, à début brusque, signes méningés nets, température à 40° et marche rapide vers le coma ; la mort survient de 30 à 60 heures après l'apparition des signes de début.

L'autre plus rare est caractérisée par un début moins rapide ; les signes méningés sont frustes ; par contre, il existe souvent du délire et des convulsions, parfois des paralysies des nerfs craniens ; le coma n'apparaît qu'à la période terminale. L'évolution est plus lon-

gue que dans la forme précédente, la mort ne survenant qu'entre le sixième et le douzième jour. Cette forme est le plus souvent prise pour une méningite tuberculeuse.

Le diagnostic de ces méningites est évidemment impossible par le seul examen clinique ; ce n'est que par l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien que l'on peut arriver à une certitude.

Le liquide céphalo-rachidien est ordinairement franchement purulent, jaune verdâtre, fibrineux ; mais il peut être seulement louche, et même exceptionnellement clair, la méningite étant dans ce cas purement bactérienne (Lacoste).

L'examen direct de ce liquide et son ensemencement sur des milieux usuels permettent de déceler ordinairement sans difficulté le b. de Friedlander.

L'hémoculture est souvent positive et Conte, Lévy-Bruhl et Dany ont même pu isoler le pneumobacille des urines, en l'absence de toute lésion rénale.

Il nous paraît inutile de rappeler ici les caractères morphologiques, culturaux et bio-chimiques du bacille de Friedlander, non plus que sa virulence expérimentale ; ce sont aujourd'hui notions très précises, ne prêtant plus à la discussion.

L'examen du sang, lorsqu'il a été pratiqué, n'indique pas de modification quantitative notable des globules rouges ou blancs ; parfois cependant il y a une leucocytose nette (21.000 dans le cas de Rotschild) ; en revanche, qu'il y ait ou non leucocytose, on observe une polynucléose considérable atteignant 88 0/0 dans le cas de Rotschild et même 90 0/0 dans notre cas. Notons que dans une septicémie pure à Friedlander, MM. Caussade, Joltrain et Surmont (Soc. Méd. des Hôp., 1924, p. 148) ont constaté une polynucléose à 90 0/0 avec leucopénie.

Les lésions des méninges cérébrales, dans tous les cas où une autopsie a pu être pratiquée, se présentent avec le même aspect macroscopique : congestion intense et exsudat purulent visqueux, de couleur blanc jaunâtre ou gris verdâtre, recouvrant toute la convexité (Ménétrier, Rénon, Papandréa), les scissures (Siredey, Brunner), la base du cerveau (Lion, Gernez, Conte). De même les méninges médullaires présentent des traînées de pus sur la face postérieure de la moelle (Gernez).

L'aspect de ces lésions ne les distingue en rien des lésions classiques des méningites cérébro-spinales, aussi plus d'un auteur fut-il surpris de trouver un pneumobacille dans le pus prélevé au cours d'une autopsie, alors qu'il s'attendait à rencontrer un méningocoque ou un pneumocoque.

Le foie ne présente le plus souvent aucune altération. Dans une seule observation, celle de Siredey, Lemaire et Mlle de Jong, il est mentionné un gros foie, avec plaques de périhépatite, couleur chamois clair du parenchyme et, à l'examen macroscopique, dégénérescence graisseuse importante. C'est à notre connaissance la seule lésion hépato-biliaire qui ait été signalée avant nous dans les méningites à Friedlander.

Quant aux grands abcès du foie à bacilles de Friedlander, ils sont tout à fait exceptionnels, et l'on ne peut en citer que quelques rares observations, celles de : Potier (1892), Courmont et Chalier (1908), Courmont, Dujol et Devic (1912) et Gilbert-Dreyfus et Dausse (1929). Dans ces quatre cas il s'agissait d'abcès *isolés*. Tous ces malades ont succombé, l'un d'eux malgré une intervention chirurgicale (Potier). Les lésions macroscopiques des deux cas de Potier et de Gilbert-Dreyfus sont tout à fait semblables à celles que nous venons de relater dans l'observation de notre malade.

En règle générale, le pronostic de ces méningites à Friedlander est toujours fatal. Deux cas de guérison spontanée ont cependant été publiés, mais l'une et l'autre concernent des méningites non purulentes et n'ont par suite qu'une analogie lointaine avec celles que nous venons de passer en revue. Rappelons-les brièvement à titre documentaire.

En 1910, Guinon et G. Simon ont isolé du liquide céphalo-rachidien d'un enfant de 5 ans, présentant un syndrome méningé avec herpès frontal et troubles auditifs, un microbe dont les caractères morphologiques et culturaux rappelaient ceux du b. de Friedlander, mais dont la vitalité était très faible et la virulence nulle. L'enfant a guéri, mais avec des séquelles assez importantes.

Le second cas, récemment rapporté par Karl Rotschild, concerne un nègre de 34 ans, qui venait d'être opéré de mastoïdite ; après quelques jours il présente du délire et de l'exagération des réflexes. Une première ponction lombaire est faite, et donne issue à un liquide clair, amicrobien. Deux jours après, les signes de méningite étant plus nets, on refait une ponction lombaire : liquide trouble, contenant des pneumobacilles. Deux jours plus tard, enfin, une troisième ponction montre que le pneumobacille a disparu du liquide céphalo-rachidien ; l'état général du malade redevient graduellement satisfaisant et bientôt il peut reprendre son travail. Les cultures qui ont été faites avec le liquide céphalo-rachidien ne laissent aucun doute sur l'identité du germe isolé. C'est le seul cas indiscutable de méningite à pneumobacille ayant guéri et cela en dehors de tout traitement.

La thérapeutique des méningites à Friedlander est d'ailleurs actuellement tout à fait illusoire ; en l'absence de sérum spécifique, les quelques tentatives d'abcès de fixation, d'injection intra-rachidienne de collargol, d'électrargol, de septicémine n'ont donné aucun résultat ; quant à la vaccinothérapie essayée, sans succès, par Elias dans une forme traînante du nourrisson (Deutsche Med. Woch., 2 mai 1924, p. 578), elle ne saurait jouer son rôle dans les formes aiguës, les plus fréquentes, des méningites à Friedlander de l'adulte, tant est rapide leur évolution.

BIBLIOGRAPHIE

Arloing, Dufourt et Langeron. Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques non spécifiques, Rapport au *XIXe Congrès Français de Médecine*, Paris, 1927, p. 382-399.

Brain et Valentine. Infection of the meninges and blood stream by Bacillus Mucosus Capsulatus, *Lancet*, 28 avril 1928, p. 855.

Brazzola. Contributo allo studio del significato patogenitico del Pneumobacillo di Friedländer, *Mem. R. Acad. d. sc. d. Inst. di Bologna*, 1906, p. 373.

BRETON et MAHÉE. A propos des méningites cérébro-spinales à pneumobacille de Friedlander, *Gaz. de France*, 15 août 1929.

BRUNNER. Zur pathogenen Wirkung des Bacillus Friedländer, *Munch. Med. Woch.*, 6 mars 1896, p. 286-288.

CARCELLI. Meningite da pneumobacillo da Friedländer, *Penseiro Med.*, t. XIX, p. 203-205, 31 mars 1930.

COLOMBE. Les septicémies pneumobacillaires, *Th. de Paris*, 1917.

CONTE, LEVY-BRUHL et DANY. Méningite à Friedlander avec septicémie, *Soc. Méd. des Hôp.*, t. XLVII, p. 139-142, 23 janv. 1931.

DENIS. Les méningites à pneumobacille de Friedlander, *Th. de Paris*, 1924.

GERNEZ et RAZENON. Ostéomyélite, méningite et septicémie à pneumobacille de Friedlander, *Echo Méd. du Nord*, 11 août 1923, p. 329-330.

GILBERT-DREYFUS et C. DAUSSE. Abcès du foie à pneumobacille de Friedlander, *Revue Médico-Chirurgicale des Maladies du foie, du pancréas et de la rate*, t. IV, p. 482-485, 1929.

GUINON et G. SIMON. Méningite cérébro-spinale à pneumobacilles, *Soc. Méd. des Hôp.*, t. XXX, p. 501-506, 25 nov. 1910.

JASSINGER. Der pneumococcus Friedländer, *Centralblatt fur Bakt.*, 1901, Bd. XXXI, p. 398.

LE GRAND. Mort par méningite à Friedlander au cours de l'évolution d'une paralysie générale, *Soc. Méd. des Hôp.*, t. XLIX, p. 1250-1252, 31 juillet 1925.

LION et MINVIELLE. Un cas de méningite suppurée à pneumobacille de Friedlander, *Soc. Méd. des Hôp.*, t. XLVIII, p. 286-288, 7 mars 1924.

LACOSTE et BOIDIN. *Paris Méd.*, 1915, p. 221-224.

MÉNÉTRIER et Mme BERTRAND-FONTAINE. Sur un cas de méningite à pneumobacille de Friedlander à évolution aiguë, *Soc. Méd. des Hôp.*, t. XLVIII, p. 114-116, 1er février 1924.

MALLIS. Pneumobacillus Friedländer's Meningitis secondary to otitis media, *Arch. Otolaryng.*, Chicago, t. XII, p. 162-174, août 1930.

PAPANDREA. Su due casi di meningite da diplobacille di Friedländer, *Pediatra*, t. XXXV, p. 371-375, 1er avril 1927.

RÉNON et BLAMOUTIER. Un cas de méningite cérébrospinale à pneumobacille de Friedlander d'origine otitique, *Ann. de Méd.*, t. IX, p. 119-122, février 1921.

KARL ROTSCHILD. Méningites à Friedlander, *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, Chicago, 26 déc. 1931, p. 1956-1959.

SIREDEY, Henri LEMAIRE et Mlle DE JONG, Méningite à pneumobacille de Friedlander, *Soc. Méd. des Hôp.*, t. XXXIV, p. 258-262, 26 juillet 1912.

WEICHSELBAUM. Ueber eine von einer Otitis Media Suppurativa ausgehende und durch den Bacillus Friedländer, *Monatsch. fur Ohrend.*, 1888, p. 200-205.

CAS PRONONCÉ DE RÉTROFLEXION UTÉRINE AVEC UTÉRUS ENCLAVÉ SOUS LE PROMONTOIRE

GUÉRI PAR LA COMBINAISON DES MANŒUVRES DE BRANDT, LA DIATHERMIE RECTALE ET LES LAVEMENTS CHAUDS

Par Mme la doctoresse H. SOSNOWSKA.

Le 5 avril 1932, une jeune femme de 38 ans vint me consulter, se plaignant de ne pas avoir d'enfants. Ses règles régulières sont très douloureuses : elle souffre dans les reins et dans l'hypogastre, particulièrement à gauche. Pendant les règles, elle souffre de céphalées, de nausées et d'un malaise général.

Ses règles arrivent tous les vingt-huit jours, ne sont pas très abondantes et durent trois jours, sans caillots; émissions vaginales de quelques membranes et de filaments.

En dehors des règles, elle souffre rarement, sauf en cas de refroidissement ; alors surviennent, du côté gauche, des douleurs s'irradiant vers l'ombilic. Légère leucorrhée intermenstruelle.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Mère bien portante, père mort jeune, fille unique élevée au biberon.

Enfant : rougeole, entérite ; réglée à onze ans, avec intervalles irréguliers jusqu'à quatorze ans. A l'âge de vingt ans, la malade a été opérée d'appendicite, en même temps le chirurgien a fait un « nettoyage » de l'ovaire droit kystique.

Mariée à vingt-sept ans, jamais de retard de règles, pas d'enfant, ni fausse couche. Après huit ans de ménage, la malade stérile consulte un médecin qui fait le diagnostic de rétroflexion adhérente (utérus ni mobilisable, ni redressable). Il a fait du massage gynécologique pendant trois semaines, sans cesser pendant les règles, l'utérus est devenu plus mobile (?).

Un chirurgien conseille une opération pour libérer les adhérences et faire l'hystéropexie.

EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE, le 5 avril 1932. — a) *La malade debout :* l'index gauche protégé par un doigtier et très vaseliné est introduit très doucement dans le rectum aussi haut que possible, le pouce de la même main est introduit dans le vagin.

L'index gauche reconnaît l'utérus long, dur, douloureux, couché très profondément dans l'excavation pelvienne, surtout à droite. Si le doigt pousse vigoureusement la tête utérine d'arrière en avant et de haut en bas, l'utérus ne bouge pas. L'ovaire gauche est sensible et tombé dans le Douglas.

b) *La malade couchée :* après désinfection des mains, j'examine la malade couchée, avec l'index gauche seul. Col long, étroit, fléchi, orifice du col sous le pubis. L'utérus immobile ne peut être poussé ni à gauche ni à droite. Dans le cul-de-sac gauche, l'ovaire est augmenté de volume, prolabé, très sensible.

Je commence le traitement gynécologique le 7 avril. Troisième jour des règles, tous les jours une séance.

Manœuvre par le rectum : la malade debout ; la main pousse l'utérus d'arrière en avant et de droite

à gauche ; par le vagin, massage de la cellulite, traitement vibratoire et très doux de l'ovaire gauche.

Après 7 jours, la malade finit ses règles (j'avais commencé à la soigner pendant les règles ; elle habitait l'Angleterre et ne voulait pas perdre son temps), j'ai commencé la diathermie par le rectum : dix minutes le premier jour et vingt minutes le troisième, 3 plots ; les séances de diathermie étaient faites tous les deux jours ; le massage gynécologique était quotidien.

L'électrode difficile à introduire dans le rectum (l'utérus occupait beaucoup de place) butait contre son corps, maniée avec patience l'électrode peut s'introduire.

Au bout de douze séances, l'utérus commençait à remuer, je pouvais le pousser et l'éloigner du promontoire où il était enclavé ; il s'est approché de plus en plus de la ligne médiane, sans toutefois se redresser.

Alors, inspirée par l'enseignement du Dr Baumgartner à la Charité, je conseillai à la malade de prendre en se couchant un lavement de 150 gr. d'eau à 38° (avec une poire) et de le garder toute la nuit.

Après deux lavements, j'ai pu redresser l'utérus.

Quatorze séances furent nécessaires pour redresser l'utérus qui était très enclavé et difficile à remettre en position physiologique. J'ai soigné la malade encore six fois après le redressage. Une fois redressé, l'organe est devenu petit et mou, seul le col reste long et conique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 JUILLET 1932)

Sur la formation de l'adrénaline dans la glande surrénale. — MM. J.-E. ABELOUS et R. ARGAUD pensent qu'il est difficile de maintenir la conception du rôle exclusif de la substance médullaire dans l'adrénalogenèse. Dans les conditions expérimentales où ils se sont placés, le rôle de la corticale paraît prépondérant, puisque la corticale seule s'est montrée capable de former l'adrénaline, la médullaire paraissant un simple entrepôt du produit d'élaboration de la corticale.

Sur la participation d'acides hexosephosphoriques à la glycolyse du sang. — Mme Andrée ROCHE et M. Jean ROCHE.

Sur le cancer du poumon chez le mouton et ses liens étiologiques avec les lésions parasitaires et infectieuses. — MM. AYNAUD, PEYRON et FALCHETTI.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1932)

Maladie de Lobstein. — MM. L. BABONNEIX, DUCROQUET et Mlle WILM présentent un nourrisson atteint de fragilité osseuse congénitale et chez lequel l'examen chimique du sang a dévoilé une légère hypercalcémie.

Un cas d'ectromélie des quatre membres. — MM. LEREBOULLET, BENOIST et VANIER présentent un nourrisson d'un mois né à terme et n'ayant aucun de ses quatre membres. Les ceintures scapulaire et pelvienne sont toutefois conservées et il existe du côté droit une ébauche tout à fait rudimentaire de membre inférieur. Une radiographie a permis de préciser les détails squelettiques.

Un cas d'érythème polymorphe avec syndrome infectieux grave et méningite curable à lymphocytes. — MM. René MATHIEU, CHASSIGNEUX et J. PARIS rapportent l'observation d'un enfant qui, après trois jours d'un état infectieux indéterminé, présenta un syndrome méningé accompagné d'une éruption à type d'érythème polymorphe. La ponction lombaire ramenant un liquide clair, amicrobien, contenant une forte albuminose et plus de 150 lymphocytes par millimètre cube, permit d'éliminer le diagnostic de méningite cérébro-spinale. Les examens bactériologiques et les inoculations à divers animaux n'ont pas permis de mettre en évidence un germe quelconque. Les auteurs n'ont relevé dans la littérature aucun cas analogue.

Syndrome de rigidité décérébrée post-encéphalitique. — MM. MARQUÉZY et PRIEUR présentent un enfant de 3 ans 1/2 atteint d'un syndrome de rigidité décérébrée typique consécutif à une encéphalite à forme méningée survenue trois mois auparavant.

Naevus hyperkératosique verruqueux pigmentaire à disposition zoniforme. — MM. E. LESNÉ, Robert CLÉMENT et Y. BOQUIEN présentent un jeune garçon de sept ans porteur d'un naevus hyperkératosique verruqueux et pigmentaire dont les traînées strictement unilatérales revêtent la distribution d'un zona double intercostal supérieur et fessier. Cette disposition met en évidence le rôle du système nerveux dans la topographie de certains naevi.

Hypertrichose pigmentaire en aires artificiellement provoquée. — MM. E. LESNÉ, Robert CLÉMENT et Pierre GUILLAIN présentent une fillette de 12 ans qui porte à la partie supérieure de la face postérieure du thorax des aires arrondies nettement limitées au niveau desquelles la peau est pigmentée et recouverte de poils longs et fins. Ces zones sont presque symétriques et toutes semblables.

Ces éléments seraient apparus il y a quelques mois à la suite d'application de ventouses sèches. S'agit-il de l'extériorisation de naevi latents ou d'une hypertrichose provoquée d'origine endocrinienne au moment de la puberté manifeste chez cette enfant.

Transfusion sanguine et paludisme. — MM. NOBÉCOURT et LIÈGE présentent un cas d'impaludation par transfusion sanguine. Le donneur qui avait séjourné aux colonies n'avait jamais eu aucun symptôme de paludisme et l'examen de son sang ne montrait pas d'hématozoaires. La preuve de l'infestation paludéenne fut fournie par les réactions de ferri et mélano-floculation pratiquées à l'Institut Pasteur par M. Marchoux.

Correction orthopédique de déformations rachitiques. — MM. ROEDERER et CHAVEY (de Toulouse) estiment que la correction doit se faire en pleine période d'évolution du rachitisme par des appareils plâtrés successifs qui peuvent d'ailleurs être bivalves et succéder à des ostéoclasies manuelles ou à de simples redressements. Les auteurs ont ainsi obtenu des corrections rapides de coxa-vara très importantes par des appareils plâtrés mettant les cuisses en grande abduction.

Diarrhée chronique avec oedèmes et oligurie chez un nourrisson. — M. Paul MATHIEU relate le cas d'un nourrisson hypotrophique, diarrhéique et oedémateux chez qui les troubles intestinaux semblent avoir été en rapport avec des troubles du métabolisme de l'eau. L'opothérapie thyroïdienne et la théobromine donnèrent en quelques heu-

res une amélioration considérable vainement cherchée pendant des mois par des changements de régime. L'origine familiale des accidents semble probable dans ce cas à cause de l'existence dans les antécédents d'eczéma et de nombreux troubles de la nutrition.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(séance du 18 mars 1932)

A propos du grand raccourcissement, séquelle de la coxalgie. — M. Marcel Galland (de Berck) rappelle qu'en 1916 Calvé, pour obtenir le raccourcissement du fémur sain, a décrit et réalisé, avec une instrumentation spéciale, un procédé avec tenon et mortaise ne nécessitant aucune suture. Pour l'auteur, la correction du raccourcissement anatomique ne supprimera pas la boiterie d'origine articulaire. Le raccourcissement ne devra pas être intégralement corrigé, mais seulement jusqu'à possibilité de démarche digitigrade. Une intervention pour raccourcir le fémur sain est d'ailleurs difficilement acceptée par le malade.

Deux cas d'inondation péritonéale d'origine ovarienne chez les vierges. — M. Hautefort.

Tuberculoses rénales sans cystites. — MM. Le Fur et Lamiaud.

Greffons courts multiples ou greffon long dans l'ostéosynthèse pottique. — M. Marcel Galland (de Berck) apporte de nouveaux arguments en faveur de l'emploi des greffons courts multiples préconisés par Calvé. Parmi les huit arguments qu'il décrit, on peut, en particulier, signaler les deux suivants : 1° Dans le mal de Pott, on observe un écartement entre les apophyses épineuses des vertèbres du foyer ; un greffon interépineux peut, en luttant contre cet écartement, freiner l'ulcération compressive ; les segments rachidiens sus et sous-jacents conservent leur physiologie normale ; 2° Le greffon long supprime le rôle amortisseur des nucléus sains et crée de véritables leviers d'inflexion antérieure qui sont nuisibles. Il est évident que les greffons courts doivent être placés au niveau de toutes les vertèbres malades ou simplement suspectes.

La prostatectomie hypogastrique. — MM. Victor Pauchet et Le Gac font un rapport sur ce travail de M. Robert Lichenstern (de Vienne). L'auteur a fait 600 prostatectomies avec une mortalité de 3,8 %. Il insiste sur l'importance de la préparation et de l'examen pré-opératoire du malade. En dehors des examens habituels, pour juger la valeur fonctionnelle des reins, il attribue une importance considérable à l'augmentation de l'indican dans le sang : en cas d'insuffisance rénale, l'indican augmente avant même qu'il y ait excès d'azote résiduel. Dans les cas où il y a doute sur la valeur de la fonction rénale, il pratique l'épreuve du surmenage volontaire du rein, par un régime prolongé pendant deux jours et contenant beaucoup de chlorure, beaucoup d'albumine et peu d'eau ; on recommence alors les dosages et en particulier les examens de sang. Au point de vue technique, l'auteur fait un premier temps, à l'anesthésie locale, la ligature des deux déférents. Six à huit jours après, il fait, en un seul temps, la prostatectomie, à l'anesthésie locale. Un point important est le procédé d'hémostase employé après énucléation de l'adénome : la muqueuse vésicale est suturée à la capsule prostatique qui est prise le plus largement possible, soit par des points séparés, soit, mieux, par un surjet circulaire. Petite mèche dans l'orifice qui reste et fermeture soigneuse de la vessie, sauf au point de passage du tube de drainage de cystostomie. Pas de lavages après l'opération. L'auteur pratique exceptionnellement la prostatectomie en deux temps ; il la réserve aux cas où la sonde à demeure n'améliore pas les phénomènes d'infection ou d'insuffisance rénale.

(séance du 15 avril 1932)

Césarienne (hystérotomie) pour perforation utérine. — M. R. Bonneau communique l'observation d'une jeune femme chez laquelle une laminaire introduite dans l'utérus n'a pu être retirée et qui, de mauvaise qualité, a été brisée en morceaux au cours de manœuvres d'extraction. La malade est adressée à l'auteur le lendemain ; après avoir extrait plusieurs fragments de la laminaire, il constate la présence d'une perforation antérieure de l'utérus, procède à une laparotomie, puis à une césarienne qui donne la certitude qu'il ne reste plus de corps étranger intra-utérin, et permet, de plus, de faire une myomectomie.

Abcès herniaire pleural d'un sac déshabité. — M. Muller (de Belfort).

Grossesse tubaire ayant atteint six mois sans rupture. Mort du fœtus. Intervention au onzième mois. Guérison. — M. G. Lauret fait un rapport sur un travail de M. Francis Clément (de Briey), concernant une grossesse tubaire opérée au onzième mois par hystérectomie subtotale. Le diagnostic, souvent possible, par l'histoire clinique associée aux signes objectifs, est grandement facilité par la radiographie. Les caractères et les rapports anatomiques du kyste fœtal, très différents selon qu'il s'agit d'une grossesse abdominale ou d'un développement tubaire, règlent la conduite chirurgicale applicable à chaque cas particulier.

A propos d'un cas de salpingorragie bilatérale d'origine probablement syphilitique. — M. Burty.

Traitement ostéosynthétique du mal de Pott par greffon tibial rigide placé dans la crête épineuse dédoublée, au niveau des corps vertébraux malades. — M. Juvara (de Bucarest).

Déviation latérale de la mâchoire avec prognathisme. Correction par résection condylienne. — MM. Dufourmentel et Darcissac.

(séance du 6 mai 1932)

Sur un cas d'épiploïte aiguë avec sigmoïdite par corps étranger. — M. Mayet fait un rapport sur une observation de M. Canonne (de Rueil), où une épiploïte s'était développée autour d'un corps étranger qui paraissait être un fragment osseux fixé dans la paroi de l'anse sigmoïde.

A propos du raccourcissement opératoire du membre inférieur sain, dans la grande boiterie due à l'inégalité de longueur des deux membres. — M. Lamy fait un rapport sur un travail du professeur Ugo Camera (de Turin), qui concerne vingt-deux cas de raccourcissement, se décomposant comme suit : douze pour luxation unilatérale irréductible, sept consécutifs à la paralysie infantile et trois séquelles de coxalgie. L'auteur étudie successivement les indications, les techniques, les suites opératoires et les résultats éloignés. Il reprend une à une toutes les critiques et conclut que cette méthode, appliquée judicieusement rend les plus grands services aux malheureux infirmes et ne présente aucun aléa sérieux.

M. Raphaël Massart présente sur ce sujet une observation de M. Lucien Michel (de Lyon), où le raccourcisse-

ment du membre sain a permis à l'auteur de rétablir la station correcte d'une jeune fille doit la boiterie avait déterminé une scoliose importante. Des radiographies et des photographies montrent que le résultat obtenu a été excellent.

Luxation divergente columno-spatulaire du métatarse. — M. André Trèves fait un rapport sur une observation de M. Bellanger (de Paris). Les radiographies montrent qu'il existait une luxation en dedans et en haut du premier métatarsien avec le grand cunéiforme fracturé longitudinalement, un gros diastasis entre les deux premiers métatarsiens, les quatre derniers étant luxés en haut et un peu en dehors, un écrasement du troisième cunéiforme et du cuboïde subluxé en dehors et en bas, une fracture du tubercule du scaphoïde et un hiatus astragalo-scaphoïdien et calcanéo-cuboïdien. Malgré l'absence de tout traitement, le malade a guéri et marche sans douleur avec 20 % d'invalidité.

M. A. Trèves partage l'opinion de M. Bellanger sur l'inutilité de toute intervention sanglante en pareil cas. Il aurait cependant tenté la réduction sous anesthésie à l'écran radioscopique, après quelques jours de massage pour diminuer le gros œdème, cette réduction, même incomplète, pouvant améliorer le résultat final.

Sur le traitement des paralysies infantiles. — M. le professeur Putti (de Bologne), peu partisan de la méthode de Bordier, considère comme primordial le traitement prophylactique des déformations et s'abstient de toute intervention stabilisante avant 8 à 15 ans, réservant la prothèse aux cas échappant à la chirurgie, ou comme complément des interventions. Pas d'intervention ankylosant les grandes articulations ; il faut leur préférer l'arthrorise, sauf pour les articulations du pied autres que la tibio-tarsienne, et en y joignant les transplantations tendineuses. Putti expose ensuite ses méthodes de traitement dans les paralysies de l'épaule, du coude, de la main, du tronc, des fessiers, dans les rétractions graves de la hanche et du genou, dans les paralysies du pied. Il défend la ténodèse et les transplantations tendineuses, très usitées en Italie, transplantations sur les os et non de tendon à tendon. Ces transplantations devront être combinées au pied, dans certains cas, avec les arthrodèses para-astragaliennes et l'arthrorise. Le traitement opératoire qu'il expose ensuite présente une importance capitale. Dans les paralysies complètes d'un membre inférieur, on peut obtenir une bonne utilisation fonctionnelle par l'hyperextension de la hanche et du genou avec arthrorise antérieure de l'astragale.

Lipome intra-fasciculaire du biceps brachial. — M. Muller (de Belfort).

Résultats éloignés d'opérations ostéoplastiques de la hanche (arthrodèses, ostéotomies, bifurcations, butées). — M. Raphaël Massart.

Présentation de radiographies. — M. Judet présente les résultats éloignés de la réduction d'une luxation congénitale de la hanche.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 9 MARS 1932)

L'action modératrice de la réglisse sur la contractilité de l'intestin isolé. — M. H. Busquet signale que la réglisse n'est pas, comme on le croit, une drogue complètement inerte. Elle agit sur les contractions de l'intestin isolé du lapin, en diminuant leur fréquence et leur amplitude ; elle les arrête même complètement à la concentration de 10 pour mille, qui est celle de l'infusion de réglisse, parfois utilisée chez l'homme. La Glycyrrhizine est l'agent de l'effet intestinal de la réglisse. En raison de ces résultats expérimentaux, on peut se demander si la présence de la réglisse est légitime dans la poudre laxative du Codex, désignée sous le nom de poudre de réglisse composée, et si, au contraire, l'infusion de réglisse ne serait pas un adjuvant utile dans le traitement des diarrhées.

La Récurrenthérapie intracranienne. — M. Auguste Marie présente à la Société quatre observations de paralysie générale traitées par récurrenthérapie intracranienne.

Ces cas, opérés en collaboration avec MM. Levaditi et P. Lépine, par trépan fin aux régions frontales latérales, ont été inoculés ainsi au spirille de Dutton, directement dans les lacs sylviens. Trois rémissions en cours, après réactions fébriles continues de 25 à 30 jours.

A propos des « syndromes psychosomatiques ». — M. Logre approuve, dans leur ensemble, les tendances « organicistes » de la communication faite, en janvier dernier, par le docteur Targowla. Il marque combien cette façon de voir est conforme aux directions les plus anciennes et les plus habituelles de la psychiâtrie française. Il serait injuste de parler de la « carence » des doctrines psychiâtriques, la médecine mentale ayant essayé d'appliquer, autant que possible, à l'objet de ses études, les acquisitions des autres branches de la pathologie et les conquêtes des sciences annexes. Les progrès de sa thérapeutique ont été parallèles à ceux de la thérapeutique des autres spécialités (les causes pathogènes accessibles et leurs remèdes étant à peu près partout les mêmes). Et c'est pour ce motif qu'il convient d'attacher une importance toujours plus grande à la recherche des concomitants physiques dans l'étude des troubles psychiques.

Sur les solutions de polysulfures alcalins. — M. R. Huerre propose, pour le traitement de la séborrhée, la formule d'une solution stable contenant 50 % de son poids de quintisulfure de sodium.

Le mal de mer et son traitement. — MM. Gab. et Roland Leven montrent que, les causes du mal de mer étant multiples, une thérapeutique efficace ne peut être réalisée que si ce traitement atteint toutes ces causes.

Aussi le traitement qu'ils proposent s'adresse-t-il à l'élément nerveux (médications), à l'élément respiratoire (exercices respiratoires spéciaux), à l'élément gastro-intestinal (contention spéciale de l'abdomen variant avec les sujets.

Ils estiment que le traitement diététique et médicamenteux doit commencer deux jours avant l'embarquement.

M. Cazamian estime qu'il faut, avant tout, calmer l'élément « sympathique », et propose le traitement par l'atropine, facile à appliquer, simple et rapide dans ses effets.

LIVRES NOUVEAUX

L'hérédo-syphilis. Clinique et thérapeutique (1), par le docteur Jean Hutinel et le docteur Alice Linossier (avec une préface du professeur V. Hutinel).

Il est toujours surprenant, lorsqu'on parcourt des traités, même assez récents, de voir quelle place relativement faible tenaient, il y a peu de temps encore, en médecine générale, la syphilis et surtout l'hérédo-syphilis, et avec quelle rapidité aussi elle a conquis la place à laquelle elle a droit. Aussi le besoin se faisait-il sentir d'un manuel qui réunirait aux notions actuellement acquises l'exposé et la criti-

(1) Monographies de pédiatrie et de puériculture. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

que de ce qui est actuellement moins démontré mais dont le clinicien doit tenir compte. C'est ce vide que vient de combler la présente étude.

Les auteurs envisagent successivement l'origine de l'hérédo-syphilis, ses syndromes précoces et tardifs, son évolution générale, ses manifestations locales sur les divers organes et appareils, le diagnostic avec d'autres affections et aussi avec la syphilis acquise de l'enfant, dont la rareté relative ne doit pas faire perdre de vue l'importance.

Les traits particuliers de la maladie influent sur la conduite du traitement, tant en raison de l'âge du sujet que du polymorphisme clinique. Le traitement prophylactique au cours de la grossesse est un corollaire d'importance reconnue, mais l'on ne doit pas non plus oublier l'importance de la syphilis comme modificateur du terrain et des affections intercurrentes. C'est l'immense mérite des cliniciens qui ont formé la présente génération médicale et, entre tous, du professeur Hutinel, d'avoir su mettre en évidence ce fait nouveau et lui donner toute son importance. Aussi, même lorsque aucune dystrophie ne se révèle de façon évidente, peut-il être indispensable de compléter le traitement d'une affection en évolution par un traitement spécifique qui agit indirectement sur elle en atteignant le terrain syphilitique.

Par leur diligente mise en lumière des relations que contracte ainsi la syphilis avec d'autres domaines pathologiques, les auteurs ont su renouveler un sujet où les progrès sont d'acquisition difficile. Sans nier la valeur des principes généraux, on ne peut nier que les progrès faits l'ont surtout été par la confirmation qu'apporte l'observation clinique aux vues les plus générales. Telle a été la préoccupation dominante des auteurs de ce manuel, riche de matière en sa brièveté et qui est appelé de par sa conception d'ensemble non moins que par sa brillante mise en œuvre à rendre les plus grands services au médecin et à l'étudiant.

L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU BASSIN

SYMPTOMES. FORMES CLINIQUES. DIAGNOSTIC [1]

ÉTUDE CLINIQUE

Type : double fracture verticale.

Après un traumatisme violent, un blessé est amené d'urgence à l'hôpital.

Il est encore en état de shock :

Pâle,
Extrémités froides,
Pouls petit, hypothermie.
L'impotence fonctionnelle est absolue.

Les douleurs spontanées sont vives au foyer fracturé et irradient dans les membres inférieurs.

A L'INSPECTION : a. *L'attitude du membre inférieur :*

Extension,
Rotation externe,
Raccourcissement de 3 à 4 cm.;
Mais :

Cette rotation externe se corrige avec parfois crépitation,
La hanche est libre,
Il n'y a pas raccourcissement, mais ascension de l'épine iliaque.

b. *La déformation du bassin :*

Elargi ou aplati,

Dénivellation des ailes et des épines iliaques, que l'on mesure sur la ligne spino-ombilicale.

c. *Les ecchymoses.* — Aux points contus : aine, périnée, scrotum, cuisses.

LE PALPER décèle la douleur localisée :

Du pubis, dans le pli de l'aine,
De la branche ischio-pubienne, dans le sillon génito-crural,
De la symphyse sacro-iliaque en arrière.

On recherchera encore la douleur provoquée :

En rapprochant les crêtes iliaques : Verneuil,
En les écartant : Larrey,
En mettant la cuisse en abduction : Gosselin.

Chevauchement, crépitation, mobilité anormale sont rares.

Toujours compléter par un :

TOUCHER RECTAL. D'autant qu'il faut immédiatement dépister une lésion de l'arbre urinaire, justiciable d'une intervention d'urgence.

RECHERCHE DES COMPLICATIONS URINAIRES. — Chez un malade qui n'urine pas :

S'il existe un globe vésical, une urétrorragie discrète (ne pas y compter), un point douloureux au toucher rectal, on est autorisé à tenter un sondage doux et prudent.

En cas d'échec, une cystostomie *immédiate* palliera à la rupture urétrale.

Au contraire, des envies impérieuses d'uriner, avec rejet de quelques centicubes d'urine sanglante, l'absence de globe vésical, le passage facile de la sonde affirment une lésion vésicale, dont il est difficile de préciser la situation par rapport au péritoine. En effet, la contracture abdominale, de règle dans la rupture intra-péritonéale, peut être due au choc lui-même.

De toute façon, il faut intervenir, sans attendre l'

EVOLUTION

Sinon le fracturé avec lésions urinaires succombe par :

Péritonite,
Cellulite pelvienne,
Phlegmon de la loge de Retzius.

Opéré, l'évolution est longue, eu égard aux complications infectieuses toujours graves chez ce blessé, fracturé et confiné au lit pendant plusieurs mois :

Hématome suppuré,
Ostéite secondaire du bassin,
Enfin sténose urétrale, à prévenir par des dilatations.

PRONOSTIC

La guérison est la règle, en cas de fracture non compliquée.

La consolidation demande trois mois.

Le travail peut être repris au bout de six mois, mais :

Les séquelles sont fréquentes. — Raccourcissement ou ankylose de la hanche.

Atrophie musculaire de la fesse et de la cuisse.
Fistules par ostéite du bassin,
Escarres,
Cals vicieux avec névralgie obturatrice.
Dystocie par bassin pseudo oblique ovalaire.

Au total, pronostic sérieux, tant fonctionnel que vital.

L'incapacité définitive s'étend de 20 à 90 p. 100.

La mortalité, dans les fractures compliquées, est de 20 p. 100.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 62, p. 1162.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE

La plupart des entérites et des entéro-colites sont dues au développement dans l'intestin des germes pathogènes protéolytiques dont les sécrétions irritent les parois intestinales, d'où les spasmes, l'hypersécrétion, les coliques, la diarrhée dans la plupart des cas, notamment dans les entérites aiguës, la constipation dans certains cas d'entéro-colite, quand le spasme domine l'hypersécrétion.

On sait depuis les travaux de METCHNIKOFF que le vrai traitement de l'infection intestinale consiste à favoriser le développement du bacille lactique, l'antagoniste des microbes protéolytiques.

Le traitement lactique pourtant n'a pas tenu ses promesses; parce qu'on s'est contenté jusqu'ici de faire absorber du bacille lactique. Trouvant dans l'intestin des conditions de développement défavorables, il ne peut profiter et reste sans effet. Pour réaliser un traitement lactique efficace, il faut lui fournir un aliment. C'est là le secret du succès de l'AMIDAL.

L'AMIDAL associe aux ferments lactiques de l'amidon paraffiné, préparé suivant la technique du professeur DOUMER, qui parvient non digéré jusque dans les parties les plus éloignées de l'intestin et y fournit au bacille lactique l'aliment qui permet sa prolifération. Dès lors, l'infection putride anaérobie ne résiste pas à son ennemi naturel.

Les entérites aiguës guérissent d'habitude en moins de quarante-huit heures, même dans les cas les plus graves, dans la diarrhée infantile par exemple. Toutes les diarrhées sont rapidement enrayées, même la diarrhée des tuberculeux si tenace; l'entéro-colite chronique que les antiseptiques intestinaux, toujours irritants, ne parviennent pas à améliorer, cède au seul bon traitement physiologique des infections intestinales que représente l'AMIDAL. Ce médicament agit non seulement sur les formes qui donnent de la diarrhée, mais aussi sur la constipation d'origine spasmodique des entéro-colitiques.

L'AMIDAL s'ordonne, soit en poudre à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux repas principaux, mêlée à de la confiture ou à une demi-banane bien écrasée, soit en cachets, comprimés ou dragées à la dose de 6 à 8 par vingt-quatre heures.

Il est utile dans certains cas d'entéro-colite d'associer au traitement de l'infection un traitement symptomatique dirigé contre le spasme et l'hypersécrétion qui favorisent dans une certaine mesure la persistance de l'infection protéolytique. A ce point de vue, la GENATROPINE est d'une efficacité remarquable. A petite dose (x à xx gouttes ou 1 ou 2 granules 2 ou 3 fois par jour) elle fait disparaître les coliques douloureuses, lève le spasme, tarit la diarrhée.

Laboratoires des Produits AMIDO,
4, Place des Vosges, PARIS

AMIDAL
GÉNATROPINE

Echantillons médicaux sur demande.



N° 65. — SAMEDI 13 AOUT 1932. 105e ANNÉE. SAMEDI 13 AOUT 1932. — N° 65.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Facultés de médecine. — Bordeaux. — M. Creyx, agrégé, est nommé, à compter du 1er janvier 1933, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie.

— Strasbourg. — La chaire de médecine légale de la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg est transformée en chaire de médecine légale et de médecine sociale.

M. Chavigny, professeur titulaire de médecine légale à cette Faculté, est nommé professeur titulaire de médecine légale et de médecine sociale.

Médaille des épidémies. — La médaille de bronze a été décernée à M. Vial, interne des hôpitaux, et à Mlle Peillard, externe des hôpitaux.

Médaille d'honneur de l'éducation physique. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs de Chaisemartin (de Joinville), Monteux (d'Antibes), Rozenbaum et Vachet (de Paris).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Le Cann (de Paris), Sammuler (de Bagnères-de-Luchon).

Médaille de bronze. — M. Carle, externe des hôpitaux de Paris.

Ministère de la santé publique. — M. le docteur Ledoux-Lebard, radiologiste des hôpitaux, a été nommé médecin consultant du ministère de la Santé publique.

Examen des candidats aux fonctions de médecin sanitaire maritime. — Les articles 3, 4 et 5 du décret du 15 mars 1930, relatif aux médecins sanitaires maritimes, sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 3, § 2. — L'examen porte sur la pathologie, la bactériologie, l'épidémiologie, le traitement et la prophylaxie des maladies transmissibles ; la législation sanitaire maritime ; l'hygiène maritime ; le droit maritime. Les conditions et les époques de l'examen sont arrêtées par le ministre de la marine marchande.

Art. 4, § 1er. — Sont dispensés d'une partie des épreuves de l'examen prévu à l'article précédent, pour être inscrits au tableau des médecins sanitaires maritimes, les docteurs en médecine français qui ont obtenu le diplôme d'un institut universitaire d'hygiène ou de médecine coloniale. Ces candidats sont astreints seulement à satisfaire aux interrogations portant sur la législation sanitaire maritime ; l'hygiène maritime ; le droit maritime.

§ 2. — Le paragraphe 2 est supprimé.

Art. 5, § 1er. — Sont également dispensés d'une partie des épreuves de l'examen prévu à l'article 3 ci-dessus (le reste du paragraphe sans changement).

§ 2. — Ces médecins peuvent être inscrits au tableau sous condition d'avoir satisfait aux interrogations portant :

Pour les médecins de la marine, sur la législation sanitaire maritime et sur le droit maritime ;

Pour les médecins des colonies, sur la législation sanitaire maritime, l'hygiène maritime et le droit maritime. (*J. O.*, 6 août 1932.)

Société de chirurgie de Marseille. — Prix Jean Escat. — La Société de chirurgie de Marseille a décidé dans sa séance du 25 avril 1932 la création du prix Jean Escat, prix triennal, de 1.000 fr., partage interdit.

A ce prix, destiné à récompenser tous les trois ans l'auteur d'un travail se rapportant à l'urologie, peuvent concourir exclusivement :

1° Les élèves en exercice, externes ou internes titulaires des hôpitaux de Marseille, les chefs des laboratoires annexés aux services des cliniques de la Faculté ou des hôpitaux de Marseille ;

2° Les docteurs en médecine de la Faculté de Marseille ayant passé leur thèse depuis moins de trois ans au 1er janvier de l'année d'attribution du prix.

Les lauréats du prix Jean Escat ne pourront concourir à nouveau.

Les candidats devront avoir adressé à la Société, avant le 1er novembre, un mémoire anonyme dactylographié ou imprimé, rédigé en trois exemplaires.

Chaque travail portera une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe cachetée renfermant les nom, prénom, adresse et titres de l'auteur.

Le sujet du travail est laissé au choix du candidat.

En cas de non attribution, le prix suivant sera doublé. Dans ce cas seulement il pourra être dédoublé.

La première attribution aura lieu en janvier 1933.

Après réception des mémoires, l'assemblée procédera dans la première séance de novembre à l'élection de la commission du prix Jean Escat, conformément aux modalités prescrites dans le chapitre 28 du règlement intérieur de la Société.

La révélation de l'anonymat, la proclamation et l'attribution du prix se feront à la séance publique et solennelle de janvier.

1er CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE (3-4 et 5 oct. 1932.) — Le Ier Congrès de la Société française de gynécologie s'ouvrira le lundi 3 octobre, à 16 h., à la Faculté de médecine de Paris, amphithéâtre Vulpian, sous la présidence de M. F. Jayle, président de la Société française de gynécologie.

Lundi 3 octobre. Discussion de la première question : *Hypophyse et ovaire*. Rapport présenté par MM. Jayle et Hallion. Communications relatives à cette question et communications de gynécologie médicale.

Mardi 4 octobre, à 16 h. Discussion de la deuxième question : *La diathermie en gynécologie*. Rapport présenté par M. Xavier Bender. Communications relatives à cette question et communications de physiothérapie gynécologique.

A 20 h., deuxième dîner de la Société française de gynécologie, et soirée artistique au « Bœuf à la Mode », 8, rue de Valois.

Mercredi 5 octobre, à 8 h. 15, derrière la Madeleine, rendez-vous des congressistes pour la visite des laboratoires du docteur Roussel (Institut de sérothérapie et préparation de la folliculine cristallisée). A midi, déjeuner offert par le docteur Roussel.

A 15 h. *Chirurgie gynécologique*. Communications, présentations de pièces opératoires, présentation d'instruments, projections.

De 17 h. 30 à 20 h., réception des congressistes et des dames par Mme Jayle et M. le président.

Les réseaux de chemins de fer français ont accordé aux congressistes, à leurs femmes et filles non mariées une réduction de 50 p. 100. Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris (Ier), est chargé de leur faire parvenir les bons de réduction et de pourvoir à leur logement.

Des séances opératoires et des visites de services hospitaliers, des réceptions spéciales pour les dames sont prévues. Des excursions à prix réduits seront organisées par Exprinter. — Les demandes d'inscription doivent être adressées avant le 1er septembre au secrétaire général : docteur Maurice Fabre, 6, rue du Conservatoire, Paris (IXe).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE. (Professeur : M. A. COUVELAIRE.) — *Cours de vacances*. — Un cours de pratique obstétricale et un cours de perfectionnement avec stage auront lieu à la clinique Baudelocque, le premier d'une durée de deux semaines, du 29 août au 10 septembre, le second d'une durée de quatre semaines, du 3 au 29 octobre.

Cours de septembre. — Ce cours sera dirigé par M. Lacomme, accoucheur des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Ravina et Digonnet, accoucheurs des hôpitaux, de MM. Powilewicz, Seguy, Sureau, anciens chefs de clinique; Mme Anchel-Bach, chef de clinique; M. François, chef de clinique adjoint; M. Merger, ancien interne des hôpitaux; Mme Grand et M. Lepage, internes des hôpitaux.

Ce cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 30 et de 14 h. 30. Les auditeurs seront individuellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un certificat sera donné à l'issue de ce cours.

Le droit à verser est de 250 fr.

Pour renseignements, s'adresser à M. le Chef de clinique, à la Clinique Baudelocque.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

L'ŒUVRE D'APPROVISIONNEMENT MÉDICAL DES PRISONS (président d'honneur : M. Georges Duhamel) informe les confrères que tout envoi d'échantillons médicaux peut être fait en port dû à M. le directeur de l'administration pénitentiaire, 11, rue Cambacérès, Paris.

Confrères, avant de partir en vacances, faites la revision de vos armoires !

L'Œuvre de la lecture en prison (ministère de l'Intérieur, administration pénitentiaire, rue des Saussaies) serait heureuse de recevoir livres et brochures.

Mme le docteur Stricker-Rouve, victoria Parc, Menton, cherche correspondants disposés à centraliser des dons pour les deux œuvres.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Félix Lejars, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine; Georges Lasserre, ancien interne des hôpitaux de Paris, président de la Société médicale des Basses-Pyrénées.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

AU CONCOURS GÉNÉRAL DES LYCÉES ET COLLÈGES

Les « Latin-Grec » ont emporté les prix scientifiques : le premier prix de Mathématiques et le premier prix de Physique ont été accordés chacun à un élève de 1re A. Si « *l'égalité scientifique* » (1) n'avait pas existé aux trois baccalauréats (1re partie), ce résultat eût été impossible, les compositions étant les mêmes pour les élèves des trois sections. Que ceux donc qui croient encore que les littéraires sont *nuls* en science perdent cette illusion. On peut admirer l'Acropole sans ignorer Pythagore, les deux lauréats l'ont prouvé. Il est très certain que les élèves de A « qui ont la constance de s'attaquer, comme dit Léon Bérard, aux deux langues mortes et en même temps au programme chargé de physique, de chimie et de mathématiques » sont des élèves sélectionnés naturellement. Ils se sont orientés d'eux-mêmes sans attendre les célèbres « orienteurs » de M. de Monzie et prouvent, par les récompenses recueillies, qu'ils sont l'élite des lycées. Faisons tout pour que dorénavant eux seuls se voient ouvrir la porte de la Faculté de médecine.

MAURICE MORDAGNE.

(1) C'est-à-dire l'égalité des programmes scientifiques.

* *

REVUE GENERALE

LES LAMBLIASES

PAR MM.

G. CARRIÈRE, Professeur de clinique médicale et CL. HURIEZ, Chef de clinique adjoint

A la Faculté de médecine de Lille.

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur.

Le rôle pathogène de certains parasites intestinaux est maintenant admis après les travaux de Metchnikoff, Garip, Chauffard, Guillain, Ravaut, M. Labbé, pour ne citer que les plus importants. Ces auteurs ont insisté sur la nécessité qu'il y avait à rechercher les parasites dans les affections du tube digestif. Dans ce domaine, comme partout ailleurs, « l'avènement de la bactériologie avait en effet sonné le glas de la parasitologie ». Il n'est pas utile de faire en un historique initial, une longue énumération de tous les travaux relatifs au rôle du Lamblia en pathologie humaine. Il est cependant indispensable de schématiser les différentes phases par lesquelles sont passées nos connaissances à ce sujet.

I. — Dans une première période qui commence avec les descriptions des Flagellés, de Leuwenhoeck et de Lambl (90) en 1859, jusqu'au début de la guerre de 1914-1918, nombreuses furent les publications de cas de Lambliase intestinale, mais le parasite n'est pas jugé très offensif et on le considère comme un commensal.

Cependant Grassi (1879), Perroncito (1885) et Callandrucio réussissaient des infestations expérimentales sur les souris, voire même sur eux-mêmes, sans observer de manifestations morbides. Tout au plus, certains travaux constataient-ils le parallélisme entre les désordres intestinaux et la présence de Lamblias dans les selles.

Par ailleurs, on situait ce parasitisme surtout dans le cadre de la pathologie exotique.

II. — Avec la guerre apparaissent des pandémies de troubles intestinaux, et dès 1915 des examens méthodiques des selles signalent l'extraordinaire fréquence du parasitisme intestinal.

A côté de l'amibiase, apparaît la Lambliase. Tous les travaux tendent à démontrer le rôle pathogène des Lamblias. Le parasitisme offensif, nié toujours par Dobell (53), doit cependant être admis après les recherches de Wenyon (151), Woodcock (136) et les expériences de Fantham et Porter (60) d'infestation des chats et souris.

La thèse de Deschiens en 1921 (47) est une monographie fort complète des entérites à Lamblias ; elle apporte, en plus, des recherches expérimentales du plus haut intérêt.

III. — C'est avec le tubage duodénal que naissent enfin les problèmes actuels sur les localisations des Lamblias chez l'homme. Le duodénum au premier abord parut être le repaire habituel de ces flagellés. Mais l'épreuve de Metzger-Lyon, malgré toutes les discussions qui s'attachent encore maintenant à l'interprétation de ses résultats, fit émettre des doutes sur l'habitat uniquement duodénal des Lamblias. Car la constatation par de nombreux auteurs de parasites plus abondants dans la bile B que dans les biles A et C, fit entrevoir la possibilité d'un repaire vésiculaire du parasite.

C'est cette discussion qui caractérise l'étape actuelle de nos connaissances sur le rôle des Lamblias en pathologie humaine. Il faut à ce sujet plus particulièrement relever les travaux de Carnot, Libert et Gaellingher (25-26), de Marcel Labbé et de ses élèves (82 à 89), de Deschiens (47 à 51).

Ces précisions topographiques ne sont pas vaines, car ce n'est que par une connaissance plus précise de l'habitat du flagellé qu'on pourra mettre en œuvre des thérapeutiques plus efficaces, que tout ce qui a été tenté jusqu'à ce jour. La carence thérapeutique ou tout au moins l'insuffisance apparaîtra nettement dans le dernier chapitre de cet exposé, bien que la diversité des procédés avancés ne le cède qu'à leur multiplicité.

I. LE PARASITE

Comme pour beaucoup de protozoaires, on pourrait discuter sur son nom.

Celui de Megastoma Entericum proposé par Grassi en 1881 ayant été déjà établi quatre fois en systématique, fut sacrifié à celui de Lamblia intestinalis, avancé par Blanchart en 1885. En 1882 cependant Kunstler décrivait, dans l'intestin des batraciens, un flagellé pour lequel on créait le genre Giardia.

Kofoïd en 1915 fit jouer la loi de priorité et adopter le terme de Giardia. Nous emploierons le vocable Lamblia dans notre travail, car c'est lui que l'usage a consacré.

Il n'est peut-être pas indispensable de schématiser la position actuelle du genre Lamblia en systématique. Nous empruntons ce tableau à la thèse de Deschiens.

Embranchement : Protozoaire.
Classe : Flagellés.
S.-classe : Euflagellés.
Ordre : Monades.
S.-ordre : Polymastiginés.
Genre : Lamblia.

Dans le genre Lamblia, malgré de minimes différences morphologiques, on distinguait jusqu'à la thèse de Deschiens six types : intestinalis, muris, duodénalis, microti, agilis et sanguinis.

D'après Deschiens, il faut homologuer L. muris et L. intestinalis.

Pour Kofoïd, des différences structurales légères et le fait qu'un type déterminé est généralement parasite d'une espèce ou genre déterminé, suffisent à soutenir la pluralité du genre. Les arguments de Deschiens sont de bien plus grande valeur en faveur de l'unité. Il note en effet que les caractères morphologiques dits spécifiques varient d'un individu à l'autre dans une même souche de Lamblias, que l'identité d'habitat de parasites d'un même type structural est loin d'être constante. Mais surtout il démontre expérimentale-

ment l'identité de rôle pathogène de L. muris et de L. intestinalis. En effet, des souris spontanément infestées par L. muris présentent une immunité (non partagée par un lot de témoins) pour L. intestinalis.

A. **Morphologie**. — Le Lamblia a de face (fig. 1) les contours d'une poire, cependant que de profil (figure 2), il apparaît creusé d'une vaste fossette transversale, réniforme, par laquelle il applique sa portion

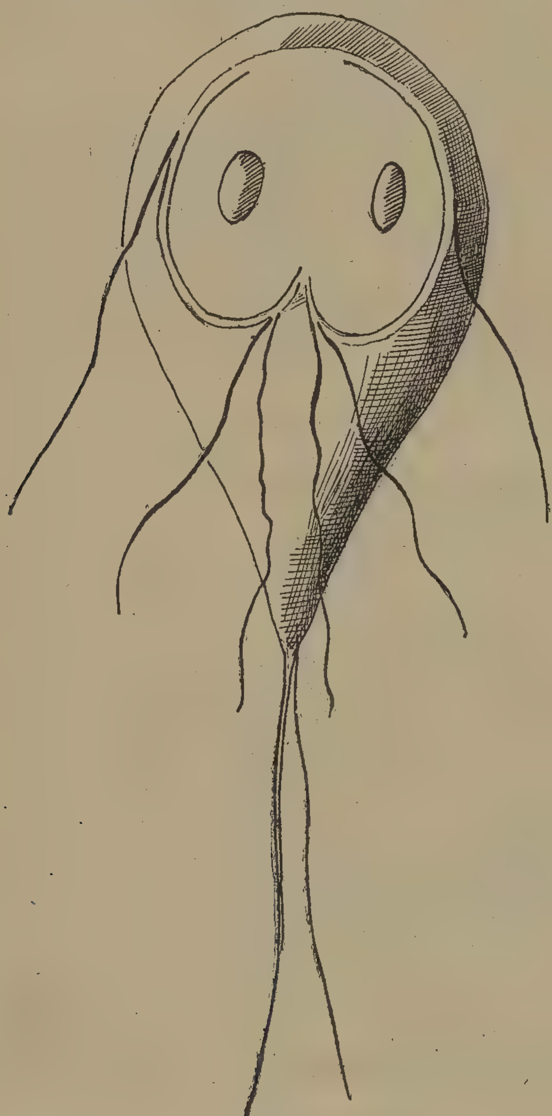


FIG. 1. — Parasite vu de face.

élargie, à la façon d'une ventouse, sur la cellule de l'épithélium intestinal (fig. 3).

Cette fossette détermine une face ventrale relevée en arrière et sur la ligne médiane par une sorte de bec.

Les deux tiers antérieurs de la face ventrale sont occupés par cette ventouse, plage claire, désignée sous le nom de cytostome, que limite un peristome, ligne épaisse et très siderophille.

La symétrie de l'organisme est très accusée, avec un noyau en haltère, formé de deux boules reliées par un rhizoplaste arqué. De plus émergent sur la face ventrale les huit flagelles, par paires symétriques, la paire antéro-latérale s'entrecroise peu après leur origine. Les deux flagelles ventraux se distinguent par la ténuité et la longueur du segment libre qui dépasse celle du corps proprement dit. La paire voisine joue un rôle capital dans le déplacement, en raison de la force et de la masse de ses articles. Enfin deux flagelles terminaux s'insèrent à l'extrémité postérieure du parasite. *La taille* oscille généralement entre 15 et 20 μ de longueur, sur 8 à 10 de largeur. L'anatomie du vivant est insaisissable, dit Deschiens. Cependant, quand leurs mouvements se ralentissent, les Lamblias se présentent comme des masses très réfringentes, semi-lunaires ou lancéolées, entourées de l'auréole mobile des flagelles, échappant à toute analyse.



FIG. 2. — Parasite vu de profil.

Ces protozoaires sont animés de mouvements extrêmement vifs et brutaux, aussi rapides que ceux du spermatozoïde, mais ils ne se font pas dans le sens d'une reptation, la queue restant en arrière. Ce sont des sauts sur place, des pirouettes constantes qui permettent à peine de voir leur contour.

En écrasant un peu la lamelle de la préparation, ou en attendant, l'on peut à l'ultra-microscope, étudier leur mode de progression. Les flagelles ne semblent pas les organes essentiels du mouvement, et c'est la queue qui assure surtout énergiquement la propulsion. Elle ne godille pas comme chez les poissons, mais elle pousse par brusques détentes, après s'être repliée complètement le long du corps.

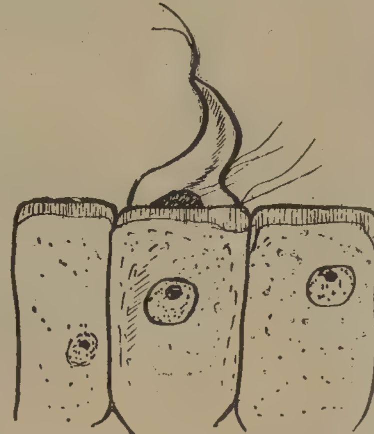


FIG. 3. — Lamblia fixé par sa ventouse ventrale sur une cellule de l'épithélium intestinal.

Tant qu'un Lamblia n'est pas mort, sa queue est

repliée sur l'un de ses flancs et non dans le prolongement de son axe. La position axiale de la queue semble être une attitude cadavérique. Ces mouvements persistent quelques heures à la température de la chambre, près de douze heures à celle de l'étuve.

KYSTES. — Mais à côté de cette forme libre, vivante, il existe des *kystes*, forme de résistance (fig. 4). Malgré leur polymorphisme, on peut les décrire comme des ovoïdes, à double contour de 9 à 13 μ, présentant un septum médian et de part et d'autre de ce dernier des noyaux symétriques, réfringents. Quand le protozoaire vient de s'enkyster, on observe encore aisément les flagelles au travers de la membrane kystique, mais dans la suite ceux-ci deviennent méconnaissables.



FIG. 4. — Diverses variétés de kystes de lamblias.

On trouve assez fréquemment dans les selles des porteurs chroniques de Lamblias, des kystes en dégénérescence, caractérisés par la présence de nombreuses vacuoles et le décollement du cytoplasme le long de la paroi du kyste. Ces kystes dégénérés s'observent également après action d'un médicament (neosolvarsan) ; traités par la solution iodo-iodurée, ils montrent des enclaves se colorant en brun acajou et sans doute constituées par du glycogène.

La morphologie des Lamblias indique leur adaptation à un milieu fluide. Les formes végétatives n'ont été rencontrées que dans des milieux liquides ou très hydratés. Les kystes s'accommodent d'une humidité relative, mais ne supportent point la dessication sans dégénérer.

B. **Dissémination.** — Les kystes sont formés dans le gros intestin et expulsés avec les matières fécales. Ils résistent grâce à leur coque chitineuse. L'homme peut être alors infesté par absorption d'eau souillée. Les kystes ingérés sont attaqués, dès l'estomac, par les sucs digestifs et les jeunes Lamblias libérés se fixent aux parois intestinales. Il est d'ailleurs possible qu'un porteur de ces parasites se réinfeste par ses doigts. La contagion par les animaux n'est pas non plus à négliger (les muridés domestiques, notamment la souris et le rat). Enfin, pour Deschiens, l'eau serait un élément de dissémination, dont il faudrait tenir compte dans la prophylaxie de cette parasitose.

REPRODUCTION. — Pour Wenyon (150 à 153), il s'agirait de reproduction asexuée par division longitudinale. Cependant on observe fréquemment des reproductions sexuées, soit par autogamie, comme chez les lamblias de la souris, soit par copulation de deux individus dans un même kyste, ce qui est la règle chez les lamblias hominis. A la suite de la conjugaison, des divisions nucléaires répétées individualisent de nombreux éléments (spores).

C. **Techniques d'examen.** — L'examen direct après écrasement simple entre lame et lamelle est le plus souvent suffisant. Parfois, on a avantage à utiliser des procédés d'enrichissement tels que ceux de Carle et Barthélémy, ou de Willis, ou de Worke. Marcel Labbé (89) discute la nécessité de la purgation saline avant examen des fèces. Il estime que les parasites sont toujours plus nombreux dans les selles de purgation et parfois se retrouvent dans cette évacuation, alors qu'ils faisaient défaut dans les selles spontanées.

Enfin les parasites sont toujours plus fréquents dans le liquide de lavage d'intestin que dans les selles ordinaires. Il est généralement inutile de diluer des selles qui sont le plus souvent pâteuses et dont l'examen se fera à l'objectif 7, après simple écrasement. On examinera d'abord, d'après Goiffon (65), une partie un peu épaisse : si la selle contient des kystes, ils apparaîtront au milieu des microbes et des détritus, sous la forme de taches claires, ovalaires, de même grandeur. Il peut s'agir de Blastocystis, de kyste d'amoebacoli ou de Lamblia. L'identification se fera alors avec plus de précision par examen des zones plus claires de la préparation. La mise en évidence des formes libres et vivantes est beaucoup plus difficile au milieu des fèces, car la confusion n'est pas rare, à première vue, avec les leucocytes. Il faut surtout observer les courants liquides qui se forment dans la préparation, et à ce niveau on peut suivre des formes adultes ou kystiques, charriées dans le courant, s'isoler, se retourner, se laisser facilement identifier. Il suffira, pour ce faire, de constater l'aspect piriforme avec encoche de la ventouse pour les formes adultes ou la paroi à double contour des kystes avec un ou plusieurs filaments internes dans le sens longitudinal.

COLORATIONS. — L'imprégnation iodo-iodurée est la technique la plus rapide et la plus pratique.

Les kystes peuvent se colorer alors soit en brun acajou comme le glycogène, soit en vert foncé ou en jaune d'or très transparent. Enfin, on peut parfois observer des kystes de teinte bleu ciel comme de l'amidon sous une faible épaisseur.

Ces *kystes bleus* ont été décrits par Goiffon en 1918 et immédiatement on les a considérés comme des kystes vides. Au cours des infestations expérimentales, ils apparaissent au bout de trois ou quatre jours ; ils précèdent l'expulsion des formes libres et il y a ensuite

parallélisme entre les décharges de kystes bleus et la pullulation intense des formes libres dans les selles. On tend à admettre l'hypothèse d'un kyste ayant libéré son contenu dans l'intestin.

Mais très souvent aussi les kystes ne se colorent pas. L'iode les différencie cependant et permet de voir facilement leur structure interne. La même méthode extériorise parfois très bien tous les détails des parasites adultes.

Les colorations vraies sont ensuite, pour les Lamblias comme pour les protozoaires, la méthode de Romanowski à la dilution de Giemsa avec lavage à l'acétone-xylol et d'autre part la méthode de l'hématoxyline au fer de Heidenhaim. La coloration vitale au rouge neutre en solution très diluée au 1/10.000 ou au 1/100.000 permettra de différencier aisément les protozoaires des leucocytes.

Pour l'étude des parasites, dans les coupes tissulaires, Fairise et Jacquot conseillent les colorations à l'hématéine Van Gieson, ou au bleu de toluidine ou de thionine, ou les doubles colorations, tel le bleu-eosine, où sur un fond rouge les protozoaires tranchent en bleu, avec des noyaux plus foncés.

Les méthodes de Giemsa, Held, Mallory et Wright leur ont fourni également de belles préparations.

D. **Diagnostic différentiel.** — Si les formes adultes de Lamblias ne prêtent à confusion avec aucun autre parasite, il n'en est pas de même de leurs kystes.

On pourrait les prendre à la rigueur pour des kystes d'entamoeba coli, d'autant qu'on trouve des selles à kystes de Lamblias absolument ronds. Mais la présence de lignes obliques internes suffit, par leur constance, à caractériser les kystes de Lamblias. Les kystes d'entamoeba coli possèdent toujours plus de quatre noyaux. Mais les kystes d'entamoeba hystolytica (10 μ) plus petits, très réfringents et le plus souvent sans noyaux nets en imposent parfois pour des kystes de Lamblias.

Ce sont enfin les Blastocystis hominis, organismes très fréquents dans les selles, qu'il faut différencier des kystes de Lamblias. Il s'agit surtout de corps globuleux formés d'une masse réfringente volumineuse, le plus souvent jaunâtre, repoussant le ou les noyaux à la périphérie.

Mais ces organismes ne présentent ni le double contour ni la strie médiane si caractéristique des kystes de Lamblias. Une coque muqueuse transparente forme autour des Blastocystis une sorte d'auréole et les empêche de s'accoler les uns aux autres.

D'autres protozoaires prêtent également à confusion, et surtout *Trichomonas intestinalis* et *Tetramitus mesnili*, dont la taille et la forme rappellent celles des Lamblias. Mais l'absence de dépression ventousale et du noyau symétrique et bilobé sont des caractères suffisants d'identification.

Enfin, il n'est pas jusqu'aux *spores végétales*, souvent plissées par écrasement, qui ne rappellent de loin l'aspect des kystes de Lamblias. Mais il suffit d'apprécier l'épaisseur de la structure de ces spores.

II. ÉTIOLOGIE

Les cas d'épidémies familiales ne sont pas rares. Cependant l'infestation par les protozoaires, avec traduction morbide, exige quelques circonstances favorisantes, car sans cela, pour Goiffon, on s'expliquerait mal que la contagion épargne une personne d'une famille dont tous les autres membres sont parasités, ou que les préparateurs d'un laboratoire où affluaient les matières souillées de Lamblias n'aient été infestés.

Deux facteurs favorisent surtout le développement des Lambliases :

a) Une colite légère préalable, des fermentations un peu exagérées suffisent à procurer au parasite le milieu qui semble lui être nécessaire.

b) L'insuffisance, permanente ou transitoire, de la sécrétion gastrique est souvent relevée dans les observations. Cependant Deschiens a fait des constatations qui diminuent beaucoup l'importance de cette hyposécrétion comme facteur étiologique de la Lambliase. En effet, il a pu infester très facilement des chats, dont le suc gastrique était très actif. Cependant Goiffon signale encore, avec de nombreux auteurs, comme un des indices de l'insuffisance gastrique, la présence dans les selles de protozoaires et surtout de flagellés. Certains auteurs, comme Cade et Hollande, ont recherché chez des infestés par les Lamblias l'activité des sucs digestifs et ont trouvé une digestion normale des fibres musculaires et des graisses.

A un autre point de vue, la thérapeutique par les prises répétées et suffisantes d'acide chlorhydrique n'a pas amélioré notablement l'évolution de la Lambliase.

Tout ceci ne permet pas de conclure, qu'initialement au moins, l'insuffisance digestive et particulièrement gastrique n'ait pu intervenir dans la production des troubles entéritiques.

Fréquence. — Jusqu'à ces dernières années, les observations de Lambliases émanaient surtout d'Italie, d'Allemagne, des Etats-Unis et des Indes.

Plus que la multiplicité des cas publiés importe la proportion des Lambliases rencontrées au cours des troubles intestinaux les plus variés.

A ce sujet les données fournies par Marcel Labbé et ses élèves sont capitales, car elles résultent de l'examen de 174 sujets hospitalisés et de 130 clients atteints d'entérites.

	HOSPITALISÉS 174	CLIENTÈLE 130
Parasités	31,6 %	30 %
Amibes dysentériques	1,1 %	
Kystes de lamblias	4,4 %	1,5 %
Œufs de tricocéphales	13 %	10,7 %
Oxyures	0,5 %	

Le rôle des Lamblias dans la production des entérites chroniques en France vient donc aussitôt après l'infestation par le tricocéphale.

Dans un deuxième tableau nous avons opposé quelques statistiques récentes.

AUTEURS	NOMBRE d'examens	POUR 100 parasités	LAMBLIAS	AMIBES dysent.	TRICOCÉPHALES	ASCARIS	OXYURES
Labbé (hôpital)	174	31,6 %	4,4 %	1,1 %	13 %		0,5 %
Labbé (clientèle)	130	30 %	1,5 %		10,7 %		
Poublan	343		8,7 %	12,5 %	18 %	3,3 %	
Lenoir et Deschiens	2000	60 %	10 %	20 %	18 %	3 %	
		17 % pathogènes seulement	9 %	25 %	20 %	1,5 %	
Zotta (Roumanie)	3168	2376 parasités	1,5 %	1,5 %	55 %	23 %	
Chantriot (Beyrouth)	656	275 parasités	83 cas	143 cas	9 cas		
Ismaïl Hakki (Stamboul)	600	350 parasités	4 %	3,8 %			
Castex et Galan (1er mémoire)	614		11 %				
Castex et Galan (2e mémoire)	2023	1391	10,1 %				
Woodcok et Penfold (Egypte, Dardanelles, 1916)		98 cas	22 cas				
Wenyon (1916)	556	295	89 cas				
Kennedy et Rosewarre		136	12 cas				
Fantham et Porter	1305		185 cas				
Carter, Mackinson. Mathews et M. Smith	910		18,6 %				
Carrière (clientèle adultes et *enfants*) en 30 ans	500		75 cas		296 cas	60 cas	175 cas

Les variations doivent être corrigées et soulignées de la façon suivante :

a) On ne peut comparer une statistique de service hospitalier tel que celui de Marcel Labbé et celle dressée par Woodcock par exemple lors d'une épidémie de dysenteries aux armées.

b) Certaines statistiques fournissent entre 50 et 60 0/0 de sujets parasités, alors que la première étude citée n'en admet que 30 0/0. Cela tient à ce que Marcel Labbé et ses élèves ne considèrent pas Blastocystis hominis comme un parasite pathogène, alors qu'il figure dans les chiffres d'autres auteurs.

c) La partie la plus discutable de toutes ces données est celle qui, en présence d'un nombre X de sujets parasités, évalue la proportion des manifestations pathologiques en rapport avec le parasitisme.

Par exemple, la statistique de Lenoir et Deschiens portant sur l'examen de 2.000 gastro-entéropathes, conclut à un parasitisme de 60 0/0, à manifestations pathologiques seulement dans 17 0/0 des cas.

C'est la plus grande objection que les parasitologues, les premiers, ont faite à l'individualisation d'une pathologie parasitaire.

Pour eux et notamment pour Bidegaray, la plupart des sujets sains ont l'intestin parasité et en conséquence il n'est pas logique d'attribuer à ces organismes les troubles intestinaux observés.

Sur 100 sujets sains, pour Bidegaray, il y a vingt porteurs d'Entamoela coli, 10 de Lamblia, 18 de Tricocephales et 3 d'ascaris. Evidemment, il ne peut rejeter complètement la valeur pathogène de l'amibe hystolytica, parfois de toenia, des douves, des ankylostomes et des ascaris, mais il refuse à l'amibe coli, au Lamblia, au tricocéphale, « simples commensaux de l'intestin », la capacité de produire des inflammations du tube digestif et des glandes annexes.

Marcel Labbé situe exactement le problème en disant « que ce serait certes un manque de sens critique que d'attribuer exclusivement aux parasites rencontrés dans les selles l'origine des affections du tube digestif. Mais il n'est pas exact non plus de dénier aux parasites intestinaux toute valeur pathogène parce qu'on peut les rencontrer dans l'intestin de sujets sains. Si les infections bactériennes latentes sont admises, il serait illogique de nier les infestations parasitaires latentes. *Comme il y a des porteurs sains de germes bactériens, il y a des porteurs sains de parasites. Et cela n'empêche point que dans certaines circonstances, ces parasites puissent devenir l'origine d'une maladie aiguë ou chronique.* »

Il faut tenir compte également de l'*abondance* des parasites contenus dans l'intestin.

Marcel Labbé ne se contente pas de rechercher les parasites contenus dans les fèces, mais les fait dénombrer dans 5 grammes de matière fécale. Le résultat obtenu, sans rien avoir d'absolu, donne une idée de l'infestation dans chaque cas.

La présence de 10 à 15 parasites pour 5 grammes de fèces peut ne déterminer aucun symptôme intestinal. Par contre, les troubles entéritiques sont toujours accusés s'il y a plus de 30 à 40 Lamblias pour la même quantité de selles.

III. ROLE PATHOGÈNE ET HABITAT

Deux questions se posent donc :

1. Celle du pouvoir pathogène ou offensif des Lamblias ;

2. Celle de l'habitat de ces parasites.

Deschiens a fort bien exposé les éléments d'appréciation du parasitisme offensif des Lamblias, en étudiant :

a) Les arguments issus de recherches expérimentales, qui sont en très grande partie son œuvre ;

b) Les arguments fondés sur les données anatomo-pathologiques ;

c) Les bases fournies par l'observation clinique et la statistique.

a) **Recherches expérimentales.** — Les tentatives de Grassi, de Perroncito (128), bien qu'initiales, n'ont qu'un intérêt historique, car leurs auteurs n'admettaient point le rôle pathogène des Lamblias.

La véritable période expérimentale commence avec la guerre et les travaux de Wenyon, Dobell, Carles, Cade, Goiffon, Deglos. Mais surtout on doit recourir aux publications de Fantham et Porter (60) en Angleterre, de Kofoïd et Christiansen (80) au Danemark, et enfin, en France, à celles de Deschiens (47 à 51), qui s'étendent sur plus de dix ans, de sa thèse en 1921 jusqu'à ses dernières publications en 1931 dans les Archives des maladies de l'appareil digestif.

Les deux animaux qui ont servi à ses expériences d'infestation sont le chat et la souris. Chez le chat, il démontra que l'ingestion de kystes de Lamblia intestinalis, que l'ingestion de kystes de Lamblia muris, que l'injection intra-rectale enfin de formes libres de Lamblia muris déterminaient de gros troubles intestinaux (93 0/0 des cas), voire même des Lambliases mortelles chez les infestés (73 0/0).

Les autopsies montraient les caractères érosifs et ulcéreux de l'entérite lamblienne du chat.

Malgré des résultats aussi démonstratifs par infestation de souris, Deschiens fit des contre-épreuves sur des lots de témoins pour montrer que la diarrhée mortelle n'était pas la conséquence de l'ingestion de selles hétérogènes.

D'autre part, des souris saines infestées par des Lamblias muris après passage par le chat sont tantôt gravement et mortellement contaminées, tantôt tolèrent le parasite sans troubles morbides.

b) **Données anatomo-pathologiques.** — Les documents humains sont rarissimes, mais leur importance oblige à les rapporter une fois de plus. C'est avant tout la magistrale observation de Fairise, Jacquot et Jannin (59) d'un ancien dysentérique, porteur de Lamblias, qui meurt d'une péritonite localisée par perforation d'ulcération colique. Le liquide louche péritonéal contenait des formes libres et végétatives de Lamblia. L'autopsie montra un cæcum et un côlon ascendant aux parois épaissies et lardacées, à la muqueuse ulcérée, siège de pertes de substances polycycliques, s'enfonçant en profondeur comme de véritables diverticules. L'étude des coupes des parois cæcocôliques révéla une inflammation et une sclérose de tous ces tissus, fort semblables aux lésions observées dans les dysenteries chroniques à amibes. Mais surtout à ce niveau on trouva des parasites, par groupes de 2 à 6. Le Lamblia n'apparaissait pas comme un parasite de surface, mais il pénétrait surtout dans la profondeur des tissus, s'y enkystant et déterminant des réactions inflammatoires.

Les différentes tuniques infiltrées ou nécrosées du cæcum et des côlons renfermaient des formes végétatives et des kystes de Lamblia, que l'on retrouvait par ailleurs aussi jusque dans le tissu sous-péritonéal enflammé.

Goiffon et Roux (65) rapportèrent ensuite une observation de Savignac d'un appendice enlevé chirurgicalement, dont les espaces intervilleux étaient farcis de parasites, cependant que les tuniques de ce segment intestinal restaient inviolées.

Goiffon décrivit plus tard une ulcération rectale, véritable cratère, où il constata des amas de Lamblias végétatifs.

Enfin les recherches expérimentales de Deschiens fournirent des données sur la Lambliase du chat et de la souris. Chez le chat, il relève un état inflammatoire de tout le tractus intestinal, avec traînées érosives. Par places, la muqueuse s'exfolie ; il se produit des hémorragies en nappes et exceptionnellement des ulcérations. Les lamblias pullulent, surtout au niveau des culs-de-sac glandulaires du grêle, ayant parfois rompu la barrière épithéliale. Ce sont des lésions fort semblables qu'il décrit chez la souris, avec prédominance d'œdème et d'érosions au niveau du grêle.

Donc expérimentalement, le rôle pathogène de Lamblia intestinalis pour le chat et la souris est évident. Du point de vue anatomo-pathologique, Deschiens a fourni des éléments de certitude avec les résultats des autopsies des animaux morts de Lambliase et les constatations de Fairise, Jannin et Jacquot, de Savignac et de Goiffon sont des éléments suffisants pour ne pas douter chez l'homme du pouvoir offensif des Lamblias.

Nous insisterons cependant sur la réserve formulée par Morénas (114), quant à l'origine purement parasitaire des lésions observées, car les Lamblias sont susceptibles de faire le lit d'infections microbiennes intestinales latentes.

c) Nous serons forcément plus brefs ici sur les arguments fondés sur les *caractères cliniques* de l'infection lamblienne qui doivent être décrits plus loin, mais qu'il nous soit permis de signaler immédiatement un exemple convaincant du rôle pathogène de ces flagellés. Deschiens a pu observer des entéro-colites, où l'examen des fèces montrait la présence d'Entamoeba dysenteriae et de Lamblia intestinalis. Or, le traitement émétine-arsenicaux blanchissait ou enrayait l'amibiase et cependant les troubles intestinaux ne s'amendaient guère. On était donc forcé d'incriminer les Lamblias dans l'entretien de l'entérite.

d) En rapportant quelques statistiques dans le paragraphe étiologique, nous avions déjà formulé des réserves quant à leur valeur, car les moyennes en biologie ne sont pas nécessairement vraies. Les Anglais, dans la publication des numérations du Medical Research Committee, admettent une proportion de 15 à 18 0/0 de Lambliase chez les malades atteints de troubles colitiques.

Cependant on ne peut attacher de valeur qu'aux statistiques comparant les sujets porteurs de Lamblias ne présentant aucun trouble pathologique et les sujets parasités malades (Lambliases pures). Néanmoins, il faut en plus s'entourer de quelques précautions élémentaires. Mackie, en effet, relève 8 0/0 de porteurs de Lamblias sur une observation de 22.000 sujets colitiques ou dysentériques et il dénie tout rôle pathogène au Lamblia, car dans une recherche qu'il intitule « de contrôle », il trouve le même pourcentage chez des sujets sains. Seulement Deschiens a fait très justement remarquer que cette dernière vérification n'a

été faite qu'après examen de 200 selles et qu'on ne peut comparer des résultats établis sur des lots aussi différents (du simple au centuple).

Deschiens fit une constatation, à l'abri de cet ordre d'erreurs, en recherchant la présence de Lamblias dans un nombre identique (trois cents) de selles normales et pathologiques. Tandis que dans les premières, il ne trouve que 1,7 0/0 de porteurs de Lamblias, il obtient un pourcentage de 5 0/0 de Lambliases pures à l'examen des selles pathologiques.

On ne peut donc dénier au Lamblia un rôle pathogène devant cet ensemble de documents expérimentaux, anatomo-pathologiques et cliniques.

Habitat. — Au cours de cet exposé, nous avons rapporté des preuves de l'atteinte du grêle, du coecum et du côlon, voire du rectum par les Lamblias.

Le problème de l'habitat des Lamblias importe au plus haut point, pour la connaissance des manifestations pathologiques liées à la présence du parasite et pour la mise en œuvre d'une thérapeutique efficace.

On peut utiliser pour ce faire les recherches expérimentales de Deschiens qui, après infestation mortelle d'animaux, pose, dès la mort, des ligatures sur les différents segments pour éviter les déplacements mécaniques du contenu intestinal.

Il n'a jamais ainsi constaté de Lamblias dans l'estomac ; les formes libres existaient, rares, dans les premières portions du duodénum, plus fréquentes à la terminaison de ce segment, nombreuses dans le jéjuno-iléon et le cæcum, pour se raréfier dans le côlon. D'autre part, les kystes, absents des segments supérieurs, n'apparaissaient que dans le jéjunum et augmentaient en nombre au fur et à mesure que l'on descendait le gros intestin. De ces constatations, l'auteur déduisait que tout le tractus intestinal, sauf l'estomac, pouvait être infesté par les formes végétatives avec prédominance au niveau de la dernière portion de l'intestin grêle et du cæcum.

Libert objecte à Deschiens que les animaux étaient morts avec une diarrhée violente et que par suite l'habitat du flagellé était perturbé.

Les recherches de Doflein, de Libert et Lavier au contraire considèrent le duodénum et la toute première portion du jejunum comme l'habitat constant du Lamblia, qui n'envahirait le gros intestin que par intermittence.

La conclusion de Lavier, après de nombreuses autopsies d'animaux, est que, si l'on ne rencontre pas de flagellés dans le duodénum et le tout premier segment du jéjunum, on peut considérer l'animal comme non parasité

Fairise, Jannin et Jacquot ont trouvé de véritables nids de Lamblias dans les parois intestinales.

Muller (1889), à l'autopsie de suppliciés, découvre des protozoaires et notamment des Lamblias au niveau du jéjunum. Moritz et Holzl aboutissent aux mêmes conclusions après des autopsies très précoces.

Conheim et Zabel, in vivo, observèrent parfois des flagellés dans le liquide gastrique ; mais il s'agissait chaque fois d'estomac pathologique et par suite d'habitat anormal du parasite. Les auteurs allemands firent même de la présence de protozoaires dans l'estomac un signe de cancer de cet organe.

Le tubage duodénal devait nécessairement apporter des données intéressantes sur la localisation du parasite.

Libert et Silvermann, Loedever, Lolber, Felsenreich et Satke, Damade, Libert et Lavier, Kirzblum, ont pu vérifier la présence presque constante de formes végétatives dans le liquide duodénal de sujets dont les selles ne contenaient que par intermittence des Lamblias adultes ou des kystes.

Mais quand, chez de semblables porteurs de Lamblias, on compléta le tubage duodénal par l'injection de sulfate de magnésie à 25 0/0 suivant la technique de Metzger-Lyon et que l'on obtint dans la bile B un plus grand nombre de parasites que dans la bile A prélevée par simple aspiration duodénale, de nombreux auteurs virent dans cette constatation une preuve de l'existence de Lamblias dans la vésicule, ou tout au moins ce fait que le duodénum n'était pas leur habitat unique ou principal. Lyon et Swalm rapportèrent même des observations de malades suivis pendant des mois sans qu'on trouve de parasites dans le simple liquide duodénal, et chez lesquels l'épreuve de Metzger-Lyon faisait soudainement apparaître des Lamblias, mais seulement dans la bile B.

Felsenreich et Satke (61) s'appuyant sur la présence de Lamblias au milieu de flocons de mucus tournés en spirale et de cylindres biliaires pensent que leur retranchement véritable est représenté, non par le duodénum, mais par les voies biliaires.

Westphal et Georgi (153) ne trouvent pas de Lamblias dans les liquides duodénaux de sujets normaux et par contre ils en observent assez fréquemment chez des hépato-biliaires. Carnot et Gaelhinger (25) chez deux malades accusant des troubles colitiques banaux, trouvent, au tubage duodénal, une bile A contenant assez peu de Lamblias, cependant que la bile B en renferme en quantité considérable ; et les auteurs de conclure « que ces deux observations établissent clairement le rôle de réservoir à virus » que joue vis-à vis de germes divers et notamment des Lamblias, la vésicule biliaire.

Cependant la constatation de Lamblias dans la bile B qui paraît à la plupart une preuve de l'existence des parasites dans la vésicule n'est pas considérée comme valable par tous les auteurs. Chiray et Lebon (37) notamment objectent que le sulfate de magnésie peut décaper la muqueuse intestinale et détacher des parasites ; la présence exclusive de parasites dans la bile B obtenue par injection de sulfate de magnésie indiquerait donc leur origine duodénale et non vésiculaire.

Damade (42) émet les mêmes doutes et n'admet comme document indiscutable que la constatation de parasites sur des pièces prélevées chirurgicalement.

Ces objections paraissent au premier abord judicieuses, car on reste dans l'incertitude sur la provenance de la bile B, cependant Carnot, Libert et Gaelhinger (25) rassemblent trois arguments en faveur de l'origine vésiculaire des Lamblias obtenus par l'épreuve de Metzger-Lyon.

a) Les grosses modifications de coloration biliaire coïncident avec l'augmentation considérable du nombre des Lamblias. La bile A jaune est dépourvue de parasites, la bile B noire en fourmille au contraire, et la bile C n'en contient presque plus alors que l'irritation duodénale continue.

b) L'emploi de substances comme l'éther, plus irritant que le sulfate de magnésie, au cours du tubage duodénal n'a jamais amené l'apparition de Lamblias.

c) Enfin les auteurs ont réussi à provoquer une évacuation biliaire sans aucune action directe sur le duodénum, par une injection intra-musculaire de lobe postérieur d'hypophyse. Ils ont constaté alors une surabondance de parasites.

Deschiens (51) tout récemment vient de reprendre toute la question de l'infection des voies biliaires par les Lamblias.

1) Il admet la possibilité de l'invasion de celles-ci par les parasites, parce que dans trois vésicules enlevées chirurgicalement, on constata la présence de formes végétatives de Lamblia.

2) Mais il ne considère que comme un signe de probabilité et non comme une certitude d'infection des voies biliaires, le fait que le tubage duodénal ramène après épreuve de Metzger-Lyon ou injection de post-hypophyse une quantité plus grande de parasites. Car avant d'atteindre la sonde, le liquide biliaire se mélange au liquide duodénal où les Lamblias peuvent pulluler.

3) Il considère comme possible le rôle pathogène des Lamblias chez des malades présentant une affection de la sphère hépatique, mais sans aucune démonstration de cette hypothèse.

Les migrations massives de parasites dans les voies biliaires seraient pour Morénas (115) à l'origine de troubles légers.

4) Les recherches expérimentales sont réduites aux travaux de Westphal et Georgi et surtout de Deschiens. Les premiers injectèrent dans la vésicule biliaire de deux lapins des Lamblias prélevés chez l'homme par tubage duodénal. Il n'y a pas lieu de s'étonner de l'absence de manifestations pathologiques, car le lapin est infesté par Lamblia duodénalis, distinct du Lamblia intestinalis de l'homme. Deschiens et Kipchidzé observent un lot de douze souris dont l'examen répété des selles indiquait une infection lamblienne intense durant un mois ; ils vérifient d'abord que l'anatomie et les dimensions des voies biliaires ne constituent pas un obstacle à la pénétration des Lamblias. Ils sacrifient les douze souris et ne constatent dans aucun cas la pénétration du parasite dans la vésicule ou dans les canaux biliaires.

On peut déduire de toutes ces recherches, qui restent à compléter, que la vésicule est un habitat exceptionnel, mais non pas impossible, des Lamblias ; et que le duodénum est surtout la localisation d'élection de ce parasite.

Pour rare qu'elle sera par rapport à l'infection duodénale, l'infestation vésiculaire pourra se traduire par des manifestations bien à part et faire discuter la possibilité d'une suppression chirurgicale d'un repaire parasitaire. (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

QUELQUES TYPES D'ORDONNANCES POUR UNE CONSULTATION DE MÉDECINE INFANTILE[1]

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher).

ANÉMIES DU PREMIER AGE

1° Frictions quotidiennes sur les membres avec une lotion excitante. (V. feuille spéciale.)

2° Donner chaque matin, une ou deux fois par an, vingt jours de suite, un des paquets suivants :

Paquets

Protoxalate de fer .... dix centigrammes
Pour un paquet. — N° 20.

dans un peu de confiture ou de compote.

Ne pas s'inquiéter de la coloration des selles, qui deviennent vert olive pendant toute la durée du traitement.

3° Au besoin, injections sous-cutanées de sulfarsénol, faites à l'hôpital. (V. feuille spéciale.)

4° Bonne hygiène ; sortir souvent les enfants ; élargir le régime alimentaire et y incorporer, selon l'âge, des jaunes d'œuf, du jus de viande, un peu de poisson ou de jambon, un peu de moelle ou de foie de veau cru, s'il est bien supporté.

ANGINE AIGUE SIMPLE

1° Chez les grands enfants seulement, badigeonner doucement le fond de la gorge, fois par jour, avec un pinceau imbibé du collutoire suivant :

Collutoire

Borate de soude	6 grammes
Glycérine à 28°	} *àâ* 30 —
Eau distillée	}

M. — Usage externe.

2° Mettre dans chaque narine, quatre fois par jour, gros comme un pois de :

Pommade

Vaseline camphrée stérilisée au 1/50. 30 grammes

3° Appliquer, au-devant du cou, des compresses humides et chaudes, renouvelées toutes les trois heures, le jour, et remplacées, la nuit, par une feuille d'ouate sèche.

4° Chez les enfants déjà grands, gargarismes, fois par jour, avec un verre d'eau bouillie très chaude auquel on aura ajouté une cuillerée à dessert de la solution suivante :

Solution pour l'usage externe

Salicylate de soude au 1/15	125 grammes
Teinture de cochenille	III gouttes

(Provision.)

5° Laisser l'enfant au lit et au chaud. Comme alimentation, lait, tisanes.

6° *Pour le médecin :*

a) Procéder, *dans tous les cas*, à un ensemencement de gorge ;

b) Examiner les urines (albuminurie ?).

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 60, p. 1128.

CHORÉE DE SYDENHAM

1° Dans les formes *légères*, donner, après avoir examiné les urines, matin et soir, en dehors des repas, un des cachets suivants :

Cachets

Antipyrine	0,30 grammes
Bicarbonate de soude	0,20 —

M. — F. s. a. 15 cachets.

quinze jours de suite.

2° Dans les formes *plus marquées*, injections intra-veineuses de la solution de salicylate de soude (voir feuillet spécial : *Injections*), de façon à injecter 1 gramme de sel tous les deux jours, jusqu'à concurrence de 12 injections.

3° Repos absolu au lit.

4° Régime : lait et laitages, légumes, fruits.

CONSTIPATION

1° *Des grands enfants.*

Leur donner une cuillerée à dessert d'huile de paraffine au début de chacun des deux principaux repas.

Huile de paraffine	125 cent. cubes

(Provision.)

Veiller à ce qu'ils aillent régulièrement à la selle.

Introduire dans le régime des céréales (avoine, orge, pain bis, pain de seigle, pain d'épices), des légumes verts, des fruits.

2° *Des nourrissons.*

Chaque jour, leur donner de petits lavements à l'eau de guimauve ou leur mettre de petits suppositoires à la glycérine solidifiée. Si cela ne suffit pas, leur donner une cuillerée à café d'huile d'amandes ou de sirop de chicorée, le matin à jeun. Eviter la suralimentation, et donner, dès que possible, des purées, des fruits cuits, des légumes verts bouillis et écrasés.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 25 JUIN 1932)

Action de quelques glycérophosphates sur l'évolution du rachitisme expérimental du rat. — MM. R. Lecoq et F. Villuis ayant expérimenté l'action des glycérophosphates de sodium, de calcium et de magnésium constatent l'identité d'activité des isomères ψ et β. Mais tandis que les glycérophosphates de sodium ont une efficacité comparable à celle du phosphate disodique, les glycérophosphates de calcium ont, pour une même dose de phosphore mise en œuvre, une activité beaucoup plus grande que celle du phosphate bicalcique. La chaîne glycérique fixée sur l'ion phosphate exerce, dans ce cas, une action favorisante nette sur l'activité antirachitique propre du phosphore.

Action de l'hypoglycémie sur l'électrocardiogramme du lapin. — MM. Costedoat et Aujaleu, pour préciser certains faits cliniques qu'ils avaient observés, ont recherché si l'hypoglycémie était capable de modifier la forme de l'électrocardiogramme du lapin.

Ils ont employé chez leurs 11 lapins tantôt l'insuline à dose élevée (50 à 100 unités), tantôt la phlorizine, tantôt le jeûne combiné à des injections d'adrénaline et dans certains cas à de l'insuline.

Seule, l'hypoglycémie provoquée par l'insuline s'est accompagnée de modifications électrocardiographiques (aplatissement ou au contraire exagération de l'onde T, ralentissement total du cœur).

L'action de la phlorizine sur le cœur du lapin. — MM. Costedoat, Debucquet et Aujaleu. Même sans jeûne préalable, la phlorizine abaisse d'une manière considérable le taux du glycogène du myocarde du lapin.

Parallèlement le glycogène musculaire s'effondre, mais le glycogène hépatique et la glycémie ne varient ni avec la même intensité ni parfois dans le même sens sous l'action de ce produit.

Chez aucun des trois lapins utilisés, la forme de l'électrocardiogramme ne fut altérée, bien que les taux du glycogène cardiaque fussent infimes.

Contribution à l'étude de l'hyperglycémie post-opératoire. — MM. J.-P. Lamare, M. Larget, F. Darnis et R. Lecoq. L'intervention chirurgicale est suivie de façon presque constante d'une hyperglycémie traduisant un trouble important du métabolisme des glucides. Les auteurs ont examiné systématiquement les modifications de la glycémie sur plus de 113 malades.

Ils en tirent les conclusions suivantes :

1. Il existe une relation étroite entre l'intensité des manifestations cliniques du shock opératoire et l'augmentation de la glycémie.
2. L'anesthésie générale est plus hyperglycémiante que l'anesthésie locale.
3. La glycémie apparaît d'autant plus élevée qu'elle était originellement plus basse et que la durée de l'opération est plus prolongée.
4. Une infection aiguë entraîne une hyperglycémie plus forte qu'une infection chronique.
5. Même sous anesthésie locale, une excitation du sympathique entraîne une hyperglycémie importante.
6. Il semble que l'hyperglycémie soit précisément due à un trouble du sympathique et qu'il y ait avantage à combattre sa manifestation par une injection préventive d'insuline.

Action de l'éphédrine gauche sur les chronaxies du cœur de la grenouille. — MM. A. van Bogaert et C. Veil. L'éphédrine gauche augmente la chronaxie longitudinale (myocardique) et transversale (gaskellienne) du cœur de la grenouille. Son affinité pour le tissu unitif du cœur est évidente ainsi qu'en rend compte l'action plus rapide et à des concentrations plus faibles de cet alcaloïde sur la chronaxie du faisceau de Gaskell que sur celle du myocarde. L'augmentation de la chronaxie est transitoire avec les solutions diluées ; le faisceau de Gaskell semble récupérer le dernier ses caractéristiques d'excitabilité.

Ainsi se retrouve dans les différents constituants du cœur ce que ces auteurs avaient déjà observé pour l'action de l'éphédrine sur le muscle rapide et sur le muscle lent, à savoir : l'affinité proportionnelle de cet alcaloïde au taux de la chronaxie tissulaire.

Action des substances ciro-graisseuses du bacille de Koch sur les jeunes cobayes nés de mères tuberculeuses. — MM. L. Nègre, J. Valtis et F. Van Deinse montrent que les injections sous-cutanées d'extrait acétonique de bacilles de Koch, pratiquées deux fois par semaine pendant deux à trois mois après la naissance, chez de jeunes cobayes nés de mères tuberculeuses, peuvent faire apparaître chez ces animaux des lésions ganglionnaires et des abcès contenant des bacilles de Koch. Ce n'est qu'à partir de leur troisième passage par le cobaye que ceux-ci deviennent facilement cultivables et qu'ils commencent à donner des lésions se généralisant aux organes. Les cobayes nés de mères tubercu-

leuses, non traités, et les cobayes sains qui avaient reçu les mêmes injections d'extraits acétoniques de bacilles de Koch étant restés indemnes, l'apparition des lésions constatées paraît bien due à l'influence activante que les substances ciro-graisseuses du bacille de Koch exercent sur les éléments filtrables à travers le placenta.

Mise en évidence « in vivo » du virus tuberculeux par les substances ciro-graisseuses du bacille de Koch. — M. J. Beerens montre que par la méthode d'injections répétées d'extrait acétonique de bacilles de Koch aux cobayes inoculés avec des produits (sang, liquide pleurétique) provenant de malades tuberculeux ou avec des filtrats de ces produits, il est possible de provoquer l'apparition de lésions contenant des bacilles tuberculeux caractéristiques, alors que l'ensemencement de ces mêmes produits sur un milieu sensible tel que celui de Löwenstein, et l'inoculation seule restent négatifs.

Les centres moteurs corticaux des cordes vocales. Etude chronaximétrique. — M. et Mme A. Chauchard et P. Dumont ont recherché sur l'écorce cérébrale du chien les points moteurs de l'adduction et de l'abduction des cordes vocales. En arrière du premier (centre de Krause) situé à la partie antéro-externe du gyrus précrucial, ils ont trouvé un point dont l'excitation provoque l'abduction des cordes. Le centre de l'adduction a une chronaxie de un dix-millième et demi à deux dix millièmes de seconde, celui de l'abduction, de trois dix millièmes. Le rapport de ces chronaxies, de 1 à 2 environ, est conforme à la règle générale des antagonistes chez les animaux qui n'ont pas été soumis à l'action des anesthésiques.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 8 AVRIL 1932)

Bronchopneumonie et vaccinothérapie directe. — M. Le Lorier communique l'observation d'une femme de 34 ans, atteinte de bronchopneumonie post-opératoire à foyers bilatéraux, avec azotémie forte (1 gr. 33). L'état de cette femme paraissant désespéré, l'auteur lui injecta le 20e jour par ponction à travers la paroi thoracique directement dans les foyers atteints repérés par l'auscultation, du vaccin polyvalent. Le résultat obtenu fut une transformation immédiate de l'état général de cette femme, qui s'achemina régulièrement vers la guérison, un peu retardée par un abcès du sein et une phlébite du membre inférieur. L'azotémie revint à un chiffre normal après 5 semaines.

M. Rosenthal rappelle que, depuis 20 ans, il préconise ce mode de traitement, qu'il a décrit sous le nom de « lardage du poumon ».

Inscription de la tension artérielle. — M. Barrieu présente le tonoscillographe, appareil permettant l'inscription de la courbe de la tension artérielle. L'étude de ces courbes montre que ce qu'on a appelé la tension moyenne n'est qu'un accident de la courbe et que l'hypertension moyenne solitaire n'existe pas.

Coexistence d'une grossesse utérine avec une grossesse tubaire. — M. Dartigues.

Vomissements et accidents sériques. — MM. Blechmann et A. Bohn.

A propos du dolichocôlon. — M. Cambies critique la définition donnée par le docteur Baumann dans sa récente communication sur le dolichocôlon, qui ne siège pas seulement sur le côlon gauche, mais *peut atteindre tous les segments du côlon.* M. Cambies présente les radiographies d'un cas intéressant de dolichocôlon transverse, sans dolichocôlon sigmoïde, passé inaperçu malgré cinq examens radiographiques par lavement ou repas opaque. Le diagnostic se fera surtout à l'aide du *repas opaque prolongé* (3 à 4 bouillies données avec un intervalle de 12 à 24 heures). Quant au traitement, les grands lavages ne donnent pas de résultat ; il est préférable d'utiliser les mucilages, l'huile de ricin ou le stilli-goutte rectal à l'eau de Châtel-Guyon, suivant la technique décrite par M. Cambies en 1918. Les applications de *diathermie abdominale* ou de *cataplasmes de boue* compléteront ce traitement.

(SÉANCE DU 23 AVRIL 1932)

A propos du néo-interventionnisme en matière de tuberculose chirurgicale. — M. Roederer pense qu'interventionnisme et non-interventionnisme sont cycliques en matière de tuberculose chirurgicale. Tous les dix ou quinze ans, on assiste à une nouvelle offensive opératoire. Elle s'épuise d'elle-même, parce que les résultats sont reconnus moins bons que ceux obtenus par les procédés de simple immobilisation. Les tuberculoses ostéo-articulaires ne sont pas une maladie purement locale. Elles guérissent avec du temps, de la patience, des soins hygiéniques et thérapeutiques au soleil de la mer ou de l'altitude. La radiographie ne montre pas tout. Elle peut laisser ignorer l'étendue d'une lésion et ne révèle pas, d'autre part, la virulence de l'agent pathogène. Bien entendu, ceci ne condamne pas la greffe d'Albee ou l'arthrodèse de hanche de la convalescence, l'enlèvement d'un séquestre ou le grattage d'une cavité superficielle ; l'auteur condamne seulement les grandes opérations précoces.

Ictus chez une chienne. — M. H. Legrand.

Sélection-type en immigration. — M. René Martial étudie la sélection-type en immigration, en prenant comme exemple les conditions de l'immigration tchécoslovaque en France et dans l'Afrique du Nord, et en s'appuyant sur les principes qu'il a posés dans son *Traité de l'immigration et de la greffe inter-raciale :* ethnographie, psychologie, littérature, histoire, préparation, sélection. Pour l'auteur, la sélection du peuple est plus importante que celle des individus, et la qualité doit l'emporter sur le nombre ; et le chômage industriel ne justifie pas le désintéressement actuel à l'égard de l'immigration, car nos villages, notre agriculture, nos forêts et nos sables ont besoin de main-d'œuvre.

Ostéotomie sous-trochantérienne « en console » dans les pseudarthroses du col du fémur. — M. André Treves.

Bacillurie tuberculeuse et tuberculose rénale. — MM. Le Fur et Lamiaud pensent que la bacillurie tuberculeuse, avec ou sans leucocytose et albuminurie, est toujours un phénomène pathologique et constitue une des premières manifestations de la tuberculose rénale. Pour eux, ce symptôme indiquerait nécessairement une rupture en un point du filtre rénal avec lésion minime de l'épithélium. En conséquence, le traitement médical et vaccinothérapique est indiqué en cas de bacillurie, tandis que la néphrectomie s'impose en cas de lésions caséeuses avec importante diminution de la fonction rénale ou complication de cystite.

Contribution à l'étude de la sonorité préhépatique chronique. — MM. Ch. Guilbert et Tardieu font connaître trois nouveaux cas de sonorité préhépatique symptomatique de périviscérite du carrefour supérieur, dans lesquels la réalité

de la péricolite adhésive fut démontrée au cours de l'intervention chirurgicale. Dans deux de ces cas, l'angle droit du côlon responsable de la sonorité préhépatique était maintenu adhérent sous la face inférieure du foie et en arrière du bord antérieur (péricolite angulaire postérieure). Pour distinguer les cas d'intervention hépato-diaphragmatique vraie de ceux qui relèvent de la péricolite sous-hépatique postérieure, le cliché radiographique pris de face serait insuffisant et le cliché de profil est indispensable.

A propos de la radiothérapie des fibromes utérins. — M. Pierre LEHMANN signale l'économie, même de temps, qui résulterait du traitement des fibromes par la radiothérapie semi-pénétrante, une ou deux séries d'application de deux heures et demie ou trois heures suffisant, d'après lui, à provoquer la ménopause. Les résultats de la radiothérapie semi-profonde ont été constants dans 1.600 cas ; mais l'auteur précise qu'on doit réserver l'emploi des rayons aux fibromes dont le diagnostic est certain, et penser toujours à la possibilité d'une erreur de diagnostic.

(SÉANCE DU 13 MAI 1932)

Remarques sur la mastication et l'action dynamogénique locale des aliments. — M. L. PRON expose les deux points suivants : 1° la mastication prolongée entraînant, de façon constante, une augmentation de sécrétion gastrique, celle-ci doit être déconseillée aux hyperchlorhydriques qui doivent prendre une nourriture demi-solide, ne demandant qu'une mastication rapide et un travail mécanique réduit à l'estomac.

2° Les aliments, outre leur action sur la sécrétion et la sensibilité, exercent sur la musculeuse gastrique et surtout sur le plexus solaire une action d'ordre physico-dynamique. Cette action stimulante est maxima avec la viande grillée, moyenne avec le poisson, légère avec les purées de légumes, nulle avec le lait.

Le travail des infirmes. — M. Carle RŒDERER, rappelant les résultats du Congrès de La Haye, l'an dernier, montre l'avance prise sur ce point par les Pays scandinaves, évoque les belles fondations pour les enfants sans bras à Berlin et à Milan, et signale les très heureux résultats donnés, en France, par l'Asile Stéphanie et la Fondation Franco-Américaine de Berck, pour les enfants infirmes. En Suisse, dans le Sanatorium-Manufacture de Rollier, à Leysin, le travail est considéré comme un appoint économique, une distraction, mais aussi comme une thérapeutique. Il est à souhaiter que la France entre plus généreusement dans cette voie, et qu'aussi bien l'initiative individuelle soit renforcée par des mesures législatives.

Le lipiodo-diagnostic utérin en pratique gynécologique courante. — MM. J. MARTIN et J. SURMONT présentent une suite de clichés, et insistent sur l'utilité du lipiodo-diagnostic utérin, non seulement dans la stérilité féminine, mais encore dans l'étude de la cavité utérine : malformations congénitales ou acquises, métrorrhagies, dysménorrhées, tumeurs pelviennes.

Les spasmes artériels rétiniens en pathologie générale. — M. Jean GALLOIS expose que le spasme artériel brutal se traduit par une perte de vision subite et plus ou moins totale ; il appelle une thérapeutique d'extrême urgence dans les six premières heures. Le spasme atténué donne des éclipses visuelles, discrètes, des sensations de brouillard passager : il a une très grande importance pronostique générale. L'un et l'autre traduisent toujours une maladie organique, telle que lésion artérielle locale, hypertension artérielle, glaucome au début.

Quelques observations de radiumthérapie du cancer de l'œsophage. — M. GUISEZ.

Valeur thérapeutique d'une simple piqûre d'aiguille dans le traitement des arthrites traumatiques et rhumatismales. — M. P. FERREYROLLES rappelle que la peau n'est pas seulement un revêtement protecteur, une barrière entre le monde extérieur et les tissus, elle est bien plus que cela. Par une action simple et directe sur elle, on peut soulager la douleur et guérir. Exposant quelques-uns des résultats qu'il a obtenus par la thérapeutique millénaire chinoise de l'acupuncture, M. Ferreyrolles décrit une méthode de traitement des arthrites traumatiques et rhumatismales. Par une simple piqûre d'aiguille, en des points donnés pour une articulation donnée, il obtient la mobilisation instantanée et sans douleur de l'articulation malade, en même temps que la récupération fonctionnelle du membre, chaque fois qu'il n'existe pas d'anomalie radiologique apparente.

Phlébectasies nécessitant des techniques thérapeutiques spéciales. — M. FILDERMAN.

Epithélioma métastasique du maxillaire inférieur d'origine rénale. — M. DECHAUME.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1932)

Un cas de septico-pyohémie à streptocoques, à localisations multiples chez un enfant de deux ans et demi. — M. DELEZENNE. Pas d'antécédents personnels. Otite suppurée : puis éruption varicelliforme extrêmement abondante, à liquide séro-purulent, contenant du streptocoque. Volumineux abcès, au niveau du coude gauche, du mollet gauche et de la fesse gauche, incisés dès l'entrée à l'hôpital ; pus à streptocoques. Mort rapide.

L'auteur insiste sur la gravité des septicémies à streptocoques et sur l'abondance de l'éruption constatée sur le corps de l'enfant.

Des hématuries graves dans l'adénome prostatique. — M. LANGRAND. Homme de 72 ans, souffrant depuis six ans d'hématuries d'origine prostatique ; avait refusé primitivement toute intervention ; revient consulter en raison de l'abondance des pertes sanguines. Malgré une mauvaise constante d'Ambard, on se trouve acculé à l'intervention : après transfusion de 300 cc. de sang, ablation de la prostate. L'hémorragie s'arrête, mais, au bout d'une semaine, le malade est emporté par des complications rénales.

L'auteur insiste sur la fréquence relative (6 %) des hémorragies dans les adénomes prostatiques, — sur les difficultés d'un diagnostic précis, — enfin, sur la nécessité d'une prompte intervention radicale, seule capable d'arrêter l'hématurie.

Un cas de calcul de la glande sous-maxillaire. — M. DEFRENNE.

(SÉANCE DU 1er MARS 1932)

Neuro-chirurgie (*présentation de sept opérés guéris*). — M. DEREUX.

Un cas de laryngite à fausses membranes, d'origine pneumococcique. — MM. DEHERRIPON et CALLENS.

Un cas d'hydrosalpinx diagnostiqué par la salpingographie. — MM. COURTY et LEDIEU.

Le shock post-partum. — M. Besson. Il existe dans le post-partum immédiat, en dehors de toute cause traumatique ou pathologique pouvant cliniquement en donner une explication légitime, un syndrome clinique caractérisé par un état de shock, le plus souvent grave, et pouvant même entraîner une terminaison fatale.

L'auteur ajoute, aux cinq cas personnels publiés en 1927, six nouveaux cas, qui portent à onze le total des cas observés.

Ce syndrome, trop peu connu, éclate en général dans l'heure qui suit la délivrance « comme un coup de tonnerre dans un ciel serein ». En un temps très court, les symptômes lipothymiques, l'anxiété, la disparition du pouls, la perte de connaissance se succèdent avec une impressionnante rapidité.

Le pronostic, très réservé, dépend surtout d'un diagnostic précoce avec l'hémorragie interne et la rupture utérine.

La pathogénie semble bien avoir pour base essentielle l'état psychasthénique antérieur de l'accouchée.

Le traitement consiste surtout dans le réchauffement, l'adrénaline, le sparto-camphre et les injections de sérum physiologique, en s'abstenant de bouger la malade sous aucun prétexte.

Le mercure en thérapeutique hépatologique. — MM. G. Parturier et Ch. Legrain.

Syndrome douloureux sous-hépatique chez l'enfant, traité par l'hydrargyre sous forme de suppositoires. — MM. G. Parturier et Leclair.

(séance du 15 mars 1932)

Méningite streptococcique, d'origine traumatique. — MM. Camelot et Ledieu.

A propos d'un cas de maladie de Reclus. — M. Courty et Mlle Senellart. Femme de 42 ans, présentant de grosses nodosités, dures et indolores, du sein droit ; lésions identiques, mais moins volumineuses, de l'autre sein. Ablation des deux glandes. L'examen anatomo-pathologique montre une mammite scléreuse, avec dilatations hydrosadénoïdes, sans prolifération adénomateuse.

A l'occasion de ce cas, les auteurs font une étude d'ensemble de la *maladie de Reclus*. Ils préconisent le traitement médical, tout en estimant l'opération nécessaire, lorsque le volume des seins est par trop considérable et surtout lorsque le moindre indice peut faire redouter une transformation cancéreuse.

Luxation récidivante de la mâchoire, traitée par l'ablation des ménisques. — MM. Camelot et Vincent.

Sur le cancer du goudron. — MM. P. David et Brassart.

Résultats thérapeutiques obtenus par l'irradiation des régions surrénales dans l'ostéoporose douloureuse post-traumatique. — MM. Desplats et Dupas. Deux observations, avec multiples radiographies à l'appui, montrent un processus non douteux d'ossification, succédant à une amélioration fonctionnelle immédiate. La radiothérapie des régions surrénales, à doses moyennes, peut être mise en parallèle avec la chirurgie sympathique dans les ostéoporoses douloureuses.

Les auteurs rattachent cette constatation à leurs communications antérieures sur la même méthode thérapeutique, employée dans la *claudication intermittente*, les *gangrènes artéritiques* et certaines formes de *diabète*. La radiothérapie agit dans ces cas, en provoquant la vasodilatation ; mais elle peut également donner de la vasoconstriction chez les vasodilatés et son emploi se justifie chez les ostéoporotiques, au même titre que la sympathectomie de Leriche et Fontaine.

(séance du 12 avril 1932)

Cataracte traumatique insoupçonnée (*avec présentation de malade*). — M. L. Lescaux.

Sur les teignes microsporiques rares (*présentation de photographies et de cultures*). — MM. L. Danel et P. David.

Occlusion intestinale consécutive à une contusion abdominale (*observation clinique et autopsie*). — M. Diesbecq (de Jeumont).

Faut-il, quand on a ouvert d'urgence un abcès appendiculaire, enlever l'appendice dans une seconde opération ? — M. Lepoutre rappelle la nécessité absolue de cette extirpation de l'appendice.

Chez un malade à qui un abcès avait été ouvert et qui avait repris ses occupations actives, l'appendice enlevé deux mois après la première intervention, contenait une grande quantité de pus : de nouveaux accidents étaient sur le point d'éclater, si l'on n'y avait mis bon ordre.

Trois cas d'affections pleuro-pulmonaires chez l'enfant, se manifestant par un syndrome d'appendicite aiguë. — MM. Billet, Delnatte, Delezenne et Ledieu signalent d'abord la coexistence possible d'une pneumonie avec une appendicite. Ils insistent principalement sur la valeur du signe décrit par Jacob pour affirmer l'existence d'une appendicite : le cri de douleur du péritoine, lorsqu'on explore la fosse iliaque gauche. L'absence de ce signe doit faire rejeter le diagnostic d'appendicite.

(séance du 26 avril 1932)

Trois cas de prurigo-asthme héréditaire et leur traitement. — M. Boucher.

Maladie de Nicolas Favre, *observée avant l'établissement des poradénites. (Présentation de coupes histologiques)*. — MM. Danel et P. David.

Perforation gastrique à symptomatologie atténuée. — M. Coulombier (de Saint-Pair-sur-Mer).

Septico-pyohémie à streptocoques, traitée et guérie par l'action combinée de l'immuno-transfusion et du sérum antistreptococcique de Vincent. — MM. Bernard et Godin.

Sclérodermie généralisée avec mélanodermie. — MM. Dereux et Delobelle.

Luxation dorsale incomplète du scaphoïde tarsien. (*Présentation de radiographies.*) — M. Thirion (de Saint-Dié).

(séance du 10 mai 1932)

Gliome tempora-occipital profond (*Présentation de pièce.*) — MM. Langeron et Cordonnier.

Comparaison radiologique et anatomique d'une image de sténose de l'antre pylorique et d'une tumeur linitique de cette région (*Présentation de radiographie et de pièce.*) — MM. Langeron, Desplats et Cordonnier.

Calcification pleurale simulant une pleurésie enkystée ; abcès du poumon sous-jacent fistulisé. Vérification anatomique. — M. D'Hour.

Un cas de diverticule de la vessie. (*Présentation de radiographies.*) — M. Lepoutre.

Cellulite gangréneuse du cou, due à une carie latente de la dent de sagesse. — M. Lavrand.

LIVRES NOUVEAUX

Grandeur et servitude médicales (1), par GIL ROBIN.

Quelle profession l'emporte sur la nôtre ? Aucune, assurément. Ne comporte-t-elle pas, outre les notions techniques nécessaires, un judicieux emploi des plus rares vertus : la foi du confesseur et de l'apôtre, le courage du soldat, une bonté agissante, une ingénieuse patience ? Quoi encore ? Le goût de la divination. Beaucoup de diplomatie. L'amour de la souffrance. Le plus haut sentiment du devoir, qui consiste à « servir, et non point par occasion, dans d'éclatantes remarques, mais tous les jours, à toute heure, humblement et avec simplicité ». La médecine considérée, non comme quelque vil négoce, mais comme un sacerdoce.

Ce sont ces mérites que loue, dans son nouvel et charmant ouvrage, M. Gil Robin. Une *introduction* où sont passés en revue les divers types de médecins, des plus grands aux plus humbles. Un petit nombre de nouvelles, mais toutes heureusement choisies : *Un baptême, une naissance* ; le *Chirurgien* (lire : le *Neuro-chirurgien*) ; le *Badaud du cœur humain*, simple histoire d'un de ces praticiens comme nous en connaissons tous, qui se tuent à la tâche, rarement payés, plus rarement encore remerciés, satisfaits d'eux-mêmes et des autres quand ils ont pu sauver une existence, soulager une misère. La *Novice italienne* et *Au-dessus de la terre* sont relatives, l'une et l'autre, à ces affections mentales dans l'étude desquelles excelle Gil Robin. Chez l'une, épisode confusionnel faisant, au début, craindre une démence précoce ; chez l'autre, anomalies du caractère condamnant l'héroïne à une vie étrange. Comment définir cette femme, d'ailleurs exquise ? Une incomprise ? Une artiste ? Une inadaptée ? Peut-être, tout simplement, une amoureuse qui s'ignore.

Sèche analyse qui ne saurait, en aucune manière, dispenser de lire ce livre, où l'auteur a déployé les plus brillantes qualités. Un art très personnel : de cet art « qui sait effacer ses traces ». Une vision aiguë, des notations brèves, qui font image. Et, surtout, une extrême délicatesse de touche. Avec lui, pas de cette symétrie qui ne laisse rien à l'imprévu, pas de divisions trop apparentes, pas de constructions denses, massives, compactes. « Peu de couleurs, rien que des nuances ». Une science consommée des demi-teintes et du clair-obscur. Une part considérable laissée à la collaboration du lecteur. Comment, en lisant *Grandeur et servitude médicales*, ne point évoquer les nouvelles de Rudyard Kipling, qui doivent tant de leur charme au mystère qui les enveloppe ? Comment ne point se remémorer cet écrivain qui a su « donner à la prose des inflexions, des contours, des inattendus d'expression, des finesses et des souplesses » ? Comment ne pas être reconnaissant au subtil *peseur d'âmes* qu'est M. Gil Robin de savoir, si joliment, jongler avec le subconscient ?

L. BABONNEIX.

La Guerre des Vénètes. Poème épique héroïco-comique (2), par H.-J. LAËNNEC, publié par le Dr P. Busquet, bibliothécaire de l'Académie de médecine.

Les cérémonies qui se sont déroulées en France à l'occasion du centenaire de Laënnec ont fait mieux connaître la personnalité curieuse du maître.

Mais imaginait-on que l'auteur de « l'Auscultation médiate » était aussi celui d'un poème épique héroï-comique, pamphlet peu connu, dont le manuscrit avait longtemps disparu et qui est publié ici pour la première fois ?

En janvier 1800, l'insurrection devenant générale en Bretagne, Bonaparte ordonna la levée d'une armée de 60.000 hommes dont Brune prit le commandement. On organisa à Nantes, une colonne expéditionnaire pour débloquer Vannes qui était encerclée par les Chouans. Laënnec, sur sa demande, reçut une commission provisoire d'officier de santé de 3e classe et séjourna à Redon et à Vannes. C'est là qu'il recueillit un certain nombre d'observations médicales qu'il utilisa plus tard dans ses ouvrages et qu'il composa cette sorte de pamphlet-poème qu'on appelle *La Guerre des Vénètes*. Le manuscrit a été retrouvé par Rouxeau et est actuellement déposé au Musée Laënnec, à Nantes.

L. G.

(1) In-18 de 247 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Flammarion.
(2) In-8 de 76 pages. Les Inédits des maîtres de la médecine. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

Ernest Chambon (1836-1910) (1), par le Dr André FASQUELLE. Préface du Dr ROUX, directeur de l'Institut Pasteur.

Depuis la découverte de Jenner (1796), la vaccination contre la variole s'effectuait de bras à bras ; le grave danger de la méthode était l'inoculation accidentelle de la syphilis.

En 1864, de nombreux cas de syphilis vaccinale furent constatés ; la question fut portée devant l'Académie de médecine par Depaul : on cherchait à éviter cette terrible complication de la vaccine qui faillit compromettre l'œuvre immortelle de Jenner. On craignait, en effet, que la syphilis vaccinale ne fasse obstacle aux vaccinations et qu'ainsi libre cours soit laissé à la marche croissante de la variole.

C'est ce que comprit Chambon, un jeune étudiant en médecine de troisième année, à l'esprit hardi, ouvert aux idées nouvelles ; il apprit qu'à Naples était pratiquée, depuis 1804, la vaccine animale ; la lymphe vaccinale au lieu d'être recueillie sur l'homme était prélevée directement sur la génisse. Chambon délégua à Naples son ami le Dr Lanois avec mission de ramener à Paris une génisse vaccinifère et se dévoua, dès lors, à la propagation de la vaccine animale.

Ce sont les mémoires d'Ernest Chambon que vient pieusement de publier le Dr Fasquelle, son élève, et, ultérieurement, son successeur après le Dr Saint-Yves Ménard. Chambon y narre lui-même les diverses étapes de sa carrière, au cours de laquelle il fonda l'Institut de Vaccine de la rue Ballu, introduisit la vaccine animale dans les hôpitaux de Paris, et réussit à diffuser la nouvelle méthode dans toute la France, à l'étranger, jusqu'en Amérique même.

Chambon était alors célèbre à Paris sous le nom de « l'homme à la vache » ; il était ainsi nommé, nous dit le Dr Roux, parce qu'il amenait avec lui la génisse vaccinifère dont la présence était une attraction qui fut pour beaucoup dans la diffusion de la nouvelle méthode.

« Ernest Chambon a rendu un grand service à son pays; grâce à la vaccine animale on peut maintenir toute une population en état réfractaire à la variole ; sans elle l'application de la loi sur la vaccination obligatoire serait impossible. »

On ne saurait mieux résumer les mérites d'Ernest Chambon que par ces quelques mots extraits de la belle préface du Dr Roux, directeur de l'Institut Pasteur, à l'ouvrage du Dr André Fasquelle.

L. G.

(1) In-8 petit jésus de 110 pages avec 9 figures. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 66. — MERCREDI 17 AOUT 1932. 105e ANNÉE. MERCREDI 17 AOUT 1932. — N° 66.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Une place d'oto-rhino-laryngologiste adjoint à l'hôpital-hospice des Enfants est mise au concours.

Les épreuves commenceront le mardi 8 novembre 1932, à 8 h. du matin.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, cours d'Albret, 91.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Année scolaire 1932-1933.* — Examens. — *Avis très important.* — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de fin d'année ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

1° Ancien régime d'études. — Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 h., les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 3 octobre 1932.

La limite des consignations pour ces examens est fixée au mardi 30 mai 1933.

2° Nouveau régime d'études. — *Session d'octobre 1932.* — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1932, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1932, sont informés que les épreuves pratiques et orales des 1er, 2e, 3e, 4e et 5e examens de fin d'année auront lieu à partir du 17 octobre 1932 (consulter en octobre les affiches manuscrites).

Les consignations préalables seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichets nos 2 et 3), les lundi 3 et mardi 4 octobre 1932, de midi à 15 heures.

Session ordinaire 1932-1933. — MM. les étudiants doivent consigner pour l'examen de fin d'année du 4 au 19 janvier 1933.

Les candidats, soit boursiers ou exonérés, soit en instance de bourse ou d'exonération, doivent obligatoirement se présenter au secrétariat en même temps que leurs camarades afin de se faire mettre en série pour l'examen de fin d'année.

Toute consignation ou inscription en vue d'un examen peut être faite, soit par correspondance, soit par une tierce personne.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundi et mardi, à chacun des trois examens de clinique, dans l'ordre choisi par eux, du 3 octobre 1932 au 30 mai 1933.

3 Thèse. — Les consignations pour la thèse seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 h., les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 3 octobre 1932.

La date-limite de consignation en vue de la soutenance de la thèse est fixée au 20 juin 1933.

N. B. — Les candidats doivent présenter leur carte d'immatriculation munie d'une photographie aux guichets nos 2 et 3, chaque fois qu'ils consignent pour un examen.

GUERRE. — Service de santé. (Armée active.) — Par décision du 26 juillet 1932, les médecins de l'armée active dont les noms suivent sont nommés professeurs agrégés au Val-de-Grâce et reçoivent les affectations suivantes avec la mention « service » :

Section de médecine. — M. le médecin commandant Lassale est affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, Paris (chaire de neuro-psychiâtrie, médecine

légale, législation, administration et Service de santé militaire, déontologie).

M. le médecin capitaine Andrieu est affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, Paris (chaire des maladies et épidémies des armées et de bactériologie).

Section de chirurgie. — M. le médecin capitaine Sarroste est affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire (chaire de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale).

Ces officiers rejoindront leur nouvelle affectation le 3 novembre 1932.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DU RHUMATISME. — Ce Congrès sera tenu à Paris, du jeudi 13 octobre au samedi 15 octobre 1932, sous la présidence du professeur F. Bezançon.

Organisé sous l'égide de la Ligue internationale contre le rhumatisme, dont le siège est à Amsterdam, et dont le secrétaire est le docteur J. van Breemen, ce Congrès devait primitivement se tenir à Rome; ce premier projet n'ayant pu être réalisé, le Comité international de la Ligue a récemment demandé à la section française de vouloir bien assumer l'organisation de ce Congrès et en a fixé la date à la suite du XXIIe Congrès français de médecine, qui doit se tenir à Paris du 10 au 13 octobre 1932, sous la présidence du professeur F. Bezançon.

PROGRAMME DES TRAVAUX. — Trois questions seront l'objet des travaux du Congrès :

1° *Les symptômes initiaux du rhumatisme chronique*;

2° *Rhumatisme et tuberculose*;

3° *Rhumatisme et profession.*

Les séances auront lieu le matin de 9 h. 30 à midi; l'après-midi de 3 à 6 h.

Jeudi 13 octobre 1932, à 9 h. 30, séance d'ouverture au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Rapports et communications sur la première question : « Les symptômes initiaux du rhumatisme chronique. »

L'après-midi, à 3 h., au grand amphithéâtre de la Faculté : Présentation de photographies et radiographies.

Vendredi 14, à 9 h. 30, à l'hôpital Saint-Antoine (services du professeur F. Bezançon et de M. Mathieu-Pierre Weil) : Présentation de malades à l'amphithéâtre de la clinique.

L'après-midi, à 3 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine : Rapports et communications sur la deuxième question « Rhumatisme et tuberculose ».

Samedi 15, à 9 h. 30, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine : Rapports et communications sur la troisième question « Rhumatisme et profession ».

L'après-midi, à 3 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine : Communications diverses.

RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS. — Les conditions de participation au Congrès sont fixées comme suit :

Membre adhérent : 200 fr. français.

Cette cotisation est réduite à 100 fr. pour les membres de la Ligue française contre le rhumatisme et pour les membres du XXIIe Congrès français de médecine qui le précédera immédiatement (Paris, 10-12 octobre 1932), et à 50 fr. pour les étudiants en médecine. Secrétaire général : M. Mathieu-Pierre Weil, 60, rue de Londres, à Paris.

JOURNÉES MÉDICALES D'ÉVIAN (septembre 1933) ET « PRIX CHIAIS ». — 1° La Société médicale d'Evian fait savoir que pour la seconde fois des Journées médicales auront lieu dans cette station au mois de septembre 1933. Ces Journées médicales seront présidées par M. le professeur Lemierre et seront consacrées à l'étude de « l'insuffisance rénale ».

2° A cette occasion, la Société anonyme des eaux minérales d'Evian-les-Bains, pour honorer la mémoire du grand hydrologue Chiaïs, a décidé de décerner un prix international de 10.000 fr. au meilleur travail original sur le sujet suivant : « Valeur séméiologique des épreuves de diurèse provoquée. »

Les manuscrits, anonymes, devront être déposés au siège social de la Société des eaux minérales-d'Evian-les-Bains, 21, rue de Londres, à Paris (IXe) au plus tard le 15 mai 1933; ils devront être rédigés en français.

Pour tous renseignements concernant les conditions du concours et la composition du jury, prière de s'adresser à la Société des eaux d'Evian, à Paris, 21, rue de Londres.

PRATIQUE MÉDICALE

TUBERCULOSE ET CHOLINE (1)

Par M. le docteur J.-M. SACAZE.

On a beaucoup écrit sur le traitement de la tuberculose, dans ces dernières années, et nombreux ont été les médicaments proposés ; parmi ceux qui ont une grande notoriété auprès du Corps médical, il faut citer surtout le thiocol, qui, sous forme de Sirop « Roche », réussit merveilleusement dans tous les cas où la médication antitoxique est recommandée. Mais il est bon quelquefois de compléter le traitement thiocolé par une thérapeutique plus directement active, et c'est dans ce but que l'on a proposé les injections de chlorhydrate de choline. L'auteur a utilisé la Choline « Roche » et il a constaté qu'au bout d'une série d'injections d'un centimètre cube faites tous les deux jours, on notait le retour de la température à la normale, le relèvement rapide de l'état général, la reprise de l'appétit et du sommeil et une augmentation rapide du poids. Cette médication est d'une innocuité absolue, d'après tous les cliniciens qui l'ont expérimentée, et elle présente une action favorable dans tous les cas de tuberculose, quels que soient la forme et le degré de la maladie. Certes, il ne faut pas compter, avec cette médication, guérir des lésions avancées, et il faut bien savoir que les malades bénéficieront d'autant plus du traitement qu'il sera appliqué plus tôt, c'est-à-dire dans les pré-tuberculoses, l'asthénie, l'amaigrissement, les adénopathies trachéo-bronchiques, etc., et même on s'en trouvera bien dans toutes les tuberculoses osseuses, uro-génitales et cutanées. La choline, étant atoxique, peut aussi bien être employée chez les adultes que chez les vieillards et les enfants. Les injections sont indolores et admirablement supportées.

(1) *Concours méd.*, Paris, 29 mars 1931, n° 13.


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 3 cuillerées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Sirop
ÉCHANTILLONS : J.B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta - Edit.

SUR LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Par M. le professeur LÉON IMBERT,
Doyen de la Faculté de médecine de Marseille.

De toutes parts on s'intéresse à la réforme des études médicales ; il faut s'en réjouir : c'est une preuve des progrès si rapides et si profonds de la Médecine moderne.

Je laisserai de côté ici les points secondaires ou ceux qui concernent seulement la préparation aux études médicales. Je supposerai acquise une réforme sur laquelle l'accord semble fait dès maintenant : la nécessité d'ajouter une sixième année à la durée normale des études ; et je me limiterai en somme aux trois éléments essentiels du projet qui a été déjà discuté dans les assemblées universitaires et aussi dans les syndicats, et qui a été surtout préparé par les travaux du professeur Roussy.

1° Organisation d'une sorte d'Internat obligatoire pour tous les élèves de 6e année ;

2° Etablissement d'un programme d'Etudes pour cette 6e année, se combinant ou non avec l'Internat obligatoire, suivant que celui-ci sera accepté ou non ;

3° Organisation d'Enseignements spéciaux destinés à former des spécialistes, étant entendu que ces derniers devront posséder d'abord toute la culture médicale générale.

1° Organisation de l'Internat obligatoire en 6e année. — Je crois que la supériorité unanimement reconnue du corps médical français tient à deux raisons principales : obligation d'une forte culture classique d'une part, régime de l'Internat et de l'Externat suivi par une forte minorité d'étudiants d'autre part. Il est bien certain que si l'on pouvait organiser pour tous nos élèves une année d'Internat, un grand progrès serait réalisé. Toute la question est de savoir si cette organisation est possible.

Je note d'abord que l'Université a toujours ignoré l'Internat ; celui-ci s'est développé suivant les besoins des organisations hospitalières ; chacune d'elles reste maîtresse non seulement de son recrutement, mais de son règlement. Toutes les difficultés que nous allons rencontrer découlent de ce point de départ.

Qu'est-ce qu'être Interne ? 1° C'est avoir un ensemble de malades à soigner, sous la direction de médecins expérimentés, mais avec une certaine indépendance ;

2° C'est aussi répondre aux questions d'urgence que peut poser la garde, même dans les petites villes.

Est-il possible d'imposer ce double et bienfaisant travail à tous les élèves de 6e année ? Je ne le crois pas. Même en s'adressant aux grandes villes d'Ecoles, une Faculté ne pourra réaliser cet idéal, pour les raisons suivantes :

1) Remarquons d'abord que ce néo-internat ne peut s'adresser qu'aux futurs omni-praticiens ; presque toujours, les futurs spécialistes trouveront plus de ressources cliniques dans les Villes de Facultés. Les omni-praticiens eux-mêmes, s'ils veulent approfondir une ou plusieurs spécialités, se trouveront dans le même cas et devront passer leur 6e année près de la Faculté.

2) Si l'on envoie ainsi des étudiants de 6e année, soit dans un hôpital universitaire, soit dans une autre ville, qui assurera leur culture médicale ? Car voir des malades n'est pas tout. Peut-on supposer que des médecins non universitaires s'astreindront à ce travail ? Il y en aura certes, il y en a ; mais je crains bien que la plupart ne marquent une funeste indifférence à ce sujet. Que fera dès lors l'étudiant de 6e année de son année d'Internat ?

3) Même la surveillance disciplinaire sera difficile; et je crains que les administrations hospitalières n'aient fort à faire sur ce terrain, où elles refuseront souvent de s'engager. La surveillance de ces étudiants arrivant à la fin de leurs Etudes ne me paraît réalisable qu'à côté de la Faculté ou de l'Ecole.

4) Comment seront données les inscriptions, cependant nécessaires au contrôle de la Faculté ? Assurément par les médecins des Hôpitaux qui auront été chargés de l'Enseignement ; mais la valeur des certificats qu'ils donneront sera très inégale, pratiquement incontrôlable. Ces difficultés de forme ne seront pas négligeables, ou si on les néglige, l'Etudiant a bien des chances de perdre son temps.

5) Il y aura aussi les difficultés pratiques de la vie : les Etudiants de 6e année, obligés de quitter la Ville de Faculté pour en habiter une autre n'y vivront pas commodément : difficulté secondaire sans doute, mais qu'on ne peut négliger. L'hôpital consentira-t-il à les nourrir ? à les loger ? Ce serait le mieux et cela permettrait aux Elèves de mener la vraie vie d'Interne. Mais les hôpitaux accepteront-ils ces charges pour des jeunes gens qui ne leur rendront aucun service puisqu'ils possèdent déjà leur personnel normal ?

6) Je reconnais que bien des hôpitaux ont besoin d'Internes, et ne peuvent pas en avoir. Mais ces internes d'un an, imposés par l'Instruction Publique, ne leur diront rien qui vaille ; et sans doute les Administrations hospitalières ne leur marqueront-elles pas la confiance qu'elles accordent au personnel qu'elles choisissent elles-mêmes.

Pense-t-on vraiment que, en envoyant 50 étudiants parisiens à Dijon, on en fera 50 Internes ? Assurément non. Les Internes ne s'instruisent que s'ils sont proportionnés au nombre des malades ; si les néo-internes sont trop nombreux dans un hôpital, ils n'y feront rien de bon.

7) Enfin, dernière observation essentielle : l'institution de l'Internat ne fait bon ménage avec l'Université que pour les raisons suivantes :

D'une part, les hôpitaux y trouvent un corps de jeunes médecins choisis parmi les meilleurs de leur génération, auxquels ils ne donnent qu'un maigre traitement parce que n'ayant pas le droit d'exercer légalement la médecine, une longue tradition, une tradition seulement, leur donne la faculté de l'exercer illégalement dans l'enceinte de l'hôpital.

D'autre part, l'Université chargée de former des médecins — n'oublions pas que c'est son devoir le plus certain — n'ignore pas que l'Internat est une

Ecole clinique de premier ordre. Université et Hôpitaux se disputent parfois ; mais les difficultés s'effacent toujours parce que les avantages de cette Institution sont évidents pour tous. L'attelage marche aussi bien que possible. Mais si on veut généraliser le système, je ne crois pas que l'on puisse y arriver sans le prendre à l'origine et sans créer une entente formelle entre l'Instruction publique d'une part, la Santé publique de l'autre. Encore ne faut-il pas oublier que les hôpitaux sont presque partout autonomes.

Pour me résumer, je crois que l'Internat obligatoire est une réforme désirable et qu'on doit l'étudier ; elle est certainement d'une réalisation fort difficile. Mais si, au lieu d'en faire une règle étendue à tous, on voulait se borner à une simple amélioration de l'état actuel, on pourrait, je crois, y trouver facilement un grand profit :

On peut d'abord créer les gardes d'externe, là où elles n'existent pas ; c'était le cas à Paris de mon temps : j'ignore ce qui s'y fait actuellement. Mais si tous les Externes étaient assujettis aux gardes, le nombre des étudiants susceptibles de bénéficier de cet état de choses serait dès maintenant triplé ou quadruplé. Ce ne serait pas l'idéal, mais ce serait un progrès.

A remarquer aussi que l'Université, qui ne peut pas ignorer entièrement les Hôpitaux de Facultés ou d'Ecoles, se désintéresse absolument des autres. Dans la région marseillaise, des Villes de premier ordre comme Toulon, Nice, qui possèdent un corps médical parfaitement qualifié, n'arrivent pas sans peine à recruter leurs Internes ; qu'on leur facilite ce recrutement par un accord qui donnerait des avantages aux deux parties ; ce ne serait pas difficile, et ce serait très profitable à un nombre important de jeunes médecins.

Organisation dans tous les hôpitaux Universitaires de gardes d'Externe, entente avec les hôpitaux de grandes Villes pour leur faciliter le recrutement de leurs Internes, augmentation du nombre d'Internes dans une sage mesure pour les hôpitaux de Villes Universitaires, tels sont à mon avis, pour le moment du moins, les seuls moyens pratiques de se rapprocher de l'idéal : l'Internat obligatoire pour tous.

Pour les Etudiants qui pourraient en bénéficier, comme internes de Villes non Universitaires, la question serait résolue : ils devraient évidemment renoncer à compléter en 6e année leurs études théoriques, leurs études de laboratoire et même leurs études de spécialités. L'Internat compenserait toutes ces pertes et il n'y aurait rien à regretter puisque leur culture clinique générale tirerait le plus grand profit de cette situation.

2° **Etablissement d'un programme d'études pour la 6e année.** — Il est entendu que ceux qui seront Internes en dehors d'une ville de Faculté n'acquerront en cette 6e année qu'une culture clinique. Mais pour ceux qui resteront près de la Faculté, un complément d'instruction est hautement désirable ; et par ailleurs chacun sait bien qu'un service d'Interne actif n'est nullement inconciliable avec les études théoriques et de laboratoire.

Je suis sur ce point d'un avis formel : pourquoi désirons-nous une 6e année ? Parce qu'elle est nécessaire pour perfectionner les Etudes. Celles-ci doivent donc être terminées à la fin de la 5e année, suivant la méthode actuelle. Théoriquement l'étudiant a tout vu : médecine, chirurgie et spécialités. Comment le perfectionner ? Comment utiliser au mieux les trois trimestres terminaux ?

Veuillez remarquer que dès maintenant des faveurs sont accordées aux Internes dans les conditions indiquées plus haut : un Etudiant de 6e année qui occupera un poste d'Interne, de vrai Interne dans une Ville importante non universitaire, sera considéré comme ayant satisfait à toutes les exigences. Cela ne l'empêchera pas, bien entendu, de subir ses examens de clinique et sa thèse à la fin de la 6e année, comme tous les autres candidats.

L'enseignement panoramique de toute la Médecine étant terminé, comme je l'ai dit, à la fin de la 5e année, comment le perfectionner ? Il me paraît ici de toute évidence que cet Etudiant, qui va être médecin dans un an, qui a peut-être déjà choisi son poste, doit bénéficier d'une certaine liberté d'allures. Les trois trimestres, il pourra les consacrer à 3 spécialités de son choix ; je serais cependant disposé à établir une réglementation un peu plus stricte, et à imposer à cet Etudiant au moins un trimestre de médecine ; ce ne sera pas trop, car il vient de consacrer deux années au moins aux spécialités et il aura plaisir et profit à retrouver la médecine générale ; cela fait, je lui reconnaîtrais le droit de choisir 2 spécialités, pour les 2 autres trimestres ; il les aura déjà effleurées les années précédentes ; il les approfondit maintenant. On voit reparaître ici le système des matières à option que Carnot a proposé naguère, et qui sous cette forme me paraît très acceptable et même désirable ; l'étudiant aura en effet vu préalablement toutes les spécialités et ce faisant n'en sacrifiera aucune, comme il était exposé à le faire dans la conception primitive de Carnot.

1 trimestre de médecine, 2 trimestres de spécialités au choix : tel me paraît devoir être le programme commun *de tous les étudiants* de 6e année, étant entendu que ceux qui voudront exercer une spécialité, pourront la choisir dès ce moment, mais n'en obtiendront pas le certificat à la fin de cette année : ils auront assez à faire à préparer leurs examens de clinique et leur thèse.

Organisée ainsi, la 6e année ne comporte que de la clinique. Mais il me paraît tout à fait raisonnable de penser que, occupé tous les matins, faisant des gardes qui ne seront évidemment pas quotidiennes, cet étudiant de 6e année aura encore du temps. Pourquoi exclure en principe les cours dits théoriques, et les travaux pratiques ? Je conçois fort bien un programme de laboratoire, rapproché de l'hôpital, installé à l'hôpital dans la mesure du possible, et dans lequel le Chimiste, le Physicien, l'Histologiste, le Bactériologiste, le Parasitologiste, etc., feraient en parfaite harmonie un enseignement essentiellement pratique. L'étudiant y verrait — ou y reverrait — l'analyse des urines, l'examen du sang, des préparations microscopiques,

des clichés radiographiques, etc. Je crois que cet enseignement de laboratoire pourrait être très fécond ; mais je remarque de nouveau qu'il ne pourrait être fait en dehors de la Faculté. Les examens de clinique terminaux tiendraient compte, dans une mesure raisonnable, des connaissances ainsi acquises.

J'ajoute, en terminant ce paragraphe, que tout examen clinique devrait comporter une épreuve de déchiffrage d'un cliché ou d'un compte rendu radiologique.

3° **Organisation d'Enseignements cliniques destinés à former des spécialistes.** — Reste la difficile question de la formation des spécialistes. Elle n'est pas fondamentale au point de vue de l'Université dont le rôle est surtout de fournir la population de médecins omni-praticiens, mais possédant à un degré élémentaire les diverses spécialités ; dans la pratique elle se pose d'une façon assez aiguë.

Si on veut vraiment organiser cet Enseignement, il faut qu'il soit couronné par un diplôme, un certificat, un titre qui ne peut avoir le caractère de diplôme d'Etat, car il constituerait une sorte de privilège exclusif, fâcheux à bien des égards. Il ne peut s'agir que d'un titre Universitaire dont le titulaire se servira pour faire connaître qu'il a particulièrement étudié telle ou telle spécialité, mais qui ne peut empêcher les autres médecins de la pratiquer, cette interdiction pouvant avoir les plus graves inconvénients.

La première condition est dès lors de faire de ce diplôme le but d'une 7e année d'Etudes ; mais cette 7e année sera facultative, et exclusivement réservée à la spécialité choisie par le postulant, qui pourrait peut-être avoir le droit d'étudier pendant la même année 2 spécialités parallèles. Il y aurait naturellement des inscriptions à prendre et des droits à payer.

Peut-on admettre un règlement uniforme ? C'est impossible, la formation étant de nature fort différente suivant la spécialité envisagée, et ceci doit être un principe essentiel.

Je classerai de la façon suivante, l'ensemble des spécialités :

1° Je mettrai à part les *spécialités de laboratoire :* pour celles-là aucune difficulté ; l'année entière sera consacrée aux questions que le futur spécialiste veut étudier, avec un contrôle disciplinaire indispensable, et un examen avec épreuve pratique à la fin de l'année.

2° *Les spécialités médicales pures*, je veux dire celles qui s'enseignent par le simple contact avec les malades : la neurologie, les maladies des Enfants, la syphiligraphie, la dermatologie sont dans ce cas. Les conditions de l'Enseignement sont faciles à réaliser : il suffit que le service considéré jouisse d'une réelle activité ; quelques présentations de malades, en dermatologie notamment, suffiront à donner les connaissances suffisantes, comme le conseille M. Spillmann.

3° *Les spécialités que j'appellerai demi-chirurgicales* en ce qu'elles comportent de menues interventions, ou des examens spéciaux : dans ce groupe je comprendrai l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la petite urologie, la petite gynécologie, la chirurgie des enfants (chirurgie blanche). Ici les responsabilités commencent, et les difficultés d'organisation apparaissent ; cependant on peut admettre, je crois, qu'une année de fréquentation d'un service actif, avec participation surveillée à l'examen et au traitement des malades, permettra de décerner un diplôme.

4° Restent enfin *les spécialités purement chirurgicales* et parmi elles la plus importante de toutes, la Chirurgie générale. Certes, la France a toujours possédé de grands chirurgiens, bien qu'elle n'ait jamais organisé un enseignement Universitaire spécialisé ; ici encore il faut bien reconnaître que c'est à l'Internat qu'il faut être reconnaissant des grandes qualités de la Chirurgie française.

Je ne vois, à côté de la Chirurgie générale, que 3 grandes spécialités vraiment chirurgicales : l'Urologie, la grande Gynécologie, la chirurgie des enfants (chirurgie rouge) ; il y en aura bientôt d'autres, la chirurgie nerveuse notamment.

Ici il faut bien dire que si l'on veut créer des certificats correspondants — et l'opinion contraire peut être soutenue — aucune organisation, spécifiquement universitaire, ne sera jamais considérée comme suffisante. Pour faire une opération abdominale, il ne suffit pas de l'avoir vu faire, il faut encore y avoir participé comme aide, puis avoir opéré soi-même avec la collaboration et sous la surveillance d'un ancien déjà expérimenté. C'est une besogne que l'Université pourrait bien difficilement effectuer seule. Il y a bien les chefs de clinique ; mais outre que ce sont presque toujours d'anciens Internes, leur nombre est beaucoup trop faible pour fournir des chirurgiens spécialisés en nombre suffisant.

Ici, la sanction de l'Internat et du Clinicat est non seulement désirable, mais indispensable. On racontait pendant la guerre l'anecdote suivante : deux médecins, l'un Français, l'autre Américain, échangent leurs vues ; le Français fait remarquer que les chirurgiens américains lui paraissent insuffisants en nombre : « Oh ! ne vous inquiétez pas, répond l'Américain, on est en train d'en former 1.000 en Amérique; ils arriveront par le prochain bateau ». Ce n'est évidemment pas ainsi que les médecins français comprennent la formation chirurgicale.

En somme, il paraît difficile ou même impossible que l'Université puisse donner seule un Enseignement tel qu'il donne droit au titre de Chirurgien. On pourrait peut-être admettre que deux années d'Internat ou bien une année de clinicat dans des services actifs et bien outillés puissent être couronnées par un examen pratique et théorique qui conférerait le titre. On pourrait admettre aussi certains internats extra-universitaires mais bien choisis.

On m'a affirmé qu'en Espagne, un candidat chirurgien devait faire une opération sur le vivant, avec l'aide d'un maître chargé de l'inquiétante besogne d'empêcher les fautes et de terminer au besoin l'opération. Cet exemple pourrait être suivi.

En résumé, la formation de spécialistes qualifiés, en dehors de la grande Chirurgie, pourrait être le résultat d'une ou même deux années d'Etudes supplémentaires suivies d'un examen avec délivrance d'un diplôme d'Université.

Il y aurait lieu d'admettre que 2 années d'Externat, ou une année d'Internat, effectuées exclusivement dans les services universitaires, ou dans les services non universitaires soumis au contrôle de la Faculté, dispenseraient de ces deux années d'Etudes, mais non de l'examen terminal.

Pour les spécialités se rattachant à la grande Chirurgie, si on juge utile de les créer, j'estime avec beaucoup d'autres sans doute, que les diplômes doivent en être réservés à des Internes ayant fait deux années d'Internat dans des services de chirurgie qualifiés ; une année comme chef de clinique titulaire pourrait être considérée comme suffisante et même dispensant de l'Examen, puisque le clinicat est une fonction Universitaire.

Telles sont les idées générales sur lesquelles je pense que l'on pourrait utilement baser la réforme des Etudes Médicales.

DONNÉES ACTUELLES SUR L'ARTHRITE CHRONIQUE DE LA HANCHE ET SON TRAITEMENT

Par Jacques GRABER-DUVERNAY,

Médecin de l'hôpital thermal Reine Hortense d'Aix-les-Bains.

L'arthrite chronique de la hanche est une affection dont le centenaire clinique est proche. Esquissée par Cruveilhier en 1834, son étude a été complétée par Adams, de Dublin, qui l'a rangée dans le groupe des rhumatismes chroniques. Smith, en 1845, lui a donné le nom de *morbus coxae senilis*.

Après une période de demi-disgrâce de plus de cinquante ans, pendant laquelle s'établit son fâcheux renom d'incurabilité, la découverte des Rayons X vient donner une impulsion nouvelle à l'étude de l'arthrite chronique de la hanche. On trouvera une bibliographie détaillée des nombreux travaux qui ont vu le jour dans les ouvrages de Stempel, Preiser, A. Léri, Merklen, Duvernay (1), et dans la récente thèse de P. Padovani.

Toutes ces publications ont considérablement modifié nos idées sur l'âge auquel débute l'affection, en même temps qu'elles ont précisé son tableau clinique, mis en lumière son étiologie et sa pathogénie, et apporté des acquisitions nouvelles en matière de thérapeutique, tant médicale que chirurgicale.

***

C'est à l'âge mûr que l'arthrite chronique de la hanche fait son apparition, mais cette règle n'a rien d'absolu car l'enfance elle-même peut parfois en offrir des exemples.

Lorsque l'affection est suffisamment évoluée, un certain nombre de signes permettent un diagnostic facile : tels sont la douleur antérieure inguinale que la pression réveillera toujours et la limitation des divers mouvements de la hanche avec, pendant longtemps, *conservation relative de la flexion*. Duvernay attachait une très grande importance à ce dernier signe caractéristique de la chronicité de l'arthrite, car, dans les coxites aiguës et subaiguës, la flexion est réduite dès le début au prorata des autres mouvements.

Trois signes sont précoces : celui du soulier décrit par Duvernay — le malade enfile sa chaussure sous et derrière lui, sans la voir, — le signe arrière de Léri, ou limitation de l'hyperextension qui se recherche, le sujet étant couché sur le ventre, enfin la limitation de la rotation interne : ce dernier signe peut être mis en valeur d'une façon particulièrement nette par la manœuvre du « roulement à billes » récemment décrite par J. Forestier.

Au cours de ces diverses manœuvres, on pourra percevoir des craquements : c'est un signe excellent mais inconstant. Le malade accuse assez fréquemment une douleur vive au niveau du genou : c'est parfois pendant longtemps le seul symptôme qui ait attiré son attention. Plus tardivement apparaît l'atrophie musculaire qui porte presque exclusivement sur la fesse et la cuisse et atteint facilement 4 ou 5 cm. : l'abaissement du pli fessier est assez fréquent.

La démarche est variable suivant l'état douloureux et la position vicieuse prise par la tête fémorale. Généralement le malade boite et « salue » légèrement, appuyé sur une canne qu'il tient de la main opposée.

La radiographie donne des images caractéristiques où la raréfaction osseuse de la tête fémorale voisine avec des néoformations ostéophytiques. Dans les cas anciens elle lève tous les doutes. Elle ne permet cependant pas de négliger l'étude clinique, car dans les formes peu évoluées elle peut être d'interprétation difficile.

L'étude radiographique a permis de décrire différents types : proliférant, déformant, ankylosant (Duvernay et Parent), dont le nom est suffisamment explicite.

Le stade ultime de l'évolution correspond à la vieillesse du sujet : c'est le *Morbus coxae senilis* avec ses importantes déformations. A ce moment, la hanche est à peu près immobilisée, mais conserve néanmoins de très petits mouvements. Il est rare de noter une ankylose serrée, solide et indolore comme dans la coxalgie à la phase de guérison.

Le plus souvent mononarticulaire, l'arthrite chronique de la hanche peut devenir avec le temps bilatérale dans une proportion dont le chiffre reste encore à fixer : c'est là le danger de cette forme de rhumatisme qui a, au contraire, une faible tendance à envahir d'autres articulations.

Il est exceptionnel que l'arthrite chronique de la hanche fasse partie du tableau clinique d'une polyarthrite symétrique progressive. Le spondylose rhizomélique de P. Marie qui aboutit à une ankylose osseuse serrée atteignant la colonne vertébrale puis symétriquement les deux hanches, et parfois les deux épaules, est une maladie très différente qui n'entre pas dans le cadre de notre étude.

(1) *L'Arthrite chronique de la Hanche*. 1930, Masson, éditeur, à Paris, 148 pages, 51 fig. (Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine.)

***

La nature de l'affection est encore discutée. Pour Leriche et Policard, les lésions de l'arthrite chronique de la hanche sont dues à un trouble d'ordre vaso-moteur, plus exactement *hypérémique*, qui se constitue au niveau de la tête fémorale. Cette hypérémie détermine un processus d'ostéolyse. Les sels calcaires ainsi libérés ne sont pas entraînés dans le sang, car les dosages effectués dans les cas de résorption osseuse hypérémique locale, ont toujours montré une fixité immuable de la calcémie. Il faut admettre qu'ils restent sur place, qu'il n'y a autrement dit, qu'une simple mutation calcique *in situ*, et production d'ostéophytes à la périphérie ; l'ostéoporose est liée à une augmentation de la circulation osseuse : on ne peut donc l'attribuer à des troubles vasculaires compromettant l'apport nutritif au squelette.

Tout ce qui provoque une hypérémie active (facteurs traumatiques, infectieux, toxiques et endocriniens) peut être à l'origine d'un processus qui aboutira un jour à l'arthrite déformante. A ce titre interviennent les malformations congénitales ou infantiles: subluxations (Calot), hanche à cotyle insuffisant (Gourdon), *coxa vara* congénitales, acquises ou de l'adolescence (Huc), *coxa valga* et surtout l'ostéochondrite déformante de la hanche ou coxa plana, ou maladie de Perthes-Legg-Calvé-Waldenström.

***

Il est indispensable de connaître ces notions pour comprendre les directives du traitement de l'arthrite chronique de la hanche que nous croyons utile d'exposer le plus succinctement possible.

On peut être appelé à voir un coxarthrique aux différents stades de l'évolution de son affection. La ligne de conduite reste la même : il faut d'abord s'adresser au traitement médical. Celui-ci est à envisager au moment des paroxysmes douloureux qui jalonnent l'évolution de l'arthrite, et dans leur intervalle.

Au moment des crises, il est très simple, se résumant en trois mots : repos, chaleur, aspirine.

Dans *l'intervalle des crises* pour le traitement de fond nous ne disposons généralement pas, est-il besoin de le dire, d'une médication étiologique. Pour cela il faudrait remonter au *primum movens*, infectieux ou toxique, qui permettrait de s'attaquer à la cause. Les Anglo-Américains ont beaucoup insisté sur le rôle de l'infection focale, à siège habituellement dentaire, amygdalien, naso-pharyngé, etc.... Selon nous, le problème véritable ne consiste pas à la découvrir mais à fournir la preuve qu'elle conditionne bien les manifestations articulaires. Or, il n'existe dans la littérature médicale que quelques observations d'arthrite chronique de la hanche améliorée par la combinaison de vaccins ou d'auto-vaccins, généralement de provenance naso-pharyngée, et du traitement radical du foyer d'infection (avulsion dentaire, amygdalectomie). Récemment, F. Coste et J. Forestier ont signalé un cas dans lequel était intervenu un syndrome entéro-rénal.

On peut quelquefois soupçonner une origine endocrinienne. Le plus souvent il s'agit de rhumatisme par insuffisance ovarienne. Il faut cependant être prudent et ne pas ranger sous cette rubrique tous les rhumatismes qui débutent à la ménopause ou à la suite d'une castration artificielle. Le vrai rhumatisme ovarien doit d'abord s'accompagner d'un syndrome clinique d'hypo-ovarie ; il doit être ensuite amélioré, sinon guéri, par l'opothérapie spécifique. Celle-ci se donnera à très fortes doses. Lorsque l'insuffisance thyroïdienne s'ajoute à l'insuffisance ovarienne, on associera avec prudence les deux médications opothérapiques.

En dehors de ces cas rares, on devra s'adresser à l'*iode*, qui reste le médicament de base de l'arthrite chronique de la hanche. Il faut réaliser une véritable imprégnation iodée de l'organisme. On y arrivera à l'aide de doses assez élevées poursuivies pendant très longtemps. On fera prendre 15 jours par mois, matin et soir, XXV à XXX gouttes de teinture d'iode fraîchement préparée dans un verre à liqueur de vin bouilli et refroidi. L'iode se prescrit encore en solution iodurée. Parmi les très nombreuses préparations iodées, citons : l'huile iodée (lipiodol), qui se donne soit par la bouche sous forme de capsules, soit en injections intra-musculaires.

L'iode se donne également en association avec l'uroformine par voie buccale, intramusculaire ou intraveineuse.

Certains auteurs (Duvernay) conseillent d'alterner l'iode avec la médication phosphorée, 15 jours l'un, 15 jours l'autre.

Le *soufre* peut également être employé comme médication alternante ou en cas d'échec de la médication iodée. On utilise généralement le soufre colloïdal sous forme soit de granulés *per os*, soit en injections intra-musculaires, ou même intra-veineuses. Léri a recommandé un mélange de soufre et d'iode à l'état naissant (ampoules Séti).

Le bromure de thorium expérimenté en France par Léri, peut dans certains cas donner des résultats remarquables. Mais il perd très vite son activité. Aussi est-il indispensable de recevoir immédiatement avant l'usage des ampoules fraîchement préparées et dosées. Faire une série de 8 injections intra-musculaires en débutant par 50 microgrammes pour atteindre un total de 200 ou même 300 microgrammes. On peut recommencer une nouvelle série après un intervalle de deux mois. Cependant il est prudent de surveiller l'action déglobulisante du produit par des examens hématologiques. Son prix relativement élevé peut être un empêchement.

L'action des médicaments récalcifiants est discutée (Labbé, Mouriquand). Quant à la thérapeutique par les sels d'or (allochrysine), elle n'a donné ici, comme dans toutes les arthroses, aucun résultat. Nous ne ferons que signaler les moyens biochimiques (surtout autohémothérapie et autosérothérapie) qui visent la désensibilisation de l'organisme. L'hygiène du rhumatisant est très simple : il doit éviter le froid, l'humidité et s'habiller chaudement. Les aliments toxiques mis à part, le coxarthrique doit manger suffisamment, son système osseux lui interdit toute alimentation carencée. Nous ne saurions trop recommander l'usage de la bicyclette que permet la conser-

vation de la flexion de la cuisse. On a préconisé d'autres moyens, physiothérapiques : applications locales d'air chaud, bains de lumière, bains de soleil, rayons ultra-violets qui peuvent aider à la recalcification par leur valeur fixatrice. Plus utiles paraissent être la *diathermie* et surtout la *radiothérapie* (Dausset, Kahlmeter) qui a à son actif de réels succès. L'action des Rayons X paraît surtout nette dans les formes d'arthrite proliférante (Dausset et Lucy).

Enfin la thérapeutique dispose avec le traitement thermal d'une aide très précieuse. Il existe en France de nombreuses stations. On choisira de préférence celles où les eaux sont abondantes et les pratiques hydrothérapiques variées, comme c'est le cas pour Aix-les-Bains. Pour plus de détails, on se rapportera au livre (1) très complet de Weissenbach et Françon, et à notre thèse.

***

Il existe cependant des formes particulièrement douloureuses que l'aspirine calme mal et qui restent rebelles au traitement de fond. Depuis longtemps, en Allemagne surtout, la chirurgie a proposé avec un succès relatif un traitement local. Actuellement, en dehors des ostéotomies sous-trochantériennes, elle dispose essentiellement de trois interventions : la butée ostéoplastique, l'arthrodèse et la résection.

L'opération de Lance s'adresse non seulement aux subluxations congénitales, mais encore aux arthropathies qui en dérivent. Dans un article récent (2) paru dans ce journal, Lance a donné les moyens de distinguer une arthrite chronique due à une subluxation, d'une subluxation secondaire à des phénomènes d'arthrite chronique.

L'arthrodèse qui sera extra-articulaire est réalisée suivant la technique de P. Mathieu. Par l'ankylose qu'elle détermine elle supprime la douleur et donne un appui solide, mais elle n'est applicable qu'aux formes strictement unilatérales, car une ankylose bilatérale serait un désastre. Dans ce cas on aura recours à une résection arthroplastique, en n'intervenant que d'un seul côté. Dans une thèse remarquable inspirée par Mathieu, P. Padovani a récemment proposé d'élargir les indications de la résection au détriment de l'arthrodèse. Enfin, signalons que Aimes, de Montpellier, a appliqué avec succès chez des coxarthriques le procédé de Robertson-Lavalle, utilisé par cet auteur dans le traitement des ostéoarthrites tuberculeuses.

Mais ces interventions sont assez shockantes, surtout la résection arthroplastique ; elles ne sont pas constantes dans leurs résultats. Elles écartent formellement les malades âgés, parfois plus précocement que leur état civil ne l'indique, les affaiblis, les tarés. Aussi pouvons-nous conclure avec P. Mathieu qu'il faut être très sévère pour admettre une arthrite déformante au bénéfice d'une intervention.

(1) WEISSENBACH et FRANÇON. *Causes et traitements des rhumatismes chroniques*, 1 vol., Doin, 1928.

(2) M. LANCE. Le Diagnostic des subluxations congénitales douloureuses de l'adulte. *Gazette des Hôpitaux* du 9 décembre 1931.

***

Doit-on abandonner à leur triste sort ces laissés pour compte de la chirurgie ? Nous croyons (1) à la suite de Duvernay, qu'un très grand service peut leur être rendu par une opération de petite chirurgie, d'une bénignité absolue. Ce sont précisement les travaux de Leriche et Policard sur la pathogénie des arthrites déformantes qui ont donné à Duvernay l'idée de cette intervention. Il put la réaliser pour la première fois en décembre 1930, de concert avec le Docteur Cléret, chirurgien de l'hôpital d'Aix-les-Bains, sur une malade de soixante-quinze ans, diabétique. Un second cas a été opéré au début de mai 1931 par le même chirurgien. Depuis, avec le Docteur Arnaud, de Saint-Étienne, nous avons eu l'occasion de répéter cette intervention sur huit malades.

La technique est très simple : c'est sous *anesthésie locale*, un forage de l'épiphyse fémorale, suivi de préférence de l'introduction d'une cheville d'os mort de 5 mm. de diamètre et de 6 cm. de long. L'instrumentation est rudimentaire pouvant à la rigueur se réduire à un bistouri, quelques pinces et une simple vrille à bois pour procéder au forage.

Pour supprimer la douleur ressentie par le patient au moment de la pénétration de l'instrument dans le tissu spongieux, il suffira de faire précéder le cheminement de la vrille de l'injection de quelques gouttes de novocaïne.

Certaines précautions sont cependant nécessaires. C'est ainsi qu'il est indispensable de repérer radiologiquement avant l'intervention le centre de la tête fémorale que le forage doit atteindre. De même une radiographie post-opératoire nous fixera sur la direction du « tunnel ». En cas de forage simple, le trajet sera rendu opaque aux Rayons X par une injection de quelques gouttes de lipiodol par l'orifice de trépanation.

Nous avons pu ainsi réunir dix observations : elles concernent uniquement des formes très douloureuses qu'une thérapeutique variée et prolongée n'avait pu soulager. La souffrance a été la seule indication. Nous n'avons eu à tenir compte ni de l'âge, ni de l'état de résistance, ni de l'importance des lésions anatomiques.

Le résultat a été une sédation ou une très importante diminution de la douleur dans les trois jours qui ont suivi l'opération : seule l'incision est alors sensible. Une particularité à signaler est l'apparition d'une gonalgie assez discrète dès le lendemain de l'opération ; elle dure de six à huit jours. Chez huit opérés ce bon résultat s'est maintenu jusqu'ici. Deux seulement ont peu bénéficié de la méthode : le premier est un obèse de 106 kgs qui inflige à sa hanche un travail excessif, le second a vu revenir en partie ses douleurs après 5 mois de sédation complète.

Le forage paraît agir en déterminant un trouble d'ordre vaso-moteur au niveau de l'épiphyse fémorale. L'étude de nos courbes oscillométriques semble prouver qu'au début le traumatisme opératoire provoque

(1) Où en est le traitement de l'arthrite chronique de la hanche, par J. GRABER-DUVERNAY. *Th. de Lyon*, 1932. A. Rey, éditeur, 176 pages, 23 figures.

un processus hypérémique, puis qu'en moins d'un mois s'établit un équilibre circulatoire nouveau paraissant se faire dans le sens d'une vaso-constriction : d'où disparition des poussées congestives et des paroxysmes douloureux.

Nous ne sommes évidemment qu'au début d'une expérience clinique qui doit encore résister à l'épreuve du temps. Ce procédé nouveau n'est pas une fin mais un moyen efficace de mettre le malade en état de bénéficier des traitements physiothérapiques, crénothérapiques et médicamenteux. A ce titre il mérite d'entrer dès maintenant dans la pratique, car, sans risques opératoires sérieux, il semble modifier d'une manière particulièrement heureuse un pronostic fonctionnel toujours très sombre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 2 JUILLET 1932)

I. — Recherches sur l'action prémunisante des bacilles tuberculeux saponinés ; II. Résistance à l'infection tuberculeuse des cobayes traités par des bacilles saponinés. — M. T. DE SANCTIS MONALDI a étudié la valeur d'une nouvelle méthode de prémunition antituberculeuse. De ses expériences, il tire les conclusions suivantes :

1° Le « vaccin saponiné » que Belfanti et Dessy proposent pour la vaccination des animaux, se montre en lui-même encore assez virulent pour déterminer, bien qu'après un délai assez long, la mort des animaux auxquels on l'inocule.

2° Ce vaccin n'immunise pas les cobayes vis-à-vis d'une inoculation virulente d'épreuve.

3° La saponine, en solution à 2,5 pour 1000, tue, après un contact de 72 heures à l'étuve à 38°, la plupart des bacilles tuberculeux qu'on y met en suspension.

4° Si les cobayes vaccinés survivent plus ou moins longtemps aux témoins, cela tient à ce que, en réalité, ces animaux ont reçu des doses différentes de bacilles virulents.

Phénomène de Koch et réaction tuberculinique. — M. A. BOQUET. La réaction nécrotique du derme, produite chez les cobayes tuberculeux par l'inoculation de corps bacillaires, serait liée uniquement à l'hypersensibilité engendrée par l'infection. Réserves faites sur quelques signes accessoires, ou du moins apparemment secondaires (infiltration durable de la peau, abcédation) qui relèvent de l'action toxique directe des substances bacillaires, on peut en conclure que le phénomène de Koch n'est qu'une réaction allergique mise en jeu par la tuberculine des corps microbiens, libre ou libérée dans le derme.

En outre, chez les cobayes tuberculeux, l'état allergique se double d'une immunité plus ou moins efficace, dont les effets se manifestent par la stabilisation, la régression ou la cicatrisation de l'ulcère que provoque l'inoculation sous-cutanée ou intradermique de bacilles virulents.

De l'immunité locale de la peau vis-à-vis de l'arsenic. — M. A. BESREDKA. Les lapins, dont la peau avait été antérieurement rasée, présentent une immunité locale à l'égard de l'arsenic appliqué en friction. A la suite des frictions répétées avec de la crème arsenicale, la peau acquiert une immunité spécifique. Cette immunité est strictement localisée à la région frictionnée et ne s'accompagne pas de formation d'anticorps.

Action des extraits post-hypophysaires et de l'adrénaline sur les mélanophores d' « acerina cernua L. » et de « gobio « fluviatilis C. V. ». — MM. BLANCHARD (L.), PRUDHOMME (M.) et SIMONNET (H.). — La solution au vingt-millième dans le Ringer d'un extrait hydro-acétique au centième de poudre étalon de post-hypophyse, est douée, en injection intrapéritonéale, à la dose de 0 cm³1 pour des sujets de 3-5 g. des deux espèces de poissons envisagées, de propriétés expanso-mélanophoriques. Celles-ci se manifestent par des variations de la coloration du tégument qui devient plus sombre.

L'adrénaline injectée à la dose de 0 mg. 02-0 mg. 035 par gramme corporel, provoque la décoloration cutanée et la transparence des tissus, chez ces espèces.

Enfin, l'injection du mélange d'extrait hypophysaire et de l'adrénaline pratiquée, pour chaque constituant, aux doses ci-dessus indiquées, permet d'observer d'abord l'action de l'adrénaline, puis celle de l'extrait hypophysaire.

Fixité des propriétés allergisantes du vaccin BCG. — M. A. SAENZ. Le BCG, inoculé même à très faibles doses au cobaye, engendre l'allergie vis-à-vis de la tuberculine avec la même régularité, la même intensité et dans des délais proportionnellement équivalents, quelle que soit la souche qu'il a utilisée. Cette allergie apparaît d'autant plus rapidement que la dose de BCG injectée à l'animal a été plus forte. La période anté-allergique est plus longue chez les cobayes qui ont reçu les doses les plus faibles.

L'auteur n'a constaté aucune différence appréciable dans les qualités de l'allergie conférée par chacune des trois souches étudiées par lui. Ces souches présentent le même degré d'atténuation que la souche initiale de l'Institut Pasteur. Il apparaît donc que, quel que soit le laboratoire qui les a entretenues, ces souches n'ont subi, au cours des cinq années 1927-1932, aucune modification ni variation dans leurs caractères biologiques.

Le pouvoir zymosthénique des eaux minérales après lipi-précipitation. — MM. M. LOEPER, A. MOUGEOT (Royat), V. AUBERTOT (Royat) et BRISSON DE LAROCHE (Clermont). — Les acides gras (oléate, palmitate, stéarate de soude) qui précipitent certains cations des eaux minérales, n'arrêtent pas l'action diastasique. Les eaux minérales traitées conservent ainsi leur pouvoir zymosthénique. La méthode de lipi-précipitation des cations mise en lumière par les auteurs montre que si le pouvoir phylactique appartient aux cations lipo-précipitables, le pouvoir zymosthénique appartient à d'autres éléments, puisqu'on ne peut invoquer la radioactivité, le pH, les cations plurivalents. Est-ce un état ionique divisé ? peut-être colloïdal ? Y a-t-il des radiations inconnues ? L'énigme persiste encore. La lipi-précipitation n'a pas arrêté le pouvoir zymosthénique, aussi bien vis-à-vis des amylases que des oxydases directes (tyrosinase).

Accidents œdémateux provoqués par la prise nasale de poudre de lobe postérieur d'hypophyse chez un enfant atteint de diabète insipide par xanthomatose cranio-hypophysaire (maladie de Schüller-Christian). — MM. LESNÉ, J.-A. LIÈVRE et BOQUIEN ont observé chez un enfant de trois ans et demi atteint de maladie de Schüller-Christian, des accidents œdémateux (anasarque, ascite, hydrothorax, torpeur par œdème cérébral) 4 heures après la prise nasale de 2 centigrammes de poudre de lobe postérieur d'hypophyse ; ces accidents ont coïncidé avec une diminution de la diurèse et une augmentation pondérale de 1.600 gr. se manifestant immédiatement.

En reprenant le traitement par 4 et 6 doses fractionnées de 5 milligrammes par 24 heures, la diurèse fut ramenée à un taux normal et il n'y eut pas d'accidents, malgré de brusques ascensions de poids pouvant atteindre 2 kilogs.

Il est donc nécessaire de surveiller l'action du lobe postérieur de l'hypophyse au cours du diabète insipide, même après prise nasale, et d'en fractionner suffisamment la dose quotidienne pour éviter de tels accidents : la dose médicamenteuse prescrite devra être suffisante, continue et inoffensive.

Emission d'oxygène par le poumon d'un animal respirant dans un gaz inerte. — MM. J. Beyne, R. Goiffon et J. Waltz. On sait que, *in vitro*, la tension de l'oxyhémoglobine du sang s'équilibre exactement avec celle de l'atmosphère dans laquelle elle se trouve, soit en prenant, soit en cédant de l'oxygène.

In vivo, on n'avait observé ce phénomène que dans un seul sens, c'est-à-dire le passage de l'O^2 de l'air à l'oxyhémoglobine du sang.

Les auteurs ont montré que l'animal respirant dans une atmosphère dépourvue d'O^2, lui livre ce gaz au dépens de son sang.

Recherches sur les hypertensions biliaires expérimentales. — MM. Etienne Chabrol, Charonnat, M. Maximin et Jean Cottet opérant sur des chiens privés de leur vésicule, ont observé que l'adrénaline comme l'acétylcholine provoquent d'importantes variations de la pression biliaire, lorsqu'on les administre par voie veineuse aux doses respectives de deux dixièmes de milligr. et de cinq milligr. par kilogr. de poids. Le cholédoque de leurs animaux ayant été mis en relation avec un manomètre à eau, ils ont vu la colonne de liquide s'élever brusquement en moins de une minute de 20 à 34 cm., avec l'acéthylcholine et de 10 à 18 centimètres avec l'adrénaline ; la pression qu'engendre cette dernière se maintient en plateau pendant près de quatre à cinq minutes, alors que son antagoniste a une action plus brève.

Dans les deux cas, la ligne de descente s'effectue progressivement en l'espace de deux à trois minutes. On peut s'étonner que deux substances aussi différentes dans leurs effets pharmacodynamiques donnent des résultats sensiblement superposables pour qui envisage leur retentissement sur la pression de la bile. Les auteurs se proposent d'étudier dans une note ultérieure leur mécanisme d'action.

Un nouvel appareil pour la culture des microbes anaérobies. — MM. Paul Hauduroy et Georges Ehringer se sont attachés à réaliser un appareil simple, facilement maniable, permettant, pratiquement, la culture des microbes anaérobies.

L'anaérobiose est obtenue par un vide partiel, suivi de l'absorption de l'oxygène restant par le pyrogallate de potasse. L'originalité de la méthode réside dans ce que le mélange potasse, acyde pyrogallique, se fait par une manœuvre très simple effectuée de l'extérieur du bocal où le vide est déjà fait.

Cet appareil a permis aux auteurs la culture des principaux microbes anaérobies pathogènes.

Suppression par action de l'éther des propriétés hémolysantes et toxiques des sérums. — MM. Ph. Pagniez et N. K. Koang, ayant eu occasion, au cours de recherches sur le sérum des épileptiques, de constater les modifications que le lavage par l'éther fait subir à la toxicité du sérum humain, ont entrepris quelques recherches sur cette question.

Ils ont expérimenté avec le sérum de bœuf qui est connu pour sa grande toxicité pour le cobaye. A la dose de deux cent. cubes, ce sérum en injection intra-vasculaire tue rapidement un cobaye de 500 grammes.

Lavé préalablement par l'éther, ce sérum perd toute toxicité, en même temps, il perd ses propriétés hémolysantes *in vitro*.

Le sérum humain qui est normalement beaucoup moins toxique, mais très hémolysant, se comporte comme le sérum de bœuf.

Ces curieuses modifications doivent relever de changements dans les complexes lipido-protidiques du sérum, beaucoup plutôt que de la soustraction de produits lipidiques, l'éther dans ces conditions expérimentales n'en enlevant que très peu.

Cette manière de voir est confirmée par ce fait qu'il n'est pas nécessaire pour faire disparaître toxicité et hémolyse de brasser le sérum avec l'éther. On peut, en effet, obtenir le même résultat, en soumettant le sérum pendant un temps suffisant, soit pendant quelques heures, aux vapeurs d'éther.

— Société de biologie de Lyon (séance du 18 juin 1932) :

Pouvoir diffusant des rayons ultra-violets sur quelques milieux liquides. — M. Th. Kofman montre que, dans les limites de la sensibilité de la cellule photo-électrique au cadmium (2.900 A. environ), le pouvoir diffusant de différents liquides semble être indépendant soit de leur composition ou de leur concentration moléculaire, soit de la qualité des radiations qu'ils peuvent diffuser à la lumière ordinaire et qui caractérise leur couleur. C'est ainsi, en particulier, que l'eau saline de la mer et l'eau douce des rivières et des lacs diffusent une même quantité d'ultra-violet, pour un faisceau incident identique.

L'état colloïdal, et en particulier l'origine organique de certains liquides, n'influe pas sur leur pouvoir diffusant, qui est sensiblement le même que celui de l'eau ordinaire. Seule la présence d'éléments organiques d'une dimension appréciable, comme les hématies du sang, peut légèrement diminuer cette diffusion de rayons ultra-violets.

LIVRES NOUVEAUX

La cure hydro-minérale dans les pyélites (1), par les docteurs Paul Baron et Pierre Merle.

Voici un livre appelé à rendre service aux médecins hésitant sur la cure hydro-minérale qu'ils pourraient prescrire à leurs infectés urinaires, tout particulièrement les pyélonéphritiques colibacillaires.

Il contient, en effet, en une soixantaine de pages, denses, riches de documents, l'exposé complet de la question.

Les auteurs, après un exposé analytique des résultats des diverses cures hydro-minérales dans les pyélonéphrites chroniques, après un examen approfondi des nombreuses observations, ont schématisé, en ces quelques lignes, leurs conclusions :

1° Pyélites et pyélonéphrites ne remontant pas à un an et survenues dans un appareil urinaire anatomiquement et physiologiquement normal, sous l'influence de causes transitoires — mécaniques (grossesse), infectieuses (grippe, scarlatine, fièvre typhoïde) —. Les cures de diurèse (Vittel, Contrexéville, Capvern, Evian) et celle de la Preste donnent d'excellents et rapides résultats.

2° Pyélites et pyélonéphrites survenues dans un appareil urinaire anatomiquement et physiologiquement normal,

(1) Ouvrage couronné par l'Académie de médecine (prix Capuron, 1931). In-8 de 60 pages avec index bibliographique. — Paris, S. E. P., 16, rue Pavée.

sous l'influence d'un facteur organique persistant qui réinfecte sans cesse les voies urinaires par bactériémie (entéro-colite chronique, mégacœcum, mégacolon, constipation droite par stase). Les cures de diurèse, heureux adjuvants de la diététique et de la thérapeutique, ne peuvent guère obtenir par elles-même la guérison de formes anciennes remontant à plus d'un an. De son côté, la cure de la Preste obtient d'une façon constante la disparition des symptômes généraux et urinaires, et permet de traiter ensuite exclusivement l'affection intestinale causale.

3° Pyélites et pyélonéphrites apparues chez des sujets atteints soit d'une anomalie congénitale de l'appareil urinaire (ectopie rénale, pelvienne, hydronéphrose, rétrécissement urétéral), soit d'une affection acquise (ptose rénale, calcul, rétention vésicale chronique). Le traitement thermal ne joue plus alors que le rôle d'adjuvant de la thérapeutique locale ou chirurgicale.

Avant l'intervention, il balaye les masses muco-purulentes et aseptise la muqueuse. Après l'intervention, il restaure l'épithélium du bassinet. Lorsque l'intervention est impossible, il reste encore le moyen pour empêcher l'aggravation du processus infectieux.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU BASSIN

SYMPTOMES. FORMES CLINIQUES. DIAGNOSTIC [1]

FORMES CLINIQUES

1. **Les cas rapidement mortels,** où parfois la fracture est masquée par une contusion abdominale concomitante.

2. **Les fractures sans déplacement,** où parfois seul l'examen radiologique pose le diagnostic.

3. **En rapprocher les fractures isolées du bassin** dues à une cause directe :

Iléon. — Fracture la plus fréquente. Elle peut siéger sur :

Les épines iliaques,
La crête iliaque (ascension du fragment),
L'aile iliaque : « fracture en travers de l'os des îles » de Duverney,
Constipation par péricolite dans les fractures de l'aile gauche,
Signes banaux de fracture,
Pseudarthrose assez fréquente.

Ischion. — Soit la tubérosité :

Station assise impossible,
Douleur au toucher rectal.
Soit fracture totale de Walther :

Le trait va de l'échancrure sciatique au trou obturateur, et gagne la branche ischio-pubienne.
Ankylose fréquente.

Cotyle. — 1. *Sourcil.* — Associé à une luxation de la hanche, dont la réduction amène celle de la fracture.

2. *Fracture par enfoncement en tiroir du cotyle.* — La tête fémorale suit le cotyle sans le franchir. Ce n'est pas, à proprement parler, une fracture articulaire, car ni la capsule, ni les ligaments ne sont intéressés.

3. *Fracture par irruption* ou luxation centrale de la tête :
Déchirure de l'obturateur interne,
Lésions du paquet vasculo-nerveux,
Due à une chute sur le trochanter, pas forcément très violente.
Survient chez l'adulte jeune.
Attitude vicieuse : flexion, rotation externe, abduction ; elle est corrigible, mais se reproduit lentement et graduellement.
Trois signes :

a) Aplatissement du trochanter : Roux ;
b) Ecchymose nummulaire unique au point déclive du scrotum : Destot ;
c) Flaccidité du Fascia lata : Allis.

Parfois enfin, saillie douloureuse au toucher rectal.
Le pronostic sévère (arthrite, ankylose, névralgie, dystocie) autorise le traitement chirurgical : réduction au crochet de Lambotte, mobilisation précoce, marche tardive (Lenormant).

Sacrum. — Fracture transversale au niveau de S^4 :
Rainure douloureuse au palper.
Ascension du fragment inférieur, qui menace la sacrée moyenne (hématome).
Compression des nerfs de la queue de cheval.
Rétrécissement du détroit inférieur.
On fera le vissage par prothèse métallique, en dehors des trous sacrés.

Coccyx. — Les algies persistantes conduisent souvent à la résection.

DIAGNOSTIC

Diagnostic. — Assez facile en général.
La radiographie précise les traits et le diastasis. On éliminera :

La fracture du col du fémur,
La fracture basse du rachis,
La luxation traumatique de la hanche, surtout luxation irrégulière, avec fracture du cotyle. Elle peut, d'ailleurs, s'associer à une fracture du bassin,
Certaines fractures isolées (Walther, Duverney).
En réalité, le vrai diagnostic consiste à *préciser les lésions urétro-vésicales associées.*
Une miction normale élimine toute complication.
Sinon, on recherchera la présence d'un *globe vésical.*
Son existence, si elle élimine toute atteinte vésicale, ne permet pas de trancher entre rétention réflexe et rupture urétrale.
L'urétrorragie, la douleur au toucher rectal, sont des signes importants, mais l'urétrorragie manque souvent et la lésion osseuse suffit à expliquer la douleur au toucher.
Il faut essayer prudemment de sonder et, en cas d'échec, pratiquer une cystostomie d'emblée.
L'absence de globe, chez un malade qui n'urine pas, traduit l'atteinte de la vessie.
Les meilleurs signes, en faveur de la rupture intrapéritonéale, sont la *continuation du choc* malgré le traitement et l'existence d'une *contracture* qui s'étend au lieu de céder, alors que la rupture extra-péritonéale s'accompagne d'un simple empâtement avec matité.
En pratique, toute lésion uréthro-vésicale commande la cystotomie. Parfois, d'ailleurs, on trouve une lésion mixte. Rappelons, pour terminer, que la cystostomie doit être *étanche*, pour éviter l'infection du foyer de fracture antérieur.

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 62, p. 1162, et n° 64, p. 1194.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Vous préférez la montagne? La Savoie et le Dauphiné vous attirent?

Pour parcourir à votre aise ces deux régions, point n'est besoin d'emmener votre automobile, les services d'autocars P.-L.-M. les sillonnent en tous sens.

Si vous conduisez une voiture en montagne, vous serez constamment absorbé par les difficultés de la route et vous ne jouirez pas du paysage, au contraire les voyages faits dans les autocars P.-L.-M. vous procureront à la fois plaisir et délassement.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — Un concours pour la nomination de huit internes en médecine et six externes en premier aura lieu le lundi 17 octobre 1932.

La première épreuve aura lieu à 9 h. du matin, à l'hôpital de la Charité.

Les candidats pourront se faire inscrire à l'administration centrale des hospices jusqu'au jeudi 6 octobre 1932, à 17 h., dernier délai.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — M. Delbet, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, est nommé professeur honoraire de ladite Faculté.

— Aix-Marseille. — M. Fiolle, professeur sans chaire à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille, est nommé, à compter du 1er janvier 1933, professeur de clinique chirurgicale. Dernier titulaire de la chaire : M. Silhol.

— Montpellier. — Un concours pour le recrutement d'un chef de clinique de gynécologie s'ouvrira à la Faculté de médecine de Montpellier le lundi 24 octobre 1932, à 9 h. du matin.

Les épreuves du concours comportent : une composition écrite sur un sujet de gynécologie; une leçon clinique après examen d'un ou de plusieurs malades; l'examen d'une pièce pathologique; l'appréciation des titres et travaux du candidat.

Les concurrents doivent être Français ou naturalisés Français. Ils doivent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté en déposant leurs titres et travaux du 15 au 21 octobre inclus.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés d'Armentières (Nord) sera vacant à dater du 1er octobre 1932, par suite de la nomination de M. le docteur Carriat à un autre poste.

MÉRITE AGRICOLE. — Sont nommés :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Devraigne et Planton (de Paris), Verdier (de Millau).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Didier (de Paris).

AVIS DE VACANCE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Constantine (Algérie).

L'indemnité allouée est fixée à 14.000 fr. par an, avec augmentation de 2.000 fr. tous les cinq ans, jusqu'à 18.000 fr., ladite indemnité étant exclusive de toute autre.

Ce chef de service n'est pas assimilé aux fonctionnaires communaux et, par suite, ne sera pas admis à verser à la caisse de retraite communale. Il pourra continuer le libre exercice de sa profession.

Les candidats ont un délai de trois mois, à compter de la présente publication, pour adresser au gouverneur général de l'Algérie leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus. L'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés.

CONGRÈS INTERNATIONAL DU LYMPHATISME. (La Bourboule, 1934.) — Le Congrès international du lymphatisme organisé par la Société de médecine de La Bourboule, sous les auspices de l'Université et de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, se tiendra à La Bourboule, en juin 1934.

Le bureau du Congrès est ainsi composé : président d'honneur, M. le professeur Marfan; présidents, MM. les professeurs Nobécourt, Lereboullet et Castaigne; vice-présidents, MM. les professeurs Mouriquand, Lemaître et Villaret.

Les détails de l'organisation seront fournis régulièrement par la voie de la Presse médicale et scientifique. Pour tous renseignements, s'adresser au docteur E. Sauzet, secrétaire général du Congrès, à La Bourboule (Puy-de-Dôme).

LIVRES NOUVEAUX

Précis de Thérapeutique infantile (1), par L. Babonneix.

Cet ouvrage vient prendre place d'une manière fort heureuse dans la collection des *Précis médicaux.* On y trouvera, exposées avec clarté et précision, les méthodes thérapeutiques qui peuvent trouver leur application chez les enfants. Il se divise en trois parties : les *médications* (qui comprennent les médications chimiques, les médications physiques, et les médications biologiques) ; *les traitements* des différentes maladies ; *les régimes.* Il se termine par quelques pages relatives aux données théoriques sur la croissance, sur la chimie du lait, par un formulaire et par un index alphabétique.

Tel est le sommaire et l'ordre de ce Précis. Ce qu'il importe de faire ressortir, ce sont les qualités par lesquelles il se recommande. Sur quelque point qu'on le consulte, on peut être assuré de trouver une réponse claire et précise ; il n'est pas alourdi par des méthodes périmées ou qui n'ont pas fait leurs preuves. Cet ouvrage est moderne, en ce sens qu'il donne une large place aux traitements biologiques et physiques, ainsi qu'aux règles d'hygiène dont la place devient de plus en plus grande (gymnastique, sports, climats, hygiène alimentaire, etc.). Il est parfaitement adapté à son but, qui est de donner une ligne de conduite pour le traitement des maladies des enfants.

Le lecteur ne trouvera pas là, comme il arrive parfois dans des livres de cette nature, un fatras de formules réunies en hâte et de méthodes qui peuvent être contradictoires ; ce n'est pas un compendium où l'on aurait simplement enregistré les divers procédés de traitement recommandés par les auteurs les plus divers. C'est au contraire l'œuvre d'un seul homme, qui, avec un grand esprit critique, livre au lecteur le fruit d'un labeur assidu et d'une longue expérience. C'est un guide simple, clair et sûr, qui a sa place marquée dans la bibliothèque de tout praticien.

H. GRENET.

Education et rééducation de la voix chantée (2), par Louise Matha et G. de Parrel.

L'éducation du chanteur doit être scientifique. La technique vocale pure en est l'étape initiale, indispensable ; elle doit être fondée sur des *notions précises d'anatomie et de physiologie,* concernant l'instrument vocal et ses annexes, les organes de la respiration, de l'émission et de l'articulation.

Des *éléments d'acoustique et de phonétique* sont aussi d'une incontestable utilité. Faute de ces connaissances, il est impossible de diriger un entraînement vocal ou de corriger des défauts contractés par malmenage ou surmenage. Toute autre façon de procéder est irrationnelle.

Pour définir avec précision les règles d'un entraînement vocal méthodique et d'un traitement rééducateur des défauts de la voix chantée, *la collaboration d'un laryngologiste et d'un professeur de chant* ne pouvait être que très opportune. Elle a été heureusement réalisée dans ce manuel.

Les médecins — et plus particulièrement les laryngologistes — y trouveront sous une forme claire et pratique *la somme des connaissances utiles* pour l'examen des candidats chanteurs, le contrôle des résultats de l'entraînement vocal, la classification et le traitement des troubles de la voix chantée.

Cent figures ou tableaux illustrent le texte et en rendent la lecture facile et attrayante.

Chacun des troubles de la voix chantée — chevrotement, nasonnement, instabilité tonale, fatigabilité, défaut d'articulation ou d'émission, etc. — est étudié en détail tant au point de vue de ses causes et de ses caractéristiques qu'à celui de la technique rééducative à lui appliquer. A ce titre, ce manuel sera d'une réelle utilité pour les laryngologistes et les professeurs de chant.

L. G.

L'appareil cartilagineux en oto-rhino-laryngologie (1), par MM. les Docteurs Terracol, Turchini et Harant, de la Faculté de médecine de Montpellier. Monographie oto-rhino-laryngologie N° 23.

Il est, dans certaines branches spécialisées de la Médecine, des tissus d'élection. En oto-rhino-laryngologie, le cartilage rivalise avec le tissu lymphoïde. Leurs réactions sont constantes et personnelles.

Cette triple étude histologique, anatomo-pathologique et clinique réunit les éléments primordiaux de l'existence cartilagineuse.

La première partie a été rédigée par le docteur Turchini, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Montpellier. Les notions fondamentales de l'histologie et de l'histophysiologie de l'appareil cartilagineux sont successivement envisagées : constitution, structure et variétés. Des micro-photographies de cartilages prélevées sur le vivant illustrent le texte.

La deuxième partie a été écrite par le docteur Harant, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Montpellier. Les données générales, les inflammations, les néoplasies chondroïdes sont étudiées dans divers chapitres. Des microphotographies de cartilage humain pathologique illustrent également le texte.

La troisième partie, la partie clinique, a été longuement détaillée par le Docteur Terracol, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de médecine de Montpellier. Toutes les affections cartilagineuses du larynx, du nez et de l'organe auditif sont envisagées sous leurs différents aspects : inflammations banales, et dans les maladies infectieuses : périchondrites tuberculeuses et syphilitiques, tumeurs, etc...

Des photographies personnelles ou empruntées à divers auteurs soulignent chaque type clinique.

Cette monographie réalise étroitement l'union du laboratoire et de la clinique, selon la tradition immuable de l'Ecole de Montpellier.

L. G.

(1) Un volume de 508 pages. — Paris 1932, Masson et Cie.

(2) Collection de Parrel des Manuels de rééducation. In-8 carré de 234 pages avec 100 figures dans le texte. — Prix : 36 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(1) In-16 de 216 pages avec 16 figures. Analyses en allemand, anglais, espagnol, italien. — Prix : 35 fr. — Paris, Les Presses universitaires de France.





TRAVERSANT L'ESTOMAC SANS SE DÉCOMPOSER
L'ALUNOZAL
salicylate aluminique basique
SE DÉDOUBLE
sous l'influence de l'alcalinité intestinale
en
ALUMINE GÉLATINEUSE
ASTRINGENT ABSORBANT
SALICYLATE ALCALIN
ANTISEPTIQUE ANALGÉSIQUE
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
DIARRHÉES DES NOURRISSONS
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
GRANULÉS à 25% FLACON de 90grs
COMPRIMÉS à 0.50 TUBE de 20
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e



QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
Adopté par :
L'Assistance-Publique
Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE MALTE
LABORATOIRES AUBRY
54, RUE DE LA BIENFAISANCE
PARIS _ 8e
TÉL. LABORDE : 15-26

REVUE GENERALE

LES LAMBLIASES [1]

PAR MM.

G. CARRIÈRE, et CL. HURIEZ,

Professeur de clinique médicale — Chef de clinique adjoint

A la Faculté de médecine de Lille.

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur.

IV. MANIFESTATIONS CLINIQUES

Nous devons rapporter ici des faits de valeur très inégale.

Tout le monde admet en effet les troubles intestinaux engendrés par ces parasites, mais on a voulu faire rentrer dans le cadre de la lambliase nombre de manifestations vésiculaires, voire même hépatiques, qui sont beaucoup plus discutables quant à leur étiologie parasitaire.

A. LAMBLIASE INTESTINALE

Deux tableaux cliniques s'opposent en fréquence et en évolution. Car il est beaucoup plus habituel de voir la lambliase intestinale prendre le masque de l'entérite chronique que celui de la dysenterie aiguë ou suraiguë (en étudiant l'habitat du parasite, nous avions déjà insisté sur la rareté des localisations coliques et rectales).

1) **Type dysentérique.** — Cette forme s'observe généralement à la période initiale de la lambliase, mais elle peut aussi survenir comme manifestation aiguë au cours d'une entérite chronique.

La symptomatologie peut prêter à confusion avec celle de l'amibiase, en raison des signes fonctionnels, consistant en coliques, épreintes cependant peu accusées, tenesme ; en raison de signes généraux dont l'intensité va de l'état typhoïde à l'atteinte moins grave de l'organisme, avec une température subfébrile, un facies pâle et tiré, une langue sèche, un foie gros, de l'oligurie.

Mais l'examen des selles pourra seul affirmer la nature de cette dysenterie par la constatation de lamblias, sous leur forme évolutive et plus rarement sous leur forme kystique.

Du point de vue macroscopique il s'agit en effet de selles glaireuses ou séro-sanglantes, de coloration jaune brunâtre, nettement acides, et dont la fréquence n'a rien de caractéristique, oscillant entre 10 et 20 selles par 24 heures dans les cas moyens et 60 à 70 dans les formes suraiguës. Dans ces formes, la rectoscopie montrera une muqueuse hyperhémiée, à piqueté hémorragique diffus. Il faut rapprocher de cette dysenterie, les cas de *colite ulcéreuse* à Lamblias rapportés en 1912 par Fairise et Jacquot, avec évolution fatale, et plus récemment par Silva (139). Dans ce dernier cas, la perforation du sigmoïde entraîna un tableau analogue à celui d'une péritonite appendiculaire, mais l'intervention précoce avec suture et enfouissement de la perforation, et drainage à la Mickulicz, fut suivie de guérison. Enfin, rappelons la constatation de Lamblias dans les parois d'un *appendice* enlevé par Savignac.

2) **L'entéro-colite chronique** constitue le tableau habituel de la Lambliase et rien cependant dans l'aspect clinique de tels malades ne permet d'isoler un syndrome spécial, spécifique, comme dans la typhoïde, ou dans les parasitismes à amibes ou à ankylostomes.

Goiffon et Roux (65) s'élèvent cependant contre l'opinion de ceux qui affirment « que la découverte des Lambliases est une question de hasard, ou est due à la systématisation des examens coprologiques ». Pour eux en effet : « le caractère clinique réel des entérites à Lamblias, c'est leur chronicité invétérée, leur ténacité extrême. Quand on se trouvera en face d'une diarrhée qui ne guérit pas, sur laquelle aucun régime, ni aucune médication n'a de prise tant soit peu durable, il faudra penser à la Lambliase ».

a) La présence de ce parasite pèse davantage sur l'évolution de la maladie que sur son aspect.

b) Pour Dalsace (41), à côté de cette évolution chronique à poussées successives et du caractère rebelle de l'affection, il faut surtout attacher de l'importance à la *discordance entre l'intensité des phénomènes généraux et celle des manifestations locales.*

C'est qu'en effet les malades éprouvent, le plus souvent, peu ou pas de douleurs spontanées, cependant que la palpation ne révèle qu'une légère sensibilité cœcale ou sigmoïdienne.

Et cependant l'état général est altéré, caractérisé par une dépression et une asthénie très accusée. Le masque est pâle, les traits tirés, les yeux cernés. Le malade est légèrement anémié et couvert au moindre effort de sueurs abondantes. L'amaigrissement est souvent marqué.

Dalsace insiste sur la fréquence d'une légère réaction hépatique, caractérisée par une sensibilité du foie, l'urobilinurie, et la décoloration intermittente des selles. Pour cet auteur, la température est très variable, n'affectant aucune courbe classique, dépassant rarement 38°. L'un de nous a, par contre, fréquemment observé des *Lambliases fébriles*, pyrexies le plus souvent de type *ondulant*, dont l'étiologie restait méconnue, jusqu'à la constatation coprologique du parasite.

L'examen du sang, en dehors de l'anémie légère, montre une leucocytose le plus souvent normale, et à l'exception d'un cas de Cade et Hollande (14), la plupart des observateurs insistent sur l'absence d'éosinophilie au cours de cette parasitose qui s'oppose à la fréquence de cette modification sanguine au cours de la plupart des infections intestinales à protozoaires (Billiet, Chantemesse et Rodriguez, Dopter, Weinberg, Sabrazès, Hoyt, Mathis, Jouveau, Dubreuil).

Si elle n'a pas de caractère nettement spécifique, la *diarrhée* représente cependant la manifestation essentielle de cette entérite chronique.

Elle s'installe le plus souvent sans fracas, parfois elle succède à un syndrome dysentériforme plus ou moins aigu.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 65, p. 1201.

Le nombre des évacuations s'élève parfois à 10 à 12 par jour, mais oscille, en général, entre 4 et 6.

Ces selles, accompagnées exceptionnellement de ténesme et d'épreintes, sont parfois sanglantes, au cas de participation recto-sigmoïdienne.

On peut, malgré leur diversité, ramener la description des selles à deux types principaux d'après Goiffon et Roux :

a) Le plus fréquemment la selle est pâteuse, presque fluide, s'étalant dans le vase, exhalant une odeur putride. La coloration est plus ou moins foncée, habituellement jaune brun. Un examen macroscopique après simple trituration et dilution affirme la constance de la colite par la constatation de petits fragments de mucus. On apprécie parfois une insuffisance des sucs digestifs par la mise en évidence de particules de pommes de terre et de fragments de tissu conjonctif. Le microscope montre de nombreuses fibres musculaires mal attaquées, avec conservation de la striation.

La présence d'amidon témoigne également d'une évacuation assez rapide du gros intestin. Les graisses sont généralement bien digérées.

La flore microbienne se colore en grande partie en bleu par les réactifs iodés.

Du point de vue chimique, la réaction est habituellement alcaline au tournesol et il existe une quantité anormale de stercobiline. Goiffon insiste sur l'absence d'albumine transsudée à travers la paroi intestinale ulcérée, mais trouve de la mucine et des acides gras volatils en rapport avec les fermentations.

b) Plus rarement la selle prend le type de la diarrhée acide, de fermentation hydro-carbonée. Elle est jaune, très acide, mousseuse, très riche en amidon, en cellulose, en bactéries iodophiles, soit longs bacilles genre Boas-Oppler soit leptothrix.

c) Enfin dans les cas aigus, on peut assister à des selles d'évacuation prématurée du contenu iléal, jaune roux, n'adhérant pas au verre, avec présence de bilirubine donnant une réaction verte au sublimé.

d) Enfin nous ne pouvons passer sous silence, l'ayant observée plusieurs fois, la *forme à type entérocolite muco-membraneuse*, avec ses périodes de constipation alternant avec des poussées diarrhéiques. Dans ces cas la température était généralement normale, se traduisant cependant parfois chez l'enfant par des poussées thermiques d'interprétation malaisée.

De toute façon, c'est la constatation du parasite, sous sa forme végétative ou kystique, qui est l'élément indispensable au diagnostic étiologique de ces troubles intestinaux.

3) **Formes compliquées ou associées.** — Si la chronicité de la plupart des cas de Lambliase doit être considérée non comme une complication de l'affection, mais bien comme une de ses caractéristiques, il est d'autre part des cas graves, où l'évolution fatale a pu être imputée directement à ce parasitisme.

En dehors du cas de Fairise et Jacquot cité plus haut, Marcel Labbé insiste sur des cas de *Lambliase grave*, et rapporte (87) l'observation d'un malade qui fut durant plusieurs années amélioré par les traitements les plus variés, et qui succomba finalement à la formation d'un gros abcès iliaque, au pus très riche en lamblias, cause d'artérite de l'iliaque qui baignait dans le pus. Morel (113), élève de Carnot et Libert, rapprochant des deux observations précitées un cas personnel à évolution fatale, essaie d'individualiser, en type clinique spécial, la *forme grave de la Lambliase* : « La longueur de l'évolution, la survenue d'accidents graves (suppurés ou occlusifs), après de longues années pendant lesquelles la maladie avait paru revêtir une allure bénigne, ressort très suffisamment de la lecture de ces trois observations ».

Les *associations* ne sont pas rares et les statistiques anglaises font état de chiffres à peu près identiques de Lambliases pures ou associées. La présence de Blastocystis, de Trichomonas, de Tricocéphales est fréquemment notée au cours des Lambliases. Mais c'est surtout l'association avec l'entamœba dysenteriae qui doit être retenue en pratique : en effet quand le traitement d'une amibiase ne donne pas les succès escomptés, il faut toujours rechercher l'association possible, et c'est bien souvent la lambliase qui entretient de vieilles dysenteries, où l'amibe et ses kystes n'apparaissent plus qu'à des intervalles très éloignés.

Enfin il n'est pas jusqu'aux dysenteries bacillaires qui peuvent coexister avec des Lambliases, témoin l'observation de Morénas, Dechaume et Sedaillon (116), d'une dysenterie chronique due à l'association de lamblias et de bacilles de Shiga.

Le rôle de la Lambliase intestinale apparaît parfois comme facteur de localisation de processus tuberculeux ou néoplasique.

Il nous faut rappeler à ce sujet les remarques de Roques, Morénas et Delore (133) de Lambliases favorisant l'établissement de lésions tuberculeuses de l'intestin, et la thèse de Billiet (6) se base pour diagnostiquer et affirmer ce rôle, sur l'aggravation rapide de l'état général, sur la persistance des manifestations intestinales, sur l'échec du traitement antiparasitaire, sur la constatation de bacilles de Koch dans les fèces et l'apparition de localisations tuberculeuses sur d'autres organes.

Très intéressante est l'observation de Gaultier (62) d'un epithelioma rectal que des examens rectoscopiques, multipliés au cours d'une rectite à Lamblias, permirent en quelque sorte de voir se greffer sur des ulcérations riches en kystes de Lamblias.

La localisation de ces parasites sur le rectum est d'ailleurs affirmée, par ce fait qu'après amputation périnéo-abdominale par Lardennois, les Lamblias avaient disparu du tube digestif.

B. LAMBLIASE HÉPATO-BILIAIRE

Nous avons rapporté, lors de la discussion sur l'habitat du parasite, les arguments anatomiques et biologiques qui permettaient de considérer comme possible l'infestation des voies biliaires, tout en soulignant que la localisation intestinale restait de beaucoup la plus fréquente. Il nous faut envisager ici les manifestations cliniques qui peuvent faire songer à l'atteinte des voies biliaires par les Lamblias.

La Lambliase biliaire et surtout vésiculaire a été étudiée par Labbé et Nepveux (85-86), par Castex et Galan (28-29), par Goïa et Gavrila (63), par Smirnoff (141), par Caïn (18-19), enfin c'est à la thèse de Kirzblum (79), élève de ce dernier, que nous aurons recours pour décrire les différents types de *cholécystites à Lamblias.*

I. **Cholécystites.** — L'examen de plusieurs malades lui fait envisager des formes *latente, douloureuse* et *dyspeptique.*

a) Forme latente :

L'examen coprologique révèle fréquemment chez un dysentérique des Kystes de Lamblias ; mais si chez ce malade on constate une pesanteur sous le rebord costal droit, il est indiqué d'explorer le fonctionnement biliaire. Parfois le tubage duodénal permettra de constater des parasites dans les trois biles, et leur plus grande fréquence dans la bile B.

Nous ne reviendrons pas sur l'interprétation des résultats de tels tubages. Mais même si on admet que la présence de Lamblias dans la bile B correspond à un séjour de ces parasites dans la vésicule, on ne peut parler d'atteinte de cet organe, de cholécystite qu'en présence de manifestations pathologiques nettes. La description de formes latentes des cholécystites lambliennes est donc des plus discutables.

b) Chez certains malades au contraire, une diarrhée permanente ou intermittente, datant de plusieurs années s'accompagne d'un amaigrissement progressif, d'anorexie et surtout de douleurs sourdes dans l'hypochondre droit. L'algie peut parfois se manifester sous forme d'accès simulant une véritable colique hépatique.

L'examen de la région sous-costale droite précise la sensibilité de la région vésiculaire, avec constatation d'un signe de Murphy positif. Parfois même l'hypertrophie est suffisante pour permettre la palpation de la vésicule. Enfin l'examen radiographique après injection de la tétraiode ne montre en général aucune opacification de la vésicule.

Certains auteurs (Westphal et Georgi) attribuent cette *cholécystite à forme douloureuse* à l'obstruction des voies biliaires par des amas de parasites, ce même mécanisme pouvant également amener la production d'ictère au cours de la Lambliase.

c) Enfin les troubles vésiculaires peuvent réaliser une *forme dyspeptique :* c'est un malade qui se plaint depuis plusieurs années de crises de diarrhée glaireuse et qui présente un tableau d'entéro-colite avec corde colique. Mais un examen plus précis montre une sensibilité vésiculaire, avec parfois une contracture sous-costale de l'hypochondre droit avec signe de Murphy. Si l'examen coprologique rattache la production de la diarrhée à une infestation par les lamblias, il faut de plus chez un tel malade rechercher si le parasite n'a pas gagné la vésicule et n'est pas responsable des phénomènes sous-hépatiques. Seul encore le tubage duodénal apporte un élément pour le moins de présomption, si la bile B renferme des Lamblias.

En dehors des signes physiques et radiologiques signalés, Kirzblum n'a trouvé ni dans l'examen de la courbe thermique, ni dans les examens de sang ou d'urine, d'éléments facilitant le diagnostic de cholécystite lamblienne.

L'évolution de ces troubles vésiculaires se fait à bas bruit, compatible le plus souvent avec un état général suffisant. Kirzblum déclare n'avoir pas observé de cas grave ; tout au plus l'amaigrissement et l'asthénie s'exagéraient-elles durant quelques semaines.

Marcel Labbé a cependant rapporté deux cas mortels, dont l'un s'était compliqué de colite et de péri-typhlite suppurées (87) et dont l'autre avait évolué comme une hépatite chronique, du type d'une cirrhose hypertrophique pigmentaire (88).

II. **Hépatites.** — Cette dernière observation nous montre que l'infestation à Lamblias ne retentit pas seulement sur la vésicule biliaire, mais peut même créer des *hépatites* à type inflammatoire, évoluant secondairement vers la sclérose.

Et pour Marcel Labbé, Nepveux et Justin-Bezançon, « On ne peut s'empêcher de penser, en présence de ces faits, que les lamblias qui envahissent d'abord la partie inférieure du tube digestif en créant une colite, puis remontent dans le grêle, pour se fixer sur le duodénum, sont capables d'envahir les voies biliaires intra et extra-hépatiques et de produire ici une cholécystite, là une hépatite avec sclérose du foie ».

On a parfois noté des *ictères* secondaires à des poussées d'entérocolite et les Allemands, à la suite de Westphal et Georgi, ont fort insisté sur l'étiologie de l'ictère lié à la présence de Lamblias dans l'appareil biliaire.

Pour Marcel Labbé, il ne semble pas cependant que ces parasites soient gravement pathogènes pour les voies biliaires, car des biles très riches en lamblias ne présentent que des signes d'irritation très modérés. Le Lamblia semble plutôt vivre en saprophyte dans la bile et le danger vient surtout de ce qu'il est apporté par la bile à l'intestin et le réinfecte constamment.

Pour Morénas (115), l'infestation des voies biliaires par les lamblias ouvrirait des portes d'entrée aux autres agents pathogènes.

Goïa et Halitza (64), de l'observation de 9 cas de lambliases avec troubles hépato-biliaires, estiment qu'il est difficile d'admettre la possibilité de cholécystites lambliasiques dans le sens vrai du mot. En effet, chez deux malades qui présentaient des troubles vésiculaires nets au cours d'une lambliase intestinale, chez qui la bile B ramenait un nombre considérable de parasites, les recherches microscopiques faites sur le contenu et les parois des vésicules enlevées chirurgicalement n'ont pas permis de mettre en évidence de lamblias.

Goïa et Halitza envisagent ensuite dans la même publication comment on peut expliquer l'action des lamblias dans la provocation du processus cirrhotique. Ils rappellent que Marcel Labbé pense à une action directe du lamblia, à la suite de sa pénétration dans les petites voies biliaires. Comme pour les manifestations vésiculaires, Morénas invoque plutôt le rôle indirect du Lamblia, ouvrant des portes d'entrée à des

microbes pathogènes. Mais surtout les auteurs précités se rallient à l'opinion de Westphal et Georgi, qui attribuent les lésions hépatiques au rôle toxique de la Lambliase.

Il est en effet évident que des lésions intestinales graves, et la lambliase peut en causer, favorisent la résorption de produits toxiques et infectieux, qui lèsent la cellule hépatique.

Il faut donc être très prudent dans le diagnostic des manifestations vésiculaires et hépatiques de la lambliase. Il est d'abord indispensable de constater la présence du parasite (et en nombre important) dans le liquide duodénal avant de songer à l'étiologie parasitaire des troubles observés. Mais en dehors des réserves à faire sur la constance du rôle pathogène des lamblias, il faudra éliminer l'origine lithiasique ou amibienne des réactions hépato-vésiculaires observées. C'est surtout le diagnostic d'amibiase vésiculaire qui, pour Caïn, vaut d'être discuté. Le tableau symptomatique est dans ce cas fait habituellement de douleurs sous-costales droites avec défense pariétale et irradiation scapulaire homo-latérale ; les digestions sont pénibles mais il n'y a généralement pas d'ictères ni de complications suppurées. Enfin la preuve thérapeutique importe surtout, car la symptomatologie s'efface par la cure d'émétine.

V. THÉRAPEUTIQUE

De toutes les publications, il se dégage que rien n'est plus décevant que les résultats des divers traitements mis en œuvre, et ils sont cependant aussi nombreux que variés.

Il est bon d'abord de rechercher les tests de guérison de cette parasitose. Les phénomènes cliniques sont d'interprétation délicate, car les améliorations spontanées ne sont pas rares, mais souvent de courte durée. On ne peut attacher non plus une valeur absolue à la disparition des formes végétatives ou kystiques dans les fèces, car celle-ci n'est généralement que temporaire. Néanmoins l'absence de parasites constatée plusieurs fois à quelques mois d'intervalle prend une valeur importante, quant à l'efficacité de la thérapeutique mise en œuvre — valeur absolue même si les Lamblias disparaissent non seulement des fèces, mais aussi du liquide duodénal, surtout après l'épreuve de Metzger-Lyon.

Cependant les cas indiscutables de guérison ne sont pas très fréquents, et cela tient à ce que la pénétration profonde du parasite dans les tuniques explique la chronicité et la ténacité des Lambliases.

a) Il n'est pas négligeable de surveiller le régime de ces malades : on supprimera surtout les végétaux, en raison de l'abondance des débris cellulosiques dans leurs selles.

b) Les médications prônées contre la lambliase subissent difficilement une classification logique.

Deschiens distingue les produits d'origine minérale ou organique, et les médicaments d'origine végétale ou animale.

Parmi les derniers, on n'observe que rarement des améliorations, soit par l'emploi de l'ipéca, de l'essence de térébenthine, du thymol ou de la quinine.

L'action de l'émétine semble plus nette à Chantriot (36), surtout sous forme d'arsémetine en injections hypodermiques (solution stérilisée et stabilisée de β-acétylamino-oxyphénylarsinate d'émétine, dont un centimètre cube renferme quatre centigrammes d'émétine et la même dose d'arsenic).

Ce sont surtout les produits minéraux qui ont été essayés et beaucoup sans succès. Le sulfate de soude, le calomel, le carbonate de chaux, l'uroformine, le bleu de méthylène, le mercurochrome et la trypaflavine, n'ont donné que des échecs.

Il nous faut insister plus sur les sels de bismuth et surtout les arsenicaux.

Dalsace (41) associe généralement le sous-nitrate de bismuth, à la prise per os d'arsenicaux. Goiffon (66) a obtenu d'assez bons résultats avec des prises de salicylate de bismuth à la dose de quinze grammes par jour. Malheureusement une grande partie de ce produit est décomposé en sulfure de bismuth et en acide salicylique : ce dernier passe dans l'urine et de pareilles doses ne sont pas toujours sans inconvénients pour le rein. L'un de nous n'a obtenu que des insuccès avec le bismuth Desleaux, cependant que les associations émétine-arsenic (acétylarsan ou Stovarsol) donnaient des résultats satisfaisants.

Les arsenicaux restent les sels les plus employés et les plus efficaces. Les solutions de Novarsenobenzol ont donné de bons résultats en injections intra-veineuses. Ravaut préfère l'ingestion de pilules glutinisées du même produit.

Cade et Hollande (13) ont obtenu de bons résultats avec le néosalvarsan, mais ils reconnaissent la nécessité de plusieurs séries d'injections.

Kofoïd, Carles, Chandler, Roggers, Castex et Galan insistent aussi sur la haute valeur de ce produit, que Kantor introduit par voie rectale à des doses atteignant quatre grammes.

Le Tréparsol et le Stovarsol sont beaucoup moins actifs que l'acétylarsan qui, avec le néosalvarsan représente pour Cade, Morénas et Grivet (16) la thérapeutique de choix au cours de la Lambliase.

Enfin, nous avons déjà nommé l'arsémetine. Madinaveitia (104-106) ayant constaté qu'après des séances de diathermie, les lamblias retirés du liquide duodénal ont perdu de leur mobilité, propose de faire précéder cette cure médicamenteuse par des applications diathermiques. Libert, chez un malade qu'il n'a malheureusement pu suivre assez longuement, a obtenu un très bon résultat, au moins immédiat, avec ce mode de traitement.

Toutes ces thérapeutiques ont été mises en œuvre à une époque où l'on croyait à une localisation duodénale ou intestinale du parasite. Depuis que la vésicule biliaire est reconnue comme susceptible de servir de repaire aux lamblias, voire pour certains d'habitat électif, on s'explique le peu d'efficacité de ces médicaments.

Les cholagogues habituels (boldo-calomel), les désinfectants biliaires (urotropine-salicylate de soude), ne se sont pas montrés capables de juguler l'infestation. On a donc songé à agir directement sur la vésicule biliaire ; la cholécystectomie a été avancée par Westphal et Georgi ; elle doit cependant, pour Kirz-

blum, n'être proposée que dans des cas à aggravation prononcée. En effet l'intervention, tout en améliorant considérablement l'état du malade, ne peut prétendre à débarrasser définitivement l'appareil digestif des lamblias.

Carnot, Libert et Gaehlinger proposent de faire agir les médicaments les plus efficaces, donc les arsenicaux, en les introduisant directement dans le duodénum, par la sonde d'Einhorn, au moment où l'ingestion de sulfate de magnésie provoque l'expulsion de la bile riche en parasites.

Le tubage duodénal n'étant pas toujours accepté, Smirnoff, élève de Carnot, propose dans sa thèse (141) d'avoir recours à la méthode de Gaehlinger de drainage des voies biliaires : le matin à jeun, prise de 50 grammes d'eau de Châtel-Guyon dans laquelle on fait dissoudre de 5 à 7 gr. 5 de sulfate de magnésie ; puis, nouvelle prise, 20 et 30 minutes après, de 50 gr. d'eau de Châtel-Guyon pure et ainsi trois jours de suite. De toutes façons, à ce drainage des voies biliaires doit être associée la thérapeutique arsenicale.

Avec Chantriot (36), on peut donc esquisser de la sorte le traitement actuel de la Lambliase, dont la valeur est loin d'être absolue.

a) *Drainage médical* intense et répété des *voies biliaires* par les cholagogues et antiseptiques biliaires usuels.

b) Emploi simultané et prolongé de la *limonade chlorhydrique* pour pallier à l'action favorable de l'alcalinité du liquide duodéno-biliaire sur le développement des Lamblias.

c) Injections hypodermiques d'*arsemetine*, ou d'acétylarsan, injections intraveineuses de novarsénobenzol, ou prise per os de Tréparsol. Suivant la suggestion de Carnot, il sera peut-être préférable de conduire les arsenicaux par la sonde en plein carrefour duodéno-biliaire.

d) Réserver la *cholécystectomie* aux cas à évolution grave et rapide, avec symptomatologie vésiculaire nette.

e) Traiter systématiquement tous les porteurs de Lamblias à titre *prophylactique*. Pour Deschiens, la thérapeutique de ce parasitisme est si décevante, que la prophylaxie doit y suppléer par des règles qui doivent se baser sur la transmission de la maladie par les déjections humaines, ou des muridés domestiques, souillant les aliments. Le rôle vecteur des mouches est possible, mais c'est surtout celui de l'eau qui doit retenir l'attention.

BIBLIOGRAPHIE

(1) ALLEN. A case of Lamblia intestinalis infection, Old Dominion, *J. Med. and Sc.*, X, 417, 1910.

(2) ANGLADA et DERRIEN. Syndrome hépatomégalique au cours d'une dysenterie vraisemblablement autochtone. Présence de Lamblia, *Soc. des Sc. Méd. de Montpellier*, 14 fév. 1913.

(3) AUBERT. Le rôle pathogène du Lamblias, *Th. de Lyon*, 1924-1925.

(4) BEHREN. *Klin. Woch.*, 10 juin 1924.

(5) BENSEN. Ban und Artung der Gattung Lamblia, *Zeistchr. g. Hyg.*, 1908.

(6) BILLIET (G.). La Lambliase intestinale associée à la tuberculose et son traitement par les arsenicaux pentavalents, *Th. de Lyon*, 1926-1927 ; *Anal. Arch.* 1928, p. 555.

(7) BOECK. Mitosis in Giardia Microti, *University of California publications in Zoology*, XVIII, N° 1, p. 1-26, 1917.

(8) BOECK. Giardia in man ; its prevalence and relation to the diarrhoea and on gall bladders disease, *Arch. of internat. Medic.*, XXXIX, 1927, 1, p. 134.

(9) BOHNE et VON PROWAZEK. Zur Frage der Flagellatendysenterie, *Arch. f. Protistenk*, Bd. XII, 1908.

(10) BOYD. The detection of Lamblia intestinalis by means of the duodenal tube, *Canadian Med. Assoc. Journ.*, t. XI, 658, 1921.

(11) BRUMPT. Um caso de enterite a lamblia intestinalis em Saô Paulo, *Annaes Paulistas de Medicina e cirurgia*, 1913, Numéros 1-3.

(12) BRUMPT. *Précis de Parasitologie*, Paris, Masson 1927.

(13) CADE et HOLLANDE. Essai de traitement par le néosalvarsan de l'entérite chronique à Lamblia, *Bullet. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, mars 1918.

(14) CADE et HOLLANDE. L'entérite à Giardia (Lamblia) intestinalis, *Arch. des mal. app. digestif*, 1920, p. 193.

(15) CADE et PIERRE LEPINE. Lambliase chez l'enfant, *Lyon Médical*, 11 octobre 1925 ; analyse : *Arch.*, 1927, p. 507.

(16) CADE, MORENAS et GRIVET. Localisation vésiculaire du parasite ; à propos de l'action de l'acétylarsan, *Soc. méd. des Hôpit. de Lyon*, 17 nov. 1925.

(17) CADE, COTTE et MORENAS. Etude d'un cas de Lambliase tenace ; inefficacité de la cholecystectomie, *Journ. de Méd. de Lyon*, 1929, p. 531-539.

(18) CAIN. Cholécystite et Lambliase, *Arch. Mal. app. dig.* 1929, t. XIX, p. 316-321.

(19) CAIN. Les infections parasitaires de la vésiculaire biliaire, *Journ. de Diététique et de Bactériothérapie*, 15 juin 1929.

(20) CALVO (Gonzalez). Lambliase hépatique, *Medic. ibera*, 31 janv. 1931, XXV, p. 145.

(21) CAMERON. A case of Lambliasis in a child living in Southwark. *Guy's Hosp. Gaz. Lond.* 1917, XXI, 278.

(22) CARLES. Les entérites chroniques de guerre, *Presse méd.*, N° 8, 10 fév. 1919 ; *Jonrn. de Méd. de Bordeaux*, XLIX, 187, 1919.

(23) CARNOT et TURQUETY. Les maladies d'importation exotique depuis la guerre, *Paris Méd.*, 1er décembre 1917.

(24) CARNOT, LIBERT et GAEHLINGER. La giardiose vésiculaire. Lambliase vésiculaire, *Paris Méd.*, 16 mai 1925, p. 457, N° 20.

(25) CARNOT et GAEHLINGER. Lambliase vésiculaire ou duodénale. Présence de Lamblia dans la bile vésiculaire après injection hypophysaire, *Paris Méd.*, 15 mai 1926.

(26) CARR et CHANDLER. *J. A. M. .A*, 22 mars 1920.

(27) CASTELLANI. Diarrhoea from Flagellates, *Brit. Med. Journ.*, 11 nov. 1905.

(28) CASTEX et GALAN. Giardiose des voies biliaires, *Arch. argent. die enfermades del apareto dig.*, oct. 1925 ; *An. arch.*, 1927, p. 507.

(29) CASTEX et GREENWAY. La entozoosis en su relacion con la toxenia intestinal, *Prensa medica argentina*, N° 24, 801, 1925 ; N° 25, 841, 1925.

(30) CASTEX et GALAN. La Giardia intestinalis en las afecionis de la vias biliares, *Prensa Medica Argentina*, N° 12, 425, 1925.

(31) CASTEX et GALAN. La Giardiose Duodénale, *Arch. app. dig.*, 1926, p. 633.

(32) CASTEX et GREENWAY. *Prensa Medica Argentina*, N° 10, 20 fév. 1926.

(33) CASTEX. Toxémie intestinale et protozoaire parasites, *Arch. argentina des maladies de l'appareil digestif*, N° 3, 1927. Analyses, *Arch.*, 1928, p. 109.

(34) CHAU et FASKER. *J. A. M. H.*, 26 mai 1917.

(35) CHANTRIOT. Un cas d'hépatite aiguë primitive à Lamblia, avec menace d'abcès, écartée par l'arsémétine, *Arch. des mal. de l'app. digestif*, 1931, p. 236-237.

(36) CHANTRIOT. Le problème thérapeutique de la Lambliase, *Arch. mal. app. digestif*, 1931, p. 578-589.

(37) CHIRAY et LEBON. A propos de la Lambliase vésiculaire, *Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 5 nov. 1925, p. 1344. Analyse : *Arch. app. dig.*, 1926, p. 509.

(38) CHIRAY et PAVEL. *La vésicule biliaire*, p. 504, Masson, Paris 1927.

(39) COHNHEIM. Ueber Infusorien in Magen und in Darmkanal des Menschen und ihre klinische Bedeutung, *Deut. med. Wochens.*, 1902, t. XXIX, N° 12, pp. 206-208 ; N° 13, pp. 230-232 ; N° 14, pp. 245-248, 1909, t. XXXV, N° 3, pp. 92-94.

(40) COMBY. *Arch. med. experim.*, t. XXXII, 1929.

(41) JACQUES DALSACE. A propos de la Lambliase, importance de l'étude clinique, *Archives des Maladies app. digestif*, 1931, page 116.

(42) DAMADE. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1er juin 1922 ; *Gazette des Hôp.*, N° 66, p. 1064, 1922 ; *Presse Méd.*, N° 10, 3 fév. 1926, p. 154.

(43) DEGLOS. Troubles intestinaux chroniques par présence de parasites autres que l'amibe dysentérique, *Bull. méd.*, 20 déc. 1917.

(44) DECLOS (F.). Le rôle du Lamblia en pathologie intestinale, *Lyon Méd.*, 25 mai 1920; Anal. in *Arch. des Malad. app. digestif*, 1921, p. 139.
(45) DENIS (M.). *Lyon Méd.*, 1er juillet 1928, N° 27; Anal. *Arch.*, 28, p. 934.
(46) DERRIEN et RENAUD. Dysenterie chronique à flagellé nouveau, *Bull. soc. Path. Exot.*, VII, N° 7, 1914.
(47) DESCHIENS. Les entérites à Giardia, *Th. Paris*, 1921.
(48) DESCHIENS. Le rôle pathogène de Giardia intestinalis, *Arch. des Mal. de l'app. digestif*, t. XIII, février 1923, p. 136.
(49) DESCHIENS. Sur l'habitat et la répartition des Giardias chez les porteurs sains et les porteurs malades, *Bull. soc. pathol. exot.*, 1923, p. 735-737.
(50) DESCHIENS. Variations tinctoriales et morphologiques du giardia intestinalis, *Bull. soc. path. exot.*, 1923, p. 323-325.
(51) DESCHIENS. Recherche sur l'infection des voies biliaires par les lamblias, *Arch. mal. app. digestif*, t. XX, oct. 1930, p. 951.
(52) DETRE. Ein Fall from Lamblia Infection des Darnes, *Wiener Klin. Wochen*, 1916, XXIX, 1010.
(53) DOBELL. A note on the treatment of Lamblia infection. *Lancet*, 1916, II, 1053.
(54) DOFLEIN. *Lehrbuch der Prozoenkunda*, 3e éd., 1916, p. 632.
(55) DOPTER. La Lambliase, étude étiologique, *Paris Méd.*, 1925, LV, p. 329-334.
(56) DORE. Ictère hémolytique avec splénomégalie chez un hérédo-syphilitique atteint de Lambliase des voies biliaires, *Bull. Soc. méd. hôp. Paris*, 1927, p. 810-813.
(57) DU BOIS et TOROT. 2 cas d'infection à Lamblia intestinalis, *Proc. N. Y. Path. Soc.*, 1912, N° 12, 32-37.
(58) FAIRISE et JACQUOT. Colite ulcéreuse due à un parasite flagellé, le Lamblia intestinalis, *Arch. des Mal. de l'appareil digestif*, 1913, juin, p. 301.
(59) FAIRISE et JANNIN. Dysenterie chronique à Lamblia. Etude parasitologique et anatomo-pathologique, *Arch. de Méd. exp. et d'Anat. pathol.*, N° 5, sept. 1913.
(60) FANTHAM et ANNIE PORTER. The pathogenicity of Lamblia to men and to Experimental animales, *Brit. Med. Journ.*, juillet 1916.
(61) FELSENREICH et SATKE. *Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.*, 19 april 1923.
(62) GAULTIER. Epithelioma rectal greffé sur une giardiose intestinale, *Arch. mal. app. digestif*, 1926, p. 1070-1072.
(63) GOIA et GAVRILA. Contribution à la symptomatologie de la Lambliase, *Arch. mal. app. digestif*, 1930, p. 1184.
(64) GOIA et HALITZA. Considérations sur 3 cas de Lambliase intestinale évoluant avec des lésions hépato-biliaires. Cirrhose hépatique et cholécystite, *Arch. des mal. app. digestif*, 1931, p. 957.
(65) GOIFFON et J.-Ch. ROUX. Les entérites à Lamblia, *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, t. IX, avril 1918, p. 601.
(66) GOIFFON. Entérites chroniques et coprologie, *Presse méd.*, 1918, XXXVI, p. 227-229, N° 23.
(67) GONDER. Lamblia sanguinis n. sp., *Arch. f. Protistenk.*, Iéna, 1910, XXI, 209.
(68) GREENWAY. Giardia canis y giardia intestinalis, *Prensa med. argent.*, 1926, N° 21, p. 704.
(69) GURGEL. Pathogen. of L. intest., *Novo therapia*, VII, 1927, N° 38, p. 3.
(70) HAMMERSHMIDT. Ein fall von Lamblia Infektion des Darnes, *Wien. Klin. Woch.*, 1916, XXIV, p. 1464.
(71) HECKENRATH. *Revue prat. mal. pays chauds*, VIII, 1928, août, p. 389.
(72) HEUBNER. Lamblias als Krauschut, 173 cas, *Zeits. G. Klin. Med.*, CXV, 1930.
(73) HOLLANDER. Infection par Giardia intestinalis, *Arch. of Internat. Med.*, 15 oct. 1923, vol. 32, N° 4, p. 522-529; An. *Arch.* 24, p. 762.
(74) HOOTON. Lamblia intest. and its possible connexion with Poona diarrhoea, *Indian Med. Gaz.*, 1912, XLVII, 187.
(75) IZARD. 3 cas de Lambliase vésiculaire, *Toulouse méd.*, 1er juin 1928.
(76) JANNIN. Note sur un 2e cas de Lambliase observé à Nancy, *Rev. Méd. Est.*, Nancy 1913, 410-412.
(77) KANTOR. Lamblia infection associated with Cholecystitis; report of a case treated with neo-arsphen, *Arch. int. Med.*, 1923, XXXI, p. 693, p. 5.
(78) KINNEDY et ROSEWARNE. Lamblia intestinalis infections from Gallipoli, *Lancet*, Londres 1916, 1163-1165.
(79) KIRSZBLUM. Cholécystite à Lamblia, *Th. de Paris*, 1930, Numéro 169.
(80) KOFOID et CHRISTIANSEN. a) On the life, history of Giardia, *Proc. Nat. Acad. of Sc.*, t. I, N° 10, octob. 1915; b) On binery and multiple fission in Giardia muri (Grassi). *Univ. of California Public. in zool.*, t. XVI, 19 nov. 1915.
(81) KUNSTLER et JINESTE, Megastoma-Lamblia ou Giardia, *Bull. soc. zool. France*, 1907, p. 28-32.
(82) LABBÉ. Les entérites à Lamblia, *Presse Méd.*, 1919, N° 18, 27 mars.
(83) LABBÉ-P. DE MOOR et F. NEPVEUX. a) Le tubage duodénal, *Ann. de Méd.*, février 1926, p. 177; b) L'épreuve de Meltzer, Lyon, *J. Méd. Français*, déc. 1929.
(84) MARCEL LABBÉ et DENOYELLE. Ictère dû à un ascaris. Rôle en général des parasites intestinaux, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1er mai 1925.
(85) LABBÉ, NEPVEUX et GAVRILA. La Lambliase vésiculaire, *Arch. mal. app. digestif*, XV, juin 1925, p. 609, et *Soc. Méd. des Hôpit.*, 13 nov., 3 déc. 1925; *Ann. de Méd.*, 1925, t. XVIII, p. 386.
(86) LABBÉ et NEPVEUX. Le séjour du Lamblia intestinal dans la vésicule biliaire, *Arch. Mal. app. digestif*, juin 1925, p. 609; *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 10 nov. 1925.
(87) M. LABBÉ. Evolution d'un cas de Lambliase grave, *Arch. mal. app. digestif*, 1929, p. 190-193.
(88) M. LABBÉ, NEPVEUX, JUSTIN BESANÇON. Cirrhose hypertrophique pigmentaire du foie et Lambliase intestinale, *Bull. soc. méd. soc. des hôp. de Paris*, 1929, p. 1007.
(89) MARCEL LABBÉ, F. NEPVEUX et NICHITA. Les parasites intestinaux dans la pathologie du tube digestif, *Arch. des mal. de l'app. digestif*, avril 1931, p. 401.
(90) LAMBL. Mikroskopische Untersuchungen der Darnexcrete, Beitrag zur Pathologie des Darns und zur Diagnostik an Krankenbette, *Vierteljahrschr. prakt. Heilk.*, 1859, I-LVI, 1, 58.
(91) LAVIER. Flagellés, parasites intestinaux du campagnol indigène, microtus arvolis Pallas, *Bull. Soc. pathol. exot.*, 1921, XIV, p. 710.
(92) LE DANTEC. Précis de Pathologie exotique, Paris, Doin, 1929.
(93) LIBERT et LAVIER. *Bull. de la Soc. de Pathol. exotique*, tome XVI, N° 8, Séance du 10 oct. 1923.
(94) LIBERT. « Le tubage duodénal », *Th. de Paris*, 1924, N° 46, p. 104 à 107.
(95) LIBERT et LAVIER. Sur l'habitat de giardia intestinalis chez l'homme. Précisions fournies par le tubage duodénal. *Bull. Soc. pathol. exot.*, XVI, N° 9, p. 589.
(96) LOEBER. *Munch. Med. Woch.*, 1923, N° 22.
(97) LOGAN et SANDFORD. The signifiance of Lamblia intestinalis in stool examinations, *J. Lab. and Clin. med. St-Louis*, 1916-1917, 11, 618.
(98) LOW. The treatment of Lamblia infection, *Br. Med. J.*, 1916, 11, 389.
(99) LUGER. Uber spironema und fusiforme Bazillen in Darn, mit einem Beitrag zur Frage der Lamblien Enteritis, *Wien. Klin. Wochen.*, 1917, p. 1643.
(100) LYNCH. Intestinal flagellates infectation clinical analysis, *Journ. med. Assoc.*, 1926, t. LXXXVII, p. 416.
(101) LYNCH. The flagellates protozoo. of intestin., *Amer. Journ. of tropic. Med.*, VIII, 1928, N° 4, juillet, p. 345.
(102) LYON et SWALM. Giardasis, its frequency, recognition, treatment and certain clinical faction, *Amer. Journ. of Med. Ass.*, 1925, t. CLXX, p. 348-364; An. *Arch.*, 26, p. 845.
(103) MACKIE. Laboratory records from Mesopotamia, *Indian Med. Gaz. March.*, 1922, p. 85.
(104) MADINAVEITIA. A propos de la soi-disant Lambliase vésiculaire, *Revista Med. de Barcelona*, N° 43, juillet 1927; anal. in *Arch. Dig.*, 1928, p. 107.
(105) MADINAVEITIA et RANUREZ. Lambliase duodénale, *Los Prog. d. Clinica*, XXXVI, 1928, 12 déc.
(106) MADINAVEITIA. Nouveau traitement de la Lambliase duodénale, *Arch. di Medicina*, Madrid, 4 octobre 1930.
(107) MAERTENS et KOERS. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.*, 1928, LXII, 31, 4 août, p. 378.
(108) MANTOVANI. Lambliosi intestinale, *Gaz. d'osp. Milano*, 1919, XL, 66.
(109) MATHIAS. Lambliase vésiculaire, *Journal de Méd. de Sao-Paulo*, XXII, 31, N° 1.
(110) MAXCY. Giardia (Lamblia) parasite banal chez l'enfant, *John Hopkins Bulletin*, mai 1921, p. 166-170; An. in *Arch. des mal. app. digestif*, 1921, p. 429.
(111) MEERSEMAN et TRICAULT. Lambliase vésiculaire à propos de quelques observations personnelles, *Revue des mal. du foie, pancréas et rate*, t. VI, N° 5, 1931.
(112) MOLINARI. La lambliosi intestinale, *Riforma Med. Napoli*, 1920, XXXVI, 126.
(113) MOREL. Etude sur l'infection de l'organisme humain par Giardia enterium (Lamblia intestinalis) et plus particulièrement sur les formes à évolution grave. *Th. de Paris*, 1929.
(114) MORENAS. Quelques données pratiques sur la Lambliase, *Lyon Méd.*, 6 et 13 sept. 1925; *An. Arch.*, 1926, p. 506.
(115) MORENAS. La Giardose des voies biliaires, *Ann. de parasitologie*, t. VIII, mars 1930, p. 201.
(116) L. MORENAS. Les entérocolites à protozoaires, *Questions Médicales d'actualité*, août 1931.

(117) MORITZ et HOLZL. *Münchner Med. Woch.*, 1892, T. XXXIX, N° 47, pp. 831-835.
(118) MOROEWITZ-HOLTZ. *Münch. Med. Wochen.*, 1892, p. 831.
(119) MULLER. Choleränliche Brechruhr mit Lambliase, *Med. Klin. Berl.*, 1916, XII, p. 1307.
(120) NINO. A propos du traitement des infections à giardias, *Semaine méd. de Buenos-Aires*, XXXV, 1928, 6 déc., p. 1616.
(121) NOC. Observations sur le cycle évolutif de Lamblia intestinalis, *Bull. soc. pathol. exot.*, 1909, 11, 93.
(122) NOUCHI. La Giardiase vésiculaire, *Thèse Alger*, 1929.
(123) ORTICONI et NEPVEUX. Sur l'étiologie de quelques diarrhées et dysenteries rebelles, *Soc. de pathol. exot.*, 10 mai 1916.
(124) OSHUMA. 2 cases of Lambl. intest. Strowing gall stone like symptoms, *Japan journ. of gastro. enter.*, II, 1930.
(125) PAPALLARDO. Lambliase intestinale avec symptômes vésiculaires dans 18 cas, *Minerva Medica*, 1928, p. 60-69.
(126) PARISOT et JANNIN. Parasite flagellé dans un cas de dysenterie, *Revue médicale de l'Est*, 1912.
(127) PAULSON et ANDREWS. Teneur du duodénum en protozoaires, *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 28 juin 1930.
(128) PERRONCITO. Ueber die Eikapselung der Megastoma intestinale, *Centralbl. f. Bakt*, 1887, bd, 11, p. 738.
(129) PIETRA et ALLODI. La Lambliasi delle vie biliari, *Minerva Medica*, 20 juillet 1927.
(130) PORTER. An enumerative Study of the cysts of Giardia intestinalis in human dysenteric flaus, *Lancet*, 1916, 1, 1167.
(131) RANE. *Deut. Arch. f. Kl. Med.*, CXLIII, 3 et 4.
(132) REHREN. Beitrag zur Frage Pathogenitat der Lamblia intestinalis bei Erkrankungen, *Berl. Klin. Woch.*, 10 juin 1924.
(133) ROQUES, MORENAS et DELORE. La dysenterie à Lamblia à la Société Médicale des hôpitaux de Lyon, *Lyon Méd.*, 26 juillet 1925; *An. Arch.*, 1926, p. 612.
(134) SALAMON. Ueber einem Fall von Infusorien Diarrhoea, *Berl. Klin. Wochen.*, 1899, N° 46.
(135) SANGIORGI. Lamblia c spironema nell' intestino umano, *Patho-Genovo*, 1915-16, VIII, 162.
(136) SARLES, Les protozoaires recueillis par tubage duodénal au cours des syndromes vésiculaires, *Arch. des mal. de l'app. digestif*, mars 1931, p. 379.
(137) SAVIGNAC. Discussion de la commun. de Caïn, *Arch. Mal. app. Dig.*, mars 1929.
(138) SCHIEL. Cholécystite à Lamblias, *Deuts. Med. Woch.*, LIV, 1928, 18 août, p. 1357.
(139) SILVA (Romulo). Un cas de perforation du côlon sigmoïde consécutive à une colite à Lamblia intestinale, *Arch. mal. app. digestif*, 1931, p. 1199.
(140) SILVERMANN. *New Orléans and Surgical Journ.*, p. 585-604, avril 1923.
(141) SMIRNOFF. Contribution à l'étude de la Giardiase vésiculaire, *Th. de Paris*, N° 349, 1929.
(142) SMITHIES. Parasitosis of the bile, passage and gall. bladder, *Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1928, p. 225-252.
(143) STILES. First american case of infection with Lamblia duodenalis, *Wash. Med. Ann.*, 1902, 1, p. 64.
(144) FERRIAL. La recherche et le diagnostic parasitologique des protozoaires intestinaux en coprologie clinique, *Th. de Paris*, 1931, N° 396.
(145) TRIBLE. Lamblia intestinalis and Ascaris lombricoïdes associated with amoebic dysentery, *U. S. Nov. Med. Bull. Washington*, 1911, V, 178.
(146) UZAN et BONAN. *Revue tunisienne des Sciences médicales*, XXII, 1928, N° 8, octobre, p. 241.
(147) VAN LEERSUM. Ein geval van besme-Hung met Lamblia intestinalis, *Nederland Tijdschr. v. Genesk. Amsterdam*, 1915,
(148) VILLARDELL (Jacinto). Rectite ulcéreuse tuberculeuse et Lambliase, *Revista Med. de Barcelona*, N° 44, août 1927, 1200-1204.
(149) WENYON. Observations of the common intestinal Protozoa of man., *The Lancet*, 27 novembre 1915.
(150) WENYON. The protozoological Findings in five hundred et fity six cases of intestinal Disorder, fron the Eastern Mediterranean war trea, *Journ. of R. Army Med. corps*, t. XXVI, avril 1916.
(151) WENYON et O'CONNOR. An inquiry into some problems affecting the spread and incidena of intestinal protozoal infections of Britisch Troops and natives, in Egypt; With special reference to the carrier question diagnosis and an account of the new human intestinal protozoa, *Journ. of R. Army Med. Corps*, 1917, XVIII, 1, 24, 151-346; XXVIII, 557-886.
(152) WENYON et O'CONNOR. The curiage of cysts of Entamoeba histologica and other intestinal protozoa, and eggs of parasitic worms, by house flies, and some notes on the resistance of cysts to desinfectants or other agents, *J. R. A. M. C.*, 1917, XXVIII, 522-527.
(153) WESTPHAL et GEORGI. (Rôle pathogène de la Lamblia dans les affections du foie et des voies biliaires.) Uber die Bezihungen der Lamblia intestinalis zur Erkrankungen der Gallenwegem und. Leber, *Munch. med. Woch.*, 7 août 1923, n° 33, p. 1080.
(154) WEZLER. Sur la Lamblia intestinale et son importance en pathologie humaine, *Arch. für Verdauungskrankh.*, Bd XI, 1927, H. 3-4.
(155) WINKLER. Lamblia intestinalis et cholecystite, *Med. Klin.*, n° 35, 1926, p. 1340.
(156) WOODCOCK. Further notes on protozoan infections occuring at the king Georges Hospital, *Brit. med. journ.*, 18 mars 1916.
(157) YAKINOFF, WASSILEWKI et ZWIETKOFF. Chimiothérapie de la Lambliose, *Réunion biologique de Pétrograd*, 17-1-1917; *Bull. de la Soc. de Biol.*, 1917.
(158) ZABEL. Baas Archiv, *für Verdauungskr.*, t. VII, n° 6, 1902; *Wiener Klin. Wochenschr.* 1904, t. XVII, n° 38; *Deut. med. Woch.*, 1910, t. XXVI, n° 17.
(159) ZAHORSKY et MC LOONE. *S. A. M. A.* Chicago, LXXXIII, 1927, p. 385.
(160) ZUNKER. Ueber das Vorkommen des Cercomonas intestinalis im Digestions Kanal. U. S. A., *Deuts. Zeit. f. prak. med.*, Leipzig, 1878.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1932)

Importance de la « microculture » pour le diagnostic précoce de la méningite tuberculeuse par l'ensemencement direct du liquide céphalo-rachidien. — MM. A. SAENZ et L. COSTIL. Dans tous les cas où l'on soupçonne l'origine tuberculeuse d'une affection méningée, il faut ensemencer le culot de centrifugation ou les flocons fibrineux du liquide CR sur 6 à 8 tubes du milieu spécialement préparé, et procéder à l'examen systématique des produits de raclage à partir du 7e jour de séjour à l'étuve à 38°. On peut ainsi poser un diagnostic à la fois précoce et précis lorsque l'examen direct du culot de centrifugation ne permet pas de découvrir des bacilles. Cette méthode est plus rapide et aussi sûre que l'inoculation au cobaye.

Innocuité des injections sous-cutanées répétées de BCG pour le cobaye. — M. J. BEERENS. Les injections sous-cutanées répétées au cobaye de 1 mgr., tous les 5 jours ou de 0,01 mgr tous les deux jours de BCG sont inoffensives. Les premières seules provoquent la formation d'abcès aux points de réinoculation. Pour les secondes, cette réaction d'intolérance n'a été observée qu'une fois. Chez aucun des animaux, il n'a été possible d'obtenir des lésions tuberculeuses. L'auteur a pu chez plusieurs animaux isoler le BCG des ganglions.

Essai d'immunisation du cobaye au moyen du bacille bilié de Calmette-Guérin injecté par voie intra-dermique. — MM. M. NOURY et J. BEERENS. Les injections intra-dermiques de 10 mgr. de BCG en couronne, suivies de l'inoculation dans le derme en son centre de 0,000.01 mgr de bacilles virulents, confèrent aux cobayes qui les ont reçues une résistance manifeste à l'infection tuberculeuse d'épreuve. Celle-ci évolue plus lentement et reste plus localisée que chez les animaux témoins.

Essai d'immunisation du cobaye par injection du bacille bilié de Calmette-Guérin dans le coussinet plantaire. — MM. M. NOURY et J. BEERENS ont constaté que chez les cobayes, prémunis par injection de 10 mgr. de BCG dans le coussinet plantaire et éprouvés par inoculation par la même voie de 0,0001 mgr. de bacilles virulents, les lésions tuberculeuses ont un caractère beaucoup moins évolutif que chez les animaux témoins et restent surtout localisées au système lymphatique.

Etude comparative des lipides dans le sang de l'artère et de la veine rénales chez le chien. — MM. Ch. ACHARD, M. BARIÉTY, A. CODOUNIS et E. HADJIGEORGE, en dosant compa-

rativement les lipides dans le sang de la veine et de l'artère rénales, ont observé que, dans les 4/5 des cas, le sang de la veine rénale est moins riche en lipide que le sang de l'artère rénale.

Le rein du chien joue donc dans le métabolisme des lipides, un rôle dont les auteurs s'efforcent actuellement de préciser la nature.

Les lésions hémorragiques placentaires du cobaye. — M. L. GRIMARD-RICHARD. Certaines infections, dues aux bactéries et aux protozoaires, peuvent déterminer des infarctus hémorragiques du placenta au niveau desquels les cavités vasculaires maternelles communiquent avec les capillaires fœtaux : ces lésions peuvent donc permettre aux germes, qui en sont l'origine, de passer de la mère au fœtus. Dans d'autres cas, il existe chez le cobaye des lésions placentaires hémorragiques qui sont indépendantes de l'infection dont on veut étudier la transmission héréditaire, les germes peuvent alors traverser le placenta à la faveur d'altérations qu'ils n'ont pas causées.

Etude du taux sanguin de la créatinine chez l'animal néphrectomisé et chez l'animal atteint de néphrites expérimentales. — MM. Fr. RATHERY, M. DÉROT et Mlle BATAILLE ont précédemment établi que le taux de la créatininémie ne dépasse pas 20 mgr par litre de sérum chez le chien et le lapin normal et que ce taux est relativement fixe à des examens successifs pratiqués chez un même animal. Au cours des néphrites aiguës expérimentales, et chez l'animal soumis à la néphrectomie bilatérale ou à la ligature des deux uretères, le taux de la créatinine s'élève considérablement. Cette élévation s'est toujours accompagnée d'une augmentation de l'azotémie uréique. Au cours des néphrites chroniques bismuthique et mercurielle, deux phases sont par contre à distinguer. Durant une première phase fort longue, le taux de l'urée s'élève seul et l'animal conserve un bon état général. Durant la deuxième dont la durée est de 3 à 10 jours, la créatininémie s'élève à son tour et l'animal présente des symptômes graves précurseurs de la mort. La lésion rénale suffit donc à provoquer l'hypercréatininémie. Elles confirment en outre la valeur pronostique de premier plan qu'a le dosage de la créatinine dans les néphrites.

Sur l'accoutumance du cheval allergique à la tuberculine et aux corps microbiens. — M. A. BOQUET. Chez le cheval allergique, des injections répétées de tuberculine déterminent une désensibilisation partielle qui se manifeste par l'affaiblissement graduel des réactions thermiques, mais laisse intacte la réactivité du tissu conjonctif. Comme celle que l'on constate chez les bovidés (H. Vallée), cette accoutumance cède lorsqu'on augmente les doses de tuberculine.

Les inoculations de doses fortes de BCG par voie veineuse produisent des effets comparables.

Etude expérimentale des variations des pressions artérielles maxima, moyenne et minima en fonction du débit cardiaque. — MM. C. LIAN, P. LAMBIN et J. PAUTRAT ont réalisé un schéma circulatoire avec la collaboration de M. Grünberg. La canalisation débutant par un gros tube (aorte) est reliée à un manomètre compensateur mesurant la pression moyenne, ainsi qu'à deux autres manomètres pourvus d'un jeu de soupapes, et constituant l'un un manomètre à maxima, l'autre un manomètre à minima. En dérivation est un petit tube susceptible d'être comprimé, le manchon compresseur étant relié à un oscillographe.

Dans une première série d'expériences, les auteurs ont étudié les effets de l'augmentation du débit sur les chiffres de pression artérielle. Cette augmentation de débit a été obtenue par des variations de capacité de la pompe, toutes les autres variables de la circulation restant fixes dans chaque expérience.

Dans ces conditions, une augmentation de débit de 52 % fait monter la maxima de 59 %, tandis que la moyenne s'élève de 125 % et que la minima monte de 221 %.

Ainsi à elle seule, l'augmentation du débit cardiaque (la pompe jouant le rôle du cœur), non seulement élève Mx, My et Mn, mais encore réalise une formule convergente en raison de l'élévation beaucoup plus accentuée de la My et de la Mn.

Cette constatation expérimentale tend donc à infirmer l'opinion classique d'après laquelle une augmentation du débit cardiaque élèverait la Mx sans faire varier notablement la My et la Mn.

Triple chronaxie à la face postérieure de la cuisse et du bras de l'homme. Chronaxie de l'anconé. — M. BOURGUIGNON. A la cuisse et au bras, on trouve trois chronaxies à la face postérieure et non pas seulement deux comme à l'avant-bras et à la jambe.

C'est à la cuisse qu'il a d'abord découvert ce fait dans les deux portions du biceps crural, puis dans le demi-membraneux et le demi-tendineux : chacun de ces muscles a 3 points moteurs et 3 chronaxies, l'une égale à celle des muscles antérieurs de la cuisse, la deuxième double de la première, la troisième quadruple de la première et par suite égale à la chronaxie la plus grande des muscles postérieurs de la jambe.

Dans la suite, il a découvert le même fait à la face postérieure du bras. Outre les deux chronaxies déjà connues, il existe au bras un faisceau musculaire de chronaxie quadruple de la chronaxie des muscles antérieurs du bras : c'est dans l'anconé qu'il se trouve. Ce petit muscle en effet a deux points moteurs et deux chronaxies.

La troisième chronaxie de la face postérieure du segment proximal, qui a été longtemps la seule connue à la face postérieure de la cuisse, doit répondre aux mouvements synergiques du segment proximal et du segment distal.

L'indépendance plus grande du segment proximal et du segment distal au membre supérieur qu'au membre inférieur, explique que le nombre des faisceaux musculaires de chronaxie égale à la grande chronaxie des muscles postérieurs du segment distal est beaucoup plus petit au membre supérieur qu'au membre inférieur.

On a donc tort de négliger l'examen de l'anconé en électrodiagnostic.

Fibrillation auriculaire expérimentale et adrénaline. — MM. J. GAUTRELET et N. HALPERN ont observé que l'excitation faradique de l'oreillette pendant la période vagale de l'adrénaline provoque une fibrillation auriculaire persistant, contrairement à ce qui existe normalement, 3 et 4 minutes après cessation de l'excitation : on n'observe pas de fibrillation, au contraire, pendant la période sympathique.

Etude pharmacodynamique d'un anticoagulant, le Moranyl. — M. N. HALPERN montre l'intérêt du moranyl en tant qu'anticoagulant, *in vivo* en particulier, étant donné qu'il ne modifie sensiblement pas les fonctions physiologiques de l'animal auquel il est injecté.

Sur les effets d'une inanition partielle avec une très forte proportion de glucose pur dans la ration et avec un grand excès de vitamines B. — Mme L. RANDOIN et R. LECOQ. Le pigeon adulte s'accommode fort bien de régimes renfermant de fortes proportions de glucose pur, à condition, évidemment, que ces régimes renferment, quantitativement et qualitativement, les acides aminés indispensables, et

aussi une dose de vitamines B relativement élevée. Une proportion trop élevée de vitamines B est même bien tolérée dans ces conditions. Lorsque le glucide de la ration est du glucose, il ne se produit donc pas d'accidents d'hypervitaminose. Les troubles de dénutrition provoqués par l'inanition ne semblent influencés, ni par la présence, ni par un excès de vitamines B. Les vitamines B n'auraient, au cours de l'inanition, ni une influence améliorante, ni une influence défavorable. Enfin, il est prouvé, une fois de plus, que l'inanition ne peut déterminer, à elle seule, en aucun cas, l'apparition des symptômes de l'avitaminose B.

Liquide folliculaire ovarien desséché physiologiquement actif 22 ans après son prélèvement. — M. André CHOAY et Mlle Suzanne FAURE. Le pouvoir oestrogène du liquide folliculaire ovarien, qui n'est pas modifié par la dessiccation dans le vide sulfurique, se conserve remarquablement égal à lui-même pendant des années, dans une poudre pratiquement inaltérable et physiologiquement équivalente au liquide initial.

L'activité incontestable d'une poudre de liquide folliculaire datant de près d'un quart de siècle prouve à la fois la stabilité de l'hormone et la valeur du procédé de fixation.

Conservation de l'activité ocytocique de la poudre de lobe postérieur d'hypophyse. — M. André CHOAY et Mme Lise WURMSER. Des poudres de lobe postérieur d'hypophyse, convenablement desséchées et conservées deux ans à l'abri de l'humidité, ont gardé intacte leur activité ocytocique, évaluée *in vivo* sur l'utérus de cobaye.

Evolution du trypanosome du Hamster dans les cultures. — MM. L. NATTAN-LARRIER et B. NOYER. Les cultures permettent de rapprocher le trypanosome du hamster de celui du rat et montrent que, comme celui-ci, il peut donner de très petites formes trypanosomes métacycliques. Les caractères de culture du trypanosome du hamster sont utiles à connaître lorsque l'on veut employer cet animal pour l'étude expérimentale des leishmanias.

Migration des mélanophores dermiques dans l'épiderme chez l'axolote. — M. WILTER présente une note sur l'origine dermique de la mélanine épithéliale chez les Batraciens. Les cellules mélaniques dermiques pénètrent activement dans l'épiderme et les nouveaux mélanophores épithéliaux, en se désagrégeant, libèrent la mélanine qui est reprise par les cellules épithéliales. L'auteur note la ressemblance morphologique et fonctionnelle de ces mélanophores migrateurs avec les cellules de Langerhans de l'épiderme humain.

Influence de quelques acides aminés sur la genèse des éléments élastiques dans les cultures de tissus « in vitro ». — M. D. ODIETTE a montré l'existence de fibrilles élastiques néo-formées dans les cultures *in vitro* de fragments de cœur, d'aorte ou de peau d'embryons de poulet.

Il constate que certains acides aminés ont une action favorisante sur la genèse élastique.

Le glycocolle, l'acide glutaminique, l'acide phényl-β-alamine, le tryptophane déterminent une hypergenèse élastique.

La cystine, la lysine et l'histidine ont une action inhibitrice.

La leucine, l'arginine et le glutathion n'ont aucune influence sur la formation des éléments élastiques.

Action du travail musculaire sur la sensibilité à l'insuline. — MM. M. SENDRAIL et C. BLANCARDI (de Toulouse) ont recherché si, chez les organismes normaux, les efforts physiques modifient la tolérance à l'insuline. Ils ont astreint des chiens à des dépenses musculaires mesurables et établi la courbe d'hypoglycémie post-insulinienne avant et après l'exercice. Ils ont vu que la sensibilisation de fatigue à l'insuline est un fait constant et même qu'il existe un rapport de proportionnalité entre la durée du travail et l'amplification de la réaction hypoglycémique. L'influence de l'effort est appréciable, même lorsqu'il a été fourni plusieurs heures par avance. Les résultats diffèrent peu, que l'injection d'insuline précède ou suive le travail. Ces faits comportent deux applications. L'une concerne l'utilisation de l'exercice à titre d'adjuvant de l'insulinothérapie chez les diabétiques. La seconde est relative à l'emploi du test de tolérance à l'insuline en tant qu'épreuve d'aptitude physique, la fatigabilité étant considérée moins comme la résultante du développement musculaire que du jeu des réponses humorales.

Sur la désensibilisation du cobaye tuberculeux à la tuberculine. — M. A. BOQUET. Sous l'influence d'injections répétées de tuberculine, les cobayes tuberculeux deviennent de moins en moins sensibles aux effets toxiques de cette substance ; leur réactivité générale disparaît avant leur réactivité thermique et la réactivité de leur derme finit par céder à son tour.

Cette particularité n'est pas sans intérêt pour la conduite du traitement tuberculinique, où il convient de diminuer graduellement la sensibilité des tuberculeux, sans toutefois la supprimer entièrement, pour ménager l'aptitude que possèdent les foyers de réagir au contact de la tuberculine véhiculée par le sang.

Eloge nécrologique. — L'assemblée écoute, debout, l'éloge de M. DELEZENNE, prononcé par M. PIÉRON.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

(SÉANCE DU 24 MAI 1932)

Présentations de malades :

Un cas de tuberculose mandibulaire atypique. — MM. THIBAULT et LEBOURG.

Deux observations de tuberculose ulcéreuse et ulcéro-végétante de la mandibule. — M. CROCQUEFER.

Un cas de fracture horizontale haute de la mâchoire supérieure consolidée en position vicieuse. — MM. DUFOURMENTEL, DARCISSAC et HENNION.

Communications :

Lichen plan buccal, conséquence allergique d'une mycose tégumentaire ou buccale. — M. JAUSION pense que le lichen plan est une mycose. Il obtient une amélioration rapide des lésions par l'injection d'un vaccin polymycosique que l'auteur dénomme clasine.

Classification des tumeurs d'origine dentaire. — MM. BERCHER et CODEVELLE présentent une nouvelle classification de ces tumeurs basée sur l'anatomie pathologique et la pathogénie.

Héliothérapie dans les lésions cellulaires cervico-faciales d'origine bucco-dentaire. — MM. GIRAUDOT et DECHAUME affirment que l'action de la radiothérapie est supérieure dans ces cas à la diathermie et aux infra-rouges.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

RENSEIGNEMENTS

Pour clinique, préventorium ou sanatorium, superbe château historique de plus de 40 pièces et dépendances, entièrement restauré. Près trois gares et camp d'aviation. Parc ombragé. Plusieurs cours pour solarium. Altitude : 200 mètres, air suroxygéné. Eau. Electricité. Valeur réelle : 1.600.000 fr. Cause intime oblige à céder d'urgence à 400.000 fr. à débattre, dont 150.000 fr. comptant. — Vigne, rue Roserie, Montélimar (Drôme).

N° 68. — MERCREDI 24 AOUT 1932. 105e ANNÉE. MERCREDI 24 AOUT 1932. — N° 68.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination à six places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire en médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 10 novembre 1932. Les épreuves commenceront à 16 h. 30 à l'hospice général, salle des séances.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Année scolaire 1932-1933.* — **Immatriculation. Inscriptions.** — I. IMMATRICULATION. — L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance, ni par un tiers

Les cartes délivrées aux étudiants ne possédant pas de livret individuel sont strictement personnelles. Elles ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897).

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1 Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires ; 2° les docteurs, les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 100 fr.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 15 heures.

II. INSCRIPTIONS. — *Première inscription.* — La première inscription doit être prise du 1er octobre au 8 novembre, de midi à 15 heures.

En s'inscrivant l'étudiant doit produire :

I. Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire français ou diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes) et certificat d'études P. C. N. ;

II. Acte de naissance sur timbre ;

III. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 3 fr. 60) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur);

IV. Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté);

V. Extrait du casier judiciaire.

Il est tenu, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année scolaire 1932-1933, les inscriptions trimestrielles seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 15 h., au secrétariat (guichets 2 et 3). Les deux premières inscriptions de l'année seront prises cumulativement.

Premier et deuxième trimestres, du 10 au 25 octobre 1932.
Troisième trimestre, du 24 avril au 6 mai 1933.
Quatrième trimestre, du 10 au 25 juillet 1933.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré.)

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

TRAVAUX PUBLICS. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Le Page (d'Orléans), organisation des postes de secours sur route.

EDUCATION NATIONALE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Ledoux, directeur de l'Ecole de médecine de Besançon.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Villiers-Moriamé, professeur honoraire à la Faculté de pharmacie de Paris ; Gustave Monod (de Vichy), Marc Trénel, médecin en chef honoraire de l'Asile clinique Sainte-Anne, à Paris ; le médecin colonel en retraite Paul Grivet, décédé à Orléans dans sa 82e année ; M. Follet, directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Rennes ; Mlle Odette Dupont, externe à l'hôpital Laennec.

LIVRES NOUVEAUX

Psychiâtrie médico-légale (1), par le professeur Henri CLAUDE.

Dans bien des circonstances, la solution de problèmes délicats nécessite la collaboration avec les membres mêmes de la famille de médecins et d'autorités judiciaires et administratives ; il n'est de solution que si chacun voyant au-delà des cadres de sa spécialité peut entrer en communauté au moins partielle d'idées avec les autres.

La médecine légale ni la psychiâtrie ne sont des jardins fermés où le médecin non spécialisé ferait figure d'intrus. Ce dernier doit avoir quelques notions juridiques, pouvoir aider de ses conseils ses clients et leurs proches.

C'est pour arriver à un tel résultat que le professeur Claude a voulu rédiger un manuel de spécialité qui domine à la fois spécialités et spécialistes ; entreprise délicate où bien peu auraient pu espérer aussi brillamment réussir.

Les expertises médico-légales et psychiâtriques de la pratique courante, le déroulement logique des situations que prévoit la loi de 1838 se tiennent souvent de près en pratique médicale. Il faut éviter que le praticien et l'entourage du malade ne soient pris au dépourvu par les réactions antisociales du malade, ni que l'on provoque ou retarde indûment des formalités qui tantôt assurent la conservation d'un patrimoine, tantôt sont seulement grosses de complications inutiles ; le médecin doit savoir ce qui peut entacher la validité d'un mariage, d'un testament, d'un contrat quelconque, ce qui peut légitimer un divorce ; connaître de quels éléments est faite la responsabilité sociale et ce qui la diminue ; avoir enfin quelque idée des crimes, des délits, des dégénérescences, des simulations.

Si dans la pratique, la solution du problème demeure malgré tout fréquemment délicate même pour le spécialiste, il n'en faut que féliciter davantage l'auteur d'avoir su écarter les difficultés préliminaires, simplifier les idées directrices et poser les bases indispensables d'une saine critique, préparant par là les solutions appropriées.

L'esprit hautement clinique du médecin et la riche expérience du psychiâtre s'unissent ici pour que de la première à la dernière page d'un exposé attachant, chaque détail concoure au but poursuivi.

L. BABONNEIX.

(1) Paris, Doin et Cie.

Précis d'Ophtalmologie (1), par V. MORAX, ophtalmologiste des hôpitaux.

La quatrième édition de cet ouvrage classique bien connu a été l'objet d'une refonte des plus attentives sans que le plan initial et la classification des affections oculaires suivant leur étiologie aient été modifiés. Maints chapitres ont été complétés par la description des techniques nouvelles (dacryocystorhinostomie, opération du ptosis, lampe à fente, etc.), qui depuis dix ans ont fait la preuve de leur utilité. Un certain nombre de figures ont remplacé celles qui paraissaient les moins démonstratives aux auteurs.

Cette nouvelle édition, comme les précédentes, s'adresse à la fois à l'étudiant et au médecin, auxquels elle servira de guide, et au spécialiste qui trouvera condensés et méthodiquement exposés tous les renseignements qui pourraient lui être nécessaires au point de vue du diagnostic et du traitement, tant médical que chirurgical.

L. G.

(1) Quatrième édition refondue. Un volume de 896 pages avec 453 figures et 4 planches en couleurs. — Prix : broché, 75 fr. ; cartonné toile, 90 fr. — Paris, Masson et Cie.

DISCRIMINATION ENTRE LES ÉTATS D'ARRIÉRATION MENTALE, DE RETARD SCOLAIRE & D'AFFAIBLISSEMENT PSYCHIQUE CHEZ L'ENFANT

Par M. le docteur GILBERT-ROBIN,
Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris,
Médecin de l'assistance aux enfants nerveux, retardés et instables,
Médecin assistant à l'hôpital Lariboisière.

Parmi les enfants qu'on appelle les « mauvais élèves », on compte surtout d'une part des arriérés, d'autre part des enfants qui, sans avoir de retard mental, présentent du retard scolaire. La nuance est importante. Nous sommes en mesure actuellement, grâce à la clinique et à la méthode des tests, de préciser, en présence d'un arriéré, à quelle forme d'arriération nous avons affaire : idiotie, imbécillité, retard mental, débilité intellectuelle. Mais le premier point d'un diagnostic consiste à se demander s'il s'agit de troubles proprement intellectuels ; c'est-à-dire qu'il faut éliminer d'abord les cas où, malgré certaines apparences, il n'existe aucun déficit de l'intelligence, pour envisager ensuite les cas d'affaiblissement psychique en dehors de l'arriération.

I. Diagnostic avec les états neuro-psychiques sans déficit intellectuel. — Deux problèmes se posent tout de suite à nous :

A) S'agit-il de retard scolaire ?

B) S'agit-il de pseudo-arriération mentale (arriération affective) ?

A. Retard scolaire. — Le retard scolaire n'est autre chose que l'ignorance. Elle est toujours symptomatique, ce qui signifie qu'on doit toujours en rechercher les causes. Elle est occasionnelle ou habituelle.

Retard scolaire occasionnel. — Les causes sont multiples. Voici les principales. Fréquentation irrégulière de l'école, par suite de l'insouciance des parents. Changements fréquents d'école provoqués par des déplacements familiaux répétés.

Enfant en abandon moral. L'adulation de l'enfant qui est une des conséquences de la mésentente familiale et du divorce des parents, entraîné presque toujours des retards scolaires. Le jeune être est ballotté entre des tendances contraires. Il se dirige souvent à son gré, rarement dans le sens d'un travail scolaire soutenu.

Erreur dans le classement de l'enfant qui est placé dans une classe trop haute pour lui. Il se décourage. Descendu d'une ou deux classes, il se révèle excellent travailleur. Un enfant venant d'une école rurale et placé dans une école d'une grande ville, souffrira pendant quelque temps de ce changement de milieu qui sera préjudiciable à son instruction.

Il y a des enfants en retard parce que l'enseignement qu'ils ont reçu au début de leurs études était défectueux.

Interviennent aussi les troubles sensoriels. Les troubles de la vision (myopie-astygmatisme, etc...) doivent être d'autant plus recherchés que les enfants ne s'en plaignent pas en général, soit par timidité, soit par ignorance et inconscience. On sait que les mauvais élèves sont placés dans les derniers rangs de la classe. On s'explique que le retard scolaire d'un enfant dont la vision est défectueuse ne fasse qu'empirer. On convient en général qu'il faut pouvoir lire sur l'échelle optométrique 3 lettres de 7 mm. à 5 m. de distance pour avoir une vision normale.

La surdité (végétations adénoïdes, bouchon de cérumen, otite, hérédo-syphilis, etc...) sera dépistée. Grosso modo on considère comme normale la perception du tic-tac de la montre à 2 mètres.

Maladies infectieuses ou affections du système nerveux. Convalescence suivie de surmenage rapide, fatigabilité, céphalées, végétations adénoïdes, adénopathies trachéo-bronchiques ; asthme sur lequel a insisté Vinchon ; anémies ; fatigues de croissance.

Dépression intermittente chez un cyclothymique constitutionnel.

Découragement menant soit à des réactions de bouderie et d'entêtement, soit à une apathie transitoire qui fait aussi parler improprement de paresse. L'épanouissement de l'intelligence est fonction de l'épanouissement de l'âme. Il convient que l'enfant ne soit pas inhibé par des complexes inconscients d'infériorité.

Retard scolaire habituel. — Il est évidemment de règle, dans les états d'arriération mentale. Dans les états de retard intellectuel simple, il s'établit un parallélisme entre le retard intellectuel et le retard scolaire. Un parallélisme parfait prouve l'absence de troubles du caractère. Ces derniers aggravent toujours le retard scolaire par rapport au retard intellectuel.

Lenteur psychique habituelle. Elle n'est pas toujours inquiétante. Elle annonce souvent la profondeur de la réflexion, l'esprit critique et le souci de la perfection. Le retard scolaire se fait sentir parce que les programmes se basent sur les qualités de mémoire rapide et de vivacité d'esprit.

Insuffisances glandulaires non dépistées (retardataires d'Appert) ; lymphatisme, tuberculose, neuro-arthritisme.

Maladies du système nerveux. Encéphalite léthargique ; épilepsie latente se manifestant surtout par les terreurs nocturnes, les accès somnambuliques, l'énurésie nocturne, la turbulence infantile ; myopathies (sous le nom de myopsychies, Joffroy a décrit soit l'instabilité simple, soit l'association d'instabilité et de débilité mentale).

Infirmités physiques. Gêne motrice. Troubles de l'écriture et de la parole entravant la scolarité.

On ne confondra pas ces infirmités avec celles qui ne sont pas par elles-mêmes une gêne scolaire, mais qui nuisent aux progrès que l'enfant devrait normalement faire à l'école, par le sentiment d'infériorité auquel elles l'exposent (dystrophies, cyphoses, scoliose, claudication. Little fruste, tics divers. Bégaiement, etc...). Pour peu qu'on le tourne en dérision, l'enfant devient la proie d'idées d'auto-accusation et d'auto-dépréciation. L'émotivité se développe jusqu'à se marquer d'éléments morbides et l'enfant prend peu à peu l'habitude de détester l'école.

Enfin les diverses constitutions morbides dont il sera question plus loin entravent la scolarité de l'enfant et nuisent à l'harmonie de son développement psychique.

B. Pseudo-Arriérations mentales. — C'est aborder là le problème complexe et si difficile de l'*arriération affective*. A la suite du rapport de Simon et Vermeylen sur la débilité mentale (Congrès de Bruxelles 1921), Hesnard dans une communication intéressante, faisait la critique du point de vue intellectualiste, demandant qu'on s'occupât de l'affectivité de l'arriéré mental. Il insistait sur « la dissociation fréquente entre la débilité proprement intellectuelle et la débilité affective qui explique un grand nombre de fausses lacunes intellectuelles de certains sujets ». Une étude sur les arriérations mentales ne saurait se passer de considérations sur les pseudo-arriérations qui simulent un déficit mental, mais sont essentiellement des manifestations affectives.

Un cas d'observation courante est celui d'un enfant maltraité par ses parents, sans cesse humilié, bafoué, abruti, pourrait-on dire, par d'incessants reproches et qui, inhibé par de telles habitudes, fournit des réponses rares ou mal adaptées, donne l'impression de la stupidité, alors que, au bout de quelques jours, avec de la confiance, de la douceur, de la bonté, on se convainct aisément que l'enfant est normal au point de vue intellectuel. L'interprétation est plus difficile quand l'enfant est un débile intellectuel et que les mauvais traitements ont exagéré l'état d'obtusion. Nous venons d'observer un enfant de treize ans qui paraissait présenter un retard mental considérable. En même temps notre attention était attirée par une inhibition psychique que nous pûmes attribuer à la terreur de son père dans laquelle vivait l'enfant. Celui-ci placé dans un centre d'observation, l'inhibition tomba vite et nous constatâmes, avec plaisir, que le retard mental du premier jour n'était qu'apparent ainsi que nous l'avions supposé et que le retard mental réel n'excédait pas deux ans, ce qui constitue un excellent pronostic.

Dans certains cas, des raisons affectives donnent à une arriération intellectuelle réelle une apparence de gravité. Il existe donc chez le même enfant arriération réelle et pseudo-arriération. Robert M., âgé de 10 ans, présente un retard mental de 3 ans 1/2 auquel correspond à peu près le retard scolaire. Le quotient intellectuel est de 0,65. C'est donc d'après les tests un débile profond qui ne sera pas capable de se débrouiller seul et dont le travail pratique ne pourra se passer d'une certaine tutelle.

Rien d'étonnant à cet état si l'on jette les yeux sur l'hérédité psycho-pathique de l'enfant.

Mère légèrement arriérée, nerveuse, avec tendances psychasthéniques, une sœur de la mère débile mentale et persécutée. Père, revendiquant paranoïaque. Un garçon de 18 ans, arriéré, a contracté l'encéphalite léthargique. Un garçon de 16 ans est arriéré. Une fille de 7 ans, anormale. Cependant Robert a parlé et marché à 18 mois. Il a été propre de bonne heure, n'a pas eu de convulsions. Son caractère est normal à part certaines tendances à la taquinerie vis-à-vis de ses frères et à la jalousie à l'égard de sa mère.

Au point de vue physique on ne relève qu'une légère asymétrie faciale, des réflexes rotuliens vifs, une ectopie testiculaire réductible. La taille est plutôt petite. Le Wasserman est négatif.

Nous serions en droit de nous étonner — non que Robert soit arriéré, — mais que, étant données la régularité de son développement et la bénignité des symptômes physiques, son arriération soit aussi prononcée, si d'une part nous n'avions remarqué que le père, paranoïaque nous l'avons dit, est un bourreau domestique (Heuyer), terrorisant ses enfants, et si, d'autre part, Robert placé dans un internat-école de perfectionnement, n'y avait fait de rapides progrès auxquels son âge mental ne permettait guère de s'attendre. Nous avons ainsi la preuve que le retard mental, au moment du premier examen, nous a paru aggravé du fait de l'inhibition déterminée par les pénibles facteurs affectifs.

Dans le milieu approprié où l'enfant a été placé, le retard mental n'excède pas deux ans et voici le pronostic mental et pratique de cet enfant aussitôt redressé et rendu favorable.

Quant aux émotifs, l'inhibition psychique est la règle chez eux et les tests mentaux ne permettent pas de faire la part de l'intelligence réelle et du facteur d'inhibition.

D'interprétation plus délicate surtout lorsqu'on ne dispose que d'un seul examen psychiâtrique, les cas d'obtusion affective dont les causes, fort diverses, ne sont pas toujours aisément reconnues, attendu qu'elles se déroulent selon des mécanismes inconscients : choc affectif, obsessions, état de distraction par concentration psychique (état schizoïde). L'impression est d'une arriération mentale profonde qui cède parfois en de brusques éclaircies, venant fournir la preuve que l'intelligence n'est pas affectée, mais qui cependant ne laisse pas d'être un pronostic sérieux en raison de cette sorte de suspension des facultés. Une psychanalyse prudente et rationnelle est ici souvent bienfaisante.

Enfin le caractère tout entier peut être profondément fixé à des tendances datant de la vie instinctive.

En effet, à notre avis, on n'a pas encore assez insisté sur les pseudo-déficits intellectuels infantiles qui dépendent étroitement d'un arrêt dans l'*évolution de l'affectivité*. Car ces phénomènes psychologiques si fréquemment observés chez le névropathe et le psychopathe ne sont pas chez l'enfant aussi rares qu'on pourrait le penser. Les sentiments et les tendances qui dans les premiers mois de la vie se confondent d'abord avec la vie instinctive, au lieu de suivre l'évolution normale qui les en détache peu à peu, présentent cette anomalie de ne pas se plier à la réalité et de rester accrochés à des exigences, à des appétits uniquement instinctifs. L'enfant grandit mais il n'évolue pas. Il reste dans un état d'arriération affective, d'infantilisme affectif (Hesnard). Un enfant de huit ans aura, si nous osons dire, le cœur d'un enfant de 2 ans. Ses tendances ne s'affirmeront que par impulsions brusques ou ne se dégageront pas d'une sorte de puérilité niaise. Si dans la majorité des cas l'intelligence

n'a pas souffert, de cette anomalie affective, il nous est apparu que parfois, manquant du stimulant que donne une affectivité normale ou mal dégagée de tendances exagérément puériles en leur expression, cette intelligence était diminuée dans ses qualités de jugement et de raisonnement. Il serait du plus grand intérêt, en neuro-psychiâtrie infantile, de rechercher d'abord si l'arriération intellectuelle n'est pas secondaire à l'arriération affective, car on imagine aisément dans de tels cas les bienfaits de la psychothérapie, bien que la réduction des traits infantiles du caractère soit chose mal aisée. Nous exposons là des idées peu classiques, mais dont nous avons pu souvent vérifier la vérité clinique. Nous voulons surtout parler des faux-états de débilité intellectuelle, avec jugement puéril, niaiseries, raisonnement rudimentaire, rouages associatifs extrêmement réduits, incuriosité, inattention, par suite d'infantilisme affectif spécial. Qu'on entende bien notre pensée. Il ne s'agit pas des états habituels de débilité mentale impliquant dans la majorité des cas la triple débilité intellectuelle, affective et motrice, mais de la fausse débilité intellectuelle secondaire à la débilité affective.

II. Diagnostic différentiel avec les états neuro-psychiques de déficience intellectuelle. — Nous avons constaté des troubles intellectuels. Nous devons nous assurer qu'il s'agit d'arriération mentale, avant de chercher à quelle forme d'arriération (idiotie, imbécillité, arriération intellectuelle) nous aurons affaire.

Parmi les troubles intellectuels qui ne sont pas de l'arriération, deux éventualités peuvent se présenter :

A) Il s'agit de troubles intellectuels sans démence.

B) Il s'agit de troubles intellectuels avec démence.

A. Troubles intellectuels sans démence. — Avant tout on ne confondra pas les arriérés et les sourds-muets, lesquels ne sont gênés que par des barrières sensorielles et manifestent en général, par la mimique et les résultats obtenus, leur intégrité intellectuelle.

On dépistera l'audi-mutité, la surdité verbale congénitale, la cécité verbale congénitale, l'alexie, l'agraphie.

B. Troubles intellectuels avec démence. — Les états démentiels se caractérisent par la perte progressive, plus ou moins irrémédiable, des facultés intellectuelles ayant auparavant existé. Contentons-nous d'énumérer, sans entrer dans le détail :

a) *La paralysie générale infantile* (jusqu'à 13 ans) et juvénile (à partir de 13 ans) qu'on reconnaîtra aux signes organiques et aux épreuves de laboratoire ;

b) *La démence précoce hébéphréno-catatonique* (dementia praecocissima de Sancte de Sanctis) débute parfois par un fléchissement des facultés intellectuelles et de l'effort mental avant l'atteinte affective ;

c) La *démence épileptique* qui survient rarement dans la première enfance. La démence s'installe chez un enfant jusqu'alors normal, à la suite de crises convulsives ;

d) Les *tumeurs cérébrales*. — L'affaiblissement intellectuel se rencontre dans certains cas, mais non d'une manière absolue. Il s'installe très irrégulièrement suivant les facultés atteintes. Les facultés mnésiques sont souvent les plus touchées. Un grand nombre d'observations signalent d'abord l'inattention, puis de la fatigabilité cérébrale, de l'hébétude, de la torpeur, de la puérilité progressive, dont l'ensemble s'apparente aux états confusionnels (confusion apathique de Delasiauve). Le début des tumeurs cérébrales par fléchissement intellectuel est assez fréquent pour que, à chaque examen d'un enfant qu'on présente comme arriéré, et surtout comme un asthénique, un apathique, le médecin recherche systématiquement les signes d'une tumeur. « Dans certains cas à développement insidieux, écrit Barûk, le tableau clinique peut simuler celui d'une débilité mentale simple ou d'une paralysie générale infantile. Il en fut ainsi chez le malade d'Henri Damaye, âgé de 17 ans, qui présentait depuis quelques années un affaiblissement intellectuel, des impulsions, de l'irritabilité. Ces symptômes avaient fait porter le diagnostic de débilité mentale. L'autopsie montra la présence d'un sarcome du lobe frontal gauche. Aussi faut-il toujours en pareil cas rechercher les signes d'hypertension intracranienne et faire un examen du fond d'œil ».

e) La *maladie de Friedreich*, la sclérose en plaques, affections dans lesquelles les signes physiques précèdent de loin l'affaiblissement intellectuel, qui du reste n'est pas d'observation constante.

UN DÉRIVÉ ANTHRANOLIQUE PEU CONNU LE 1-8 DI-OXYANTHRANOL

(Son utilisation en thérapeutique dermatologique)

Par M. P. VALETTE (de La Bourboule).

Le 1-8 di-oxyanthranol est un dérivé anthranolique très proche de la chrysarobine, couramment utilisé aujourd'hui dans les pays de langue allemande pour traiter les psoriasis et de nombreuses dermatoses sèches non irritables.

Historique. — Ce médicament, préparé sur la demande du Pr. Galewsky, de Dresde, en un moment où il lui était très difficile de se procurer de la chrysarobine, a été utilisé par lui pour la première fois en 1915. Il apportait à cet auteur la solution de recherches poursuivies pendant plus de vingt ans dans le but de mettre au point un corps chimiquement défini possédant une action thérapeutique analogue à celle de la chrysarobine ou de l'acide chrysophanique, mais ne possédant plus les inconvénients liés à l'usage de ces médicaments et de leurs autres dérivés.

Ce corps synthétique nouveau, étudié ensuite par Unna, Meirowsky et Stiebel, Bruck, Schaeffer, en Allemagne ; Ullmann, en Autriche, et nombre d'autres réunit rapidement parmi ceux qui l'utilisèrent, un grand nombre de suffrages. Le Pr. Unna notamment, dans deux importants mémoires extrêmement favorables, le considérait dès 1916 comme un des meilleurs antipsoriasiques connus.

D'autres auteurs, l'ayant employé ensuite pour traiter des psoriasis rebelles, des eczémas secs, diverses séborréides et la plupart des variétés d'épidermo-mycoses, se sont facilement accordés pour reconnaître la valeur de son pouvoir curatif vis-à-vis de ces dermatoses habituellement très lentes à disparaître sous l'influence des traitements classiques. Et, son champ d'action s'élargissant au fur et à mesure que son usage se répandait dans les milieux dermatologiques, Unna, Galewsky, Hauck, Brinitzer ont pu signaler les excellents résultats que ce médicament leur donnait dans les lichens ; Polzin, ceux qu'il avait obtenus dans certains cas d'acné rebelles ; alors que Hauck et Piovaty montraient de leur côté son action favorable sur la repousse des cheveux au niveau des plaques peladiques et que Mense enfin en faisait un agent thérapeutique de choix pour traiter toutes les variétés de teignes exotiques.

A la lecture de ces travaux et de beaucoup d'autres publications, qu'il serait trop long d'analyser ici, il semble bien aujourd'hui qu'après quinze années d'expérience clinique le di-oxyanthranol 1-8 soit considéré par beaucoup de médecins étrangers comme un excellent médicament dermatologique.

D'ailleurs, il n'est besoin, pour s'en rendre compte, que de lire les articles de protestation écrits par le Pr. Hauck (d'Erlangen) et le Dr. Grumbach (de Koenigsberg) lorsqu'en 1925, il fut question, pour des raisons d'économie, d'en cesser la fabrication ; ces textes, mieux qu'aucun autre, montrent combien dans ces pays l'appoint apporté par ce médicament à la thérapeutique dermatologique est jugé considérable.

***

Pharmacodynamie du 1-8 di-oxyanthranol et avantages liés à son emploi. — Le 1-8 di-oxyanthranol est très proche de la chrysarobine dont il ne diffère au point de vue chimique, que par l'absence dans sa formule d'un groupement CH^3. Mais doué d'une activité thérapeutique évaluée par le Pr. Galewsky à cinq fois, et par le Pr. Hauck à dix fois celle de la chrysarobine, il a sur elle l'immense avantage d'agir à doses suffisamment faibles pour que ses effets irritants ne se manifestent pas comme lorsque l'on emploie cette dernière.

D'après Unna, qui a fait l'étude de ce médicament au point de vue clinique et thérapeutique dans deux travaux très importants et qui a recherché l'influence exercée par les différents groupements atomiques, suivant leur emplacement, dans la formule chimique de nombreux dérivés anthraceniques de la même famille, cela serait dû au fait que les substances de la série chrysarobine auraient d'une part une action réductrice générale et d'autre part une action spécifique sur les lésions cutanées entre lesquelles une distinction doit être faite ; et que, pour le 1-8 di-oxyanthranol, ce pouvoir spécifique serait particulièrement marqué.

Quoi qu'il en soit « tout se passe » pour ce médicament comme si cette dissociation existait bien réellement ; et ces qualités confirmées par de nombreux auteurs font du 1-8 di-oxyanthranol un médicament présentant tous les avantages de la chrysarobine sans avoir la plupart de ses inconvénients ; étant donné de plus, qu'au contraire de cette dernière, produit variable comme composition et comme activité, il est un corps chimiquement défini ; qu'ayant la particularité de ne provoquer ni réaction conjonctivale ni coloration anormale des cheveux, il peut être employé quel que soit le siège des lésions, même au niveau de la face et du cuir chevelu ; et qu'il n'expose enfin les malades à aucun accident toxique pouvant résulter de sa résorption.

***

Indications du 1-8 di-oxyanthranol. — Les indications du 1-8 di-oxyanthranol sont naturellement en premier lieu, celles de tous les corps de la série chrysarobique : c'est-à-dire le psoriasis, les eczémas secs rebelles, les séborréides (Hauck), les lichénifications, le lichen plan chronique (Galewsky, Unna, Brinitzer), toutes les variétés d'eczémas mycosiques, le pitiriasis versicolor, l'épidermophytie inguinale et les trichophyties comme par exemple l'herpès circiné parasitaire (Hauck, Ullmann, Bollstein, Piovaty) ou encore ces lésions mycosiques rebelles siégeant entre les orteils et souvent si difficiles à faire disparaître complètement (Clément Simon).

D'autre part il agit remarquablement sur les lésions déterminées par un certain nombre d'affections diathésiques ou parasitaires de causes diverses, comme les dermo-épidermites microbiennes et les parakératoses psoriasiformes à forme sèche ; les acnés rebelles (Polzin) et toutes les teignes exotiques.

Enfin, utilisé par le Pr. Hauck et Piovaty au niveau de plaques peladiques pour exciter la repousse des cheveux, il a donné, d'après ces auteurs, d'excellents résultats et a notamment agi mieux et plus rapidement que les préparations chrysarobiques qu'ils utilisaient précédemment dans ces cas.

Posologie et mode d'emploi. — Pour traiter ces différentes affections, le 1-8 di-oxyanthranol peut être utilisé soit en solution soit en pommade.

Le xylol, l'acétone, le chloroforme et le benzol en dissolvent une petite quantité ; il se combine aisément avec les corps gras ; mais l'expérience montre que seules les solutions dans le benzol et les pommades ont une stabilité suffisante pour exercer une action thérapeutique convenable.

Dans le premier cas, il doit être employé seul sans aucun autre adjuvant ; sous la forme de pommade, il est possible de l'associer à divers autres médicaments comme par exemple les goudrons, l'acide salicylique ou la résorcine.

Les doses. — Les différents auteurs qui ont publié sur cette question, conseillent d'utiliser le 1-8 di-oxyanthranol, suivant les cas, à des concentrations variant de cinq centigrammes à cinq grammes pour cent grammes du véhicule choisi ; et des préparations à des concentrations bien supérieures auraient même été utilisées sans accidents sur des malades surveillés spécialement.

Mais le 1-8 di-oxyanthranol ayant la propriété à forte concentration de déterminer lui aussi des réac-

tions inflammatoires semblables à celles que provoque la chrysarobine, il semble bien, comme le dit très justement le Pr. Bruck (d'Altona) que de telles concentrations soient tout à fait inutiles ; la particularité de ce médicament étant précisément d'être actif à très faibles doses et ces réactions étant encore fort désagréables pour les malades bien qu'elles cèdent facilement, soient en général de courte durée et parfois soient compensées par la rapidité avec laquelle sont obtenus les résultats thérapeutiques.

D'ailleurs, le plus souvent, les hautes concentrations n'ont été utilisées que dans le but d'obtenir une action exfoliatrice, comme dans certains cas d'acné rebelles (Polzin), ou chez certains psoriasiques présentant des lésions particulièrement résistantes chez lesquels, en augmentant les doses, on pensait arriver à un résultat thérapeutique meilleur.

Mais en dehors de ces cas très particuliers, des doses plus faibles ont plutôt la faveur de la majorité des auteurs.

Dans la pratique courante, une concentration moyenne ne dépassant pas un gramme pour cent paraît amplement suffisante pour faire disparaître, dans l'immense majorité des cas, la plupart des lésions cutanées justiciables de cette thérapeutique ; et encore, souvent sera-t-il tout à fait inutile de l'atteindre chez beaucoup de malades.

Après avoir utilisé pendant plus de trois ans. ce médicament sur une centaine de malades atteints de dermatoses diverses, rebelles pour la plupart aux médications habituelles, cette concentration maxima m'a toujours paru plus que suffisante dans les cas même rebelles, pour obtenir tous les résultats que l'on est en droit d'attendre du 1-8 di-oxyanthranol.

Des doses ne dépassant pas quarante centigrammes pour cent réussissent même en effet, dans des cas de psoriasis extrêmement tenaces, et le Pr. Galewsky lui-même a observé que dans les cas légers des concentrations de cinq à dix centigrammes pour cent étaient déjà suffisantes pour amener la disparition de lésions psoriasiques.

Aussi, ne semble-t-il pas qu'il y ait lieu d'augmenter indéfiniment les doses utilisées. Les lésions résistant à une concentration de 1 0/0 résistent fréquemment à une concentration supérieure ; et il paraît bien préférable alors, d'associer le 1-8 di-oxyanthranol à d'autres médicaments qui renforcent son action : l'acide salicylique par exemple, ou encore d'alterner son emploi avec d'autres médications actives pour obtenir les meilleurs résultats possibles.

Quelle que soit la dermatose à traiter, l'application de préparations faibles (0,10 0/0 par exemple) dont la concentration sera progressivement augmentée suivant les réactions du malade et les résultats obtenus, paraît être la technique la meilleure à utiliser dans la pratique courante pour obtenir de ce médicament tout ce que l'on peut en attendre sans réactions secondaires désagréables. Car, s'il est vrai que le 1-8 dioxyanthranol semble être actuellement le médicament connu le plus actif contre le psoriasis et nombre d'autres affections cutanées, et si le Pr. Unna a pu même écrire que sa découverte nous rapprochait considérablement du but à atteindre pour réaliser sa cure radicale, il faut reconnaître que, parmi les malades, il y aura toujours des sujets dont les lésions seront capables de résister, quels que soient les médicaments et les concentrations utilisés et chez lesquels l'emploi de doses fortes d'emblée aurait seulement pour conséquence de provoquer de violentes réactions locales sans aucun bénéfice consécutif.

***

Les formes d'utilisation. — Parmi les différentes formes sous lesquelles on peut prescrire le 1-8 dioxyanthranol il semble bien, après trois ans d'expérience, que les pommades doivent être nettement préférées aux solutions benzoliques bien que la plupart des auteurs étrangers recommandent plutôt l'emploi de ces dernières.

En effet, à concentration égale, le di-oxyanthranol 1-8 en solution dans le benzol est certainement plus irritant pour l'épiderme que lorsqu'il est utilisé en présence de vaseline ou de corps gras. Peut-être sous cette dernière forme agit-il de façon un peu moins rapide. Mais l'absence à peu près certaine de réactions secondaires possibles lorsqu'on l'emploie ainsi, à concentration moyenne, constitue un tel avantage que les pommades paraissent bien être la préparation de choix à utiliser chez la plupart des malades.

Les solutions benzoliques et les hautes concentrations semblent d'ailleurs avoir la faveur de certains auteurs étrangers précisément à cause des réactions qu'elles provoquent. Plusieurs signalent en effet leur pouvoir hyperémiant intense et paraissent penser que cette hyperémie a une action heureuse sur la disparition des lésions cutanées, surtout en ce qui concerne le psoriasis. Et cela explique pourquoi la solution de di-oxyanthranol semble être considérée par plusieurs auteurs étrangers comme la préparation de choix pour traiter les malades, bien que sous cette forme il soit difficile d'associer ce corps à d'autres médicaments, ces solutions ayant un pouvoir hyperémiant plus marqué que les pommades.

Le plus souvent cependant, ces réactions ne sont aucunement indispensables pour obtenir de bons résultats thérapeutiques. Il est facile de se rendre compte à l'usage, que beaucoup de malades guérissent sans qu'il soit nécessaire de provoquer au niveau de leurs lésions des réactions violentes et désagréables. Et, si la posologie et la forme indiquée dans quelques publications sont peut-être excellentes pour traiter certains malades surveillés ou soignés en clinique, comme cela se pratique souvent à l'étranger, elles ne sauraient être employées dans la pratique journalière en clientèle de ville alors qu'au contraire, sous forme de pommade et à concentration moyenne, cet excellent médicament, assez difficilement maniable autrement, peut être utilisé couramment de la façon la plus large dans tous les cas où son emploi paraît être justifié.

***

Utilisé de cette façon, il n'est pas douteux que suivant l'expression du Pr. Galewsky, le 1-8 di-oxyanthranol « représente un enrichissement précieux du

trésor médical de la dermatologie », car il permet de traiter efficacement un grand nombre de malades justiciables de traitements en général mal acceptés ; leur évite l'usage de préparations à base de chrysarobine, d'acide chrysophanique, d'huile de cade, de coaltar ou d'iode malpropres, malodorantes, d'application difficile ou laissant sur les téguments des traces révélatrices, et permet d'obtenir sans accidents d'excellents résultats thérapeutiques qui, en général, ne sauraient être obtenus qu'à l'aide de préparations chrysarobiques fortes, toxiques et difficiles à manier.

BIBLIOGRAPHIE (par ordre chronologique)

1916 Pr. GALEWSKY. *Derm. Woch.*, vol. 62, n° 6 ; Pr. UNNA. *Derm. Woch.*, vol. 62, n° 6.
Pr. UNNA. *Derm. Woch.*, vol. 62, n° 6 ; MEIROWSKY et STIEBEL. *Münch med. Woch.*, n° 46.

1917 Pr. GALEWSKY, *D. med. Woch.*, vol. in-8° ; BRINITZER et BOTTSTEIN, *Derm. Woch.*, n° 43 ; Dr IHLE, *Derm. Woch.*, n° 7 ; SAUDECK, *Derm. Woch.*, vol. 65.

1918 Dr PINKUS, *M. Klin.*, n° 36 ; SCHAEFFER, *Med. Klin.* n° 5 ; Dr STERNBERG, *Arzt. Rundch.*, n° 6.

1919 Pr. UNNA, *Derm. Woch.*, vol. 69, n° 51 ; MERCK, *Jahresberichte* 1919 ; Dr POLAND, *W. m.; W.* n° 37 ; BERGNER, *Arztl. Rdsch.*, n° 24 ; Dr KRETZSCHNER, *W. m. W.*, n° 37 ; WEIEL, *Med. Korrespond.*, vol. 89, n° 28 ; Pr. BRUNHS u. ROSENTHAL, *Derm. Zeitschrift*, vol. 27, n° 6.

1920. Dr PIOVATY, *W. m. W.*, n° 48 ; POLZIN, *Derm. Woch.*, n° 49 ; Dr ULLMANN (Wien), *W. m. W.*, n° 15.

1921 Dr BAUDISCH, *Arch. f. Derm.*, vol. 129.

1924 Pr. MENSE, *Handbuch f. Trop. Krankh.*, vol. 22.

1925 Dr Lene GRUMBACH, *Kl. W.*, n° 41 ; Pr. HAUCK, *M. m. Woch.*, n° 36.

1926 Pr. GALEWSKY, *Derm. Woch*, n° 26.

1927 Dr LUTH, *D. W.*, vol. 85, n° 40 ; BENEDEK, *Derm. Woch.*, n° 11 ; Pr. GALEWSKY, *Fortscher der Therap.*, 13, S. 461.

1929 Pr. KROMAYER, *Derm. Woch.*, n° 26 ; Dr WARTENA, *Tijdsch. v. Tandheelk* H. 4.

1930 Dr FRIEBOES, *Med. Welt*, n° 46.

1931 Dr Clément SIMON, *Bull. Méd.*, n° du 21 nove. 1931.; Dr VALETTE, Communication à la *Soc. de Méd. de Paris*, séance du 24 oct. 1931, et comm. à la *Soc. de Derm. de Paris*, séance du 12 nov. 1931.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 20 MAI 1932)

Sur la prostatectomie hypogastrique. — Pour M. LE FUR, la suture partielle de la muqueuse vésicale au pourtour de la loge prostatique, après énucléation de l'adénome, suivant le procédé de Lichtenstern (de Vienne), est en principe une amélioration notable dans la technique de la prostatectomie. Cependant, il reste fidèle au tamponnement de la loge prostatique, auquel il associe la médication calcique pour lutter contre l'hémorragie. L'important est de bien préparer le malade avant l'opération (désinfection soigneuse de la prostate, de la vessie et des reins), de rendre au rein son fonctionnement à peu près normal, et de n'opérer que lorsque les conditions sont devenues favorables. L'auteur est arrivé ainsi à obtenir une mortalité d'à peine 5 % pour l'ensemble de ses prostatectomies hypogastriques. Il ajoute que chez les prostatiques pris tout à fait au début, notamment chez les prostatiques jeunes, le traitement local, qu'il préconise depuis plus de trente ans, donne des résultats très satisfaisants, ainsi que le forage de la prostate, suivant la méthode de Luys, pour certains cas spéciaux (rétrécissement du col, lobe médian, petits adénomes prostatiques).

Diverticule de la troisième portion du duodénum. Résection du diverticule. Guérison. — M. André RAIGA fait un rapport sur un travail de M. A. Lefort (de Paris) concernant un diverticule gros comme un œuf de pigeon, implanté par une large base sur la troisième portion du duodénum. La malade en a souffert pendant trente-sept ans et a été guérie par la résection du diverticule avec une gastro-entérostomie complémentaire qui a été pratiquée à cause de la forme en V du duodénum et de la grosse dilatation du « genu inferius ». Le diagnostic précis en avait été posé radiologiquement.

Action de la ligature épididymo-testiculaire sur l'hypertrophie de la prostate. (Opération de Steinach N° 2.) — M. Georges LUYS a obtenu des améliorations notables par l'application de cette méthode dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. Il considère que si la ligature de l'épididyme peut diminuer le volume de la prostate, en favorisant la décongestion de cet organe, par contre, son action est tout à fait inopérante sur les blocs fibreux qui constituent l'adénome prostatique. C'est ici que le forage de la prostate, chargé de détruire toutes les masses adénomateuses, permet d'obtenir des succès thérapeutiques constants.

Péritonite par perforation en péritoine libre lors d'une tuberculose de l'intestin grêle. Guérison opératoire. — M. LE GAC. Les péritonites généralisées par perforation en péritoine libre des tuberculoses intestinales sont une rareté. Dix-neuf cas, celui-ci compris, ont été publiés. Le traitement a consisté en un abouchement cutané du grêle au-dessus de la lésion, avec drainage large de la cavité péritonéale. Le malade était porteur de cinq lésions du grêle, étagées depuis celle perforée jusqu'à l'iléon. L'auteur se propose de pratiquer ensuite une exclusion du grêle par l'iléo-transversotomie et de faire un traitement médical.

Un cas de carpe bossu. — MM. Carle ROEDERER et Valentin CHARRY présentent un nouveau cas de cette malformation signalée par M. Fiolle (de Marseille), avec un os de contexture normale et à contours nets.

Abcès du rein consécutif à un panaris de la gaine des fléchisseurs — M. Jack MOCK.

Maladie kystique de la cavité utérine avec fibromatose pariétale, polypose cervicale et ovarite scléro-kystique. — M. MULLER (de Belfort).

Les hiatus sacro-iliaques. — M. Carle ROEDERER et M. GAUCHER (de Saint-Denis) montrent qu'il existe une coïncidence indiscutable entre les « hiatus sacro-iliaques » vus dans des radiographies et une certaine forme de lumbago tenace et à récidives. Tout se passe comme si la charnière sacro-iliaque n'était plus tenue que par une vis inférieure, les deux vis supérieures ayant lâché ; mais le sacrum, dans ce cas, n'a pas basculé. Les ailerons sacrés sont généralement élevés et la forme de la première sacrée doit tendre à l'extériorisation, à la lombalisation.

Il s'agit très probablement d'une anomalie congénitale prédisposant à un état d'élongation ligamentaire et d'arthrite qui se développe, même sans cause, un peu tard dans la vie.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(SÉANCE DU 4 MARS 1932)

Exclusion de la vessie par urétérostomie iliaque. — MM. Jeanbrau et Truc présentent un malade atteint de cystite tuberculeuse rebelle, ayant survécu à une néphrectomie, et entretenue par une bacillose du rein restant. Le patient éprouvait toutes les cinq minutes un impérieux besoin d'uriner suivi d'évacuation involontaire. Tout sommeil était impossible.

Le malade accepta l'exclusion de sa vessie qui a été pratiquée par section de l'uretère et abouchement de celui-ci à la peau de la fosse iliaque. Grâce à un appareil collecteur en caoutchouc, le patient, qui ne souffre plus et dort normalement, peut déambuler et vivre dans des conditions infiniment meilleures qu'avant l'opération.

Les auteurs insistent sur les avantages de l'uretérostomie iliaque dont la technique a été parfaitement réglée par Legueu et Papin.

Mastoïdite et diabète. — MM. Terracol, J. Galavielle et H. Sagols font l'exposé de l'histoire clinique de malades diabétiques atteintes de mastoïdite avec considérations thérapeutiques (traitement pré et post-opératoire).

L'expérience confirme, à cet égard, l'influence heureuse de l'insuline.

Avantages de la pneumopyélographie dans le diagnostic de certains cas difficiles de lithiase rénale. — M. E. Truc.

A propos d'un cancer latent de la prostate révélé par l'examen radiologique du squelette. — MM. Rimbaud, Lamarque et Anselme Martin signalent à propos d'un cancer de la prostate, qui n'a pu être découvert qu'à la nécropsie, que souvent à l'examen radiographique on a la surprise de découvrir des malformations osseuses importantes dues à une métastase alors que le cancer de la prostate ne présente aucun signe clinique.

Dans le cas particulier, l'examen d'une pièce osseuse ayant montré simplement la présence d'ostéite raréfiante, sans signe néoplasique, les auteurs émettent l'hypothèse de la possibilité d'une action de certains néoplasmes sur le métabolisme du calcium dans les os.

(SÉANCE DU 11 MARS 1932)

Ramollissement de la région calcarine dans un cas d'hémianopsie homonyme. (*Présentation de pièces.*) — MM. H. Villard et Ch. Dejean.

La défense neuro-vasculaire de l'organisme. — M. Corone partant du choc interprété comme une réaction d'élimination, essaie d'individualiser un processus très général de défense qu'il baptise : défense neuro-vasculaire (D. N. V.). La D. N. V. peut être définie : l'ensemble des phénomènes nerveux, vaso-moteurs, secrétoires qui se produisent lorsque des précipités apparaissent brusquement dans le sang pour les en chasser et rétablir dans son intégrité la composition physique du milieu intermédiaire.

Le choc est-il bien une réaction de défense ? On peut le soutenir en considérant que tous les chocs spontanés sont bénins *quo ad vitam*, laissent après eux un mieux-être plus ou moins durable, ne sont pas arrêtés dans leur évolution sans danger pour le malade ; en considérant aussi qu'au moyen des chocs provoqués, on a réussi à guérir des septicémies redoutables.

L'auteur fait d'autre part remarquer que les trois phénomènes qui constituent le trépied physio-pathologique des chocs : sidération du sympathique, vaso-dilatation profonde et vaso-constriction périphérique, concourent chacun à leur manière, à l'élimination des précipités, des floculats, causes des chocs.

La D. N. V. agirait isolément dans les maladies chroniques et s'associerait à l'immunité dans les maladies infectieuses aiguës.

Cette notion de D. N. V. présente d'abord un intérêt théorique : elle permet de comprendre l'évolution des maladies chroniques où l'infection et l'immunité ne jouent aucun rôle (crises salutaires séparées par des périodes de répit), les méthodes de désensibilisation (D. N. V. provoquée sous une forme atténuée), l'existence des maladies cycliques (terminées par la mise en jeu de cette défense), et enfin la thérapeutique par le choc.

Elle présente aussi un intérêt pratique : si l'on connaissait mieux cette défense naturelle, on l'utiliserait plus rationnellement et la thérapeutique par le choc, aujourd'hui encore dans l'enfance, donnerait sans doute des résultats aussi brillants que ceux de l'immunothérapie.

Deux cas d'encéphalite psychosique aiguë azotémique avec guérison rapide. — MM. Euzière, Viallefont, Vidal et Ravoire.

Paralysie radiale par plaie de guerre du bras gauche et épilepsie Bravais-Jacksonienne consécutive. — MM. Euzière, Viallefont, Vidal et Mlle Fosse ont observé une paralysie radiale par plaie de guere, compliquée 9 ans après, d'*épilepsie Bravais-Jacksonienne à aura au niveau de la blessure du bras gauche*. Ils pensent que la blessure a modifié dans son allure clinique une épilepsie indépendante qui serait sans doute d'emblée généralisée, sans cette lésion radiale.

A propos d'un cas de rétraction ischémique de Volkmann traité par libération nerveuse. — MM. Etienne, Lapeyrie et Caderas.

(SÉANCE DU 18 MARS 1932)

Rétinite du type azotémique sans hyperazotémie, mais avec hyperpolypeptidémie. — MM. H. Villard, Ch. Dejean et M. Cazals.

Mycosis fongoïde (*Présentation de malade*). — MM. E. Grynfelt, J. Margarot *et* A. Plagniol.

Tumeur fibromateuse télangiectasique du pharynx buccal chez une femme. — MM. Terracol, Goubert, Guibert et Bonnahon.

Adénome de la glande lacrymale. — MM. H. Villard, Ch. Dejean et J. Temple. — Cette tumeur, d'un type très rarement observé, avait la grosseur d'une noix et soulevait la paupière supérieure en haut et en dehors. Elle pourrait cliniquement être confondue avec un kyste dermoïde sourcilier. Mais l'absence d'adhérence en plan osseux et l'existence d'un pédicule relié à la glande orbitaire facilitaient le diagnostic de tumeur lacrymale. A noter qu'elle se gonflait pendant le larmoiement.

L'examen histologique a montré les caractères typiques d'un adénome lobulé avec acini plus larges qu'à l'état norral, mais régulièrement ordonnés.

Un cas de paralysie radiale à la suite d'une fracture de l'humérus. Traitement par libération du nerf. — M. Auge.

Pyélographie intra-veineuse. Bassinet, uretère double. — M. E. Truc rapporte le cas d'une malade opérée d'un kyste de l'ovaire et qui présentait des douleurs de la région lom-

baire gauche. Une pyélographie ascendante avait révélé un rein volumineux dont le bassinet et les calices n'occupaient que la moitié inférieure du rein. On pensa à une duplicité pyélo-uretérale gauche, une pyélographie intraveineuse fut pratiquée ; elle confirma ce diagnostic et révéla une petite hydronéphrose du bassinet supérieur du rein gauche. La malade fut néphrectomisée et guérit.

L'auteur estime que la pyélographie intraveineuse doit être employée d'une façon systématique dans les cas d'anomalie pyélo-uretérale, lorsqu'un cathétérisme uretéral ou une pyélographie rétrograde n'ont pu être pratiqués avec succès.

Bassinet, uretère double à droite ; dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'uretère ; calculs uretéraux ; pyélographie. — MM. E. Truc et Sauvy.

(Séance du 6 mai 1932)

Accidents nerveux à type jacksonnien après réduction d'une luxation bilatérale de la hanche chez un enfant de 9 ans. — MM. Etienne, Lapeyrie et Caderas.

Infection gonococcique génitale chez une fillette, avec manifestations péritonéales pseudo-appendiculaires. — MM. Etienne, Lapeyrie et Caderas.

Corps étrangers de l'éperon bronchique (épingle). Extraction. — MM. Terracol et H. Sagols.

(Séance du 20 mai 1932)

Fracture du crâne chez un nourrisson (*présentation de pièces*). — MM. Etienne, Lapeyrie, Balmes et Caderas.

Péritonite tuberculeuse à forme tumorale. — MM. Etienne, Lapeyrie et Caderas.

(Séance du 27 mai 1932)

La méthode bronchoscopique dans les suppurations broncho-pulmonaires et l'obstruction des bronches. — M. A. Soulas souligne la nouvelle conception de la bronchoscopie et l'avènement de la bronchoscopo-thérapie comme moyen pratique et sans danger d'exploration trachéo-bronchique et comme méthode de traitement. Dans les *abcès aigus ou chroniques récents*, grâce au nettoyage, à la désobstruction bronchique, la guérison complète peut survenir dans 66 p. 100 des cas. Mais le pronostic est bien plus réservé dans les abcès chroniques anciens pour lesquels la bronchoscopo-thérapie ne sera souvent qu'un moyen palliatif.

Sauf pour quelques *dilatations bronchiques* récentes, la méthode endoscopique ne sera le plus souvent, dans ces maladies, que palliative. Il en est de même dans les bronchorrées atypiques, banales ou gangréneuses.

L'obstruction bronchique appelle l'acte bronchoscopique à titre diagnostique et thérapeutique, qu'il s'agisse de corps étranger exogène ou de corps obstructif endogène, en par-

ticulier dans la broncholithiase et l'atélectasie pulmonaire post-opératoire. Un film cinématographique en dessins animés illustre la technique bronchoscopique, tandis que de nombreuses projections radiographiques confirment les résultats.

NOTES POUR L'INTERNAT

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. COMPLICATIONS

On dit qu'il y a hyperpression artérielle lorsque les chiffres tensionnels, pris avec un appareil de type Riva-Rocci ou Pachon, dépassent d'une façon permanente, 16 maxima, 9 minima.

Il faut tenir compte de l'âge dans cette évaluation, l'élévation de la maxima étant physiologique chez le vieillard.

En ce qui concerne le pronostic, il faut toujours attacher une grande importance aux chiffres de la tension différentielle et de la tension minima, enfin faire la part des hypertensions de luxe, et examiner le malade bien au repos.

SYMPTOMES

Nous n'envisagerons ici que l'hypertension artérielle permanente, et prendrons pour type de description la forme pure, latente, reconnue vers l'âge moyen de la vie.

I. — **Début.** — Le début réel ne peut être retrouvé, et l'on découvre l'hypertension fortuitement, soit à l'occasion d'un brutal accident, hémorragie cérébrale, œdème aigu du poumon, soit à l'occasion de troubles constituant :

II. — **Les petits troubles révélateurs.** — Ils peuvent être

a. CARDIO-AORTIQUES : dyspnée d'effort, dyspnée nocturne, précordialgies, angoissantes ou non.

b. ENCÉPHALIQUES : la céphalée matinale, occipitale, est un cas très fréquent ; elle s'accompagne souvent d'inaptitude au travail, et l'on a parlé de la « neurasthénie des hypertendus ».

Ce peuvent être des troubles oculaires : mouches volantes, points brillants devant les yeux, sans lésions visibles du fond d'œil qui révèlent l'hypertension ; ils sont généralement liés à l'hypertension des artérioles de la rétine.

c. PÉRIPHÉRIQUES : doigts morts, crampes musculaires, cryesthésies, fourmillements, sans doute liés à des angiospasmes.

d. VISCÉRAL : polyurie et pollakiurie nocturne.

e. LES HÉMORRAGIES, en particulier les épistaxis, sont un signe souvent révélateur ; les ménorrhagies sont également fréquentes, accompagnant souvent une altération de l'état général.

Examen du malade. — Ce sont généralement des sujets pâles, jaunâtres ou pléthoriques, et les auteurs germaniques ont été, à partir de ce point de départ, jusqu'à discerner des hypertendus « rouges » et des hypertendus « pâles ».

Examen du cœur. — Deux signes : l'accentuation du deuxième bruit aortique, l'hypertrophie du ventricule gauche : ils traduisent le retentissement cardiaque de l'hypertension à cette phase précoce ; c'est tout ce qu'on remarque aussi bien cliniquement qu'à l'écran.

La tension artérielle est élevée à 20 ou 25 de maxima et 12 ou 14 de minima, c'est-à-dire concordante, équilibrée. Le pouls est fort, tendu, tachycardique ; la sclérose artérielle est très inconstante, et c'est plutôt un élément de mauvais pronostic.

L'examen des fonctions rénales, très important, peut révéler de l'albuminurie, une élévation de la constante d'Ambard, le retard de l'élimination de la Phénol-Phtaléine. C'est seulement si on ne relève aucun de ces troubles que l'on pourra parler d'hypertension solitaire. Un tel état, souvent ignoré, peut persister pendant des années. Dans la règle, l'hypertension va retentir sur le cœur, l'aorte, les reins, les artères périphériques et, tôt ou tard, surviendront des accidents dont l'éclosion est d'ailleurs imprévisible.

Accidents de l'hypertension artérielle permanente. — I. ACCIDENTS VASCULAIRES. — Ils sont liés à une *crise hypertensive*, et réalisent, soit un angiospasme, soit une rupture vasculaire.

a) ANGIOSPASMES. — Electivement localisés aux artères cérébrales, ils sont passagers, fugaces, véritables « éclipses cérébrales ». Ils peuvent exister en parésies transitoires, aphasies passagères, vertiges, étourdissements, amaurose, amblyopie, et même crises épileptiques, pouvant aller jusqu'au coma, d'où le malade sort épuisé, ces crises étant liées à un gros à-coup d'hypertension.

Lorsque le malade est un rénal azotémique, il est très difficile de faire la part des troubles rénaux dans la genèse de ses accidents.

b) RUPTURES VASCULAIRES. — 1° *Hémorragies rétiniennes.* — Elles sont la cause d'une diminution de la vision, qui peut être subite ou, au contraire, progressive. C'est une loi que de penser toujours à examiner le fond d'œil des hypertendus, et l'on y voit des hémorragies en flammèches, caractérisant la rétinite hémorragique, bien différente des oblitérations de l'artère centrale de la rétine, et de la rétinite exsudative, dite albuminurique, qui, contrairement à l'opinion classique, peut exister longtemps sans azotémie, et seraient liées pour certains à l'hypercholestérolémie.

2° *Hémorragie cérébrale.* — C'est une façon de mourir fréquente des hypertendus. Il peut s'agir d'une forme foudroyante, intérêt médico-légal, ou d'une forme cérébroméningée, où aux signes en foyer s'ajoutent des contractures musculaires, et le caractère sanglant de la ponction lombaire ; la mort étant la règle à bref délai.

3° *Hémorragie méningée.* — Elle peut être abondante, ou très discrète, véritable épistaxis méningé des hypertendus, dont le diagnostic n'est fait que si l'on y pense, et si l'on fait une ponction lombaire.

4° *Hémorragies labyrinthiques.* — Plus rares, elles provoquent des vertiges, pouvant aller jusqu'aux vertiges de Ménière, et aboutir à la surdité, parfois durable.

c) ACCIDENTS CARDIAQUES. — L'insuffisance cardiaque est le terme normal de l'hypertension artérielle permanente. C'est souvent à cette phase, d'ailleurs, que l'on voit pour la première fois l'hypertendu, et il faut penser à rattacher à l'hyperpression vasculaire les accidents observés. C'est l'insuffisance ventriculaire gauche que l'on observe ici dans sa forme la plus typique.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BREST. — Un concours pour deux places d'internes titulaires en médecine et une place d'interne titulaire en chirurgie aura lieu le 13 octobre 1932, à 9 h. du matin, aux hospices civils de Brest.

Adresser demandes de renseignements et se faire inscrire avant le 3 octobre 1932 au secrétariat des hospices civils de Brest, 8 *bis*, rue de Traverse.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Année scolaire 1932-1933.* — Examens de chirurgie dentaire. — *Avis très important.* — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de chirurgie dentaire ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

Session d'octobre 1932. — La mise en série des étudiants candidats aux différents examens de chirurgie dentaire sera affichée le mercredi 26 octobre 1932.

L'ouverture de la session est fixée au jeudi 3 novembre 1932.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, guichets 2 et 3, les vendredi 7 (pour l'examen de validation de stage dentaire) et samedi 8 octobre 1932 (pour les examens de fin d'année), de midi à 15 heures.

Session de juin-juillet 1933. — 1° Examen de validation de stage dentaire :

La session s'ouvrira le lundi 24 mai 1933.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté les lundi 6 et mardi 7 mars 1933, de midi à 15 heures.

La mise en série des candidats à l'examen de validation de stage sera affichée le mercredi 17 mai 1933.

2° Premier, deuxième et troisième examens :

La session s'ouvrira le lundi 12 juin 1933.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, de midi à 15 heures, aux dates suivantes : lundi 13 mars 1933 (étudiants à 4 inscriptions), mardi 14 mars 1933 (étudiants à 8 inscriptions), mercredi 15 mars 1933 (étudiants à 12 inscriptions).

Les étudiants à 12 inscriptions consigneront simultanément pour les deux parties du troisième examen.

La mise en série des candidats à ces examens sera affichée le mercredi 7 juin 1933.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Mutations :

Médecin colonel. — M. Capdevielle est affecté comme sous-directeur des services de santé de la 12e région.

Médecin lieutenant-colonel. — M. Martin est affecté comme médecin chef des salles militaires de l'hôpital mixte d'Angoulême et désigné comme président de commission de réforme.

Médecin commandant. — M. Guillaume est affecté à l'hôpital militaire de Grenoble.

Médecins capitaines. — M. Jacquet est affecté au 25e d'art.; M. Tuaillon est affecté au 99e d'inf.; M. Perrin est affecté aux troupes de Tunisie; M. Combenot est affecté au 131e d'inf.; M. Bossard est affecté au 1er hussards; M. Meunier est affecté au 4e génie; M. Baumelœr est affecté au 56e d'art.; M. Soleil est affecté à l'école militaire d'artillerie.

Médecins lieutenants. — M. Rouchonnat est affecté à la 5e compagnie régionale du train; M. Crosletailly est affecté au 6e tirailleurs marocains; M. Vaillant est affecté au 170e d'inf.

NÉCROLOGIE. — **Nous avons le vif regret d'apprendre la mort du docteur Maurice Nicolle, professeur à l'Institut Pasteur, ancien directeur du laboratoire de microbiologie à Constantinople.**

Le docteur Maurice Nicolle était le fils de l'ancien directeur de l'Ecole de médecine de Rouen et le frère de notre cher et illustre confrère Charles Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, professeur au Collège de France, membre de l'Institut.

On sait quelle tendre affection unissait ces deux savants dont la collaboration a été très étroite.

De tout cœur nous adressons à M. Charles Nicolle l'expression de notre affectueuse et bien vive sympathie.

PRATIQUE MÉDICALE

QUELQUES NOTIONS SUR LA MÉDICATION HYPNOTIQUE ET ANALGÉSIQUE (1)

Par M. le docteur R. GODARD.

Le somnifène est un hypnotique puissant sur lequel on peut compter ; l'allonal est un hypno-analgésique qui, dans beaucoup de cas, peut se substituer avec avantage aux opiacés ; le sédormid est un sédatif hypnogène doux et progressif. Moins sidérant que les narcotiques et les barbituriques, le sédormid ou allylisopropylacétylcarbamide possède cependant une action certaine dans l'insomnie et l'anxiété. Bien étudié au point de vue pharmacodynamique par MM. Pouchet, Demole et Peter, et au point de vue clinique par MM. Perget, Tibi, Dillard, Bénech et nous-même, le sédormid est employé à la dose de 1 à 3 comprimés, c'est-à-dire de 25 à 75 cgr. dans tous les cas où il s'agit d'une insomnie peu grave ou d'une anxiété légère. Ces doses moyennes ont une influence sédative très nette et ne provoquent pas d'excitation, car elles n'exercent aucune action nocive sur les principaux appareils ; notamment le cœur, le pouls, la tension ne sont pas modifiés, la diurèse reste intacte, les principales fonctions organiques essentielles sont inaltérées ; d'autre part, ce produit paraît se détruire entièrement dans l'organisme et c'est une garantie de l'absence d'effet cumulatif. C'est pourquoi, d'après l'auteur, il faut utiliser le sédormid chez tous les sujets nerveux, les petits agités, les agrypniques, les surmenés et les convalescents, car il soulage les malades sans les exposer aux dangers habituels de l'administration prolongée de narcotiques trop puissants.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel de puériculture (2), par P. LEREBOULLET (avec la collaboration des docteurs F. Saint-Girons et A. Zuber).

Physiologie de l'enfant du premier âge, allaitement naturel et artificiel, sevrage, développement physique et intellectuel du nouveau-né, hygiène générale, pathologie élémentaire, protection du nouveau-né, sont des sujets toujours nouveaux, parce que d'intérêt quotidien. La nécessité d'instruire infirmières et futures mamans en renouvelle sans cesse l'intérêt du fait des conditions toujours changeantes de la vie contemporaine. Si même les savants traités qui ont formé tant de générations médicales étaient abordables à des lecteurs étrangers à la médecine, encore faudrait-il en rajeunir bien des détails. On doit donc être reconnaissant aux auteurs d'avoir, en un mince volume, rassemblé la substance des leçons professées à l'institut de Pédiatrie de l'Hospice des Enfants Assistés. Tous les problèmes que pose l'élevage de chaque enfant y sont envisagés avec un parti pris de brièveté que seuls peuvent se permettre une longue expérience clinique et un sens aiguisé des conditions de la pratique courante ; en somme, esprit pratique et empirisme étayé par la théorie. La distribution infiniment claire de ce précieux manuel, les figures, les tableaux et les diagrammes — ces derniers assez nombreux pour éclairer le texte, assez rares pour ne jamais lasser l'attention — ne peuvent manquer d'assurer à un tel ouvrage le très grand nombre de lectrices — en dehors de nombreux lecteurs médicaux — que méritent à la fois son utilité sociale et son appropriation au but cherché.

L. BABONNEIX.

Pression artérielle et Ramollissement cérébral. Recherches cliniques, physiopathologiques et thérapeutiques (1), par Stanislas de SEZE, ancien interne des Hôpitaux de Paris.

La première partie de cet ouvrage contient une étude clinique et pathogénique des variations de la pression artérielle au cours du ramollissement cérébral, fondée sur l'observation attentive d'un grand nombre de cas de ramollissements sylviens survenus chez des vieillards athéromateux.

La seconde partie contient une étude critique des variations de la pression artérielle consécutives aux phénomènes d'ischémie cérébrale expérimentale, et notamment des réactions cardio-vasculaires déterminées chez l'animal par l'embolie cérébrale expérimentale.

Dans une troisième partie, l'auteur cherche à établir, en se fondant sur l'observation clinique, l'influence exercée par les variations de la pression artérielle sur l'évolution clinique du ramollissement cérébral. Joignant aux faits publiés antérieurement l'apport de nombreux cas personnels, il montre que les modifications tensionnelles, lorsqu'elles surviennent chez un sujet atteint d'artérite de la sylvienne, conditionnent dans une large mesure l'évolution et le pronostic des accidents de la thrombose vasculaire. Plusieurs observations saisissantes illustrent parfaitement le rôle néfaste que jouent, sur ces terrains prédisposés, les différentes causes d'effondrements tensionnels, brusques ou progressifs.

Comment expliquer, du point de vue physiologique, ce retentissement des variations circulatoires sur les accidents du ramollissement cérébral ? Ce problème conduit l'auteur à reprendre l'étude de la perméabilité artérielle au cours du ramollissement cérébral athéromateux : il s'attache particulièrement à l'étude de la perméabilité vasculaire anastomotique, dont le rôle paraît, en effet, des plus importants. Les recherches personnelles que l'auteur verse au dossier de ces deux questions donnent un très grand intérêt à cette quatrième partie.

La dernière partie de l'ouvrage est un *chapitre d'application thérapeutique* qui s'adresse principalement au médecin praticien. Toutes les notices thérapeutiques nouvelles qui ont retenu, dans ces dernières années, l'attention du public médical y passent au crible d'une critique impartiale. Après avoir discuté de l'opportunité d'une thérapeutique hypertensive de ramollissement cérébral, l'auteur aborde le problème de la saignée et enfin le problème de la thérapeutique vaso-dilatatrice et antispasmodique des accidents de la thrombose athéromateuse.

L. G.

(1) *Concours méd.*, Paris, fév. 1931, n° 5.
(2) Paris, Masson et Cie.

(1) In-8 de 232 pages avec 53 figures dans le texte. — Prix : 40 fr. — Paris, G. Doin et Cie.


IODOGENOL
PEPIN

REVUE GENERALE

ACCIDENTS INFECTIEUX CHRONIQUES D'ORIGINE DENTAIRE

(Granulomes. Fistules. Kystes radiculo-dentaires. Infections focales.)

Par M. CHARLES RUPPE,

Ancien interne et stomatologiste des hôpitaux de Paris.

Nous n'aurons en vue dans cette revue générale que les accidents dont le point de départ est une infection de la pulpe dentaire, *une gangrène pulpaire*. Nous laissons ainsi de côté *les accidents périradiculaires de la pyorrhée* et les *accidents péricoronaires d'éruption dentaire*.

Rappel. — Pour les comprendre, les préliminaires suivants nous paraissent indispensables.

La dent présente une partie à découvert dans la cavité buccale, la couronne et une partie enchâssée et articulée dans un alvéole, la racine. La couronne est formée d'ivoire (dentine) recouvert d'émail ; la racine est faite d'ivoire entouré de cément. Celui-ci est en continuité avec le ligament alvéolo-dentaire, lui-même fixé aux parois de l'alvéole. Mais, couronne et racine présentent en leur centre un tissu conjonctif, riche en vaisseaux et en nerfs, pauvre en vaisseaux lymphatiques : la pulpe. Le pédicule vasculo-nerveux de cette pulpe pénètre dans la dent par un orifice étroit, au niveau de l'apex de chaque racine.

La pulpe peut s'infecter à la suite *de carie dentaire*. Elle se mortifie aussi toutes les fois qu'il y a *congestion intense ou section de son pédicule vasculo-nerveux*, et elle est susceptible ensuite de s'infecter secondairement.

Lorsque l'infection désagrège la pulpe, il en résulte une *pulpite*, parfois *purulente*, le plus habituellement *gangréneuse*. Tant que l'infection reste enclose dans la chambre pulpaire, tout se borne aux signes de pulpite, mais si elle gagne le tissu circonvoisin en franchissant le foramen radiculaire, elle irrite l'espace périapical, elle y provoque *une mono-arthrite apicale, une périapexite*.

Cet espace périapical, espace de Black, est, en effet, constitué par du tissu conjonctif, des débris épithéliaux (Galippe et Malassez). Il est traversé par des vaisseaux et des nerfs dont les uns vont constituer le pédicule vasculo-nerveux de la dent et dont les autres sont destinés au ligament alvéolo-dentaire

Si l'infection qui atteint cette région *est virulente*, un *abcès* se forme, point de départ possible de toute une série de *complications infectieuses aiguës. Si elle est atténuée, un processus hyperplasique prend naissance.*

Il y a d'abord hyperplasie des tissus de l'espace de Black. Puis, production d'un granulome (Rédier). Ce granulome est la source *possible d'accidents chroniques* que nous allons envisager dans cette revue générale.

ACCIDENTS CHRONIQUES

Généralités. — *La lésion de base de l'infection chronique périapicale est le granulome.*

Ce granulome peut :

1° rester silencieux ;

2° se manifester localement par des phénomènes douloureux ;

3° s'abcéder, s'extérioriser et se fistuliser (granulome abcédé de Rédier, chronic rarefying osteitis with suppurat, chronicabcess) ;

4° subir une dégénérescence kystique (granulome kystique de Rédier, chronic rarefying osteitis with cyst formation) ;

5° contaminer le sinus maxillaire (granulome des molaires et prémolaires supérieures) ;

6° provoquer des troubles à distance, facteur d'infection **focale.**

En d'autres termes, l'étude des infections chroniques d'origine dentaire comporte celle :

1° des granulomes ;

2° des fistules dentaires ;

3° des kystes radiculo-dentaires ;

4° des sinusites chroniques maxillaires ;

5° de l'infection focale.

I. GRANULOMES

Le granulome est un tissu de granulation qui fait sa place dans le tissu osseux périapical.

Etiologie. — Il est engendré par la gangrène pulpaire, à virulence microbienne atténuée. Il se produit aussi à la suite de soins dentaires, soit que la désinfection n'ait pas été poussée assez loin, soit encore qu'elle ait été rendue impossible par l'incurvation des canaux radiculaires. La dépulpation thérapeutique qui n'a pas été faite soigneusement aboutit aux mêmes résultats.

Ces granulomes, ou tout au moins les aréas périapicaux constatés à la radiographie, sont très fréquents. Les statistiques atteignent les chiffres de 65 à 80 0/0 des dents dépulpées (Ulrich, Billings, Black).

Bactériologie. — La flore microbienne occupant le granulome a fait l'objet de nombreuses études parce qu'elle est très polyvalente et que les auteurs ne sont pas d'accord sur la prépondérance des espèces.

Les Américains (Rosenow, etc...) font jouer un rôle capital au *streptocoque viridans de Schottmüller*. Ce streptocoque n'est pas hémolytique. Il donne une coloration verdâtre sur les milieux au sang. Il vit en anaérobiose et doit être cultivé sur bouillon dextrosé, augmenté d'un fragment de cervelle et réparti en hauts tubes. Il est peu toxigène et antigénique et ne se maintient pas dans le sang.

La plupart des auteurs s'élèvent actuellement contre ce dogme uniciste et montrent qu'il n'y a pas de microbes spécifiques.

Les examens pratiqués par Kritchewsky et Seguin leur ont permis de noter l'existence :

1° *des microbes aérobies habituels ;*

2° *des microbes anaérobies de prédilection*, notamment l'entérocoque qui a une grande vitalité, ne sporule pas, dure des années, n'est pas tué par les antiseptiques forts. A côté, nous retrouvons les bacilles lactiques et les streptocoques

lactiques, microbes acidophiles, antagonistes des agents de putréfaction ;

3° *des microbes anaérobies stricts : les micrococcus parvulus* sont fréquents, non pathogènes, produisent des gaz, et s'associent à l'entérocoque ; *les streptococcus putridus*, par contre, sont très virulents.

Ces travaux ont été confirmés par Monier, Schmutz, Lucas, Delater, Bara, etc. Les recherches récentes de Grandclaude et de Lesbre ont montré la rareté des streptocoques hémolytiques et viridans et l'importance prépondérante des strepto-entérocoques, non hémolytiques, qui ont un pouvoir toxigène et une virulence manifestes, quoique faibles, ils donnent des formes filtrantes. La flore secondaire renferme d'abord des bacilles fusiformes, polymorphes, souvent filamenteux, non pathogènes lorsqu'ils ne sont pas associés, impossibles à cultiver isolément, mais très facilement dans « l'ombre des streptocoques ». L'association fuso-streptococcique est plus fréquente que la fuso-spirillose et est responsable des lésions à allure nécrotique et hémorragique. Grandclaude et Lesbre infirment l'hypothèse de Sanarelli assimilant les fuso-spirilles à deux formes d'une même espèce. Les bacilles anaérobies du type perfringens, le bacille d'Achalme, existent souvent dans les lésions dentaires. Les staphylocoques ont été retrouvés dans un quart des cas.

Par opposition à la flore du clapier pyorrhéique, la flore du granulome est, relativement, pauvre en espèces, et cela se comprend, étant donné les conditions de vie en anaérobiose de ces foyers fermés. Le groupe strepto-entérocoque y est presque toujours présent.

Anatomie pathologique. — *Microscopiquement*, le granulome est un bourgeon charnu, en général de petit volume, appendu à un apex dénudé et adhérent au ligament alvéolodentaire. Il est rouge foncé, friable au début, il durcit en vieillissant. Parfois, il est volumineux et se présente comme une véritable languette charnue.

Histologiquement, le granulome possède ou non de l'épithélium. Avec le professeur Lucien Cornil et en analysant les travaux de Galippe et Malassez, de Delater et Bercher, de Grandclaude et de Lesbre, de Prœhl, de Noyes et Fisher, de Ropas, de James et Counsel, pour ne citer que les plus importants, nous donnerons la description histologique suivante du granulome.

Granulome simple. — La question du granulome dentaire a été trop spécialisée. Il n'y a que fort peu de différence entre le granulome dentaire et le granulome banal cutané ou muqueux. Le granulome est dû à une infection atténuée, prolongée, peu virulente du tissu conjonctif recouvert d'un tissu de recouvrement de protection. C'est le type de l'inflammation subaiguë aboutissant à la production de tissu de granulation.

Ce tissu est essentiellement constitué par :

1° *une réaction proliférative du tissu conjonctif commun, fibroblastique*, avec ou sans transformation scléreuse de la substance fondamentale ;

2° *une réaction vasculaire intense*, congestion vasculaire et réaction hyperplasique permettant de suivre tous les stades de néoformation des vaisseaux ;

3° présence en plus ou moins grande abondance *des éléments libres du tissu conjonctif*. Dans les réactions très prolongées, ces éléments sont susceptibles de disparaître. Au début, ce sont surtout des polynucléaires. Dans les infections prolongées et très atténuées, il existe de nombreux lymphocytes. Mais les plasmocytes constituent un des éléments les plus caractéristiques du granulome. Son origine histiocytaire ne saurait être mise en doute. On ne les rencontre pas dans les vaisseaux et l'on peut assister à tous les termes de passage entre les cellules du tissu conjonctif commun et les plasmocytes.

Cet aspect peut être modifié par des processus hémorragiques, dégénératifs, de surcharge ou métaplasiques.

1° *Les hémorragies* se comprennent, étant donné la fragilité et l'abondance des vaisseaux. Le foyer hémorragique subit une réorganisation cicatricielle ou laisse une cavité.

2° *La dégénérescence du tissu conjonctif* peut se faire vers le tissu hyalin ou myxomateux. Ce dernier processus, fréquent pour Rœmer, a été discuté et infirmé par Proehl qui croit à de l'œdème simple, sans production de mucine.

3° *Les surcharges graisseuses sont fréquentes.* Les lipoïdes subissent des modifications qualitatives et quantitatives. Les cellules fixes et les leucocytes meurent en libérant leurs graisses qui s'accumulent dans des cavités. *Les surcharges cholestériniques* sont imputées par les uns à la destruction de l'albumine cellulaire, selon d'autres auteurs (Proehl, etc.), à la précipitation de certains sels et lécithines contenus dans les liquides organiques par rupture de l'équilibre des albuminoïdes. Les dépôts de cholestérine sont entourés de cellules géantes. *Les surcharges calciques* sont plus rares.

4° *Des phénomènes métaplasiques* peuvent se produire : métaplasie graisseuse par exemple.

Granulome avec épithélium. — Certains granulomes possèdent des éléments épithéliaux qui, suivant l'opinion la plus généralement admise, proviendraient de la prolifération des débris épithéliaux paradentaires de Galippe et Mallassez. Nous ne citerons donc que, pour mémoire, la théorie de la métaplasie conjonctivo-épithéliale de Magitot, celle de Gravitz, reprise par James et Counsel, attribuant l'origine de l'épithélium à une invagination de la muqueuse buccale par une fistule vestibulaire, ou celle de Noyes et de Fisher pour qui l'épithélium gingival envoie des prolongements dans le périodonte sous forme de véritables filets.

L'épithélium des granulomes dentaires ressemble à celui de la muqueuse buccale. Il est cubique sans allure adamantine. Les cellules n'ont pas de ponts intercellulaires. Elles se distendent avec l'âge, en émettant des prolongements sous forme de fouet (Proehl). Elles deviennent rameuses, donnant à l'épithélium un aspect fenêtré, en dentelle (Bercher et Delater).

Cet épithélium est très polymorphe. Il coiffe la racine et envoie des prolongements qui cloisonnent le tissu conjonctif et qui donnent au granulome l'aspect d'une ruche ou d'une éponge ; enfin, il s'infiltre de polynucléaires.

Delater et Bercher, Tellier ont fait jouer à ce tissu un rôle prépondérant. Cette opinion est loin d'être partagée par tous les auteurs. De même que Grandclaude et Lesbre, nous ne saurions souscrire de façon si absolue à l'interprétation du rôle spécial attribué dans la formation du granulome aux débris de Mallassez. D'abord leur présence n'est pas constante. En outre, on conçoit mal en quoi la présence d'un épithélium malpighien vient modifier l'histo-physiologie d'un granulome, car il devrait en être de même qu'au niveau de la peau où l'épithélium joue un rôle favorable en faveur de la cicatrisation et non de la prolifération.

Evolution du granulome. — α) *Le granulome peut guérir*, avec restitutio ad integrum, ou avec fibrose, quelquefois métaplasie graisseuse, ou persistance angiomateuse.

β) Le *granulome peut s'étendre.* — La capsule devient fibreuse, le lymphoplasmocytome a tendance à prendre le pas et les processus divers que nous avons énumérés plus haut prennent naissance.

γ) Le *granulome peut s'abcéder* (Rédier). — Il y a fonte purulente du granulome. Ce pus s'extériorise, ou il subsiste enkysté, véritable abcès borgne.

δ) Le granulome peut subir *une dégénérescence kystique* (Rédier). (Voir plus loin kystes radiculo-dentaires.)

Lésions périgranulomateuses. — 1° Lésions osseuses. Le granulome se creuse une cavité dans l'os. Il se produit donc une destruction osseuse, mais en général, le tissu osseux est peu altéré. Lorsque le granulome s'abcède, l'ostéite raréfiante s'accentue, il y a fistulisation et parfois production de petits séquestres.

L'ostéite raréfiante peut être poussée plus loin, dans certaines régions, comme la région incisive supérieure, sans qu'il y ait pour cela de signes cliniques. Cette nécrose moléculaire, cette décalcification des travées osseuses, est révélée par la radiographie.

2° Lésions radiculaires. — Elles sont rares, et il faut un processus très prolongé pour que le cément apical se résorbe progressivement. La racine est comme sucée. Inversement, des appositions de cément se produisent parfois, renflant l'extrémité de la racine et lui donnant la forme d'une baguette de tambour. Dans cette hypercémentose, il n'y a jamais fusion avec l'os.

Symptomatologie. — 1° De très nombreux granulomes *restent absolument silencieux*. Ils sont découverts à la radiographie sous forme d'un aréa clair, à bords en général arrondis et réguliers, à fond homogène, coiffant un apex dénudé (l'apex n'est plus entouré du liseré qui représente le ligament alvéolo dentaire et la paroi alvéolaire) ;

2° Dans d'autres cas, le granulome se manifeste par des troubles douloureux et des troubles objectifs locaux.

Le patient éprouve des *phénomènes névralgiformes* qui durent quelques jours pour disparaître souvent ensuite pendant plusieurs semaines. Ces crises correspondent à des poussées congestives éphémères du tissu de granulation engendrant une compression intense des filets nerveux. Ces douleurs ont des irradiations variables en rapport avec leur point de départ.

Pendant ces périodes douloureuses, le malade incrimine rarement sa dent. Celle-ci est parfois cependant légèrement douloureuse à la pression En fait, le patient accuse surtout un point douloureux, situé dans le maxillaire, à la hauteur de la pointe de la racine ; car *la lésion est avant tout intra-osseuse et non ligamentaire*.

En résumé, douleurs névralgiformes, rarement très intenses, par poussées, à point de départ maxillaire à la hauteur d'un apex, avec dent indolore ou légèrement douloureuse à la percussion.

L'examen doit porter sur la dent et sur la région vestibulaire, linguale et palatine.

La dent répond souvent à la percussion longitudinale. Elle rend un son plus clair que normalement et si nous palpons en même temps la région périapicale, nous percevons une vibration très particulière. Enfin la dent est parfois légèrement mobile.

La palpation de la région périapicale éveille une sensibilité plus ou moins vive. Il n'y a aucune modification locale si le granulome est profondément inclus. Sinon, nous constatons l'existence d'une voussure, comme un demi-pois accolé à l'os. Cette tuméfaction est de consistance dure, si la couche osseuse qui recouvre le granulome est suffisamment épaisse ; elle est de consistance rénitente, si le granulome est devenu sous-muqueux par usure de la table osseuse.

La radiographie donne l'image que nous avons déjà décrite. Elle indique l'importance de ce granulome, ses rapports possibles avec le sinus, le plancher des fosses nasales, le canal dentaire inférieur. Il faut se rappeler que la radiographie est un mode de projection et qu'un petit granulome surtout développé en arrière ou en avant d'une racine peut se projeter sur celle-ci et échapper ainsi à l'exploration radiographique. Les granulomes des racines vestibulaires des premières prémolaires et des molaires supérieures sont notamment difficiles à dépister. On ne confondra pas un aréa périapical avec le canal incisif ou le trou mentonnier.

En outre, la lacune périapicale vue à la radiographie indique seulement qu'il existe une niche osseuse, mais ne permet pas de préjuger de la nature du contenu : tissu fibreux, granulomateux ou kystique.

Complications. — Suivant la septicité de son contenu, le granulome peut rester stationnaire, s'accroître, s'abcéder ou subir une dégénérescence kystique ; il est également susceptible de guérir par des soins appropriés.

Abcédation. — Cette abcédation *peut être spontanée* par exaltation de virulence microbienne de cause locale ou par fléchissement momentané de l'état général, *ou provoquée* au cours d'une reprise de traitement qu'il y ait ou non faute de technique

La transformation purulente du granulome entraîne un épisode inflammatoire plus ou moins violent, une poussée fluxionnaire plus ou moins intense, puis la suppuration se fait jour, le plus habituellement par le vestibule. Cependant, suivant la situation de la racine causale et les rapports anatomiques, l'extériorisation peut se produire au niveau du palais, au niveau du plancher du sinus, exceptionnellement au niveau du plancher des fosses nasales ; elle est également peu fréquente au niveau de la table interne de la mandibule. Puis les signes aigus disparaissent et une fistulisation s'établit. (Voir Revue générale sur les infections osseuses aiguës d'origine dentaire.)

Traitement. — La crainte de possibles, mais peu fréquentes infections focales, a poussé un certain nombre d'auteurs à supprimer systématiquement les dents atteintes de carie exposant la pulpe, avec la pensée qu'il est impossible de les soigner correctement. Nous nous élevons contre cette opinion. Trop de praticiens pourraient, comme nous, apporter les preuves de leur expérience et de leur contrôle radiographique qui leur permettent d'affirmer la possibilité : 1° de dépulper une dent sans qu'il en résulte un granulome, et 2° de stériliser des zones granulomateuses.

Par conséquent, s'il importe de soigner les infections périapicales chroniques, il n'y a pas lieu d'être systématiquement avulsionniste et il est nécessaire de fixer les indications respectives :

1° des soins dentaires ;
2° de l'avulsion avec ou sans curettage ;
3° du curettage périapical.

A. *Traitement médicamenteux par voie radiculaire.* C'est le traitement le plus simple. Il consiste à imprégner les débris pulpaires et les parois de la chambre pulpaire d'antiseptiques. Puis à aléser chimique-

ment et mécaniquement les canaux et à les obturer. Ce traitement n'a évidemment d'intérêt que si la racine ou la dent possède encore une valeur prothétique. Doit-on le pratiquer systématiquement ou existe-t-il des faits qui nous permettent de le contre-indiquer d'emblée ?

Pour stériliser une zone granulomateuse, il faut être sûr :

1° que le médicament puisse atteindre cette zone ;
2° qu'il sera suffisamment actif.

1° Le médicament n'atteindra pas l'apex ou difficilement :

a) si le canal radiculaire est très fin ;
b) si le canal est incurvé ;
c) s'il est obturé par un corps étranger.

2° L'efficacité du médicament dépendra :

a) de la virulence microbienne ;
b) de l'importance du granulome ;
c) de la constitution du granulome. Selon Tellier, les médicaments antiseptiques sont inopérants sur les hyperplasies épithéliales. En tout cas, il est évident que les antiseptiques ne stériliseront pas un kyste appendiculaire.

Or, si la radiographie nous renseigne sur le calibre et la forme du canal, la présence d'un corps étranger l'importance de l'aréa périapical, l'état des tissus radiculaires, la résorption concomitante possible du rebord alvéolaire, elle est incapable de nous faire connaître le contenu de l'aréa tant du point de vue tissulaire que microbien. Donc, il est permis de tenter les soins dentaires dans les cas où la radiographie n'a pas montré une des contre-indications formelles ci-dessus indiquées. La non-tolérance des premiers pansements nous indiquera rapidement s'il est nécessaire d'agir autrement : par avulsion ou par voie transosseuse.

B) *L'avulsion* sera pratiquée d'emblée :

1° pour les prémolaires supérieures avec des apex en contiguïté avec le sinus ;
2° pour les molaires supérieures, car le foyer granulomateux palatin est trop profond ;
3° pour les prémolaires inférieures par suite de la proximité du trou mentonnier ;
4° pour les molaires inférieures étant donné la difficulté d'accès et la profondeur d'os qu'il faudrait traverser pour atteindre les apex.

L'avulsion est parfois avantageusement complétée par un curettage alvéolaire. En cas de gros granulomes, il est quelquefois nécessaire de pratiquer une *extraction chirurgicale* pour pouvoir curetter par voie alvéolaire agrandie. Cette petite intervention consiste à supprimer toute la paroi alvéolaire vestibulaire

C) *Le curettage périapical* qui permet de détruire directement le foyer granulomateux par voie transosseuse a des indications inverses de celles de l'avulsion. Il est donc indiqué pour les dents antérieures et tout particulièrement utile lorsqu'il existe un granulome sous une dent à pivot, ou un pilier de bridge work et que l'on tient à respecter cet édifice.

Le curettage périapical comporte :

l'incision de la muqueuse ;
la rugination du périoste ;
l'ouverture du foyer granulomateux ;
le curettage de la cavité ;
la résection de l'apex, le cas échéant,
et l'obturation du canal radiculaire.

L'existence d'une fistule ou d'une zone déhiscente facilite la découverte du foyer à curetter. Un foyer profondément inclus, sans retentissement vestibulaire, est quelquefois difficile à trouver. Pour le repérer, on lira attentivement la radiographie qui indique la direction de la racine. On appréciera la longueur de celle-ci avec une sonde introduite dans le canal ; enfin on attaquera l'os un peu au-dessous de la partie terminale de la racine afin de suivre celle-ci et d'aboutir à coup sûr, au foyer granulomateux.

On peut être conduit à pratiquer complémentairement une *résection de l'apex*. Celle-ci a sa raison d'être : 1° pour la commodité de l'intervention ; (un granulome situé en arrière de l'apex ne peut être curetté complètement qu'après l'ablation de l'extrémité de la racine) ; 2° pour ne pas laisser en place un apex qui ne peut être désinfecté et obturé convenablement. Il en est ainsi en cas :

d'incurvation de la partie terminale de la racine ;
de fistule latérale ;
d'instrument brisé dans le canal ;
de canal non désinfecté dans sa partie terminale et dont le reste est pivoté ;
d'apex altéré.

Il faut également se rappeler qu'un apex trop superficiel gêne la cicatrisation et doit être supprimé.

II. FISTULES DENTAIRES

Définition. — Il est nécessaire de bien s'entendre sur la définition de la fistule dentaire. On ne doit considérer comme tel qu'un trajet partant d'un foyer pyogène alvéolaire et aboutissant directement à la muqueuse ou à la peau. Ces fistules dentaires seraient mieux qualifiées de *fistules alvéolaires* (Fargin-Fayolle).

Nous saisissons tout de suite la différence d'avec *les fistules odontopathiques* dans lesquelles il existe, entre le trajet fistuleux et la dent causale, une lésion intermédiaire : une adénite, un kyste, une ostéomyélite.

Généralités. — Toutes ces fistules ont une symptomatologie restreinte. Les *fistules muqueuses*, très fréquentes, sont le plus souvent méconnues du malade. *Les fistules cutanées*, rares, sont plus gênantes que douloureuses. Ni les unes ni les autres n'ont tendance à la guérison spontanée. Leur évolution peut être entrecoupée de périodes douloureuses de rétention. Leur étude comporte celle des fistules muqueuses et des fistules cutanées.

a. Fistules muqueuses.

Etiologie. — Elles sont le reliquat d'un ostéo-phlegmon, d'un granulome abcédé, d'une ostéite subaiguë, de l'ouverture du sinus, parfois d'un accident pyorrhéique ou d'une péri-coronarite suppurée.

Anatomie pathologique. — *Aspect.* — L'orifice de la fistule muqueuse présente l'aspect d'une papille allongée, flexible, à travers laquelle le pus peut sour-

dre, d'une petite saillie, dure, granuleuse, d'une masse bourgeonnante, exubérante, ou parfois d'un simple pertuis qu'il faut quelquefois chercher en s'éclairant très attentivement.

Nombre. — La fistule est, en général, unique.

Siège. — L'orifice n'est pas toujours en regard de la dent causale. Au maxillaire inférieur, il tend à se mésialiser. Presque toutes les fistules sont vestibulaires, eu égard à la rareté des fistules palatines, antrales, nasales ou siégeant sur la table interne de la mandibule.

Trajet. — Toute fistule muqueuse appelle l'exploration au stylet fin qui aboutit par un trajet en général rectiligne sur un os dénudé.

La radiographie montre les lésions osseuses périradiculaires et renseigne par conséquent sur la dent causale lorsque la fistule paraît avoir un siège anormal. L'exploration complémentaire du trajet fistuleux au lipiodol est parfois utile. (Bercher.)

Diagnostic. — Le diagnostic varie avec le siège.

1° *La fistule de la région alvéolaire fait penser à une racine incluse. La fistule d'un kyste suppuré* est petite, punctiforme et demande à être recherchée. Il s'en *écoule un liquide abondant,* de consistance huileuse, et non la petite gouttelette de pus donnée par la fistule alvéolaire. Le stylet introduit pénètre dans une cavité plus ou moins spacieuse et touche une paroi matelassée par la poche kystique.

Au niveau de la région alvéolaire, prémolaire ou molaire supérieure, la fistule peut répondre à *la forme fistulisée de la sinusite.* Dans ce cas, le stylet pénètre très profondément et le liquide injecté repasse par le nez.

2° *Au niveau du vestibule,* les fistules sont d'origine dentaire ou kystique.

3° *Les fistules palatines* doivent faire penser au reliquat des complications d'une mono-arthrite apicale suppurée de l'incisive latérale supérieure ou des molaires, exceptionnellement à une canine incluse dans le palais. L'ulcération d'une gomme médiane ou paramédiane du palais ne peut prêter à confusion.

4° *En présence d'une fistule de la tubérosité maxillaire,* on songera toujours à la possibilité d'inclusion d'une dent de sagesse et on l'affirmera par l'exploration au stylet et par la radiographie.

5° *En cas de fistules multiples,* il faut se méfier de la *syphilis* de la région incisive supérieure, de la *tuberculose des maxillaires* qui donne des fistules à bords atones décollés et de l'*ostéomyélite,* dont l'histoire est vite reconstituée. Les deux premières affections sont des raretés.

b. Fistules cutanées.

Elles résultent d'un ostéo-phlegmon qui s'est compliqué d'une périmandibulite suppurée.

Anatomie pathologique. *Aspect.* — L'orifice fistuleux *récent* a des bords décollés, entourés par une zone œdémateuse congestionnée. Dans les *fistules anciennes,* l'orifice est au fond d'une dépression, en cul-de-poule, rétracté par le cordon ou la bride qui l'unit à l'os. Il est, en général, petit, à bords amincis, recouvert d'une croûtelle, quelquefois bourgeonnant.

Le trajet aboutit de façon assez rectiligne à l'os, mais il est parfois serpigineux.

Nombre. — D'ordinaire unique, elle peut être double ou en Y.

Siège. — Le siège est commandé par la situation de la dent causale, la longueur de sa racine, la disposition anatomique de la région, c'est-à-dire la disposition des muscles et des aponévroses qui guident les collections.

La fistule a tendance à se créer aux endroits où les tissus sont immobiles (Siffre). Elle peut se faire très à distance du foyer originel.

Symptomatologie. — L'examen de cette fistule comporte : l'inspection qui montre l'aspect de l'orifice fistuleux et l'état buccal, la palpation qui fait sentir le cordon fibreux reliant l'orifice à la région malade, l'exploration au stylet qui fait aboutir sur un os dénudé la radiographie avec, au besoin, injection préalable au lipiodol du trajet fistuleux.

Diagnostic. — Suivant son siège, la fistule pose des problèmes diagnostiques différents.

Les fistules de l'incisive latérale supérieure s'ouvrent au niveau de la lèvre supérieure, près de la sous-cloison.

Les fistules de l'incisive latérale supérieure se font au niveau de l'aile du nez.

Celles de la *canine supérieure,* au-dessous de l'angle interne de l'œil, peuvent faire croire à une dacryocystite avec péridacryocystite fistulisée.

Dans des cas exceptionnels, suites d'abcès nasaux, la fistulisation atteint le plancher des fosses nasales, près du septum, pour les incisives centrales, près de la paroi externe, sous la tête du cornet inférieur, pour l'incisive latérale ; sur la face interne de la branche montante, pour la canine, s'il y a ostéite de la table interne.

Les fistules des prémolaires et des molaires supérieures sont d'ordinaire sous-malaires. Leur nature prête à discussion. Lebedinski admet qu'il s'agit toujours d'une fistule provenant d'une adénite génienne fistulisée. Cette opinion est infirmée par de nombreux auteurs et tout récemment par Dechaume, pour qui la fistule jugale n'a pas nécessairement besoin de cet intermédiaire ganglionnaire.

Dans cette région, il faut, en outre, penser aux ganglions géniens tuberculeux fistulisés (Lenormant), à la tuberculose du malaire fistulisée et à l'actinomycose gingivo-jugale.

Les fistules mentonnières sont des plus importantes à connaître. Leur origine dentaire est, pour ainsi dire, la règle et cependant elle est le plus souvent méconnue. Cette erreur de diagnostic peut être due à un examen incomplet, le praticien n'a pas regardé la denture et ne s'est occupé que de l'os. Mais, dans d'autres cas, il examine les dents et, n'apercevant pas de carie, exclut la dent comme cause d'ostéite.

La pathologie de la région incisivo-canine inférieure est, en effet, très spéciale. Les incisives et les canines ont une immunité particulière pour la carie ; par contre, elles sont souvent frappées de mortification pulpaire sans carie. Un traumatisme violent, souvent de

petits traumatismes répétés par vice d'articulé, entraînent la rupture ou l'étranglement par congestion du pédicule vasculaire de la dent. La pulpe se mortifie. Cette gangrène aseptique peut devenir septique, et provoquer une monoarthrite apicale suppurée dont la conséquence ultérieure est souvent une fistule mentonnière. L'*abrasion mécanique* est également susceptible d'engendrer de pareils désordres.

Cette fréquence de localisation de la mortification pulpaire sans carie au niveau des incisives inférieures, peut s'expliquer par la disposition anatomique de l'artère dentaire inférieure, qui arrive à ce niveau comme épuisée, d'autant que les anastomoses transosseuses sont minimes (Jossué-A. Imbret).

Les fistules de la région sous-maxillaire ont peu d'intérêt. Il n'en va pas de même des *fistules du cou* qui peuvent siéger très bas et égarer le diagnostic vers les fistules congénitales du cou. La fistule consécutive à l'ouverture d'une adénite tuberculeuse n'offre de difficulté de diagnostic que si elle est unique. Son orifice repose sur une base tuméfiée, empâtée, molle. Il ressemble à une plaie contuse, il est « en surface et non en profondeur » (Reclus). Enfin, il existe souvent d'autres ganglions perçus par la palpation.

Les fistules multiples proviennent de lésions du tissu cellulaire (phlegmon ligneux, actinomycose), ou du tissu osseux (ostéomyélite, tuberculose de la mandibule). L'anamnèse, la radiographie, la rareté des fistules multiples d'origine dentaire en permettent facilement la discrimination.

Traitement. — *Ne pas méconnaître la cause dentaire de la fistule, sinon il est pratiqué des curettages osseux inutiles. L'avulsion de la dent causale guérit en quelques jours une fistule qui durait depuis des mois.*

Si l'on veut être conservateur, pour des raisons esthétiques ou prothétiques, on cherchera à stériliser la fistule par de simples soins dentaires. En cas d'échec, il est loisible d'essayer de faire passer à travers le trajet des produits caustiques et antiseptiques. Ce procédé est formellement contre-indiqué en cas de long trajet sous-muqueux, avec gros décollement, car ces injections produiraient un sphacèle étendu. Pour certaines dents, le curettage périapical est le procédé de choix.

Parfois, l'infection est entretenue par un foyer de sphacèle du tissu cellulaire agissant comme un corps étranger septique. Le curettage de ce foyer apporte la guérison.

III. KYSTES RADICULO-DENTAIRES

Dans d'autres cas, le granulome devient kystique. Cette transformation est, en règle générale, insidieuse. Le kyste n'est reconnu que plus tard, alors qu'il a déjà atteint un volume suffisant pour entraîner une déformation locale, ou qu'il s'est ouvert dans la bouche et s'est infecté.

Le petit nombre de kystes par rapport au grand nombre de granulomes s'explique :

1° Par le nombre considérable de granulomes enlevés avec la racine causale ;

2° Par l'abcédation si fréquente des granulomes ;

3° Par l'absence de réaction épithéliale dans un grand nombre de granulomes.

En collationnant les observations de nos 81 derniers kystes, nous avons trouvé 65 kystes du maxillaire supérieur pour 16 kystes du maxillaire inférieur.

Notre statistique nous donne pour 65 kystes du maxillaire supérieur :

25 pour l'incisive latérale ;
24 pour les prémolaires ;
9 pour les molaires ;
4 pour l'incisive centrale ;
2 pour la canine ;
1 pour la dent de sagesse.

Pour les kystes mandibulaires :

2 pour les incisives ;
1 pour la canine ;
5 pour les prémolaires ;
5 pour les molaires ;
3 pour la dent de sagesse.

Mais nous insistons sur la difficulté fréquente de préciser quelle est la dent causale.

Reste un fait incontestable. Le kyste radiculo-dentaire ne se rencontre *presque jamais aux dépens d'une dent de lait*. Les ouvrages classiques ne mentionnent pas leur existence. Frey, dans le cours de sa longue pratique, n'en a observé qu'un cas, non publié, et nous en avons rapporté avec le Pr. Lemaître, une observation.

La rareté des kystes paradentaires des dents de lait nous semble due aux conditions anatomiques et évolutives de ces dents :

D'une part, l'existence des débris épithéliaux de la première dentition est extrêmement courte, puisqu'elle cesse dès que commence la résorption radiculaire de ces dents, c'est-à-dire pour les incisives, vers l'âge de 3 ou 4 ans, et, pour les canines et les molaires, vers 7 ou 8 ans.

D'autre part, l'infection des dents de lait ne réalise pas les conditions de durée et d'insidiosité nécessaires à la prolifération épithéliale des kystes paradentaires.

Les dents de lait présentent une chambre pulpaire et des canaux très larges, alors que les couches de dentine et d'émail sont peu épaisses ; cette disposition explique l'évolution de l'infection. Celle-ci, en effet, rencontre une cavité spacieuse qui communique largement avec le milieu buccal ; le drainage se fait bien et l'infection, de ce fait, a peu de tendance à devenir périapicale et à irriter les débris paradentaires. Vient-elle à franchir l'apex, elle provoque alors, le plus souvent, des accidents fluxionnaires aigus qui ont plutôt tendance à détruire les débris épithéliaux qu'à les exciter. Or, nous savons que la prolifération des débris épithéliaux est surtout réalisée par l'action irritative d'une infection périapicale, légère, mais de longue durée.

Pathogénie. — La théorie de Sarran et Delpech sur la néoformation du cordon vasculo-nerveux de la dent et celle de Magitot sur l'origine périostique des kystes sont périmées.

Tout le monde croit, avec Rédier, à la transformation kystique d'un granulome, mais par quel mécanisme ?

1° Les partisans de l'origine épithéliale admettent :

a) la tendance de l'épithélium adamantin à prendre une structure aréolaire ; b) la désintégration simple ou la dégénérescence hydropique, par manque de nutrition des cellules centrales d'un îlot épithélial. Autrement dit, il s'agi-

rait d'un processus inter ou intra-cellulaire aboutissant à la cytolyse (Rœmer).

2° Selon d'autres auteurs, cette formation kystique résulterait d'une perturbation du tissu conjonctif du granulome.

a) Par processus hémorragique, raptus hémorragique, dans les travées épithéliales, non suivi de régénération (Delater et Bercher) ; b) par dégénérescence cholestérinique (Rodier, Crocquefer) ; c) par dégénérescence graisseuse et isolement par du tissu épithélial (Prœhl, Partsch).

Anatomie pathologique. A. KYSTE NON SUPPURÉ. — 1. *Poche kystique.* — *Macroscopiquement*, la paroi du kyste est *mince*. Elle mesure à peine 1 millimètre et se détache facilement de la paroi osseuse. Il y a toujours un *bon plan de clivage.*

Histologiquement, cette paroi kystique est constituée par un revêtement épithélial et un stroma conjonctif.

Le revêtement épithélial s'insère en collerette autour de l'apex de la dent. Il a comme caractères principaux, *d'être polymorphe* et *d'envoyer les boyaux* dans le stroma ; ce qui explique les récidives après l'ablation incomplète de la poche. Dans les parties les plus épaisses, c'est-à-dire dans les zones interpapillaires, il revêt un aspect malpighien ; dans les zones les plus minces, il est recouvert de cellules aplaties.

Le stroma est d'autant plus fibreux et d'autant moins riche en cellules, qu'il est plus périphérique. Les vaisseaux sont assez abondants dans la partie moyenne. Des images de cholestéatome peuvent être aperçues par intervalles.

Ce tissu conjonctif se continue dans le ligament alvéolo-dentaire.

2. *Paroi osseuse.* — *Le kyste est un organe d'usure.* L'os disparaît devant lui par ostéite raréfiante. Le kyste s'attaque au tissu spongieux, et contourne toutes ces zones compactes et les corps durs comme les racines. « La loi de moindre résistance est la charte de l'évolution des tumeurs liquides du maxillaire » (Jacques).

En outre, l'os ne présente aucune réaction ; c'est « une fragile barrière qui recule sans cesse sous la poussée de l'envahisseur, une mince lame de tissu compact, piquetée de pertuis vasculaires » (Jacques).

3. *Contenu du kyste.* — Le liquide kystique est filant et visqueux. Il contient en suspension des globules rouges, des cellules épithéliales, des paillettes jaunâtres de cholestérine. Il semble que la cholestérine provienne de la dégénérescence cellulaire et non pas du sang, car la teneur du liquide intrakystique en cholestérine est plus forte que celle du sang (Crocquefer).

4. *Rapports du kyste avec la racine.* — Les kystes sont d'ordinaire *apexiens* ; l'apex est à nu dans le kyste.

Les kystes latéro-radiculaires, niés par Rédier, sont rares d'après Mallassez. Pour le professeur Jacques, le kyste déborde les racines des autres dents, si la racine causale est enlevée, le kyste est considéré à tort comme latéro-radiculaire.

Cavalié estime que les kystes sont pararadiculaires parce que le liquide kystique ne s'écoule pas par le canal ; mais la formation du kyste aux dépens du granulome suffit à expliquer ce fait.

5. *Accroissement du kyste.* — Cet accroissement se produit :

a) par nécrose et chute des couches épithéliales internes ;
b) par exsudation séreuse ;
c) par infiltration leucocytaire.

En résumé, la paroi du kyste est mince et non adhérente ; formée par un épithélium qui envoie des digitations dans le stroma. L'os disparaît au contact du kyste sans présenter la moindre réaction. Le contenu filant du kyste est riche en cholestérine.

Le kyste a une extension progressive, lente mais sûre, pouvant atteindre un grand développement. *Rien ne l'arrête que son ouverture dans une cavité naturelle.*

B. FISTULISATION ET SUPPURATION. — 1. *Ouverture.* — Cette ouverture peut être :

a) *Spontanée*, par usure totale de l'os et ulcération de la muqueuse, notamment au niveau des muqueuses épaisses et adhérentes ; car les muqueuses minces et décollables se laissent distendre.

b) *Provoquée*, par avulsion ou incision intempestive.

2. *Suppuration.* — La communication avec le milieu buccal aboutit à l'infection du kyste. La voie sanguine est des plus discutables. Cette infection modifie le contenu, le contenant et l'évolution du kyste.

a) *Modifications du contenu*, le liquide devient séro-purulent ou purulent.

Parfois, et nous l'avons observé dans 1/10 des cas, le contenu est un magma caséeux, à odeur infecte, dû à la transformation des graisses en produits de la série butyrique, valérianique.

b) *Modifications du contenant.*— La poche kystique s'épaissit. Elle atteint 2 à 3 mm., et adhère alors plus ou moins fortement à la paroi osseuse. Elle devient difficile à détacher.

Microscopiquement, on enregistre une double prolifération :

Du tissu conjonctif qui pousse des végétations à l'intérieur du kyste ;

Du tissu épithélial qui s'enfonce, au contraire, dans le stroma. Les digitations épithéliales sont des sources de récidive lorsque la paroi n'est pas enlevée complètement. Les cautérisations que l'on pratique ultérieurement n'agissent, en effet, qu'en surface.

A côté de ces deux modifications hyperplasiques, nous devons noter des destructions localisées de l'épithélium par la suppuration et une infiltration leucocytaire variable suivant l'intensité de l'infection.

L'infection est, avant tout, intrakystique, elle n'intéresse que rarement les tissus circonvoisins : os et tissu cellulaire.

Modifications évolutives. — *Un kyste infecté s'arrête dans sa marche évolutive.* Il cesse d'être une menace pour l'architecture osseuse, parce que le liquide intra-kystique n'est plus sous tension et qu'une partie de l'épithélium est détruite par la suppuration.

Symptomatologie.— Nous avons à décrire les signes communs à tous les kystes et les particularités topographiques des kystes d'après la dent causale.

A. SIGNES COMMUNS A TOUS LES KYSTES

1. PÉRIODE DE DÉBUT. — Le kyste de petit volume n'entraîne, en général, aucun signe ni subjectif ni objectif.

C'est une découverte de radiographie qui montre une zone de raréfaction périapicale à contours nets, arrondis. Mais cette image est difficile à interpréter : elle est assez proche de celle d'un granulome. Et il est

souvent délicat de dire si les bords sont flous ou bien limités, si le fond est homogène ou non, car cette image est de petite surface.

D'autres fois, nous retrouvons dans l'histoire du malade la symptomatologie fonctionnelle du granulome.

2. Phase de déformation. — L'extension du kyste est silencieuse. La symptomatologie du kyste est donc purement objective. C'est une tuméfaction arrondie, recouverte d'une muqueuse saine, dont la consistance varie.

a) Au début, alors que le kyste est encore assez profond, l'*impression est celle d'une tumeur de consistance osseuse* parce qu'il existe une couche d'os suffisante entre le kyste et le doigt qui palpe.

b) Ensuite, le kyste n'est plus recouvert que d'une mince coque osseuse qui se laisse facilement déprimer pour revenir sur elle-même, comme le ferait une balle de celluloïd, *c'est la crépitation parcheminée.*

c) Tardivement, lorsque la coque osseuse superficielle a disparu, le kyste est senti sous la muqueuse, comme une tumeur liquide. *Cette zone fluctuante* est entourée par un mince rebord osseux formant collerette.

En somme, sauf à la période tardive, rien n'est absolument caractéristique, car même la crépitation parcheminée se retrouve dans les tumeurs bénignes, les tumeurs à myéloplaxes et les sarcomes.

Devant cette tumeur osseuse, indolente, à évolution lente, il faut recourir à un signe complémentaire *qui est la ponction.* Elle fixe le diagnostic, en permettant de retirer un liquide filant, chargé de paillettes de cholestérine.

La radiographie devient alors inutile pour le diagnostic ; elle reste toujours nécessaire pour apprécier l'étendue du kyste. Nous reviendrons ultérieurement sur cette étude radiographique.

Quant à la *transillumination*, elle nous paraît un signe d'interprétation délicate et sans grand intérêt.

Evolution. — Tout peut en rester là, la déformation qui en résulte, attire l'attention du patient qui se fait opérer, mais bien souvent, il ne vient consulter que pour l'ouverture de son kyste. *Dès que celui-ci est ouvert,* a) *il s'arrête dans son développement,* b) *se fistulise et* c) *suppure.*

a) *Arrêt de développement.* — Dans les kystes moyens, la paroi refoulée s'aplatit et la déformation disparaît. Le malade pourrait se croire guéri, mais la persistance d'un écoulement de goût salé l'avertit qu'il n'en est pas ainsi. D'ailleurs, des phénomènes de rétention font réapparaître la tuméfaction, confirmant un diagnostic qu'un malade pusillanime aurait trop de facilité à vouloir éliminer.

b) *Suppuration.* — Si l'on n'intervient pas, la suppuration persiste, abondante, irrégulière, en disproportion avec les signes locaux. Il peut s'agir d'une sérosité purulente avec paillettes de cholestérine ou de pus franc.

c) *Fistulisation.* — La fistule est pour ainsi dire toujours muqueuse. Les fistules cutanées sont exceptionnelles. Elles ont été observées au niveau de la mandibule. La fistule muqueuse est parfois alvéolaire, souvent vestibulaire, punctiforme et demande à être recherchée par une exploration minutieuse ou en faisant pression sur l'endroit du kyste pour faire sourdre le liquide.

Elle diffère de celle de l'ostéite dont les bords sont bourgeonnants, épais, souvent exubérants.

Elle doit toujours être *explorée au stylet.* Celui-ci n'a pas à suivre un trajet irrégulier. Il s'enfonce d'emblée dans une grande cavité où il joue facilement. Il bute sur une surface lisse, résistante où la dureté de l'os est voilée par un revêtement membraneux.

Telles sont les conséquences habituelles de l'infection du kyste, conséquences très bénignes, comme nous le voyons, puisque tout se passe à l'intérieur du kyste, et qu'il est exceptionnel de voir se produire des phénomènes d'ostéite ou de cellulite, autrement dit des accidents infectieux aigus brutaux.

d) *Complications.* — Les complications infectieuses sont donc rares. Signalons, en outre, pour mémoire, la possibilité de fractures dans les gros kystes mandibulaires.

B. Formes cliniques topographiques

Voici, dans l'ensemble, les symptômes et l'évolution de tous les kystes à extériorisation vestibulaire. Mais leur point de départ leur imprime des modalités cliniques différentes que nous allons successivement passer en revue, guidés par l'anatomie radiculaire, les connexions et la structure des maxillaires, que nous avons étudiées en pratiquant des coupes dans les maxillaires et en les radiographiant.

I. **Kystes du maxillaire supérieur.** — a) Kystes de l'incisive centrale. — Les kystes de l'incisive centrale sont très rares. Suivant la longueur de la racine et son inclinaison, l'évolution du kyste peut se faire vers le vestibule ou vers le plancher des fosses nasales. Dans ce dernier cas, il se produit une tuméfaction de la partie interne du plancher des fosses nasales. Le kyste s'infiltre dans le pied du vomer en le dédoublant. Mais ce kyste est susceptible de se développer du côté opposé et le Professeur Lemaître a observé un kyste qui formait comme un troisième sinus médian.

b) Kyste de l'incisive latérale. — Chenet a particulièrement bien étudié dans sa thèse le kyste de l'incisive latérale dont la grande fréquence est à souligner et dont le caractère important est de pouvoir retentir sur le vestibule, le palais et le plancher des fosses nasales.

Il peut adopter l'une de ces voies ou plusieurs à la fois.

1° Rien de spécial à noter pour *la tuméfaction vestibulaire ;*

2° *La tuméfaction palatine* est *latérale*, et forme un *boudin antéropostérieur* qui ne débute qu'à 1 cm. en arrière du collet de la dent, atteint d'emblée son point culminant pour se rétrécir progressivement en arrière. Le palper de cette tuméfaction ne donne que des sensations imprécises et il est impossible de savoir s'il s'agit d'un kyste ou d'un foyer d'ostéite et quel est le degré de la déhiscence de la paroi palatine.

On n'éprouve, en effet, ni sensation de fluctuation, de résistance ou de crépitation parcheminée et comme l'écrit Chenet, on a l'impression que la fibro-muqueuse est trop longue pour la surface osseuse et qu'il est impossible de l'amener au contact de la voûte palatine. En pressant sur la tuméfaction, on provoque une douleur non pas au point de pression, mais à distance au niveau de l'incisive latérale.

Comme nous l'avons montré, ce retentissement palatin est dû à l'existence derrière l'incisive latérale d'un triangle osseux de tissu spongieux où le kyste se développe librement ;

3° *La tuméfaction nasale* se produit à l'angle externe du plancher des fosses nasales et peut arriver à atteindre le cornet inférieur. Elle est rarement volumineuse étant donné la résistance du plancher des fosses nasales. Mais le kyste est capable de franchir la ligne médiane et de se développer du côté opposé.

Le kyste de l'incisive latérale intéresse exceptionnellement les 3 régions à la fois. Sur 25 kystes de l'incisive latérale dont nous avons gardé les observations, nous en trouvons :

8 purement vestibulaires ;
6 purement palatins ;
7 vestibulaires et palatins ;
3 vestibulaires et nasaux ;
1 vestibulaire, palatin et nasal.

Dans les kystes à développement à la fois vestibulaire et palatin, le retentissement vestibulaire peut être modéré. Le kyste semble se développer horizontalement, clivant en quelque sorte la lame palatine.

Si la fistulisation de ces kystes se fait d'ordinaire au niveau du vestibule, on peut la voir se produire au niveau d'une ou des 2 fosses nasales, exceptionnellement au niveau du palais.

Cette triple fistulisation qui est une rareté constitue une complication sérieuse.

c) Kyste de la canine. — Ce kyste est rare. Comme la racine de la canine est longue et que l'apex est souvent superficiel, implanté dans la base de la branche montante, l'extériorisation du kyste dans la fosse canine est rapide.

d) Kystes des prémolaires et des molaires. — Le retentissement du kyste de la première prémolaire est souvent vestibulaire, cependant lorsque cette dent a deux racines très divergentes, un kyste né de cette racine palatine peut voussurer le palais. Le kyste de la deuxième prémolaire se développe vers le vestibule ou dans l'antre. Les kystes des 2 grosses molaires évoluent tantôt vers le vestibule, tantôt vers l'antre, moins souvent vers le palais.

Le kyste de la dent de sagesse refoule la muqueuse sinusienne ou au contraire creuse la tubérosité maxillaire, attirant l'attention sur la région sus-amygdalienne.

Etudions le développement de ces kystes prémolaires ou molaires, vers la face externe des maxillaires supérieurs, vers le sinus ou le palais.

Développement externe. — Le vestibule est fréquemment altéré 23 fois sur 27 et dans 13 de nos cas il était seul atteint. Le développement vers la table externe du maxillaire supérieur peut être *jugal ou vestibulaire*, ce qui tient soit à la hauteur de la racine, soit à la hauteur du cul-de-sac gingivo-jugal.

En cas de vestibule haut ou de kyste bas situé, le kyste a surtout un développement buccal. L'intervention est alors plus facile. Dans les cas où la racine est très superficielle, le kyste peut être sous-muqueux, et comme il n'a pas usé d'os en quelque sorte, il ne donne lieu à aucune image radiographique.

Inversement, en cas de kyste haut situé ou de vestibule bas, le kyste entraînera surtout une déformation jugale, proportionnelle au volume et à la superficialité du kyste. La présence des tissus jugaux gêne l'opérateur.

Développement antral. — A l'inverse de ces kystes à développement vestibulaire qui manifestent vite leur présence, les kystes intra-sinusiens restent longtemps méconnus.

L'antre est fréquemment envahi : 11 fois sur 27 ; mais dans dix de ces cas, le vestibule était également intéressé.

Avec le Professeur Lemaître, nous écrivions : « Nous ne pensons pas, comme Moure, que le kyste fasse effraction dans la cavité du sinus ; mais nous sommes de l'avis de Sébileau, de Jacques, de Gérard Maurel et de Grandclaude, à savoir que le kyste s'invagine progressivement dans le sinus pour finir par se substituer complètement à lui. Gérard Maurel et Grandclaude ont donné de ces rapports un excellent travail, en se basant sur 50 examens opératoires et 30 examens histologiques.

a) Lorsque l'envahissement du sinus par le kyste est incomplet, on trouve successivement l'épithélium de la poche kystique, du tissu conjonctif lâche, très vasculaire, avec des cellules inflammatoires, des lamelles ostéoïdes avec fibrose médullaire, du tissu conjonctif œdémateux, avec polynucléaires et mononucléaires et enfin l'épithélium du sinus. Les lamelles osseuses peuvent subsister assez denses, c'est ce que Mouret et Seigneurin appellent les kystes osseux. Ces faits ont un intérêt pratique. Au cours de l'intervention, il nous est arrivé deux fois, après avoir enlevé la poche kystique suppurée dans la partie inférieure, d'apercevoir entre la paroi osseuse et la poche kystique supérieure un plan de clivage où la spatule s'introduisait facilement sans effort, et avec une pince de Kocher, nous avons retiré d'un coup toute la partie supérieure de la poche kystique qui apparaissait comme une véritable coquille d'œuf doublée intérieurement de la poche kystique et extérieurement de la muqueuse du sinus. Il est incontestable que si l'examen de la cavité n'avait pas été minutieusement fait, nous aurions laissé en place cette portion de la poche et la cicatrisation n'aurait pas eu lieu.

b) Selon Maurel et Grandclaude, au fur et à mesure que le kyste s'accroît, les lames ostéoïdes disparaissent. Il y a alors adossement des deux muqueuses sur une surface plus ou moins large et la muqueuse antrale finit elle-même par s'user par compression mécanique ou inflammatoire. D'après ce que nous avons eu l'occasion de voir dans les kystes non suppurés, nous ne croyons pas que la muqueuse du sinus disparaisse complètement. Le kyste en la refoulant progres-

sivement arrive à la plaquer contre la paroi inférieure de l'orbite. On la rencontre toujours à ce niveau.

Lorsque le kyste s'infecte et suppure, de quelle manière le sinus réagit-il ? Selon Moure, la sinusite purulente serait fréquente. Sébileau la considère, au contraire, comme exceptionnelle. Jacques n'admet pas qu'il y ait fistulisation cysto-sinusienne. Pour lui, la seule réaction de la muqueuse antrale est une réaction œdémateuse banale. Grandclaude et Gérard Maurel sont aussi d'avis que l'effraction de la muqueuse du sinus est exceptionnelle, mais ils estiment que la muqueuse du sinus s'infecte par contiguïté et devient souvent fongueuse et suppurative. Nous-même n'avons noté que deux fois des signes de sinusite purulente en rapport avec un kyste suppuré, mais nous avons observé par contre les réactions classiques polypoïdes, œdémateuses, réactions habituelles du sinus muqueux au cours des processus inflammatoires atténués ou d'irritations chroniques comme dans les fibromes naso-pharyngiens.

En résumé, la sinusite consécutive à un kyste suppuré est rare et se fait par propagation de voisinage et exceptionnellement par effraction.

Le diagnostic clinique et radiographique des kystes non fistulisés, à développement purement antral, peut prêter à quelques difficultés. L'examen clinique est négatif, la ponction est impossible. La radiographie intra-buccale entre un kyste intra-sinusien et un sinus bas situé, surtout dans une région édentée, notamment lorsque la première molaire a été enlevée précocement, est d'une interprétation délicate. Pour tourner la difficulté, il suffit d'injecter du lipiodol, par voie diamétique, dans le sinus.

Développement palatin. — Le kyste palatin émanant des racines palatines de grosses molaires provoque une déformation en verre de montre, disposée dans un sens frontal. De même que nous avons signalé des kystes sous-muqueux vestibulaires, de même Sébileau a vu un certain nombre de kystes se développer sur un plan infra-osseux, entre l'os et la muqueuse.

II. **Kystes mandibulaires.** — Un premier fait doit retenir notre attention. C'est la moins grande fréquence des kystes mandibulaires par rapport aux kystes de la mâchoire supérieure, approximativement 1 pour 4.

L'évolution des kystes mandibulaires répond à des lois générales quel que soit l'endroit où ils naissent par suite de l'uniformité de structure de la branche horizontale qui est une carapace de tissu compact, renfermant du tissu spongieux. Les kystes, en se développant, ont donc tendance à s'attaquer à ce tissu spongieux et à être guidés par les corticales avant de les user. Leur période de latence clinique est par conséquent plus longue que pour les kystes de la mâchoire supérieure. Le kyste gagne dans le sens antéropostérieur et dans le sens vertical, et c'est tardivement, souvent après avoir atteint un assez gros volume, qu'il souffle et use une des tables osseuses. Les kystes postérieurs sont également susceptibles de gagner la branche montante, car le tissu spongieux de la branche horizontale se continue dans la partie centrale de la branche montante.

Ces kystes provoquent parfois une usure inégale de la mandibule si bien que leur image radiographique a un aspect bi ou même multiloculé, pouvant prêter à confusion avec celui des adamantinomes kystiques.

Comme Grimaud l'a montré dans sa thèse récente, inspirée par le Professeur Jacques, l'évolution de règle des kystes mandibulaires se fait vers le vestibule (75 à 80 0/0). L'expansion kystique vers la table interne est d'une grande rareté. Elle est d'ailleurs presque toujours contemporaine ou même postérieure à une expansion kystique dans un autre sens. Dans ce cas, le kyste déborde dans le plancher de la bouche, vient au contact du plan musculaire, mais le muscle est bien protégé par son enveloppe. L'évolution isolée vers le rebord basilaire est également fort rare, alors qu'elle est plus fréquente (5 à 6 0/0) vers le rebord alvéolaire, surtout dans une région édentée. Tous ces faits s'expliquent par les lois de proximité et de résistance locale qui gouvernent l'évolution des kystes. Les racines des dents inférieures sont plus rapprochées du vestibule, elles sont loin du rebord basilaire et celui-ci est très épais.

Le nerf dentaire inférieur est refoulé par le kyste ; il est contenu parfois dans sa paroi ; mais il n'est pas altéré et le signe de Vincent n'est jamais constaté dans la symptomatologie des kystes mandibulaires. Gérard Maurel l'a vu traverser un kyste, nous ne pouvons expliquer ce fait que si le nerf dentaire inférieur s'est coiffé de la poche kystique comme d'un méso.

Les kystes mentonniers doivent retenir un instant notre attention. Ils sont souvent de petit volume, n'entraînent pas de déformation, s'infectent et engendrent de l'ostéite et une fistulisation mentonnière. C'est l'un des rares kystes qui donnent une fistulisation cutanée; de sorte que des curettages par voie externe sont inutilement pratiqués lorsque le praticien consulté n'est pas averti de ces faits. Inversement, la radiographie de sujets ayant des signes d'ostéo-périostite montre parfois une image kystique typique, alors qu'à l'intervention on trouve une loge remplie de tissu de granulation. Bercher a récemment attiré l'attention sur ces formes d'ostéo-périostite pseudo-kystique de la région symphysienne. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 JUILLET 1932)

Perméabilité du placenta au sérum de lait et lacto-anaphylaxie héréditaire. — MM. L. NATTAN-LARRIER et L. GRIMARD-RICHARD. Dans les conditions normales, le placenta se laisse très difficilement traverser par le filtrat du lait. La lacto-anaphylaxie héréditaire active ne paraît donc pas pouvoir être obtenue chez le cobaye. La perméabilité au sérum de lait du placenta est, sans doute, aussi faible ; mais, peut-être, certaines conditions peuvent-elles chez l'homme, comme chez le cobaye, modifier la perméabilité du placenta et rendre possible la lacto-anaphylaxie héréditaire active.

Action de l'ultrafiltration et de la chaleur sur le pouvoir trypanolytique des immun-sérums. — MM. L. NATTAN-LARRIER et B. NOYER. Les ultrafiltres de collodion, qui ar-

rêtent l'alexine, se laissent traverser par la substance, contenue dans les immun-sérums, qui détermine la destruction des trypanosomes. Le chauffage à 57° ou même à 59° ne détruit pas l'activité trypanolytique des immun-sérums, mais la diminue très légèrement.

Les variations du sucre libre et protéidique chez les diabétiques à la suite d'ingestion de glucose, avec ou sans insuline. — MM. F. Rathery et I. Cosmulesco, une heure après l'ingestion de 50 gr. de glucose, ont trouvé que, chez les diabétiques, le sucre libre augmente toujours ; le sucre protéidique n'augmente que dans moins de la moitié des cas ; dans les autres, il ne change pas ou même diminue.

Une heure après l'ingestion de 50 gr. de glucose et l'injection de 20 unités d'insuline, le sucre libre augmente moins qu'après le glucose seul ; le sucre protéidique n'augmente que dans un quart des cas et encore très faiblement; dans la moitié des cas, il ne change pas ; dans un autre quart, il diminue ; ces variations sont de beaucoup moins accentuées que celles entraînées par l'ingestion du glucose seul.

Le sucre protéidique présente donc chez les diabétiques une stabilité plus grande que le sucre libre, tant au cours de l'ingestion de glucose seul que de celle de glucose associé à l'injection d'insuline, cette dernière semblant favoriser cette stabilité.

Sur le pouvoir floculant de la toxine du bacille de Preisz-Nocard. — MM. Ach. Urbain et G. Guillot. Le phénomène spécifique se manifeste en 3 à 8 heures avec des doses de toxine et sérum anti-Preisz-Nocard, constitué par le sérum de chevaux chroniquement infectés. Ce phénomène, spécifique, se manifeste en 3 à 8 heures avec des doses de sérum variant de 1 à 4 cent. cubes.

Mesure de l'excitabilité des fibres vaso-constrictrices du sympathique cervical. — M. F. Dumont, par des mesures de chronaxie du sympathique cervical vasoconstricteur, montre qu'il existe, chez le chien, des différences individuelles de la valeur de l'excitabilité de ces fibres nerveuses. Ces valeurs se répartissent en deux groupes de nombre à peu près égal : l'un comprend des chronaxies de 1,6 mill. de seconde, l'autre des chronaxies 5 fois plus petites.

Il semble bien que ces différences d'excitabilité correspondent à des différences parallèles dans le réflexe oculocardique.

L'électrogramme polyphasique des oreillettes de la grenouille. — M. Petzetakis (d'Athènes), dans une série d'expériences sur la grenouille, étudie par l'électrocardiographie les modifications du complexe auriculaire en dérivation directe ou indirecte. De ces expériences, après ligature auriculo-ventriculaire ou excision du ventricule, il obtient un électrocardiogramme polyphasique constitué par une première ondulation rapide, suivie d'une deuxième ondulation lente comme il en est pour la complexe ventriculaire. Chez l'homme, l'E.C.G. total donne d'habitude un complexe auriculaire monophasique, car l'autre partie est noyée dans le complexe ventriculaire qui la suit.

Réceptivité du chat à l'égard du virus lymphogranulomateux de la maladie de Nicolas et Favre. — MM. Levaditi, Ravaut, Schoen et Vaisman ont inoculé à des jeunes chats le virus lymphogranulomateux entretenu par des passages réguliers sur le singe et la souris. L'injection intracérébrale a déterminé la maladie de Nicolas et Favre expérimentale soit apparente soit inapparente, le névraxe du chat contenant du virus pathogène pour le singe. Le chat doit donc être compris parmi les espèces animales capables de contracter la lymphogranulomatose inguinale (singe, souris, cobaye).

Sur quelques propriétés des rayons de courte longueur d'onde sur le virus vaccinal et ses germes adventices. — Mme Barkai, MM. H. Bénard et L. Camus. Le virus vaccinal et les germes qui lui sont associés ont une sensibilité à peu près équivalente à l'égard des rayons ultra-violets. Ils subissent d'une façon très comparable l'action photo-sensibilisante de certaines substances telles que l'éosine et le rose bengale. Les auteurs n'ont pas réussi à trouver dans l'irradiation par les ultra-violets un procédé simple de purification du vaccin.

Variations des protéines acétoprécipitables du sérum. — MM. Loeper, F.-P. Merklen et J. Tonnet soulignent l'intérêt de l'étude des variations des albumines précipitables à froid par l'acide acétique au double point de vue biologique et clinique. Le chiffre normal de ces albumines oscille autour de 5 gr. par litre de sérum. Il s'élève dans beaucoup de suppurations, dans certains cancers, dans certaines néphrites subaiguës ; il est à peu près constamment abaissé dans les cirrhoses chroniques et dans la maladie de Basedow. Le taux de ces protéines s'accroît, en même temps d'ailleurs que souvent celui des globulines, après radiothérapie des lésions inflammatoires ou néoplasiques ; un accroissement analogue s'observe dans la maladie de Basedow non seulement après radiothérapie, mais aussi au cours des améliorations obtenues par des moyens médicamenteux, ce qui témoigne sans doute du retour du corps thyroïde à son fonctionnement protéocrasique normal.

Dosage des lipides dans le tissu rénal du chien. — MM. Ch. Achard, M. Bariety, A. Codounis et E. Hadjigneoge. Exprimé en grammes pour cent de tissu frais, le chiffre moyen des lipides totaux oscille entre 5 et 4 ; celui du cholestérol est de 0,20 ; celui des acides gras de 3,40. Mais il peut y avoir des différences assez notables sur plusieurs échantillons d'un même rein suivant que le prélèvement est effectué dans un territoire plus ou moins riche en graisses.

Transmission de la syphilis à la souris par greffe de lymphadénome contaminé par du virus syphilitique. — MM. C. Levaditi et N. Constantinesco, continuant leurs recherches antérieures, d'après lesquelles chez des souris en puissance d'une infection syphilitique inapparente et porteuses de tumeurs cancéreuses ou sarcomateuses, le virus syphilitique pénètre dans le néoplasme et s'y maintient au moins 21 jours, se demandent si de tels néoplasmes contaminés de syphilis, peuvent conférer la maladie à d'autres souris après greffe de la tumeur par voie sous-cutanée. Il résulte de leurs expériences que le virus syphilitique contenu dans ces tumeurs est pathogène pour le lapin, chez lequel il détermine l'apparition de syphilomes scrotaux riches en tréponèmes. De plus, des lymphadénomes virulents peuvent conférer la syphilis inapparente à d'autres souris neuves, par simple greffe sous-cutanée, quel que soit le résultat positif ou négatif de cette greffe, et cela pendant au moins deux passages consécutifs.

Absence d'anticorps pour le virus amaril dans le sang des sujets de dengue. — MM. G. Stefanopoulo et G. Gallinicos. Le sérum des sujets ayant été atteints de dengue en Grèce est dépourvu de tout pouvoir neutralisant envers le virus amaril de la souris. Les résultats obtenus antérieurement par Stefanopoulo avec le virus de la fièvre jaune du singe se trouvent ainsi confirmés au moyen de la souris ; cette dernière méthode, très sensible, est capable de mettre en évidence la présence de petites quantités d'anticorps dans le sérum d'anciens malades.

Vésicule et cholestérol. — MM. Elman, Taussig et Graham ont montré récemment que le cholestérol est excrété

par la muqueuse vésiculaire. M. G. LOEWY arrive à des conclusions différentes.

Les expériences de comparaison, chez le même chien, entre la bile vésiculaire et la bile hépatique recueillie après l'intervention, indiquent bien une excrétion du cholestérol par la vésicule, mais cette conclusion est discutable du fait que la bile hépatique a été sécrétée dans des conditions anormales.

Les expériences de comparaison entre la bile influencée par la vésicule et la bile hépatique pure, drainées séparément dans deux ballons, sont, après correction de la fonction de concentration de la vésicule, par rapport à la quantité de bile et au poids correspondant de foie, *l'absorption de cholestérol par les parois vésiculaires.* Ces expériences n'excluent pas la possibilité d'une sécrétion de cholestérol, mais elle est négligeable, dans les circonstances normales.

La teneur en glucose du corps vitré de l'œil humain. — MM. MAGITOT et LENOIR. Le glucose, substance énergétique de première nécessité, passe dans les humeurs de l'œil de manière assez inégale. Le taux du sucre de l'humeur aqueuse se rapproche beaucoup de celui du sang. Par contre, le sucre est en quantité plus faible dans le gel vitréen. Les auteurs ont examiné trois yeux humains et ils arrivent aux conclusions suivantes : pris dans son ensemble, le vitré humain, de même que celui des mammifères, renferme un taux de glucose un peu moindre que l'humeur aqueuse. D'autre part, considéré dans ses couches successives, le vitré humain, prélevé loin de la rétine, contient plus de sucre que celui qui est voisin de cette membrane. La raison de cette différence semble résider dans la puissance glycolytique de cet organe dont les cellules, semblables en cela à celles des centres nerveux, sont de grandes consommatrices de sucre qu'elles transforment en acide lactique.

Polypeptidorachie et insuffisance hépatique dans le sommeil cataleptique et dans la stupeur catatonique. — MM. H. CLAUDE, H. BARUK et H.-R. OLIVIER ont étudié au cours du sommeil cataleptique d'une part l'état fonctionnel du foie, d'autre part l'indice de clivage, c'est-à-dire le rapport de l'azote polypeptidique à l'azote total dans le liquide céphalo-rachidien. Dans la majorité des cas, ils ont observé une polypeptidorachie importante avec indice de clivage élevé, et des signes d'insuffisance fonctionnelle du foie. Ils considèrent que ces résultats constituent un appoint à la conception toxique du syndrome catatonique.

M. FIESSINGER a observé un sujet atteint d'hémorragie cérébrale chez lequel, de temps à autre, survenaient, avec de la catatonie, des réactions méningées de même ordre. M. Netter a vu une crise de catatonie apparaître au cours de l'encéphalite léthargique.

Action des hormones cardiaques sur le cœur de poulet en culture « in vitro ». — MM. L. BINET, J. VERNE et P. GABRIEL opèrent sur des cœurs embryonnaires de poulet, cultivés *in vitro* et dont le début de la culture remonte à un à sept jours.



LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENSÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GÉNATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

Lorsque la culture est au repos, ne présente plus de contractions spontanées depuis quelque temps, l'expérience montre que la préparation est insensible au sérum physiologique ou à un extrait d'oreillette gauche. Par contre, l'addition d'extrait d'oreillette droite (région sinusale) peut faire renaître des contractions pendant une durée de deux heures environ. Ces contractions sont variables dans leur rythme et peuvent atteindre 140 à la minute.

L'ébullition ne fait pas perdre ses propriétés à cet extrait d'oreillette droite.

Recherches sur les polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien dans quelques psychoses alcooliques. — MM. H. Claude, J. Dublineau, P. Masquin et Mlle Bonnard, opérant avec la méthode des deux azotes, considèrent comme normaux des chiffres de 30 à 55 millg. dans le sang. Dans le L. C. R., le taux, habituellement nul, de la peptorachie paraît pouvoir s'élever légèrement chez le sujet sain. Polypeptidémie et polypeptidorachie furent normales dans un cas de délire chronique, subnormales ou variables dans trois cas d'états confusionnels frustes ; dans les cas aigus ou subaigus, il y eut 7 fois sur 8 une polypeptidorachie supérieure à 7 mg. Le plus souvent, le taux des polypeptides sanguins était également élevé. Mais la constatation, dans quelques cas, de polypeptidorachies isolées, sans polypeptidémie, peut faire, sous certaines réserves, poser le problème de la formation *in situ* des polypeptides rachidiens.

De l'influence de la splénectomie sur la chute glycémique des chiens hépatectomisés. — MM. N. Fiessinger, R. Garling-Palmer, R. Langon et M. Herbain montrent que la chute glycémique qui se produit avec brutalité après l'hépatectomie totale suivant leur technique peut être modérée d'une façon surprenante par la splénectomie. Ces expériences éclairent des constatations anciennes de Ch. Richet puis de Bierry, Rathery et Levina et montrent que l'hyperglycémie légère qui suit la splénectomie n'est pas due à un trouble de la glycopexie hépatique, mais à un trouble de la glycolyse tissulaire. La rate semble exercer une influence activante sur l'insuline pancréatique.

Equilibre acide-base au cours de la narcose par l'éther. — MM. H. Chabanier, C. Lobo-Onell et E. Lélu ont étudié des variations de l'équilibre acide-base aux différentes périodes d'une anesthésie par l'éther, en prenant pour test, non seulement le pH du plasma et la réserve alcaline plasmatique, mais aussi le rapport $\frac{\text{Chlore globulaire}}{\text{Chlore plasmatique}}$.

Des recherches antérieures leur ont montré, en effet, que chaque type expérimental d'acidose ou d'alcolose se caractérise par un sens bien défini du déplacement combiné de ce rapport et de la réserve alcaline. Se basant sur ces données, ils ont constaté au cours de l'anesthésie par l'éther : 1) à la *phase d'excitation*, un abaissement de la réserve alcaline qui correspond non à une acidose, mais à une alcalose de type gazeux ; 2) à la *phase de sommeil*, un relèvement de la réserve alcaline correspondant à une acidose de type gazeux ; 3) à la *phase de réveil*, un abaissement de la réserve alcaline, concomitant d'une relèvement accentué du pH sanguin (abaissé fortement à la phase précédente) et qui correspond par suite à une alcalose gazeuse.

M. H. Bénard signale, à ce sujet, les nombreuses causes d'erreur à envisager dans l'interprétation des chiffres concernant le pH ou la réserve alcaline.

Formes atypiques du virus tuberculeux retour à la forme commune A. R. après culture et inoculation. — MM. Henri Durand et I. Gaspar ont isolé, dans un cas d'endocardite maligne compliquée d'un réveil de tuberculose des séreuses, un bacille cyanophile granuleux qui, cultivé sur bouillon simple, puis sur Löwenstein et pomme de terre, donne naissance à des formes acido-résistantes : granulations et bacilles en microcolonies. L'inoculation simultanée à l'animal donne lieu à une tuberculose ganglio-splénique sans chancre d'inoculation et bacilles A. R. dans les frottis. Le sang cultivé sur Löwenstein donne également des microcolonies de bacilles A. R.

Dans un cas d'adénite cervicale ancienne, les frottis décelaient la présence de granulations isolées ou disposées sur des corps bacillaires à peine colorables par le Ziehl mêlées à des bacilles cyanophiles portant des granulations acido-résistantes. Ces éléments portés sur Löwenstein reproduisent des groupes de bacilles acido-résistants un peu anormaux par leur forme incurvée renflée, enflée en massue ou très fins avec des granulations polaires. Ce même matériel de broyage inoculé au cobaye donne une tuberculose ganglionnaire avec bacilles de forme commune.

Granulomatose maligne et tuberculose. — MM. H. Durand, I. Gaspar et H. Marcoux ont étudié quatre cas de maladie de Hodgkin. Dans trois cas, il n'a pu être décelé aucun élément tuberculeux histologique ni bactériologique dans les produits prélevés par biopsie ni dans les nombreux animaux inoculés. Dans un cas, la tuberculose est apparue, après quelques mois d'évolution, dans les crachats et chez les animaux. Il semble qu'on puisse considérer que le virus tuberculeux n'intervienne qu'à titre secondaire au cours de la maladie et non comme agent étiologique.

Résultats et interprétation de la technique interférométrique de Hirsch, appliquée à l'étude des troubles endocriniens. — M. Ch. O. Guillaumin conclut de l'étude de 550 individus que : l'utilisation de la microchambre de Hirsch-Löwe est plus sûre que celle de Lendel ; il peut être utile de peser exactement les quantités de réactif tissulaire mis en œuvre ; il a trouvé une activité fermentaire des sérums normaux ou pathologiques beaucoup moins variable que pour les auteurs allemands, ce qui permet d'adopter une moyenne d'activité normale servant de comparaison. Cependant il est indispensable de connaître les différences notables d'activité qui existent entre les diverses préparations retirées d'une même sorte de glandes. Aussi l'auteur a préféré à l'emploi des graphiques calqués sur ceux des auteurs allemands, une représentation linéaire unifiée par rapport à l'activité moyenne déterminée expérimentalement.

La réaction de Hirsch mesure l'activité de destruction cellulaire de chaque glande étudiée : son exagération va habituellement de pair avec un ralentissement de la sécrétion hormonale, sauf dans les cas où un processus histologique spécial (Basedow, adénomes) provoque à la fois une hypersécrétion hormonale et une destruction cellulaire intensifiée. La confrontation de l'examen interférométrique et de l'examen clinique permet en général de lever les doutes.

Action du mercure et du bismuth sur la teneur de l'organisme en calcium. — MM. Vignes et H. Poté. Action de l'arsenic, de l'argent, de l'or et de l'iode sur la teneur de l'organisme en calcium, par Henri Vignes et Henri Pôté. Le mercure et l'iode, dans les conditions d'expérimentation de V... et P..., amènent une décalcification nette de l'organisme. Le bismuth, l'arsenic et l'or ont exercé une légère action de calcification et l'argent une légère action de décalcification, mais les différences sont trop minimes pour permettre de conclusion.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Par décret présidentiel, le recteur de l'Académie, président du conseil de l'Université de Paris, est autorisé à accepter la donation d'une somme de 20.000 fr. que M. Delcroix (Alexandre-Louis-Joseph) a faite à cet établissement au profit de son institut de radium (département thérapeutique et médical dénommé fondation Curie) pour ladite somme être affectée aux recherches ayant pour but la guérison du cancer.

— BORDEAUX. — Par décret présidentiel, le doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est autorisé à accepter le legs de l'universalité de ses biens fait à ladite Faculté par M. Dantès (Jules) pour les arrérages être affectés à la création d'un ou deux prix annuels destinés à récompenser les recherches et découvertes correspondant à un des enseignements donnés dans ladite Faculté.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Morali (d'Alger).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Goutenègre (de Mazan), Grenet (d'Etampes), Heckel (de Paris).

MARINE MARCHANDE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Clerc, président de la Fédération des médecins sanitaires maritimes.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. (Réserve.) — Est nommé dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et reçoit l'affectation suivante :

Au grade de médecin sous-lieutenant. — M. le médecin auxiliaire Deshayes, de la 10e section d'infirmiers militaires, est affecté à la 10e région.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le poste de médecin chef est vacant à l'asile public d'aliénés du Mans.

ENFANTS-ASSISTÉS DE LA SEINE. — Sont nommés médecins du service des Enfants-Assistés de la Seine, à titre provisoire : pour la circonscription médicale d'Aigueperse (agence de Gannat), M. Chapoutot; pour la circonscription médicale du Châtelet-en-Berry (agence de Saint-Amand), M. Maquart; pour la circonscription médicale de Luzy-Est (agence de Luzy), M. Dollet.

CONCOURS D'ADMISSION A L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ. — Par modification à l'indication parue au *Journal officiel* du 11 août 1932, les candidats admis à subir à Brest les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la marine en 1932, devront se présenter à l'hôpital maritime de ce port le vendredi 9 septembre au lieu du jeudi 8 septembre.

CONCOURS POUR L'OBTENTION DU TITRE DE PROFESSEUR AGRÉGÉ DANS LES ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE. — Les concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé dans les écoles de médecine navale annoncés au *Journal officiel* des 8 octobre et 18 décembre 1931, auront lieu à l'hôpital maritime Sainte-Anne, à Toulon, aux dates indiquées ci-après :

LIGNE MÉDICALE. — A. *Agrégation d'anatomie chirurgie* (section d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie, 3 octobre 1932). — Jury d'examen : président, M. l'inspecteur général du Service de santé.

Membre civil, M. Portman, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Membres militaires, MM. Viguier, médecin général de 2e classe; Yver, médecin en chef de 2e classe.

Membre suppléant, M. Le Berre, médecin en chef de 1re classe.

Est autorisé à prendre part à ce concours : M. Guichard, médecin principal en service à Lorient.

B. *Agrégation de bactériologie. Hygiène* (3 octobre 1932). — Jury d'examen : président, M. l'inspecteur général du Service de santé.

Membre civil : M. Leuret, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Membres militaires : MM. Plazy, médecin en chef de 1re classe; Marcandier, médecin en chef de 2e classe.

Membre suppléant : M. Hederer, médecin en chef de 2e classe.

Est autorisé à prendre part à ce concours : M. Bideau (I.-J.), médecin principal en service à Paris.

CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE (3-5 octobre 1932.) — La séance d'ouverture du Congrès français de gynécologie sera présidée par M. le professeur S. Recasens, professeur de Clinique gynécologique, doyen de la Faculté de médecine de Madrid.

Désireuse de resserrer les liens d'estime et d'amitié qui unissent les gynécologues français à leurs collègues étrangers, la Société française de gynécologie a décidé d'offrir chaque année la présidence d'honneur de son Congrès à un gynécologue étranger.

CRÉATION D'UN HOSPICE. — Par décret en date du 3 août est autorisée la création d'un hospice dans la commune de Neuilly-sur-Seine (Seine).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Bois, ancien maire de Saint-Laurent de Chamousset, ancien conseiller d'arrondissement du Rhône.

Le Professeur F. HENRIJEAN

Nous apprenons avec une vive tristesse la mort de M. Henrijean, professeur émérite à l'Université de Liége.

M. Henrijean avait pris sa retraite l'an dernier, après avoir occupé pendant trente ans, et avec quel éclat, la chaire de pharmacodynamique à la Faculté de médecine de Liége. Sa réputation était universelle, mais nulle part il n'était plus populaire qu'en France. Le grand savant venait très fréquemment dans notre pays, où il participait à la plupart de nos congrès scientifiques. L'Académie de médecine de Paris l'avait accueilli parmi ses membres associés, il était docteur *honoris causa* des Universités de Paris, Lyon et Toulouse, il était commandeur de la Légion d'honneur. Le respect dont on l'entourait ne s'adressait pas seulement au maître dont les recherches sur le fonctionnement du cœur demeureront classiques, mais aussi à celui qui fut dans les heures difficiles le très grand et très fidèle ami de la France.

L'an dernier, il voulait bien nous accueillir à Spa, dans ce beau laboratoire de recherches auxquelles il désirait consacrer sa verte vieillesse ; cet hiver encore, nous avions été heureux de le revoir à différentes reprises, ce maître toujours si simple, si bienveillant et affectueux.

De tout cœur nous nous associons au grand deuil qui frappe nos confrères de Belgique, et dont nous mesurons toute l'étendue.

F. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

Les troubles du sommeil. Hypersomnies, insomnies, parasomnies (1), par Henri ROGER, professeur de Clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine de Marseille.

« Somnium imago mortis » est un adage vénérable, mais qui ne suffit plus aux nécessités ni aux curiosités présentes. Les manifestations des encéphalites sont trop importantes à l'heure actuelle pour que les troubles du sommeil demeurent l'apanage des neurologistes spécialisés.

Partant de l'analyse clinique et psychologique du sommeil normal et de ses causes anatomiques et physiologiques, ainsi que des théories par lesquelles on a cherché à l'expliquer, l'éminent professeur de neurologie à la Faculté de Marseille étudie d'abord les insomnies, qu'il convient mieux de dénommer avec lui hyposomnies. Elles relèvent selon les cas de facteurs végétatifs, cérébrospinaux physiologiques ou pathologiques dont une étude détaillée est nécessaire pour permettre un traitement approprié et efficace. La mise au point de nos connaissances dans le domaine psychique, physique et pharmaceutique est faite ici en vue de permettre au médecin une orientation en pleine connaissance de cause.

Il existe aussi des hypersomnies et des narcolepsies, qu'il importe de ne pas confondre ; elles relèvent d'infections ou d'intoxications diverses qui influencent le fonctionnement de centres anatomiques particuliers à la fonction sommeil et dont la connaissance a particulièrement progressé en ces dernières années.

Il existe enfin des parasomnies, qui sont plutôt des troubles ou des modalités du sommeil normal que des manifestations proprement pathologiques comme les précédentes.

Les praticiens trouveront ici un compendium à la fois bref et complet qui leur permettra de trancher au mieux les problèmes d'espèce que leur pose la pratique journalière.

L. BABONNEIX.

(1) Paris, Masson et Cie.

XXXVIe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Limoges, 25-30 juillet 1932 (1).

A. RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Le rôle et l'importance des constitutions en psychopathologie. — M. Achille Delmas (d'Ivry, Seine) rappelle dans un court historique comment on est venu de l'idée de dégénérescence (Magnan) à la doctrine des constitutions. Celles-ci ont acquis une importance de plus en plus grande en psychopathologie et sont, actuellement, sous les différentes formes doctrinales qu'elles revêtent, parfaitement connues des psychiatres. Le rapporteur s'en tiendra seulement à exposer les idées qu'il a soutenues depuis longtemps et qui ont été exposées dans « La Personnalité humaine », en collaboration avec Boll.

Sous le nom de constitution psychopathique on entend l'existence d'un groupe défini de tendances psychiques faisant partie de la personnalité innée du sujet, se manifestant de façon précoce et dès les premiers linéaments de la vie, se continuant tout au long de l'existence, s'extériorisant par des réactions légères ou marquées, affectant par rapport aux autres groupes de tendances, toutes les formes et toutes les combinaisons réciproques. D'une manière indéfinie, à la manière d'infirmités, plutôt que de maladies vraies, les constitutions sont susceptibles d'aboutir à l'éclosion de psychoses cycliques, rémittentes ou au contraire progressives ; elles correspondent à des modalités de déséquilibre qui, chez un même sujet, peuvent se rencontrer uniques ou multiples, isolées ou associées ; elles représentent, dans une personnalité anormale, la partie morbide, dont la proportion varie suivant le degré et le nombre des constitutions en jeu.

Le rapporteur s'efforce de donner un fondement biologique aux constitutions en les ramenant à une élaboration progressive des propriétés fondamentales de la matière vivante : nutrition, génération, motilité, irritabilité. Il en fait découler les cinq constitutions qui seules ont droit de cité :

La *constitution cyclothymique* est caractérisée par l'alternance d'états d'excitation gaie et d'états de dépression triste. Cette alternance peut être régulière ou irrégulière ; elle apparaît plutôt comme une succession d'états d'hyperactivité et d'états d'hypoactivité et représente essentiellement un déséquilibre de l'activité.

La *constitution hyperémotive* se caractérise par un déséquilibre des réactions émotives qui ne sont plus adaptées en quantité et qualité aux excitants : soit que les sujets réagissent d'une manière particulièrement brusque aux émotions et dépassent les effets utiles, soit que ces réactions exagérées persistent longuement.

La *constitution paranoïaque* réunit l'ensemble des tendances suivantes : l'orgueil, la susceptibilité, la méfiance, la faiblesse et la fausseté du jugement.

La *constitution perverse* se caractérise par le déséquilibre par défaut de bonté (sens moral, sens éthique), et par l'insuffisance de son rôle réducteur et inhibiteur habituel.

La *constitution mythomaniaque* est une tendance native, presque impulsive, au travestissement des faits et à la création de mensonges, de fabulations, de mythes dans les paroles, les attitudes, les actes.

Quant aux autres constitutions proposées un peu partout : idéaliste ou passionnée, imaginative, syntone, neurasthénique, anxieuse, hystérique, hypocondriaque ou organique, psychasthénique, elles seraient réductibles aux cinq grandes constitutions, elles n'ont pas droit de cité. Il en est de même de la constitution épileptoïde (Mme Minkowska).

Le rapporteur discute plus longuement la question de la constitution schizoïde et l'envisage suivant les trois conceptions différentes qu'en ont données Bleuler, Kretschmer, le professeur Claude ; et bien qu'il admette leur réalité clinique, M. Delmas ne croit pas qu'il s'agisse d'une entité constitutionnelle mais d'une association de constitutions.

Le rapporteur étudie ensuite les propriétés générales communes à toutes les constitutions et les propriétés particulières propres à chaque constitution ; les associations constitutionnelles ; les problèmes particuliers touchant les constitutions tels que celui de l'*hérédité* et l'*innéité*, celui du *fonctionnel* et du *lésionnel*, celui très complexe de l'*efflorescence des psychoses* ; enfin il traite de la nature des constitutions et il essaie de leur donner une assise biologique ; de la notion de la fatalité des constitutions, du rôle et de l'importance qu'elles jouent en psychiatrie.

En dernière analyse il apparaît au rapporteur que l'existence, le rôle et l'importance des constitutions psychopathiques ne sauraient être contestés, ni discutés.

Discussion du rapport de M. Delmas.

M. Henri Ey (Paris) ne saurait adhérer à la « doctrine » des constitutions, car : 1° *Il s'agit bien d'une doctrine* et non point d'une classification clinique. 2° *Cette doctrine dans ses parties « accessoires » est irréfutable* lorsqu'elle se borne à constater qu'il y a des mythomanes, des pervers, des hyperémotifs, etc. Elle exprime un truisme. 3° Lorsqu'elle essaye d'expliquer des états de caractère normal et pathologique par des « tendances primordiales », elle formule une pure tautologie. 4° Elle ne peut s'ériger en explication qu'en faisant intervenir comme M. Delmas le fait expressément *une notion vitaliste et métaphysique* : la force propulsive initiale et par là les idées de M. Delmas rejoignent celles de M. Minkowski sur la fatalité des constitutions. 5° Si au contraire elle veut tenir compte des progrès des sciences physiologiques et lier le caractère à des facteurs humoraux ou endocriniens, *elle est nécessairement entraînée à se contredire elle-même* en acceptant la possibilité des constitutions acquises, dont en dernière analyse l'existence incontestable ruine tout l'édifice « constitutionnaliste ».

La doctrine des constitutions, hypothèse gratuite, invérifiable et inutile, est par surcroît — à moins d'en abandonner l'essentiel — une doctrine stérilisante.

Pour M. Boven (de Lausanne), enfermer les constitutions dans un système clos et rigide, comme le fait le rapporteur, c'est ruiner la doctrine ; la sélection qui les réduit à cinq n'est pas justifiée, ni justifiable. La définition même proposée par M. Delmas permet d'accepter d'autres types constitutionnels : on peut admettre des constitutions par contraste à chacun de ces types, et d'autres encore : schizoïde, épileptoïde, anxieuse, etc. La critique serrée de la notion de constitution permet, en dernière analyse, de la ramener à la notion de terrain. Il n'y a de constitutions que dans le sens que l'on donne, en clinique, au terme terrain.

M. Aug. Ley (Bruxelles) formule des critiques sur le sens que donne le rapporteur aux constitutions ; celles-ci ne peuvent pas être que des variations du caractère. Pourquoi,

(1) *Association de la Presse médicale française.*

si l'on admet les constitutions, ne pas accepter l'existence d'une constitution oligophrénique ? L'orateur ne peut pas souscrire aux conclusions de M. Delmas sur la différence entre l'hérédité et l'innéité ; sur la nature même des constitutions qui ne sauraient pas être que des variations en plus ou moins du normal. En outre, partir du morbide pour arriver au normal semble critiquable.

A M. Hesnard (de Toulon) l'abus du langage psychologique universitaire que fait le rapporteur rappelle « la vertu dormitive de l'opium ». On ne peut pas jeter des ponts, même verbaux, sur l'abîme qui sépare la mentalité saine de la mentalité pathologique. Le schéma commode de M. Delmas rend des services en clinique, mais comme tout schéma il n'est pas complet et ne peut pas être vrai : l'on ne doit pas confondre les cyclothymiques et les mélancoliques, l'hystérie avec le pithiatisme et la mythomanie.

La question de l'efflorescence des psychoses chez les constitutionnels est fort complexe, vouloir l'expliquer par des modifications vago-sympathico-endocrines, c'est simplement se payer de mots. A force de tout vouloir expliquer, on n'explique plus rien du tout. La clinique montre que : 1° certains constitutionnels soumis à des causes émotives graves ne font jamais de psychoses ; 2° certains aliénés, qui semblent être des constitutionnels, n'ont jamais présenté quoi que ce soit de constitutionnel ; 3° certains sujets font une psychose autre que celle qu'annonçait leur constitution.

La constitution explique dans certains cas seulement la forme de la psychose, ou peut-être les réactions du malade à sa psychose, mais n'explique rien de la psychose elle-même.

M. Courbon (de Paris) pense qu'il est arbitraire de réduire et fixer le nombre des constitutions à cinq. Il en est d'autres qui ne sont pas que des associations de celles-là. Une constitution peut-elle s'épanouir spontanément en psychose ou bien lui faut-il un facteur surajouté ? C'est là un problème difficile à trancher. Le déséquilibre sympathique suffit dans quelques cas, pas dans tous ; ne faut-il pas simplement admettre l'épuisement naturel d'un psychisme anormal, l'aboutissement de l'usure prématurée d'un blastoderme malformé ?

En clinique l'on ne peut pas refuser l'existence de constitutions acquises, ainsi que le montre l'examen des encéphalitiques.

Pour M. Vermeylen (de Bruxelles) il existe des constitutions d'origine exogène, c'est-à-dire acquises. Quant aux rapports entre les constitutions et les psychoses, on ne peut pas les réduire à une simple intensification de celles-là pour aboutir à celles-ci. Partir des psychoses pour arriver au normal est une grave erreur, car dans toute psychose il y a un appauvrissement intellectuel.

Les associations morbides, qui sont le principe fondamental de la doctrine, existent peut-être dans quelques cas, mais lorsqu'on les réalise outre mesure, comme le fait le rapporteur, c'est faire appel à un « Deus ex machina » qui peut tout expliquer.

La classification de M. Delmas est séduisante, trop même pour correspondre à la vérité. La cyclothymie y a des caractères particuliers que personne ne lui reconnaît, elle devient envahissante, pousse des tentacules dans tous les domaines de la psychiatrie. La schizoïdie mérite autant de critiques.

M. Kohler (de Genève) pense qu'il faut pour l'étude des constitutions d'autres arguments que les explications purement verbales, qu'il faut recourir aux constatations biologiques dont il rappelle les données plus importantes et d'actualité qui montrent comment la constitution psychique est intimement liée à la constitution somatique.

M. Porc'her insiste sur l'habitus juvénile caractéristique des constitutionnels, ceux-ci ne vieillissent pas, ils se fanent. En outre la superposition des différents états que révèle l'étude de l'évolution du psychisme suggère à l'orateur l'idée d'une évolution particulière.

M. Hamel (de Nancy) ne partage pas l'avis du rapporteur : 1° de réduire à cinq les constitutions ; 2° lorsqu'il nie le rôle des agents exogènes — tuberculose, syphilis, alcoolisme — dans les constitutions. L'auteur a montré le rôle très important de l'hérédo-syphilis dans les constitutions et il en apporte de nouveaux faits.

Réponse du rapporteur. — M. Delmas répond aux différentes critiques qui lui ont été adressées ; en particulier il se défend d'avoir encouru une erreur de méthodologie, d'être un doctrinaire abstrait. Il a toujours été clinicien, c'est de l'observation des malades qu'il est parti, il est toujours revenu à ceux-ci. Il se refuse, jusqu'à preuve du contraire, à admettre des constitutions acquises ; quant à la place qu'il donne à la cyclothymie, elle répond à ce que lui a enseigné l'observation clinique.

B. RAPPORT DE NEUROLOGIE

Les leucoencéphalites et autres affections diffuses de la substance blanche du cerveau. — M. M. Moreau (de Liége), après un court historique, donne la synonymie de l'affection (encéphalite périaxiale diffuse, sclérose centrolobaire diffuse ; leucoencéphalite aiguë ; maladie de Schilder-Foix, etc., etc.), mais s'abstient de prendre parti.

L'affection marque nettement une prédilection pour l'enfance et la jeunesse. Le mode de début est assez variable ; cependant certains symptômes sont fréquents et ouvrent le tableau : les troubles psychiques, visuels, auditifs. Dans d'autres cas, moins nombreux, des crises épileptiformes apparaissent les premières, ou bien ce sera une parésie à marche progressive de l'hémiface d'un des membres, ou de l'hémicorps.

Ces signes apparaissent de façon insidieuse et se développent lentement. A la période d'état, la maladie de Schilder-Foix peut s'attaquer à tous les systèmes du névraxe et donner une mosaïque de symptômes variant d'un cas à l'autre : troubles psychiques : démence, psychoses ; troubles moteurs variés en intensité et localisation ; accès épileptiques ; troubles psycho-moteurs et gnosiques ; troubles sensitifs, rares en réalité ; troubles cérébelleux et vestibulaires ; troubles visuels, importants, constants ; troubles auditifs et de l'olfaction ; enfin des troubles sphinctériens, thermiques, trophiques.

Le tableau anatomique de la maladie de Schilder-Foix doit être considéré comme la résultante de processus morbides divers. Du point de vue clinique déjà, on peut séparer des formes évoluant d'une façon progressive et fatale (type Heubner-Schilder) et une forme à début brusque avec rémission ultérieure et pronostic plutôt favorable (type Foix-Marie) ; on peut distinguer aussi les cas où le début de la maladie s'est accompagné de phénomènes infectieux de ceux où l'évolution est restée apyrétique jusqu'à la phase terminale. Sur le terrain anatomique également, des différences se font jour. Le mode variable de démyélinisation dans la forme habituelle, dans l'encéphalite périaxiale concentrique de Balo et dans la maladie de Pelizaeus-Merzbacher ne traduirait-il pas l'influence d'agents nocifs divers ?

Quant à l'étiologie, on doit, selon toute probabilité, distinguer trois ordres de faits :

1° Des faits inflammatoires. Il est vraisemblable que des infections générales se passant en dehors du système ner-

veux peuvent provoquer les accidents de l'encéphalite périaxiale diffuse. Il paraît plus certain encore que certains cas de leucoencéphalite ont des rapports étroits de parenté avec diverses affections dues à des virus neurotropes.

La possibilité de coexistence de la neuromyélite optique avec un foyer schildérien ; la presque identité des lésions leucoencéphalitiques et de celles de l'encéphalite disséminée ; la ressemblance de ces lésions avec celles de la sclérose en plaques jointe au fait, maintes fois démontré, de la possibilité de la constitution des grands foyers par confluence de lésions plus petites, à la présence de plaques de sclérose dans certaines observations, à l'évolution de certains cas de leucoencéphalite selon le mode polysclérotique : tous ces faits démontrent, semble-t-il, à l'évidence, la parenté qui existe entre la maladie de Schilder-Foix et les trois autres affections.

2° Des faits dégénératifs d'origine diverse : toxique (intoxication oxycarbonée), dyscrasique (artério-sclérose), peut-être endocrinienne (maladie d'Addison), surtout enfin hérédo-familial (sclérose diffuse familiale, maladie de Pelizaeus-Merzbacher).

3° Des faits traumatiques, surtout d'origine obstétricale.

4° Des faits tumoraux. L'existence d'une blastomatose localisée à la substance blanche et celle de lésions régressives du type schildérien liées à une tumeur est absolument incontestable.

Tous ces faits montrent bien que la maladie de Schilder-Foix est un syndrome anatomique dû à des processus divers, qui ne peut en aucun cas être considéré comme une maladie.

Quant à la pathogénie, M. Moreau pense que la répartition lésionnelle dans la maladie de Schilder-Foix est due à un facteur vasculaire. Mais il est impossible de dire si l'agent nocif diffusé dans le parenchyme y détruit d'abord les gaines myéliniques ou bien atteint primordialement la névroglie.

Discussion du rapport de M. Moreau.

M. Noël Péron (de Paris) insiste sur le caractère neuropsychiatrique de l'affection, sur la mosaïque de symptômes où les troubles mentaux sont prévalents ou sont au moins entremêlés aux signes neurologiques, posant ainsi un problème diagnostic, devant lequel aussi bien le neurologiste que le psychiatre se trouvent embarrassés. La nature et l'autonomie de cette maladie posent un autre problème qui n'est pas encore résolu. S'agit-il d'une gliomateuse diffuse primitive, d'une infection neurotrope ? Question de toute actualité dont on ne saurait pas méconnaître l'intérêt car elle projette des lumières vives sur maints aspects de neuropathologie.

M. Donnaggio (de Modène) croit que l'absence de lésions axonales tient à ce que les méthodes argentiques habituellement employées ne les décèlent pas. Lorsqu'on emploie des méthodes plus fines, ainsi que l'a fait Gozzano, on trouve toujours des lésions de l'axone. Les rapports entre la maladie de Schilder-Foix et la sclérose en plaques semblent très étroits. L'origine toxique ou infectieuse est à retenir ; il faut y ajouter souvent un facteur traumatique adjuvant, ainsi que des expériences déjà anciennes le montrent. Quant à savoir s'il s'agit d'une lésion primitive de l'axone ou d'une lésion primitive de la névroglie, la question reste ouverte. Mais M. Donnaggio pense qu'il s'agit d'une lésion axonale primitive entraînant une gliose secondaire.

M. Barré (de Strasbourg) insiste sur la rareté apparente de la maladie qui, peu connue encore, peut passer inaperçue. L'étude clinique de l'affection doit primer afin de mieux nous la faire connaître. L'anatomie pathologique ne peut rien apporter de plus ici, c'est une technique souvent décevante, statique. Ici, comme ailleurs, la clinique seule apportera les lumières qui éclaireront ce problème encore obscur.

Réponse du rapporteur. — M. Moreau se félicite de l'accord des orateurs sur ses conclusions.

C. RAPPORT D'ASSISTANCE

La protection des biens des psychopathes. — Le rôle actuel du curateur à la personne, celui qu'il devrait jouer. M. J. Lauzier rappelle que, quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur la valeur propre du système de protection établi en 1838, il est certain que ce système est suranné et qu'il ne satisfait plus aux tendances médicales de notre époque. Les malades placés dans les asiles privés sont aujourd'hui encore dépourvus de toute protection pour la conservation de leurs biens. La sauvegarde de la loi doit être étendue à leur profit, grâce à une administration légale « automatique ».

Le rapporteur met en relief les principes généraux qui doivent inspirer l'organisation de la protection des biens des psychopathes. Une revision du droit actuel, le mettant en harmonie avec les progrès juridiques et médicaux ainsi qu'avec les conditions économiques présentes, s'impose ; il restera en outre à envisager les principes d'une protection efficace des biens du psychopathe traité à domicile ou dans un service ouvert.

Dans ce but, il serait à souhaiter que les autorités centrales prennent en considération les conclusions suivantes :

A) *Vis-à-vis des malades internés.* — Application aux malades des asiles privés de la sauvegarde prévue par la loi, les biens de ces derniers étant encore aujourd'hui le plus souvent dépourvus de toute protection ; extension des pouvoirs de l'administrateur judiciaire avec nomination obligatoire et concomitante par le tribunal d'un curateur à la personne ; obligation de fournir aux administrateurs un état de la situation de fortune des malades par les familles et les services financiers de l'Etat ; reddition obligatoire de comptes périodiques par les administrateurs ; gratuité des frais de procédure dans quelques cas déterminés.

B) *Vis-à-vis des malades interdits.* — Nécessité d'une expertise médico-légale au cours de la procédure de l'interdiction ; élargissement des droits du procureur dans la provocation de l'interdiction ; retrait des pouvoirs de direction et de contrôle de la tutelle confiés jusqu'ici au conseil de famille et leur remise à l'autorité judiciaire ; obligation de fournir des comptes périodiques ; séparation de la protection des biens de celle de la personne : la désignation d'un tuteur pour les biens entraînant obligatoirement celle d'un curateur à la personne ; suppression des restrictions prescrites par la loi de 1838 à propos du régime de sortie des malades interdits.

C) *Vis-à-vis des malades traités dans les services ouverts.* — Possibilité, sur la demande du médecin-chef, chef du service ouvert, de faire désigner par le tribunal un administrateur provisoire ; extension aux services ouverts des prescriptions de l'article 39 de la loi de 1838 : annulabilité possible par le tribunal et sur demande spéciale et motivée des actes faits par toute personne durant son séjour dans un service ouvert.

Jusqu'ici, on a eu le tort de vouloir procéder à une réforme d'ensemble du régime des aliénés alors qu'il aurait été préférable, par une série de lois portant spécialement sur tel ou tel point, d'apporter progressivement les améliorations qu'exige l'intérêt des malades.

Discussion du rapport de M. Lauzier.

M. Achille Delmas (d'Ivry, Seine) critique la manie de vouloir tout légiférer « dont fait preuve le rapporteur en proposant un réseau législatif de plus en plus serré qui entravera le rôle du médecin ».

Actuellement les asiles privés sont soumis à une réglementation suffisante pour la protection des biens des aliénés, il suffit simplement de savoir s'en servir, il n'y a aucun risque. Par contre une législation poussée amènera des ennuis aux familles, qui préféreront mettre leurs malades ailleurs que souffrir les petites vexations de l'administration. Le contrôle même proposé par le rapporteur ne sera pas une garantie, le rôle des curateurs se bornera à entretenir les querelles familiales.

Quant à la protection des malades traités en services ouverts, il est inconcevable d'en parler, car par définition ces malades ne sont pas des aliénés ; autrement il faudrait songer à appliquer les mesures proposées aux malades d'hospices et d'hôpitaux. A plus forte raison on ne peut pas, on ne doit pas parler de protection des malades soignés à domicile ; si l'on tient tant à la protection des biens de ces malades, il n'y a qu'une mesure à prendre : c'est la suppression des services ouverts, ce qui serait absurde.

M. Vignaud (de Vanves) fait siennes la plupart des critiques de M. Delmas ; l'examen approfondi des faits cités par le rapporteur va à l'encontre de ses conclusions ; les observations en effet ne montrent pas du tout l'insuffisance de la loi actuelle, mais simplement qu'on ne sait pas s'en servir ; l'orateur conclut avec faits à l'appui que les dispositions de la loi de 1838 et du Code pénal garantissent suffisamment les biens des psychopathes.

M. Desruelles ne fait pas de critiques au rapporteur mais suggère une autre solution de la question : soit l'élargissement et la généralisation d'une mesure prévue par la loi de 1838 : l'interdiction.

M. de Clérambault (de Paris) regrette de ne pas voir un usage plus fréquent de l'interdiction.

Réponse du rapporteur. — M. Lauzier explique certains des points discutés et donne des précisions.

D. COMMUNICATIONS DIVERSES

I. Communications de psychiatrie.

Faut-il admettre les constitutions « schizoïde » et « épileptique » ? — M. L. Neuberger (de Paris) examine les raisons pour lesquelles on prétend élever ces états au rang de constitution, il en résulte que si la notion d'un terrain somato-psychique favorable à l'éclosion de manifestations schizoïdes ou épileptoïdes semble évidente il faut leur refuser la valeur d'une constitution morbide dans le sens précis de ce principe.

La dynamique et la statique des constitutions. — MM. P. Courbon et J. Tusques (de Paris). Il faut, dans la constitution mentale d'un individu, séparer d'une part la dynamique qui concerne la production de l'énergie, c'est-à-dire l'activité engendrée par cette énergie, d'autre part la statique qui concerne la forme dans laquelle cette énergie s'exerce, c'est-à-dire l'ensemble des facultés dont l'activité dispose. Les anomalies de la dynamique réalisent la constitution psychopathique cyclothymique. Les anomalies de la statique réalisent toutes les autres constitutions psychopathiques. Les anormaux de la statique : pervers, paranoïaques, émotifs, mythomanes, etc... sont des déséquilibrés. Les anormaux de la dynamique, autrement dit les cyclothymiques, sont des dysrythmés.

L'importance des constitutions en psychiatrie infantile. — M. H.-M. Fay (de Paris) étudie l'évolution de la personnalité dans l'enfance, il met en relief la très grande importance des constitutions en psychiatrie et surtout des applications si utiles que l'on en fait en pédagogie.

La connaissance des constitutions et la psychothérapie. — M. Alexander (Bruxelles). En donnant au médecin la possibilité de décrire sans ambiguïté la personnalité psychologique d'un malade, M. Delmas a apporté à la psychothérapie un élément de progrès important. L'étude des moyens de se servir, dans le traitement moral, des tendances constitutionnelles doit être poursuivie ; il y a lieu également d'étudier systématiquement les possibilités d'adaptation ou de compensation qu'offrent les diverses constitutions monosymptomatiques ou composites.

Morphologie et caractérologie (en particulier les délinquants). — M. W. Boven (de Lausanne) a étudié minutieusement une série de délinquants suivant les différentes écoles et types morphologiques ; or les plus dégradés morphologiquement étaient les individus moins dangereux, et inversement. La classification des délinquants ne doit donc pas user d'un schéma simpliste, impliquant l'étroite corrélation et la proportionnalité des signes moraux et morphologiques. L'expérience montre jusqu'au paradoxe le contraire. Seule est valable la morphologie ou anthropologie qui table sur l'ensemble *statique et dynamique* de l'individu.

Recherches expérimentales sur la démence précoce. Inoculations au cobaye et au pigeon. — MM. F. d'Hollander et Rouvroy (de Louvain). Injection de liquide rachidien et de sang de D. P. au cobaye et au pigeon, par voie sous-cutanée ou intrapéritonéale (73 cobayes inoculés). Sur 12 malades examinés, 7 ont donné des résultats positifs pour la tuberculose. Les lésions, inoculables en série, se trouvent dans les ganglions, les poumons, le foie, la rate, les reins, le mésentère : nodules exsudatifs, nodules folliculaires, cellules épithélioïdes, cellules géantes, caséum, bacilles de Koch. De nouvelles inoculations diront dans quelle mesure la « démence précoce » devra être dénommée la *psycho-bacillose*.

Les psychoses paranoïdes. — M. Privat de Fortunié (de Nancy) fait une étude intégrale de la question et établit un parallèle entre l'éclosion et l'évolution des psychoses paranoïdes et de la psychose hallucinatoire chronique.

Complexe et délire. — M. A. Ley (de Bruxelles), à l'appui de faits précis et convaincants, montre l'erreur méthodologique de la psychanalyse contre laquelle, après d'autres maîtres de la psychiatrie, il s'élève avec force.

Les indications de la malariathérapie en psychiatrie. — M. P. Verstraeten (de Gand) rappelle qu'en dehors de la paralysie générale et des affections syphilitiques il est d'autres psychopathies qui peuvent bénéficier de la malarisation : démence précoce, psychose maniaco-dépressive, etc.

L'hyposulfite de magnésium en psychiatrie. — M. A. Léonet (de Lyon) précise l'action pharmacodynamique de cet agent thérapeutique et donne quelques-unes de ses principales indications : anxiété, épilepsie, cyclothymie, maniaco-dépressive, etc.

Remarques critiques de méthodologie. L'illusion psychologique en psychiatrie : psychomancie et psychiatrie médicale. Le fatalisme doctrinal : psychiatrie statique et psychiatrie dynamique. — M. G. Petit (de Paris), dans une

analyse critique, dénonce avec vigueur le danger de l'illusion psychologique en médecine mentale, et il pense qu'il est temps d'essayer une nouvelle méthodologie biologique et médicale, car « de toutes les spécialités, la psychiatrie doit être la moins spéciale ».

Du rôle prédominant des infections par ultra-virus neurotropes dans le déterminisme des psychoses et psychopathies. — M. G. PETIT (de Paris).

II. Communications de neurologie.

Crises mensuelles d'épilepsie apparues après castration chirurgicale. — M. E. LAUBIE (de Bordeaux) relate l'observation d'une femme de 26 ans, ayant subi une castration chirurgicale et présentant depuis, chaque mois, durant les premiers dix-huit mois, des accidents de petit mal épileptique, se répétant cinq à six fois pendant une journée à la date des règles supprimées, et cela malgré l'absorption régulière d'ovarine.

Depuis deux ans après cessation du traitement opothérapique, ont apparu des crises convulsives nocturnes, un mois sur trois ou quatre, toujours à la même date. De tels cas, relativement rares, posent le problème des rapports entre l'épilepsie et la menstruation, *qui est encore à résoudre.*

Microcéphalie et encéphalopathie infantile chez un « enfant du radium ». — MM. Henri ROGER et HAUGER (de Marseille) présentent l'observation d'une fillette de 3 ans, microcéphale avec retard du développement intellectuel et moteur, contracture d'action, attitudes athétosiques, tremblement peuso-convulsif, née à terme par les voies naturelles à la fin d'une grossesse compliquée d'un néo du col traité au cinquième mois par le radium.

Opothérapie épiphysaire chez les arriérés verbaux. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et FAY rapportent les résultats obtenus par l'ingestion d'extrait de pinéale chez 32 arriérés verbaux.

Dans les retards de la parole dus à l'audi-mutité par agnosie ou accompagnés d'un léger retard mental, l'épiphyse constitue un traitement de premier ordre, Dans les retards de la parole, de l'audi-mutité avec lésions centrales manifestes, ou dans l'arriération profonde toujours symptomatique de lésions étendues des centres, les résultats sont négligeables ou nuls.

Sur un cas de sclérose en plaques aiguë à forme confusionnelle. — MM. CESTAN, RISER, GÉRAUD et LABIO (de Toulouse) rapportent un cas anatomo-clinique, illustré par de très belles projections, ayant trait à une femme de 30 ans qui, après un épisode confusionnel avec moria, quelques signes cérébelleux et syndrome pyramidal, succomba rapidement. L'examen histologique montre que les plaques de sclérose siègent dans le télencéphale et dans la moelle ; en outre dans ce cas les lésions vasculaires inflammatoires étaient très nettes.

Sur l'influence de quelques substances pharmacodynamiques sur le système nerveux. — M. V. VONDRACEK (de Prague) rapporte les résultats de ses recherches sur l'action de la strychnine, caféine, yokimbine, éphédrine, harmine sur le système nerveux.

Sur une réaction particulière dans les urines des épileptiques. — M. DONAGGIO (de Modène) apporte de nouvelles données sur la réaction qu'il a découverte dans les urines de certains malades et le comportement particulier de celles-ci chez les épileptiques et les fébricitants.

Sur un cas de Syringomyélie avec mutilation des doigts. — MM. DEMERLIAC et DUPUYTOUT (de Limoges). Présentation de malade et discussion médico-légale car l'affection débute après un traumatisme.

III. Communications d'assistance et médecine légale.

L'assistance aux maladies mentales en Algérie : le programme actuel. — M. POROT (d'Alger) expose le plan de l'assistance psychiatrique en Algérie tel qu'il résulte du projet de 1924, en voie d'application actuellement.

Le rôle du Dispensaire d'Hygiène mentale et de l'Office de réadaptation sociale dans la protection des biens de certains malades mentaux. — M. ALEXANDER (de Bruxelles). L'Office de réadaptation sociale de Bruxelles, en collaboration étroite avec le Dispensaire d'Hygiène mentale gère le modeste patrimoine de malades sortis des asiles, des prisons ou des colonies pour vagabonds. Grâce à l'activité d'auxiliaires sociaux spécialisés, cet organisme peut connaître exactement les besoins des malades et les dangers que leur font courir leurs anomalies. La tutelle des biens ne doit pas être distincte de la protection psychiatrique et de l'aide sociale.

La XXXVIIe session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française se tiendra à Rabat (Maroc), en avril 1933, sous la présidence du professeur Georges Guillain (de Paris) et la vice-présidence du docteur Lagriffe (de Quimper). Le secrétariat permanent reste confié au docteur René Charpentier (de Paris) ; le secrétaire annuel est le docteur Le Bretoigne du Mazel, médecin-chef de l'asile de Rabat ; le trésorier, le docteur Vignaud (de Vanves).

Les questions suivantes ont été choisies pour figurer à l'ordre du jour :

PSYCHIATRIE. — *Les encéphalites psychosiques.* — Rapporteur : M. MARCHAND (de Paris).

NEUROLOGIE. — *Les ataxies.* — Rapporteur : M. GARCIN (de Paris).

MÉDECINE LÉGALE. — *Les conséquences médico-légales des amnésies traumatiques.* — Rapporteur M. P. ABÉLY (de Paris).

J.-O. TRELLES.

CENTENAIRE DE LA BRITISH MEDICAL ASSOCIATION [1]

La British Medical Association vient de fêter son centenaire ; à l'occasion de cet événement, sa réunion annuelle s'est tenue à Londres du 23 au 29 juillet, sous la présidence de Lord Dawson of Penn, Médecin du Roi, et du président sortant, William Georges Willougby. Les Dominions y étaient représentés par des délégués officiels et de nombreux médecins étaient venus à titre individuel ; enfin, des médecins étrangers parlant anglais avaient été invités.

Nos collègues et amis d'outre-Manche ont participé en nombre considérable à cette réunion en lui donnant toute la solennité et le faste qu'ils savent consacrer à tout ce qui touche à la conservation des traditions ; le superbe hôtel que possède l'Association à Tavistock Square et qui est doté d'une admirable bibliothèque, a été le siège de la réunion statutaire, mais il n'était assez vaste, ni pour la séance

(1) *Association de la Presse médicale française.*

d'ouverture, qui a eu lieu au Queens Hall, ni pour recevoir les convives du dîner du Centenaire, qui comportait plus de 2.000 assistants, et qui a eu lieu à l'Albert Hall.

La réunion scientifique proprement dite, véritable Congrès national de Médecine, a eu lieu les 27, 28 et 29 juillet, à l'Institut Impérial de Sciences et de Technologie de South Kensington et au Hall de la Royal Geographical Society. Ce Congrès était divisé en 22 sections ; nous ne pouvons donner ici l'énumération complète des sujets traités, mais signaler seulement ceux qui présentaient le plus grand intérêt, et qui avaient pour but de faire la mise au point de la plupart des questions à l'ordre du jour dans le domaine de la pratique et de la prophylaxie.

La séance d'ouverture a comporté une remarquable conférence de Lord Dawson, qui a passé en revue les progrès merveilleux accomplis par les sciences médicales depuis un siècle et a montré les domaines nouveaux qu'ouvre, après la bactériologie, la découverte des vitamines et des hormones.

La section de Médecine, présidée par Sir Humphrey Rollerton, a discuté les *applications cliniques* des recherches récentes sur les affections de l'ossification ; avec de très remarquables rapports de Mallemby, connu déjà par ses recherches sur les rapports des vitamines et du métabolisme du calcium, et de Leonard Parsons, le pédiatre éminent de Birmingham, qui a parlé du rachitisme et de son traitement ; elle a encore étudié la sclérose des coronaires sur un rapport de John Parkinson de Londres. Enfin, dans une séance combinée avec la section de Radiologie, elle a étudié la valeur de la *Radiologie dans le Diagnostic des affections pulmonaires*. Les docteurs Chambers et Burrell ont conclu qu'à l'heure actuelle tout examen d'une affection pulmonaire nécessite un examen radiologique complet. D'intéressantes radiographies de pneumoconioses ont été apportées par *Lyle Cummins*.

La section de Chirurgie, présidée par Lord Moynihan of Leeds, avait parmi ses vices-présidents Archibald, de Montreal, et pour secrétaire John Hunter ; elle a principalement discuté la prostatectomie et la splénectomie. La discussion a été ouverte par Lord Dawson et Lord Moynihan.

La Section de Gynécologie, présidée par Comyns Berkeley, a discuté les indications de l'avortement thérapeutique et le traitement du carcinome utérin.

La Section de Physiothérapie, présidée par Leonard Hill, a étudié la valeur des manipulations et de l'électricité en thérapeutique, la question du charlatanisme en physiothérapie, enfin le rôle de l'air, de la lumière, de la pression atmosphérique et de la température, particulièrement en ce qui concerne le traitement de la tuberculose pulmonaire.

La Section d'Oto-laryngologie était présidée par Sir Sinclair Thomson, l'éminent spécialiste grand ami de la France et si connu de tous les médecins parisiens ; elle a discuté la question de l'Otite moyenne et celle de la valeur diagnostique et thérapeutique de la Bronchoscopie.

La section d'Anatomie Pathologique, présidée par Muir, de Glasgow, s'est consacrée à l'étude des pneumoconioses et du *métabolisme du cholesterol* au cours des maladies.

La Section de Bactériologie, présidée par Sir A. Wright, avec de nombreux vice-présidents, dont Christophers, a discuté les bases immunologiques des inoculations prophylactiques contre les maladies infectieuses ; les aspects bactériologiques des infections par le lait, et, en collaboration avec la *section d'anatomie pathologique*, l'étude des modifications des tissus dans les infections à virus filtrants.

La section de Radiologie, en plus de la question des affections respiratoires ci-dessus mentionnée, a étudié l'investigation radiologique des causes de la sciatique et le traitement des états inflammatoires par les radiations.

La Section de Neurologie a étudié les conditions étiologiques des scléroses multiples et les désordres sympathiques au point de vue thérapeutique.

La section de Pédiatrie, présidée par G. F. Still, l'éminent pédiatre, avec Leonard Findlay, comme vice-président et Leonard Parsons, a étudié les Péritonites aiguës à pneumocoques et à streptocoques, et d'autre part les dilatations bronchiques, sur un rapport du Prof. Ch. Mac Niel, d'Edimbourg et de Thursfield de Londres.

La Section de Thérapeutique a étudié la sérothérapie de la pneumonie.

La Section de Physiologie, les résultats des recherches récentes sur les Hormones sexuels.

La Section d'Ophtalmologie s'est consacrée à l'étude des manifestations oculaires des lésions de la cinquième paire et à la circulation du liquide ciliaire.

La Section d'Orthopédie a étudié différentes questions de fractures et de tuberculose osseuse.

La Section de Vénérécologie a étudié les principes du diagnostic et du traitement précoce des affections vénériennes au début chez la femme.

La Section d'Anesthésie a discuté le choix des anesthésiques dans la chirurgie abdominale.

La Section de Médecine Tropicale, présidée par Leonard Rodgers, avec Ronald Ross parmi les vice-présidents, a étudié les récents travaux sur la fièvre jaune et les maladies à virus filtrants.

La Section de Pathologie mentale s'est consacrée à l'étude de la santé mentale.

La Section de la Tuberculose, présidée par Sir Robert Philips, avec Burrell et Lyle Cummins comme vice-présidents, a étudié l'état actuel de la question de la tuberculine au point de vue de sa valeur diagnostique et thérapeutique.

Enfin, une Section d'Histoire de la Médecine a étudié l'évolution médicale pendant les derniers siècles en Angleterre.

Celle de Médecine légale s'est consacrée à l'étude des suicides et celle de médecine sociale au Service Social à l'Hôpital.

Signalons aussi une réunion qui a eu lieu à l'Ecole d'Hygiène et de Médecine tropicale, dans les locaux d'un superbe bâtiment inauguré en 1929. On y a constitué un fort beau musée d'hygiène, avec tout ce qui a trait aux maladies infectieuses européennes et tropicales : reproductions, photographies en couleurs, diagrammes, etc...

Rappelons aussi qu'à l'occasion de ce congrès, le gouvernement français a nommé au grade de commandeur de la Légion d'honneur Sir Sinclair Thomson, l'éminent laryngologiste, et que la cravate lui a été remise, à l'issue d'une réunion, le 27 juillet, à l'Anglo-French Luncheon Club, par le Dr Le Mée, en présence de nos confrères Armand-Delille, Weil-Hallé et Lacassagne, et d'éminentes personnalités appartenant au monde médical britannique et à la haute société londonienne.

A. D.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 28 MAI 1932)

Présentation d'appareil. — MM. BÉCART et TARDIEU présentent un nouveau bandage herniaire pour hernie inguinale. Ce nouveau bandage comporte un coussin ou bourrelet souple, placé sur la hernie à contenir et maintenu en position par une bretelle, de préférence symétrique à la hernie, c'est-à-dire passant sur l'épaule gauche pour une hernie située à droite.

Chirurgie intra-thoracique et pneumo-thorax artificiel préalable. — M. PETIT DE LA VILLÉON rapproche l'une de l'autre les deux méthodes proposées pour la chirurgie intra-thoracique : celle de Arcé (de Buenos-Ayres) par pneumothorax préalable par étapes ; celle de Lama (de Montevideo) par opération en deux temps et soudures des plèvres. Il s'attache à montrer les avantages que peut avoir chacune de ces méthodes suivant les cas opératoires sur le poumon et le médiastin.

Observations de fractures successives dans des cas de maladie de Recklinghausen et de maladie de Paget. — M. C. RŒDERER rappelle que la fracture peut être le premier symptôme, le symptôme-signal, dans les maladies osseuses d'évolution très lente et de symptomatologie silencieuse au début. Ces fractures font de beaux cals solides et dans les délais normaux. L'étude complète des radiographies des malades en cause montre que les aspects du Recklinghausen et du Paget sont conjugués, et cette constatation est peut-être à inscrire, à côté du test biologique et de l'argument thérapeutique, en faveur de la théorie uniciste apparentant ces deux affections.

Association bismuth liposoluble et lipoïde hépatique dans le traitement de la syphilis. — M. GALLIOT montre l'intérêt qu'il y a, dans le traitement de la syphilis, à associer un lipoïde hépatique aux sels liposolubles de bismuth. Cette association (basée sur les travaux de Levaditi et Nicolau) paraît devoir renforcer l'action thérapeutique du bismuth et permettre une cicatrisation plus rapide des lésions syphilitiques. De même, cette association permet en outre d'éviter les petits inconvénients d'intolérance.

Calculs endogènes de la prostate. — M. Georges LUYS présente une étude détaillée des calculs endogènes de la prostate, trop souvent ignorés et qui ne peuvent être bien diagnostiqués que par la radiographie. Jusqu'ici, l'évacuation des calculs endo-prostatiques se faisait par voie périnéale ou par voie hypogastrique et la prostatectomie en était l'aboutissant. Mais ces opérations étaient vraiment hors de proportion avec les lésions. M. Luys présente un nouveau traitement qui lui a donné les plus beaux succès. Sous le contrôle de la vue, avec son urétroscope à vision directe, il creuse à l'aide de l'électrocoagulation de profondes tranchées sur le plancher de la fossette prostatique, en se guidant sur les points de repère fournis par la radiographie. Quelques jours après, lorsque les escharres sont tombées, les calculs endogènes de la prostate, rendus ainsi libres, s'éliminent spontanément par mictions naturelles.

Les cancers gastriques de « la crise ». — M. Victor PAUCHET précise que la cure chirurgicale du cancer de l'estomac est aussi réalisable que celle de tous les cancers, à condition que le diagnostic soit précoce. Celui-ci s'établit par le sens clinique, le tubage, la radiologie, la gastro-photographie, l'incision exploratrice. Or, M. Pauchet a observé au cours de ces derniers mois, et surtout de ces dernières semaines, de nombreux cas de cancers d'estomac, sinon inopérables, du moins compliqués.

Ces complications avaient pour cause le recul des malades devant l'opération par mesure d'économie.

M. Pauchet insiste sur la nécessité de l'opération précoce, la résection immédiate donnant au malade les plus grandes chances de guérison définitive. Or, si le malade a refusé l'intervention, c'est parce que son médecin a manqué de sens psychologique. Il faut persuader le malade très tôt pour le guérir sûrement.

A propos de la radiothérapie des fibromes. — M. DEGRAIS prend la défense de la radiothérapie. Il précise que les applications intra-utérines de radium ont une action sur les ovaires, puisqu'elles entraînent la ménopause, et qu'une action directe peut même être obtenue par application sur l'abdomen. Il nie les radium-métrites qui en seraient les conséquences.

Enfin, il considère l'action sur la muqueuse comme indispensable et constituant un avantage des applications intra-utérines de radium sur les applications de rayons X, qui arrivent très diminuées à la muqueuse.

SOCIETE DE MEDECINE D'ALGER

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1932)

Un cas d'infantilisme palustre ; le facteur splénique. — MM. AUBRY, THIODET et SANTUCCI.

Dermatite polymorphe douloureuse. — MM. RAYNAUD, COLONIEU et IMBERT présentent une malade de 72 ans atteinte de dermatite polymorphe douloureuse ; polymorphisme des modes éruptifs observés au cours de différentes poussées.

Syncope chloroformique et adrénaline. — MM. TOURNADE et MALMEJAC.

Sur une tumeur mycosique intra-abdominale de la poule. — MM. MONTPELLIER et DIEUZÈDE. — Formation tumorale flottant dans la cavité abdominale bourrée d'un champignon rappelant de très près Rhinosporidium.

Quand faut-il opérer les abcès du poumon ? — MM. COSTANTINI et CURTILLET.

(SÉANCD DU 11 MARS 1932)

Débilité infantile. — MM. GILLOT, MACHUEL présentent un nourrisson âgé de 5 mois et demi, atteint de débilité congénitale. Il pèse 212 gr. 760 et mesure 50 cm. 5. Nourri au sein, c'est à l'allaitement maternel qu'il doit cette survie.

Tétanos ombilical chez les indigènes. — MM. GILLOT, FLOGNY, MACHUEL rapportent l'observation d'un tétanos chez un nouveau-né dont le cordon avait été lié avec une ficelle de moissonneuse et la plaie ombilicale saupoudrée de kohl.

L'enfant soigné tardivement et insuffisamment (la mère ayant quitté l'hôpital le lendemain de son admission), n'a pas survécu.

Sur quelques tumeurs du cyprin. (Carassius Auratus). — MM. MONTPELLIER et DIEUZÈDE rapportent 5 cas de sarcome fibroblastique du poisson rouge. Les éléments sont du type fibroblaste, à aspect monomorphe ; d'autres présen-

tent une vacuolisation du protoplasme avec noyau refoulé en calotte. Architecture générale, syncitiale. Quelques fibres collagènes, rares. Petites flaques sanguines. Foyers dégénératifs aboutissant à la formation de zones myxoïdes.

A propos des abcès du poumon. — M. LE CHAUX conclut : en dehors de certains abcès à germe microbien défini et des abcès périhilaires, le traitement des abcès du poumon doit être le plus souvent chirurgical et précocement opératoire. Il ne faut faire que l'opération adéquate, ni trop tôt, pour bénéficier des possibilités de guérison spontanée, ni trop tard pour profiter de la guérison opératoire dont le pourcentage est important et éviter le passage à la chronicité.

Abcès pulmonaire latent traité par le pneumothorax. — MM. VALENSI et CIXOUS. Constatation radiologique d'un abcès aux poumons chez un sujet hospitalisé pour œdème des membres inférieurs et albuminurie ; une tentative de ponction exploratrice (infructueuse) fut suivie d'un petit pneumothorax. Le poumon paraissant libre d'adhérences, l'abcès profond et le radiodiagnostic lipoïdolé ne montrant pas l'altération du squelette bronchique, le pneumothorax fut entretenu. Il est encore trop tôt pour qu'on puisse juger de son efficacité.

Favus cutané à godets. — MM. MONTPELLIER, CATANEI, LEFRANC. Le favus du corps est plus fréquent en Algérie que dans la Métropole. Il revêt deux modalités : favus des parties glabres d'emblée (exceptionnel), favus des parties glabres avec favus du cuir chevelu (plus fréquent). La première éventualité est due soit à l'achorion schönleinii, soit à une espèce plus rare, en particulier à l'achorion quinqueanum, fauteur du favus de la souris. La seconde se montre sous deux aspects, ou bien, lésions érythémato-squameuses étudiées par Jadasson et, il y a une dizaine d'années, par J. Montpellier (Travail intitulé « Les Favides »), ou bien godets. Les auteurs rapportent un cas de favus des parties glabres avec favus du cuir chevelu concomitant chez un jeune indigène âgé de 2 ans ; placard de godets faviques sur la région thoracique.

CHRONIQUE

INAUGURATION DU BUSTE ÉRIGÉ EN L'HONNEUR DE GILBERT BALLET A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES

Une journée de la session du Congrès des Aliénistes et Neurologistes qui voulaient honorer leur ancien Président, était consacrée à l'inauguration du buste de Gilbert Ballet. La cérémonie eut lieu à l'Ecole de Médecine, en présence de Madame Gilbert Ballet, du docteur Ballet, frère du professeur que l'on honorait, du docteur et de Madame Roger Glénard ses enfants, et des membres de leur famille. Sur l'estrade avaient pris place les autorités de la ville ; M. Raymondaud, directeur honoraire de l'Ecole de Médecine ; le prof. Euzière ; les représentants des Sociétés savantes ; les délégués étrangers. Sept orateurs prirent successivement la parole pour retracer, en des phrases magnifiques, la vie et les travaux de Gilbert Ballet, s'efforçant de faire revivre la personnalité si attachante du savant, dont le puissant rayonnement n'est pas près de s'éteindre. Le prof. Raymondaud parla au nom de l'Ecole de Limoges ; le docteur René Charpentier lut le discours du prof. Laignel-Lavastine, au nom de l'Académie de Médecine, retenu à Paris par une indisposition passagère ; le docteur Comby, au nom de la Société médicale des Hôpitaux ; le prof. agrégé Lévy-Valensi, au nom de la Société de Neurologie ; le prof. Fribourg-Blanc, du Val-de-Grâce, au nom de la Société de Médecine légale ; le docteur Marchand, médecin-chef à l'asile Sainte-Anne, au nom de la Société médico-psychologique ; Me Talamon, du Conseil d'Etat, au nom des Limousins de Paris. Enfin le docteur Ballet, au nom de la famille, vint remercier dans une allocution émouvante.

A l'issue de la cérémonie, Mme Ballet et sa famille reçurent les hommages des personnalités présentes ; de nombreuses et belles gerbes furent posées au pied du monument, qui s'élève dans la Cour d'Honneur de l'Ecole.

GILBERT BALLET

Gilbert Ballet était né à Ambazac, le 29 mars 1853 ; il mourut à Paris le 16 mars 1916. Il fit ses premières études à Limoges et vint à Paris en 1872. Successivement interne des hôpitaux en 1875, chef de clinique à la Salpêtrière en 1882, médecin des hôpitaux en 1884, agrégé de la Faculté en 1886, auditeur du Comité consultatif d'Hygiène publique et expert des tribunaux en 1888, professeur d'histoire de la médecine à la Faculté de Paris en 1907, puis professeur de clinique des maladies mentales en 1909, enfin membre de l'Académie de Médecine en 1912, il a franchi avec facilité et autorité tous les échelons de la hiérarchie universitaire et est mort à l'heure même où son talent et son prestige se trouvaient à leur apogée.

C'est sous les auspices de Charcot que Ballet entra dans la carrière médicale ; il appartint donc à cette école de la Salpêtrière qui projette un si grand éclat et, comme presque tous ceux qui furent les disciples choisis par le maître, il joignait à la science du neurologue et du psychiatre la finesse du psychologue, la pénétration du criminaliste et l'érudition du lettré.

Son œuvre, en effet, est des plus étendues.

Comme médecin légiste, Ballet eut un rôle particulièrement important. C'est en 1908, au Congrès de Lausanne, qu'il a exposé ses idées relativement à la responsabilité des délinquants et criminels. Pour lui, la responsabilité ne saurait être une question d'ordre médical. Dans les expertises, le médecin légiste doit être uniquement soucieux du diagnostic et du pronostic, et il convient qu'il se borne à indiquer aux juges les anomalies physiques et psychiques et l'influence qu'elles peuvent exercer sur les faits et gestes des criminels. Avec raison, il insiste, en conséquence, sur les fâcheux effets pratiques du système de la responsabilité atténuée en matière de répression pénale, car il aboutit trop souvent, ce système, à une insuffisance notoire de la répression pour ceux chez lesquels elle pourrait exercer, sous la forme thérapeutique, une action parfois bienfaisante.

D'autre part, G. Ballet est intervenu de la manière la plus active et la plus heureuse, comme rapporteur à l'Académie de Médecine, dans la discussion ouverte, sur l'initiative du Parlement, à propos de la loi de 1838 et du régime des aliénés, et il a été, avec Régis (de Bordeaux), un des fondateurs du service d'isolement des délirants, réservé aux psychopathes que l'on ne peut ni garder dans les salles communes, ni destiner à l'internement. Enfin, personne n'a oublié avec quelle ardeur il a combattu l'alcoolisme. Bien placé pour en apprécier les multiples et redoutables conséquences, il a lutté sans cesse, dans ses leçons, dans la presse, à l'Académie de Médecine, en faveur de toutes les mesures capables de l'atténuer et de le restreindre, et fut le rédacteur des vœux transmis par cette Académie aux pouvoirs publics au moment du dépôt de la loi sur le régime de l'alcool.

Ballet fut un professeur remarquable ; orateur très éloquent, sa parole était claire et précise. Doué, d'ailleurs, d'une intelligence nette et souple, d'un caractère affable et

égal, il exerçait sur tous ceux qui l'approchaient une réelle et bienfaisante emprise.

G. Ballet fut président du Congrès des Neurologistes et Aliénistes français, fondateur de la Société de Psychiatrie et membre de nombreuses sociétés savantes. Ses principaux ouvrages sont : *Le langage intérieur et les formes de l'aphasie* (1886), *L'hygiène du neurasthénique*, *Leçons cliniques sur les psychoses et les névroses*, *Histoire médico-psychologique de Swedenborg*, *Traité de pathologie mentale* (1903), etc... Il dirigeait la *Revue de médecine légale et d'anthropologie criminelle.* J.-O. T.

NOTES DE PRATIQUE

NÉPHRITES CHRONIQUES

Régime très strict, émissions sanguines, purgatifs salins ou drastiques, sont à la base de la thérapeutique des néphrites chroniques. Dans les formes hydropigènes, les régimes hydrolactés de réduction continués trois ou quatre jours et suivis du régime lacté, puis d'une diététique lacto-végétarienne déchlorurée seront toujours à conseiller en cas d'œdèmes ou de troubles dyspnéiques. La théobromine est indiquée, mais si elle est souvent mal supportée par les voies digestives ou peu tolérée par le système nerveux (céphalées), utiliser alors — ce sera tout avantage pour le malade — l'adonis vernalis sous forme de Diurène.

C'est à peu près là tout le traitement, car les agents hypotenseurs désintoxiquants, sels de calcium, cure hydrominérale, agents physiques, ne représentent qu'une thérapeutique d'exception.

NOTES POUR L'INTERNAT

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. COMPLICATIONS [1]

Petite insuffisance ventriculaire gauche :

Annoncée par l'accentuation des petits signes d'hypertension, précédemment décrits. Elle se traduit par la dyspnée d'effort, diurne, nocturne, puis par la dyspnée permanente, au cœur un bruit de galop, d'une grande valeur diagnostique, bruits surajoutés, présystoliques, considérés actuellement comme dus probablement à la brusque distension du ventricule gauche, sous la poussée sanguine envoyée par une oreillette gauche assez vigoureuse.

Avec le bruit de galop coexistent un glangor du deuxième bruit aortique, une tachycardie encore régulière ou interrompue par des extrasystoles que l'électrocardiogramme montre être des extrasystoles ventriculaires. La radioscopie confirme l'augmentation de volume du ventricule gauche et de la masse ventriculaire, phénomène particulièrement net de face, où la pointe gauche est surélevée ; ou en oblique antérieure gauche, où il n'y a point d'effacement de la pointe quand on tourne le malade.

Il est fréquent de voir également une aorte élargie et déroulée.

Evolution. — Cette période de tolérance relative peut être longue et aboutir à l'insuffisance cardiaque permanente, grande asystolie du cœur gauche, ou interrompue par des accidents brutaux.

Accidents d'I. V. G. paroxystique. — a. *Angine de poitrine.* — C'est l'angor de décubitus, avec sa douleur constrictive, son angoisse mortelle, qui durent des heures, prenant le malade dans la nuit, et pouvant se terminer par la mort subite ou se répéter plus ou moins souvent.

b. *L'asthme cardiaque.* — Obligeant le malade à rester assis une partie de la nuit, et auquel s'entremêlent souvent des précordialgies du type angineux.

c. *L'œdème aigu du poumon.* — Avec sa dyspnée traumatique, la marée montante de ses râles crépitants, son expectoration mousseuse, saumonée, et la nécessité d'un traitement d'urgence par la saignée, l'ouabaïne, la morphine.

d. *L'œdème subaigu du poumon.* — Très fréquent au lendemain des crises d'asthme ou d'angor de décubitus, et dans lesquelles la stase pulmonaire est la porte ouverte à l'infection.

Insuffisance ventriculaire gauche permanente

Aboutissant presque obligé de l'hypertension, si elle n'a pas été interrompue par un des accidents précédents ; elle vient de la distension du cœur et de la défaillance du myocarde.

a. Souffle systolique d'insuffisance mitrale fonctionnelle. — Au cœur ce souffle est parfois apparu au cours d'un des accidents brutaux d'insuffisance paroxystique et peut s'installer à bas bruit. Il peut avoir tous les caractères d'un souffle organique et être aussi intense. Ce sont les caractères étiologiques et l'examen général du malade qui vont faire le diagnostic de sa nature. Son apparition, en diminuant la pression intra-ventriculaire, espace ou supprime souvent les accidents douloureux.

La pression artérielle se caractérise à cette période par l'abaissement de la maxima, l'élévation de la minima ; donc *la diminution de la pression différentielle.*

Celle-ci est très importante à surveiller ; si elle redevient quasi normale, après des piqûres de ouabaïne, le pronostic est bon, sinon, l'on est en droit de penser que le muscle cardiaque est irrémédiablement défaillant.

b. L'arythmie. — Est fréquente à cette phase, soit pouls alternant, dont le pronostic, suivant les auteurs récents, ne serait pas toujours aussi grave qu'on le disait autrefois. Plus fréquente est l'*arythmie complète*, soit fribrilloflutter soit fibrillation auriculaire, précisée par l'électrocardiogramme.

Lorsque l'arythmie complète apparaît, le galop disparaît, et l'on comprend qu'à cette phase de la maladie, où l'on constate un souffle systolique de la pointe, une maxima peu élevée, et de l'arythmie avec stase pulmonaire et hépatique, l'erreur de diagnostic soit possible avec l'asystolie mitrale.

C'est le tableau du cœur camouflé des hypertendus, dans lequel les circonstances étiologiques font le diagnostic.

A la radio, c'est le *gros cœur globuleux de Traube*, la dilatation cardiaque étant devenue globale.

L'évolution se fait tôt ou tard vers la mort par syncope, soit dans le tableau de l'*asystolie cardio-rénale*, où aux signes cardiaques s'ajoutent les signes de rétentions hydrochlorurée et azotée.

Le malade au teint cireux, infiltré de gros œdèmes, avec un gros foie dur, une polyurie relative, de l'hyperazotémie, présente souvent un frottement péricardique préterminal, et qui précède de peu la mort.

A côté de ces évolutions, qui sont les plus fréquentes chez les hypertendus, il faut encore savoir qu'ils peuvent mourir subitement, à n'importe quel moment, ou, dans des cas très rares, qu'ils peuvent évoluer vers la forme cachectisante de l'hypertension artérielle, sur laquelle on a insisté il y a peu de temps. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 68, p. 1262.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Facilités accordées pour le transport des bagages des voyageurs empruntant les services d'autocars organisés par la Compagnie P.-L.-M. — Les voyageurs, qui empruntent les services automobiles ou qui effectuent leur voyage partie en chemin de fer, partie en autocar P.-L.-M., peuvent faire transporter leurs bagages par chemin de fer entre les gares P.-L.-M. situées sur leur itinéraire.

Pour avoir des indications plus détaillés, se renseigner auprès des gares.

N° 71. — SAMEDI 3 SEPTEMBRE 1932. 105e ANNÉE. SAMEDI 3 SEPTEMBRE 1932. — N° 71.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nimes. — Un concours pour deux places d'interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Nîmes aura lieu à l'hôpital Ruffi le 2 décembre 1932.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 novembre 1932 inclus, dernier délai.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction des hôpitaux, 1 *bis*, rue Hôtel-Dieu, à Nîmes.

— Rouen. — Un concours pour l'externat des hôpitaux s'ouvrira le jeudi 20 octobre 1932, à 16 h. 30, à l'hospice général, dans la salle des séances de la Commission administrative.

Renseignements : secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, à Rouen.

— Toulon. — Le lundi 14 novembre 1932, à 8 h., il sera ouvert un concours pour la nomination d'un médecin chef du laboratoire de biologie médicale des hôpitaux-hospices civils de Toulon.

Ce concours aura lieu à la Faculté de médecine de Montpellier, sous la présidence d'un membre de la Commission administrative des hôpitaux-hospices civils de Toulon, et devant un jury médical désigné par le doyen de la Faculté.

S'adresser au secrétariat des hôpitaux-hospices civils de Toulon pour les renseignements.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Aix-Marseille. — M. Heckenroth et M. Mattei, professeurs sans chaire à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille, sont nommés respectivement professeur de clinique exotique et professeur de thérapeutique générale et coloniale à ladite Faculté, à compter du 1er janvier 1933.

Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er octobre 1932, à MM. Fabregue, Chauvin et Monges, chargés de cours à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Grenoble. — Un concours pour un emploi de chef de travaux de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble s'ouvrira le 27 octobre 1932, au siège de ladite Ecole.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — M. Dupont, chirurgien dentiste des hôpitaux de Foix.

Médaille d'argent. — MM. le docteur Ribot, maire de Marseille; le professeur Abadie, le docteur Bousquet, le professeur Chavannaz (de Bordeaux), les docteurs Desruelles (de Saint-Ylie), Jacquinet (de Reims).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Clauda (de Carcassonne), Orsini (de Bastia), Giraud (des Andelys), Kuborn (d'Ivry-la-Bataille), Fourquet (de Bordeaux), Fromenty (de Tours), Cayet (de Thionville), Jung, Maret et Nieder (de Metz), Mlle Blankoff (de Zuidcoote), le professeur David (de Lille), les docteurs Galand (d'Anzin), Besset (d'Echandelys), Cornet (de Clermont-Ferrand).

GUERRE. — Service de santé. — Mutations :

Médecin colonel. — M. Bailly est maintenu et désigné comme médecin chef de l'hôpital militaire Bégin.

Médecin lieutenant-colonel. — M. Lemoine est affecté à l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis, comme médecin chef.

Médecin commandant. — M. Poy est affecté comme major à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, Paris.

Médecins capitaines. — M. Gruson est affecté à l'école d'aviation d'Istres; M. Rouget est affecté à l'hôpital militaire annexe d'Ajaccio, comme médecin chef; M. Brocard est affecté à l'infirmerie-hôpital de Bourg-Saint-Maurice, comme

médecin chef; M. Matinier est affecté à l'Ecole militaire préparatoire de Billom; M. Rey est affecté à la 1re légion de la garde républicaine mobile, région de Paris; M. Marteau est affecté à l'Ecole militaire préparatoire d'Autun; M. Senequier est affecté aux troupes du Levant; M. Péraldi est affecté au 19e corps d'armée.

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MÉDITERRANÉENNE. — Nous rappelons que le Ier Congrès international d'hygiène méditerranéenne s'ouvrira le mardi 20 septembre, à 9 h., à Marseille, sous les auspices de la Faculté de médecine de cette ville et sous le haut patronage de M. le Président de la République et des plus éminentes personnalités médicales.

Cette manifestation scientifique internationale, à laquelle de très nombreux et éminents savants appartenant à tous les pays méditerranéens apporteront leur concours et les résultats de leurs travaux, sera inaugurée par M. le ministre de la Santé publique et présidée par M. le professeur Marchoux, membre de l'Académie de médecine. Ce Congrès s'avère d'ores et déjà des plus importants, tant par le nombre que par la qualité des travaux qui y seront présentés.

Précisons qu'en outre des communications se rapportant aux sujets les plus divers portés au programme de ce Congrès plusieurs rapports du plus haut intérêt seront présentés aux congressistes : *La spirochétose espagnole* (Sadi de Buen) ; *La fièvre ondulante* (M. Burnet) ; *La dengue* (M. Blanc); *Les procédés modernes de dératisation des navires* (M. Lutrario); *La fièvre exanthématique méditerranéenne* (M. Olmer).

De nombreuses réceptions et fêtes auront lieu à la Faculté de médecine, à l'Hôtel de Ville, à la Chambre de Commerce, à la Foire de Marseille. Un banquet clôturera le Congrès.

Une excursion en Provence sera offerte aux congressistes le dimanche 25 septembre.

Les personnes qui désirent bénéficier des avantages accordés par les Compagnies de chemins de fer et de navigation peuvent se faire inscrire en adressant leur cotisation (100 fr. par membre et 50 fr. par membre associé, femme ou fille), à M. Baillière, trésorier du Congrès, 19, rue Hautefeuille, à Paris, compte chèque postal : Paris 166.082, et en envoyant leur carte à l'agence « Exprinter », 26, avenue de l'Opéra, Paris.

Pour tous renseignements (inscriptions, communications, séjour et réductions sur les voyages, etc.), s'adresser au secrétaire général : professeur H. Violle, Faculté de médecine, Palais du Pharo, Marseille, ou au docteur Ch. Broquet, secrétaire général adjoint, 195, boul. Saint-Germain, Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Hôpital de la Charité.) — Cours de revision d'une semaine (7 au 12 novembre 1932) sur les *Acquisitions médicales pratiques* de l'année en pathologie interne, sous la direction du professeur Emile Sergent et de M. C. Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, Harvier, agrégés, médecins des hôpitaux; Faroy, P. Pruvost, Weissenbach, médecins des hôpitaux; Joannon, agrégé; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Périsson, anciens internes des hôpitaux.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine, ou bien tous les jours, de 9 h. à 11 h., et de 14 à 16 h. (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien au secrétariat, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Droit d'inscription : 250 fr.

ÉCHOS DES STATIONS : LUCHON. — M. le président Gaston Doumergue, accompagné de Mme Gaston Doumergue et de quelques amis, s'est rendu le 4 août à Luchon. Le président a visité avec un très vif intérêt les nouveaux services des Thermes et en particulier les galeries sous roche du Radio-Vaporarium sulfuré.

M. Gaston Doumergue n'a pas caché son admiration pour l'organisation technique du R. V. S. et a bien voulu consigner ses sentiments sur le livre d'or de la station.

IL Y A CENT ANS. — « M. Chevreul vient de découvrir dans le bouillon de la viande de bœuf une substance nouvelle qu'il nomme CRÉATINE; elle est blanche, inodore, insipide, se cristallise en cubes comme le sel marin. Cette substance, encore peu étudiée par lui, lui paraît cependant jouer un rôle dans l'alimentation. » (*Gazette des hôpitaux*, 31 août 1832.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Laurent Princeteau, professeur honoraire à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

LIVRES NOUVEAUX

Recherches bactériologiques et immunologiques sur la coqueluche. Applications pratiques au diagnostic et à la prophylaxie (1), par le docteur Julien MARIE.

Depuis qu'en 1906 Bordet et Gengou ont découvert l'agent de la coqueluche, nos méthodes de prophylaxie et de traitement sont loin d'avoir réalisé les progrès que cette découverte paraissait rendre possibles.

C'est qu'en raison des propriétés biologiques du microbe, le diagnostic par les procédés de laboratoire applicables à d'autres germes n'est possible que trop tard pour une action utile contre la maladie et pour réaliser une prophylaxie efficace.

C'est par l'étude des ensemencements à la toux (technique danoise) que l'auteur du présent travail a cherché à préciser l'état bactériologique de l'entourage apparemment indemne d'un coquelucheux. Comme la période préclinique est justement celle de la richesse microbienne, il devient possible de reconnaître et d'isoler précocement les sujets suspects.

La même méthode a permis de constater l'innocuité pour son entourage du coquelucheux après la 4e semaine des quintes. Ceci rendrait donc possible d'adoucir la sévérité des règlements sanitaires en vigueur et de ne plus prolonger l'isolement au delà de la stricte utilité.

Une vaccination préventive et un traitement curatif réellement efficace sont, comme le montre l'auteur, des résultats que peut faire espérer l'application de cette méthode à une étude plus approfondie du virus coquelucheux ; et aussi l'entrée dans la pratique médicale courante de traitements moins temporisateurs et plus efficaces que ceux dont à l'heure actuelle la médecine peut seulement disposer.

L. BABONNEIX.

(1) Paris, Jouve et Cie.

REVUE GENERALE

ACCIDENTS INFECTIEUX CHRONIQUES D'ORIGINE DENTAIRE

(Granulomes. Fistules. Kystes radiculo-dentaires. Infections focales.) [1]

Par M. CHARLES RUPPE,

Ancien interne et stomatologiste des hôpitaux de Paris.

Diagnostic positif. — Pour aider au diagnostic du kyste, nous avons à notre disposition 3 épreuves complémentaires :

La diaphanoscopie.
La ponction,
La radiographie.

Nous avons déjà dit que la *diaphanoscopie* n'avait qu'un intérêt médiocre ; alors que la ponction était une épreuve capitale et pathognomonique.

Quant à la radiographie, utile pour le diagnostic avant la ponction, elle est indispensable pour apprécier le volume du kyste. Elle prête aux conclusions suivantes :

L'image normale d'un kyste présente 3 caractéristiques. C'est une zone de destruction osseuse dont le fond est homogène et dont le pourtour est net et arrondi.

Mais l'image radiographique peut être source d'erreurs :

1) La netteté des bords n'est pas toujours absolue : elle est en relation avec la configuration osseuse de l'endroit qui donne des projections gênant la lecture du cliché.

Une image assez identique peut être fournie par :

a) la fonte moléculaire de la région incisive supérieure ;

b) les gros granulomes, notamment dans les cas de granulomes qui font saillie sous la muqueuse ; radiographie et clinique s'associent pour faire croire à un kyste ;

c) les tumeurs à myéloplaxes, mais en général l'image radiographique a des bords moins nets et le fond est souvent parcouru par des lignes de refends.

2) Lorsque le kyste est très superficiel, sous-muqueux, il n'a usé qu'une faible couche d'os et ne donne alors aucune image radiographique.

3) Lorsque le kyste a un développement intrasinusien, son image est assez comparable à celle d'un sinus normal.

4) Parfois, on voit un trajet fistuleux alvéolaire et l'on croit à une simple ostéite, mais la zone de destruction osseuse sus-jacente ne doit pas faire oublier le kyste.

5) L'image radiographique renseigne difficilement sur la dent causale, car le kyste déborde rapidement sur les apex voisins et les dénude.

6) La radiographie intra-buccale par les méthodes de Belot ou de Dieck est insuffisante pour préciser la situation palatine ou vestibulaire du kyste de l'incisive latérale. En cas de doute, on peut avantageusement compléter ces deux méthodes par la prise d'une radiographie, avec un film introduit entre les dents et un rayon normal dirigé parallèlement à l'axe de l'incisive latérale.

Diagnostic différentiel. — I. PÉRIODE DE LATENCE. — Le problème, à la période de latence, est avant tout radiographique et nous avons déjà montré que la différenciation n'est pas toujours facile entre le kyste et le *gros granulome* ou la *nécrose moléculaire* qui est une ostéite raréfiante spéciale, évoluant silencieusement et se traduisant radiographiquement par une zone claire diffuse.

II. PÉRIODE D'EXTÉRIORISATION. — A la période d'extériorisation, le diagnostic est celui des tuméfactions, indolores, limitées, lentement constituées, de consistance osseuse d'abord, avec crépitation parcheminée ensuite.

Au niveau du vestibule, nous ferons le diagnostic en 3 temps :

1° Le palper ne nous fait aboutir qu'au diagnostic de tuméfaction lente de la mâchoire, sauf lorsque le kyste est à ce point superficiel que l'on perçoit une sensation de fluctuation.

2° Par la ponction, nous affirmons qu'il s'agit d'une tumeur liquide.

3° Par la radiographie, nous saurons si nous sommes en présence d'un kyste radiculo-dentaire ou d'un kyste dentifère avec dent incluse.

Les kystes du sinus sont de pathogénie discutée, et il n'est pas légitime de conserver le terme de mucocèle du sinus.

Il s'agit d'un kyste développé aux dépens de la pituitaire antrale qui distend surtout la paroi nasale externe, s'étend dans le sens transversal alors que le kyste radiculo-dentaire se développe dans le sens vertical, et s'extériorise vers la branche montante avec adhérences et vascularisation précoces des téguments.

Il y a transparence à la radiographie, opacité à la diaphanoscopie. A la ponction, on retire un liquide épais, fortement teinté en brun par les pigments sanguins décomposés.

S'il y a tuméfaction palatine, nous penserons exceptionnellement à une tumeur. Il existe cependant des sarcomes, des tumeurs rares comme le cylindrome et des tumeurs mixtes (fréquentes au niveau du voile, exceptionnelles à la voûte) que l'on différenciera par ponction.

Mais deux diagnostics doivent être faits : le décollement palatin par ostéite et la gomme de la voûte à sa phase de crudité. *La gomme* est vite éliminée, car elle est médiane ou paramédiane, au point culminant de la voûte, recouverte d'une muqueuse rouge, vernissée. Elle coexiste avec des lésions nasales.

La discrimination habituelle est à faire avec *l'ostéite d'origine dentaire*. La palpation ne fournit que des renseignements fallacieux. Par l'interrogatoire, on apprendra que les lésions ont été précédées de phénomènes aigus ou subaigus. Pas d'image radiographique kystique et à la ponction, pas de liquide abondant.

Même manière de procéder au diagnostic des kystes du *maxillaire inférieur*.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 69, p. 1269.

Au début, la ponction peut être impossible, si le kyste est encore profond. La radiographie nous tire alors d'embarras et permet d'éliminer les tuméfactions à marche lente de la mandibule.

Plus tard, s'il y a ponction positive, la radiographie doit être faite pour savoir s'il s'agit d'un kyste dentifère ou d'un kyste adamantin.

III. Période de fistulisation. — Le problème des fistules du rempart alvéolaire est relativement facile à résoudre. *L'aspect punctiforme de la fistule, l'abondance de la suppuration, souvent une zone anormalement dépressible sentie au niveau du vestibule*, font tout de suite penser à une fistule kystique. Nous y ajoutons les résultats fournis par l'exploration au stylet et par l'injection dans la cavité. (Voir antérieurement fistules dentaires.)

Traitement. — Avant d'étudier très en détail le traitement des kystes paradentaires, nous devons graver dans notre esprit les 4 règles suivantes :

1° Il faut toujours aborder le kyste par le vestibule;

2° Il faut toujours respecter la fibro-muqueuse, le rempart alvéolaire et le périoste ;

3° Il faut enlever toute la poche pour éviter les récidives ;

4° Il faut enlever la dent causale et respecter les autres dents si elles en valent la peine.

Technique opératoire courante. — Voici comment avec le Professeur Lemaître, nous comprenons très simplement cette opération. Nous pratiquons sur la muqueuse vestibulaire une incision curviligne à concavité supérieure jusqu'au périoste que nous décollons avec la rugine. A ce moment, nous apercevons la paroi de la poche kystique ; certains auteurs cherchent à la décoller de manière à énucléer le kyste en totalité ; nous incisons au contraire délibérément le couvercle vestibulaire du kyste et nous en évacuons le contenu. Nous apercevons sur la tranche de section la lame osseuse et la poche kystique ; il est facile alors d'introduire entre les deux une spatule et de décoller la poche. Il est évidemment préférable de retirer la poche sans la morceler. Mais la spatule ne s'adapte pas toujours à la courbure de la cavité, et la poche peut se rompre ; de même, en cas de kyste suppuré, les adhérences qui se sont créées avec la paroi osseuse empêchent la réalisation de cette exérèse idéale.

C'est pour cela qu'il est parfois utile d'employer la curette. Mais elle entame difficilement la poche kystique et nous croyons qu'il est bon d'amorcer le décollement avec la spatule et de le continuer avec la curette, en travaillant entre l'os et la face périphérique de la poche. De toute manière, la curette doit être maniée avec la plus extrême douceur pour éviter d'attaquer l'os et de provoquer de l'ostéite.

La collerette d'insertion, au niveau de la racine causale, doit aussi être explorée. Le plus simple est l'avulsion de cette racine et le curettage de cette zone soit par la cavité kystique, soit par l'alvéole déshabitée suivant la facilité d'abord.

Nous ne tentons pas de suturer. Nous ne faisons qu'un tamponnement post-opératoire de 24 heures et nous soignons ensuite la cavité par lavage et attouchements avec du bleu de méthylène et du chlorure de zinc.

Les hémorragies post-opératoires sont rares et jamais sérieuses. Il se produit parfois une légère fluxion, surtout en cas de kyste haut situé, ayant nécessité le décollement des plans jugaux. La cavité se recouvre assez souvent, du 4e au 10e jour, d'un léger exsudat blanchâtre par fuso-spirillose. La plaie s'épithélialise vite ensuite.

Puis, la cavité se comble de tissu fibreux, qui s'organise secondairement en tissu osseux. Alors que la cavité se comble en quelques semaines, la production de tissu osseux demande des mois.

D'autres éventualités peuvent se produire :

1° Dans certains cas, la cavité ne se comble pas complètement. Il subsiste une dépression en entonnoir, ou un trajet plus ou moins profond. Mais la muqueuse qui recouvre cette zone est normale et le patient doit être considéré comme guéri.

2° D'autres fois, il y a au contraire suppuration. Cette fistulisation post-opératoire peut avoir des causes diverses dont la plus habituelle est la persistance d'un débris de poche. Elle peut cependant être la conséquence d'une infection de voisinage qui se draine à ce niveau ; sinusite constituée, infection d'origine nasale. Au niveau du rempart alvéolaire, la fistule peut être due à un petit séquestre, à une racine contiguë au kyste et mise à nu sur une trop grande surface.

Tous ces cas nécessitent une nouvelle intervention.

3° Enfin, dans des cas exceptionnels, la cavité kystique ne se comble pas. La pathogénie de ces faits nous échappe, il faut tenter les autoplasties muqueuses, tout en connaissant l'aléa de leur réussite.

A la description de cette opération-type, il faut ajouter toute une série de considérations qui tiennent :

1° Aux difficultés opératoires ;

2° Aux autres modalités opératoires ;

3° Aux techniques particulières pour les kystes à retentissement antral, palatin, nasal ou mandibulaire, et aux kystes chez les enfants ;

4° Aux soins post-opératoires concernant les dents contiguës au kyste.

1° Difficultés opératoires. — L'abord du kyste est plus ou moins facile. Il l'est d'autant moins que le kyste est *plus postérieur*, qu'il est *plus haut situé*, car les tissus jugaux gênent l'opérateur, ou qu'il est *plus profond*.

2° Autres modalités opératoires. — a) *Suture*. Au lieu de laisser la cavité opératoire en libre communication avec la bouche, bien des auteurs pratiquent une suture muqueuse, pour hâter la guérison. Mais elle ne nous paraît pas sans inconvénient. La poussée fluxionnaire post-opératoire est plus fréquente qu'en cas de cavité laissée ouverte. Il y a risque d'infection derrière ce rideau muqueux, et cette suture tient rarement complètement.

b) A côté de cette opération typique qui consiste dans l'exérèse de la poche kystique, existe une opération particulière, *dite de marsupialisation, décrite par Partsch*, et qui est peu répandue en France.

D'accord avec le Professeur Sebileau, nous écrivions avec le Professeur Lemaître : « Les kystes paradentaires comme tous les kystes doivent être traités en vue d'une cure radicale, par l'exérèse totale de la paroi kystique. S'il reste, en effet, quelques éléments épithéliaux, ceux-ci sont appelés à être le point de départ d'une nouvelle production kystique. Sans doute, la marsupialisation en permettant de détruire mécaniquement et chimiquement l'épithélium, peut aboutir aux mêmes résultats ; mais, comme le clivage d'une paroi de kyste paradentaire est chose facile, nous n'hésitons pas à donner la préférence à la méthode de marsupialisation aux formations kystiques comme certaines grenouillettes, dont les parois minces et friables se déchirent facilement, notamment au niveau de leurs prolongements. »

c) *Drainage*. Certains auteurs drainent la cavité kystique par une mèche, puis par un drain métallique argenté introduit par l'alvéole. Nous n'avons jamais eu à pratiquer un tel drainage, pas plus qu'à combler les cavités kystiques postérieures avec la masse graisseuse rétrotubérositaire.

3° INDICATIONS SPÉCIALES SUIVANT LE SIÈGE. — a) *Les kystes de l'incisive latérale* sont d'autant plus faciles à opérer que le retentissement vestibulaire est plus accentué. Lorsque le kyste est à développement palatin, que le rempart alvéolaire externe a conservé sa structure et que les racines de l'incisive centrale et de la canine subsistent, la voie d'abord devient difficile. Il faut se frayer un chemin vers la cavité palatine, et au fond de ce corridor artificiel, on extirpe malaisément la poche kystique, d'autant que celle-ci est souvent adhérente à la muqueuse palatine.

Dans les kystes à retentissement palatin et nasal, il faut redoubler de douceur au cours de l'exérèse de la poche kystique afin de ne pas faire de brèche à travers la muqueuse palatine et nasale. La guérison d'une fistule naso-palatine est, en effet, difficile, car la désunion de l'autoplastie palatine est fréquente, du fait de la chute et de l'accumulation des mucosités nasales sur la surface cruentée des deux lambeaux palatins.

b) *L'exérèse des kystes vestibulaires de la région prémolaire et molaire* est en général facile. Le chirurgien n'est gêné qu'en cas de kyste jugal. *L'adhérence est souvent intime avec les plans jugaux* et nécessite alors une excision en croissant d'orange, comme l'a indiqué Chompret. Après cette excision, il faut bien revenir vers l'os.

c) Pour les kystes *uniquement palatins*, la voie d'abord ne peut être vestibulaire. La voie palatine, en cas de kyste assez volumineux ayant usé une grande partie de l'infrastructure est susceptible d'aboutir à une fâcheuse communication bucco-sinusale ou bucco-nasale. Pratiquement l'incision de la voûte palatine est inutile en raison de ce fait que, presque toujours, la dent causale a été ou doit être enlevée et que l'alvéole fournit ainsi une porte d'entrée suffisante.

d) Que faire en présence *d'un kyste à développement antral ?* Les avis sont des plus partagés. Lorsque le kyste est de petit volume, on enlève simplement la poche kystique, en s'efforçant de ne pas ouvrir le sinus.

Lorsque le kyste est de gros volume et qu'il n'est pas infecté, Jacques incorpore la cavité kystique dans l'intérieur du sinus en supprimant la cloison intercysto-kystique. Il suture la plaie buccale. Richter modifie la technique de Jacques, en établissant une petite communication avec le nez. Gérard Maurel agit de même : ablation de la cloison intercysto-sinusienne, Caldwell Luc et suture buccale.

S'il y a sinusite concomitante, il faut pratiquer une cure radicale de la sinusite.

Adler, dans sa thèse inspirée par le professeur Canuyt, fait une discrimination encore plus compliquée parce qu'il emploie le procédé de Partsch, de marsupialisation de la poche. C'est ainsi que dans les kystes volumineux, non infectés, Adler préconise d'établir une large communication de la cavité kystique avec les fosses nasales, dans sa partie déclive, en laissant intacte autant que possible la membrane kystique. Gerber réalise ce modus faciendi par voie intra-nasale.

Avec le professeur Lemaître, il nous paraît préférable d'éviter, toutes les fois qu'on le peut, la mise en communication de la cavité kystique avec les fosses nasales ou avec le sinus muqueux ; et c'est pour cela que nous attachons une grosse importance aux manœuvres qui tendent à cliver le kyste de la muqueuse du sinus. Lorsque les deux parois sont adossées, l'ancienne cavité kystique, même très grande, se comble partiellement ou totalement et le tissu de bourgeonnement, fibreux puis osseux, éloigne de plus en plus cette cavité des fosses nasales et du sinus.

Lorsqu'il existe une communication large entre la cavité antrale et la cavité kystique ou, ce qui pour nous est très rare, lorsqu'il existe une sinusite suppurée, il est parfois nécessaire de réaliser une seule cavité. On aura soin d'éviter les lavages violents qui entretiendraient la communication bucco-nasale. Celle-ci guérit en 2 ou 3 semaines.

S'il y a persistance de la communication bucco-sinusale avec suppuration, cure radicale et drainage nasal, car aucune plastie « ne tient ». S'il n'y a pas d'infection patente, procéder à une autoplastie muqueuse vestibulaire.

e) *Pour les kystes mandibulaires*, des trois voies d'abord possibles, *vestibulaire, sublinguale, cutanée*, une seule doit être retenue, la voie vestibulaire. *Tous les kystes de la mandibule doivent être opérés par voie buccale. Les grands kystes qui ont envahi le rebord basilaire ne font pas exception à la règle, bien au contraire.* Si pour ces kystes on intervient, en effet, par voie cutanée, il en résulte : 1° une cicatrice visible ; 2° une destruction du périoste ; « or, celui-ci, avec sa mince doublure osseuse, assure parfois la continuité de l'os, et d'autre part, cet ostéo-périoste permet ultérieurement une régénération osseuse partielle mais suffisante ». (Lemaître.)

La voie vestibulaire sera donc toujours employée. Parfois, on sera autorisé à se servir de *la voie alvéolaire agrandie*.

La résection de la table externe s'impose même dans certains cas, lorsque le kyste a soufflé l'os à telle enseigne que la face est déformée, notamment en avant, où cette soufflure donne un aspect de menton de galoche latérale. (Bonnet-Roy.)

La voie linguale présente de gros inconvénients ; elle est difficile, expose aux hémorragies et aux infections du plancher de la bouche. D'ailleurs, son indication se pose rarement puisqu'à l'accoutumée, le kyste mandibulaire évolue vers la corticale externe.

Enfin, nous n'avons jamais eu à pratiquer un drainage cutané comme cela a été préconisé.

6° Pour les kystes de la dentition temporaire, nous écrivions avec le Professeur Lemaître : « Les kystes paradentaires de la première dentition diffèrent de ceux de la deuxième dentition par la présence, dans leur voisinage, de germes dentaires. Faut-il conserver ces germes ? Faut-il les sacrifier ? Tel est le problème thérapeutique qui se pose à nous en présence d'un kyste paradentaire émanant d'une dent temporaire.

L'ablation des germes s'impose en rapport immédiat avec la paroi du kyste.

Pour les autres, le chirurgien a le choix entre l'exérèse ou la conservation. Nous préférons l'exérèse pour deux raisons : d'une part, lorsque la paroi kystique est enlevée, la cavité folliculaire du germe se trouve en communication avec la cavité opératoire largement ouverte dans la bouche : elle semble donc vouée à l'infection et celle-ci ne peut aboutir qu'à l'expulsion secondaire des germes, à la folliculite expulsive. D'autre part, en admettant que les germes non infectés continuent de vivre, leur refoulement par le kyste les ayant placés en ectopie très marquée, ils sont destinés ultérieurement, ou bien à rester inclus, ou bien à provoquer des accidents d'éruption dentaire anormale.

Nous croyons donc qu'il est préférable d'enlever les germes situés au voisinage d'un kyste paradentaire de dent de lait ; mais cette ablation comporte pour l'avenir, non seulement un sacrifice dentaire important, mais également une atrophie plus ou moins marquée du maxillaire intéressé. Les kystes paradentaires de la première dentition présentent, de ce fait, un pronostic plus sévère que les kystes paradentaires de la deuxième dentition. »

Soins des dents contiguës au kyste. — Quelle attitude adopter vis-à-vis des dents contiguës au kyste ? Ces dents, si elles ont conservé leur valeur prothétique, ne doivent pas être sacrifiées. Mais comme au cours de la cure radicale du kyste, leur pédicule vasculo-nerveux peut être intéressé, il convient de les surveiller ultérieurement et si des signes de mortification pulpaire apparaissent, elles doivent être trépanées et traitées en conséquence.

IV. SINUSITE MAXILLAIRE D'ORIGINE DENTAIRE

Cette étude fera l'objet d'une revue générale ultérieure.

V. INFECTION FOCALE

Le granulome constitue un foyer d'infection latent, inclus dans l'organisme. Or, il existe un certain nombre d'états pathologiques du type inflammatoire dont l'étiologie nous échappe et qui ont été qualifiés de cryptogénétiques.

Des auteurs américains (Hunter, Billings, Rosenow, etc.) ont pensé que ces affections n'étaient pas primitives mais secondaires à un foyer déterminant qu'il fallait découvrir dans l'organisme. C'est la théorie de la « focal infection », particulièrement soutenue en France par J. Tellier et qui a été l'objet de nombreux travaux, thèses, expérimentations dont on trouvera une très bonne analyse critique dans le livre de Fargin-Fayolle et Thibault.

Ce problème passionnant est malheureusement difficile à résoudre comme nous allons le montrer par la suite, même en s'entourant de toutes les garanties de laboratoire.

Nocivité du granulome. Elle a été très discutée. Le granulome a été fortement accusé par l'école américaine qui le compare à un tube de culture, à parois perméables, subissant un brassage incessant du fait de l'acte masticatoire. Les travaux récents semblent devoir singulièrement rabaisser sa nocivité. Sa coque paraît être une barrière protectrice et limitante. Il peut devenir fibreux, réalisant un véritable enkystement microbien, ou ne renfermer qu'une flore à virulence atténuée. Certains granulomes ont été trouvés stériles (Garvin, Crane). On ne peut donc s'empêcher de manifester un certain scepticisme devant l'exagération qui a été commise au sujet de cette étiologie.

Voie d'infection. Entre le granulome et le foyer secondaire, la voie suivie par l'infection ne peut guère être que sanguine ou lymphatique.

La voie directe, exogène, est pour le granulome une voie très accessoire et ne peut être mise en cause que dans deux cas :

1° Dans les granulomes des prémolaires ou des grosses molaires supérieures, qui contaminent le sinus par contiguïté. La sinusite chronique ainsi engendrée constitue un foyer intermédiaire susceptible de provoquer des lésions oculaires ou des troubles à distance ;

2° Dans les granulomes abcédés, mais le pus qui s'échappe par cette fistule est si minime qu'il nous paraît exceptionnel qu'il soit susceptible de causer des lésions proximales, comme une angine, ou des troubles à distance, par pyophagie.

Les porteurs de granulomes sont nombreux (65 à 87 0/0), et il y a peu d'infection focale. Il faut donc une raison déterminante, et nous retombons dans la troublante question de la virulence microbienne et de la valeur du terrain, problème qui reste toujours sans solution satisfaisante.

Tropisme. Quant à la raison de la localisation des manifestations métastatiques de l'infection focale, les récents travaux la remettent en discussion. Si certains auteurs américains ont multiplié considérablement le nombre de ces désordres, la plupart des autres auteurs cantonnent leur attention sur le rhumatisme articulaire chronique, les affections oculaires, cardiaques, rénales et gastro-intestinales. Cette électivité relève-t-elle d'un tropisme particulier des microbes d'origine dentaire ? Cette hypothèse a été soutenue et démontrée expérimentalement par Rosenow, Precht, Haden, Meisser. Les microbes du foyer primitif, qui ont don-

né naissance chez l'homme à une lésion seconde, se retrouvent chez les animaux inoculés dans le même tissu ou organe. S'il n'apparaît pas qu'il faille refuser au streptocoque une propriété que l'on accorde aux autres microbes, il semble cependant que son tropisme soit très imprécis.

L'état des tissus influe aussi sur ce déterminisme, et il paraît illogique de vouloir dissocier le complexe tissulo-microbien.

Syndromes incriminés — 1° RHUMATISME. — Parmi les syndromes incriminés, figure en bonne place le *rhumatisme chronique*, à étiologie si complexe et si intriqué. Coste, Lacapère et Forestier en proposent un premier démembrement séduisant : en arthrites et en arthroses. Pour faire cette discrimination, ils ajoutent en faveur des arthrites des tests complémentaires de laboratoire : l'accélération de la sédimentation globulaire, les chiffres élevés fournis par la réaction à la résorcine de Vernes, les modifications de la formule sanguine.

Il faut donc, en matière de rhumatisme chronique, prouver d'abord qu'il est de nature infectieuse et, lorsque cette nature inflammatoire est reconnue, prouver qu'elle est d'origine focale.

Les Américains unicistes croyaient que 94 0/0 des rhumatismes étaient d'origine focale et que 90 0/0 provenaient de lésions amygdalo-dentaires. Or, selon Weil, la place de l'infection se réduit à 30 0/0, et parmi celle-ci, l'infection focale est peu fréquente, cédant le pas à la gonococcie, à la syphilis, à la tuberculose, aux reliquats de la maladie de Bouillaud.

D'ailleurs, lorsque le rhumatisme rentre bien dans le cadre de l'infection focale, la manifestation articulaire est-elle toujours de nature microbienne ? Sans doute a-t-on pu rapporter certains rhumatismes au bacille d'Achalme. Par ailleurs, on serait tenté d'invoquer une origine toxique, si le streptoentérocoque était plus toxigène. Et un certain nombre d'auteurs en arrivent à se demander s'il n'y a pas simplement sensibilisation comme semble le prouver parfois la prompte et rapide guérison de la complication articulaire après le traitement de la cause (Weil).

D'ordinaire, ce rhumatisme se borne à des myalgies ou à des douleurs articulaires avec léger gonflement, qui disparaissent en 2 ou 3 semaines, sans tendance à la suppuration ; quelquefois, l'inflammation se prolonge, avec allure proliférative pouvant entraîner des déformations et de l'ankylose. Le salicylate est inopérant, alors que les vaccins et le traitement causal améliorent ces troubles rhumatismaux.

2° ACCIDENTS OCULAIRES. — Les accidents orbito-oculaires d'origine focale sont du plus haut intérêt.

Leur interdépendance avec la septicité bucco-dentaire a donné lieu aux rapports de Fromaget, de Dor, de Worms et Bercher, de Bjerrum, de Schweinitz. Relier les deux foyers infectieux uniquement par la voie artérielle n'explique ni l'homolatéralité des affections buccales et oculaires, ni le fait que les seules dents responsables soient les dents supérieures. On peut concevoir que les irritations d'origine dentaire provoquent dans le territoire nerveux correspondant des troubles réflexes du sympathique qui préparent au niveau de l'œil « le lit de la bactérie » (Fromaget). Selon Worms et Bercher, la propagation se ferait par contiguïté. Il y aurait infestation latente du sinus maxillaire, puis cheminement microbien dans les lymphatiques des nerfs conjonctivo-cornéens.

Des cas rares de conjonctivite, de neuro-rétinite hémorragique, de décollement de la rétine, de névrite rétro-bulbaire ont été enregistrés, à côté de troubles réflexes ou d'accidents par contiguïté. Lagrange nous signale avoir remarqué, chez des sujets ayant dépassé la quarantaine, des conjonctivites chroniques légères, tenaces, en concomitance avec des infections chroniques buccales ou nasales.

Mais le gros intérêt se concentre autour de l'étiologie de l'iritis, de l'iridocyclite, de la choroïdite. L'inflammation de l'iris ou du corps ciliaire peut être isolée, mais 9 fois sur 10, les deux sont atteints ensemble. De même, la choroïde peut être infectée isolément ou en même temps que l'iris.

Comme nous l'écrit Hartmann, l'ophtalmologiste n'a pas à sa disposition des signes locaux qui lui permettent d'affirmer la nature d'une uvéite (sauf la *tuberculose* avec ses nodules et quelques condylomes syphilitiques). C'est donc par l'interrogatoire, l'examen complet du malade, les épreuves de laboratoire que l'on pourra dépister *la syphilis ou la gonococcie.* Sinon le diagnostic étiologique devient particulièrement difficile. L'appellation d'*iritis rhumatismale* est alors employée. Certains de ces malades n'ont jamais présenté de manifestations articulaires. D'autres atteints de pseudo-rhumatismes infectieux souffrent en même temps d'irido-cyclite. Il y a solidarité étiologique.

Mais quelle est la cause de ces iritis rhumatismales ? Dans ce groupe à étiologie obscure, que revient-il à l'infection focale ? Pour prouver l'origine dentaire des accidents oculaires, il faudrait ne pratiquer qu'une thérapeutique stomatologique et en attendre les résultats. L'ophtalmologiste n'a pas ce droit. L'irido-cyclite, si elle n'est pas grave en elle-même, peut entraîner, lorsqu'elle se prolonge, des complications sérieuses (cataractes, poussées de glaucome). L'ophtalmologiste doit donc mettre le malade à l'abri de ces dangers en instituant aussi rapidement que possible un traitement local et général, de sorte qu'il est difficile de faire la preuve de l'interdépendance pathologique dento-oculaire.

La fréquence donnée à ces différentes causes varie par conséquent avec les écoles. Les Américains font une part importante à l'infection focale : 20 à 50 0/0. Les Allemands incriminent surtout la tuberculose. En France, il y a vingt ans, le rhumatisme était principalement accusé, alors qu'actuellement on songe surtout à la syphilis.

Parmi les 50 malades atteints d'iritis de cause indéterminée, suivis par Bjerrum à Copenhague, 42 étaient atteints de lésions dentaires. Le traitement dentaire s'est montré inopérant pour 6 iritis bilatérales. 36 malades porteurs d'iritis unilatérale : 16 n'avaient de lésions dentaires que du côté de l'iritis, 1 guérit deux jours après l'extraction, 6 s'améliorèrent, mais récidivèrent ensuite. Bjerrum ne nous dit rien de ses autres malades. Marcel Kalt a recherché systématiquement les troubles oculaires d'origine dentaire et fait pratiquer, le cas échéant, le traitement stomatologique approprié.

Cette pratique ne lui a pas paru avoir une influence sur l'évolution de l'uvéite.

3° TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX. — En ce qui concerne les affections gastro-intestinales, nous signalerons les troubles du chimisme gastrique, la pylorite sans ulcération décrite par Loeper, la gastrite septique de Hunter, les troubles de colite. Ils ont été rattachés à la pyophagie, alors que Tellier les attribue à une septicémie d'origine bucco-dentaire. Les expériences de Sanarelli semblent, en effet, prouver que la muqueuse du tube digestif est plus une voie d'élimination que d'absorption. Le tropisme électif indiqué par l'école américaine pour les ulcères gastro-duodénaux n'a pas été retrouvé par Moutier. Certaines anémies pernicieuses seraient dues à des destructions sanguines par mise en liberté d'hémolysines fournies par un streptocoque parasitant les voies digestives, notamment le duodénum (Hurst). Ces anémies s'accompagnent d'anachlorhydrie complète (Wittes, Moutier). Des états moins précis de gastro-duodénite hémorragique ont été rapportés à l'infection focale et Moutier en a donné récemment, avec Vincent, une observation complète.

4° TROUBLES RÉNAUX. — La septicité bucco-dentaire dans les affections graves des voies urinaires ne semble pas avoir une action déterminante, tout au plus doit-on lui reconnaître une action aggravante. Elle engendre, par contre, des néphrites parcellaires, avec traces d'albumine, leucocytose urinaire légère et des streptocoques dans le culot de centrifugation. Dans les bouillons ensemencés peuvent apparaître tardivement des streptocoques par transformation de leurs formes filtrantes (Grandclaude et Lesbre).

5° TROUBLES CARDIAQUES. — Le streptocoque viridans est susceptible de provoquer une lésion redoutable de l'endocarde, l'endocardite maligne, à évolution lente, de Jaccoud-Osler. Son origine aux dépens d'une infection dentaire est possible. Les observations de Tellier, Bonnamour et Delore, Courmont, Schmütz, Vaucher et Voringer, Lesbre et Grandclaude illustrent cette thèse. Mais ce microbe se greffe, pour ainsi dire toujours, sur une lésion antérieure de l'endocarde.

6° TROUBLES PULMONAIRES. — Les foyers pulmonaires se traduisent, en général, par des abcès putrides multiples des poumons, maladie à rechutes, où l'association fuso-streptococcique, ou fuso-spirillaire occupe une place prépondérante, mais non exclusive. L'infestation pulmonaire peut se faire par voie sanguine, comme nous en avons observé un cas patent avec Lambling. Mais la voie d'infection habituelle est la voie directe, par inhalation.

7° A cette liste déjà longue, des auteurs ont ajouté : la sclérose en plaques, certaines psychoses (Gibier-Rambaud), des affections cutanées : prurit, érythème polymorphe, urticaire chronique (Simon).

Cette longue énumération et le nombre de points encore controversés mettent assez en évidence la difficulté d'établir les relations de causalité entre les foyers bucco-dentaires et les maladies secondes incriminées. Il ne peut, en effet, exister que deux critères : l'un bactériologique, l'autre thérapeutique.

a) Evidemment, le problème est résolu de façon irréfutable lorsque l'on retrouve le même germe dans les lésions originelles et secondaires. Mais cette démonstration est rendue difficile par la polyvalence de la flore bucco-dentaire, par la transmutabilité du streptocoque, par l'existence de formes filtrantes de streptocoques, par la difficulté très fréquente de pratiquer des prélèvements dans les foyers secondaires. Expérimentalement, une objection grave s'élève du fait que le streptocoque est le microbe habituel de sortie du lapin.

En outre, chez ces malades, l'hémoculture est habituellement négative ; même pratiquée au moment d'une poussée fébrile et même si l'on a soin de conserver les milieux ensemencés pendant plusieurs jours.

Les modifications de la formule sanguine n'ont guère plus de valeur.

Des épreuves complémentaires ont été proposées. Elles sont également intéressantes pour la sélection de germes en vue d'une vaccinothérapie. La sélective pathogen culture (Solis, Cohen, Walls, Cronin Lowe) consiste à ensemencer deux tubes de culture, l'un avec les microbes prélevés directement, l'autre avec des microbes ayant séjourné pendant 24 heures dans 5 cc. du sang du malade. Dans le second tube, ne poussent que les microbes contre lesquels le malade n'est pas prémuni. La sélection des germes en vue de la fabrication d'un vaccin peut également se faire en cultivant et en isolant les germes qui dévient le complément en présence du sang du malade (Burbank et Hadjopoulos), ou qui donnent une intradermo-réaction positive (Loeper).

Grandclaude et Lesbre font récemment la critique de ces procédés. L'indice de bactéricidie, représentant le degré d'adaptation du streptocoque dentaire par culture dans le sang des malades est des plus variables. A l'inverse des streptocoques hémolytiques, les streptocoques dentaires se développent plus ou moins facilement dans le sang, avec des variations brusques qui enlèvent à l'indice une grande valeur pronostique. Le taux d'agglutination et de déviation des streptocoques dentaires dans le sérum des malades est irrégulier et faible, et ces recherches sont rendues encore plus difficiles par l'auto-agglutination des streptocoques. L'intradermo-réaction répond à la fois à une action toxique spécifique et à une réaction allergique et il est délicat de faire la part de ce qui revient à l'une ou à l'autre. Elle n'est donc guère susceptible de rentrer dans le domaine de la pratique courante.

b) *L'épreuve du traitement* est d'une interprétation aussi malaisée. Le résultat de la suppression d'un foyer bucco-dentaire n'a de signification absolue que si la manifestation pathologique métastatique n'est pas traitée conjointement. Si la thérapeutique stomatologique échoue, nous ne pouvons en inférer que le foyer dentaire n'est pas déterminant, car la lésion secondaire est susceptible d'évoluer pour son propre compte. S'il y a amélioration, elle doit être durable, sinon elle relève simplement de la mise en meilleur état de résistance de l'organisme par la disparition d'un foyer infectieux.

D'autre part, si au cours de la reprise de soins dentaires il se produit un réveil infectieux local qui déclanche en même temps une reprise d'offensive des foyers secondaires, il peut y avoir là un « test dentaire », comparable au test amygdalien ; avec encore

cette réserve que cette réactivation peut être aussi bien mise sur le compte d'un fléchissement de l'organisme provoqué par l'incident dentaire.

Le problème des infections focales reste par conséquent complexe, puisque souvent il ne peut être résolu par des preuves scientifiques. Il faut donc envisager cette question sans esprit de parti et se laisser guider par les simples règles suivantes :

1° Porter son attention non seulement sur la cavité buccale, mais encore sur les amygdales, le tractus digestif et génito-urinaire, siège fréquent de foyers infectieux latents ;

2° S'entourer de toutes les garanties de laboratoire ;

3° Supprimer tout foyer infectieux latent ;

4° Ne pas le faire avec des méthodes radicales exclusives, mais avec les procédés les moins traumatisants et les plus adaptés aux circonstances, en se rappelant du point de vue stomatologique qu'il est possible de guérir des foyers granulomateux par des soins dentaires appropriés ;

5° Faire précéder l'acte opératoire d'une auto-vaccinothérapie lorsqu'il existe un foyer suppurant bucco-dentaire.

BIBLIOGRAPHIE

Granulome. — PHILIBERT, *Manuel de Bactériologie Médicale*, chez Masson.

DELATER, GRANDCLAUDE. *Nouveau Précis de bactériologie*, Gautier-Villars.

SCHICK (Franz) Leipzig. Die Bacterien des infizierten Wurzelkanals und ihre Bekämpfung zur Durchführung einer erfolgreichen Wurzelbehandlung. Deutsche Zahnarztliche. Woch., avril 1931.

RÉDIER (Lille). Note sur la pathogénie des kystes radiculodentaires. *Revue de stomatologie*, 1907, p. 481.

GALIPPE et MALASSEZ. *Les débris épithéliaux paradentaires*, 1 vol., Masson, 1910.

DELATER. *Les processus inflammatoires et tumoraux péridentaires*. Editions Semaine Dentaire, 1 vol., 1929, bibliographie des travaux personnels et de ceux faits en collaboration avec Bercher.

GRANDCLAUDE. Contribution à l'étude des néoformations de l'apex. *Revue odontologique*, juin 1927.

ROY. Curettage apical. *Odontologie*, 30 janvier 1925.

POLUS. Quelques réflexions sur la résection apicale. *Odontologie*, 30 nov. 1922.

BERGER (New-York). Chirurgie buccale. *Dental item of interest.*, 1923.

LACRONIQUE. Considérations sur le traitement chirurgical des foyers infectieux périapicaux. *Revue de stomatologie*, mars 1925.

BARA. Contribution à l'étude bactériologique du granulome paradentaire. *Thèse de Lille* (Imprimerie Lorey, Saint-Omer).

GRANDCLAUDE et LESBRE. Les modalités bactériologiques et cliniques de l'infection dentaire chronique. *Revue odontologique*, juillet 1931 ; l'infection dentaire focale et ses retentissements organiques. *Presse médicale*, 26 septembre 1931.

WARWICK James et Arthur COUNSELL. A histological study of the epithelium associated with chronic apical infection of the teeth. *Seventh Australian dental Congress.*

Armando ROJAS. Granulomes et kystes appendiculaires. *Revue odontologique*, nos 1, 2, 3, 1926, traduction Lebourg.

Fistules. — FARGIN-FAYOLLE. *Traité de stomatologie*, 1 vol., Baillère.

THIBAULT. Les fistules cervico-faciales d'origine dentaire. *Paris Méd.* 1er septembre 1928.

LACRONIQUE. *Revue de stomatologie*, nov. 1929.

BONNENY et CADENAT. Les fistules postérieures du rebord alvéolaire supérieur et la dent de sagesse, *Revue de stomatologie*, décembre 1927.

Kystes. — ADLER. Kystes odontogènes. *Thèse de Strasbourg* 1930.

BERCHER. Ostéo-périostite pseudo-kystique de la symphyse mentonnière, *Revue de stomatologie*, mai 1931.

BOISSON. *Chirurgie buccale*, 1 vol. Bruxelles.

CHENET. *Thèse Paris*, 1914. Steinheil.

CHOMPRET et DECHAUME. Les ostéopériostites pseudo-kystiques de la symphyse mentonnière, *Revue de stomatologie* juin 1931.

DUFOURMENTEL. L'évolution clinique des kystes paradentaires, *Odontologie*, 30 mai 1920.

Gérard MAUREL. *Chirurgie maxillo-faciale*, 1 vol. 1931, Maloine. *Odontologie*, mai 1931 et discussion.

Gérard MUREL et GRANDCLAUDE. Kystes paradentaires et sinus, *Revue de stomatologie*, juin 1930.

GRIMAUD. Kystes de la mandibule, *Thèse de Nancy*, 1931.

JACQUES. *Congrès O. R. L.* 1920.

MOURET et SEIGNEURIN. Contribution à l'étude des kystes paradentaires du maxillaire supérieur. *Province dentaire*, mai et juillet 1920.

C. RUPPE. *Anatomie bucco-dentaire dans ses rapports avec la pathologie*, 1 vol. Vigot. *Structure du maxillaire supérieur*, Revue de stomatologie, 1928 ; structure du maxillaire inférieur, *Revue de stomatologie*, 1929. *Pathologie de la bouche*, 1 vol., Baillère, 1931.

F. LEMAITRE et C. RUPPE. Considérations topographiques sur les kystes paradentaires. Rapport au *Ve Congrès d'oto-rhino-laryngologica latina*, septembre 1931, chez Arnette.

Infections focales. — ROSENOV. The relation of dental infection of systemic dislase, *Dental Cosmos*, mai 1917.

MAYO. Oral sepsis. *Dental Cosmos*, juillet 1918.

TELLIER. La septicite bucco-dentaire et ses conséquences. *Odontologie*, 1906. *Lyon Méd.* 1920, 10 oct. R. S. juin 1922.

MENDEL. Foyers infectieux périapexiens et la question de leur retentissement sur l'état général. *Odontologie*, juillet 1920.

HUNTER. The role of sepsis and antisepsis in medecine. *Dental Cosmos*, juillet 1918.

WATSON. *The Lancet*, 1er janvier 1921.

W. DUKE. Oral sepsis in its relation ship to systemic disease. C. V. Morby Comp. Saint-Louis. *U. S. A.* 1918.

PERRY R. HOWE. To what degree are oral pathological conditionis responsible for systemic disease. *Dental Cosmos*, janv. 1920.

BLACK. Traitement préventif des infections chroniques du procès alvéolaire. *Dental Summary*, oct. 1919.

SCHMUTZ. *Thèse Strasbourg*, 1923.

HOUSSET. Rapport sur les infections périapicales et leurs relations avec l'état général. *Odontologie*, 30 déc. 1921.

MENDEL. Virulence du streptocoque d'origine odontopathique, 30 mars. 1922.

ROLLAND. Néoformations apicales. *Revue odontologique*, août 1927, p. 365.

GRANDCLAUDE. Néoformations de l'apex. *Revue odontologique*, juin 1927.

ARTLEY FAUGHT. L'infection focale dans ses rapports avec les problèmes médicaux, *Amer. Journ. of the med. Sciences*, nov. 1926.

ALLERBAND, Septicité bucco-dentaire et mesures prophylactiques. *Polska Styka.*

PICKERILL. *The preventions of dental caries and oral septicis,* Baillère Tindall and Cox, London.

NOGUÉ. Les infections dentaires et les travaux de Weston Price, *Revue de stomatologie,* oct. 1926, p. 561.

MARANON. Sur différents types de rhumatisme d'origine dentaire, *Revista medica de Malaga,* août 1927.

PEYRE. Contribution à l'étude des infections bucco-dentaires. *Thèse de Toulouse,* 1926, 74, rue des Récollets.

SEMON. *The Lancet,* t. CCII, p. 5149, 6 mai 1922.

CASTEX. Infection focale, *Revista odontologica,* n° 9, 1930, ou 225 références bibliographiques.

FARGIN et FAYOLLE. *La septicité bucco-dentaire.* Collection des actualités de médecine pratique, 1 vol., Doin, 1930.

Ch. RUPPE. Acquisitions récentes sur les infections focales d'origine dentaire. *Presse Méd.,* février 1932.

Angèle DEBOURG. Contribution à l'étude des endocardites d'origine bucco-dentaire. *Thèse de Lyon,* 1925. Imprimerie Bosc et Rion, 42, quai Gailleton.

LESBRE et GRANDCLAUDE. Deux cas d'endocardite maligne dus à des virus dentaires cardiotropes. *Presse méd.,* 11 sept. 1926, 1157.

TELLIER. Septicite bucco-dentaire et endocardite. *Revue belge de stomatologie,* 12 juillet 1925.

NATTAN. Le rhumatisme d'origine dentaire, *Presse méd.,* 10 nov. 1923.

MARANON. Le rhumatisme d'origine dentaire. *El siglo medico,* 17 mars 1923.

THÉSÉ. Un cas de rhumatisme articulaire infectieux. *Revue stomatologique,* juin 1928.

DUCLOS. Un cas de pseudo-rhumatisme infectieux à type lumbago dû à infection focale. *Revue stomatologique,* juin 1928.

COSTE et LACAPÈRE. Les arthrites. Les arthroses, *Presse méd.,* 11 mars 1931.

COSTE, FORESTIER et LACAPÈRE. Orientations thérapeutiques dans le rhumatisme chronique, *Presse méd.,* 2 mai, 16 mai 1931.

M.-P. WEIL. Manifestations articulaires et infections focales, *Revue de stomatologie,* mai 1930.

LUST et SPANIER. Infections dentaires et affections rhumatisnales dans l'enfance. *Deut. med. Woch.,* 20 juin 1930.

WEISSENBACH et FRANÇON. Infection focale et rhumatismes chroniques. *Concours méd.,* 29 mars 1931.

DOR. Pathogénie infectieuse bucco-dentaire de la sclérose en plaques. *Presse méd.,* 3 sept. 1924.

Gibier RAMBAUD. Rôle de l'infection focale dans certaines psychoses. *Presse méd.,* 10 oct. 1931.

MOUTIER. Stomatologie et gastro-entérologie. *Revue de stomatologie,* mai 1931.

Camille FROMAGET. Troubles oculaires d'origine dentaire, rapport du 12 mai 1924.

WORMS et BERCHER. Complications oculaires d'origine dentaire, *Revue de stomatologie,* p. 426, 1925.

HADEN. Localisation élective au niveau de l'œil des bactéries provenant des dents infectées. *Arch. of internal méd.,* Chicago, 15 déc. 1923.

BELL. Nouvelles observations à propos des rapports des toxi-infections dentaires, amygdaliennes et intestinales avec les maladies des yeux. *Méd. Journ. and record,* 5 mars 1924.

SCHWEINITZ. Au sujet de certaines manifestations oculaires des foyers infectieux. *Congrès Société Française d'Opht.,* mai 1924.

BAUDRY. Contribution à l'étude des affections de l'appareil visuel d'origine dentaire, *Concours méd.,* 20 nov. 1921.

TERSON. Névrite optique et rétinite hémorragique d'origine dentaire. *S. P.*, 9 octobre 1927.
BJERRUM (Copenhague). Etude sur les affections oculaires d'origine dentaire. *Revue odontologique*, mars 1931, avec bibliographie.
LAPOINTE. Affections oculaires et oto-rhino-laryngologiques d'origine dentaire. *Union méd. du Canada*, juin 1931.
CITRON (Berlin). L'infection focale. *Revue odontologique*, janvier 1932.
RICKERT. Infections métastatiques d'origine dentaire. VIIIe Congrès Dentaire International.
MAC NEVIN et VAUGHAM. Infections buccales et leurs relations avec les maladies constitutionnelles.
BULLERD (Londres). Diagnostic et traitement des granulomes. VIIIe Congrès Dentaire International, août 1931.
MARMASSE (Paris). Diagnostic et traitement des granulomes. VIIIe Congrès Dentaire International, août 1931.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCES DES 8 ET 17 AOUT 1932)

Quelques observations sur la floculation des suspensions de myxoprotéine par les électrolytes. — MM. Charles ACHARD et HO-DAC-AN.

(SÉANCE DU 22 AOUT 1932)

Influence de la nature géologique du sol et de la minéralisation des eaux d'alimentation sur la fréquence du cancer chez l'homme. — MM. F. BLANCHET et L. BETHOUX.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 13 AVRIL 1932)

Les polysyphilis. — M. Paul CHEVALLIER démontre que les disyphilis ne sont pas rares, et les réinfections par le tréponème sont parfaitement connues. Quant aux raisons de ces réinfections, l'auteur ne pense pas que celles-ci tiennent au fait de l'excellence d'un premier traitement, car il pense que nos thérapeutiques servent uniquement à maintenir muettes les syphilis ordinaires, et c'est déjà beaucoup.

Pour lui, les polysyphilisés ne présentent aucune tare ni particularité héréditaires ou acquises spéciales. On peut admettre qu'ils possèdent une disposition physiologique à amenuiser les réactions produites par le virus syphilitique.

La méthode de Pollitzer dans le traitement de la syphilis. — MM. Paul CHEVALLIER et G. BERNARD présentent 200 cas de traitement de la syphilis suivant la méthode de Pollitzer, qui démontrent l'innocuité de l'attaque arsenicale à haute dose, telle que l'applique Pollitzer.

Voici, résumée, la méthode :

1° *Précautions essentielles.* — Mettre le malade au lit et au lait ; c'est un traitement d'hôpital ou de maison de santé ; surveiller le rein ainsi que le foie.

2° *Technique.* — 1er jour : lit, régime lacté exclusif ; 2e, 3e, 4e jour, le malade restant au lit et au lait :

Injection chaque matin, dans la veine, de 0,90 de Novarsénobenzol : soit une dose totale de 2 gr. 70 en 3 jours ; injections poussées très lentement. Généralement, la première injection est rapidement suivie d'une forte ou moyenne élévation fébrile avec malaise général, mais qui ne dure pas. Ensuite traitement bismuthique ou mercuriel à doses habituelles en traitement ambulatoire. — Un mois de repos, — et recommencer le traitement.

3° Les adultes jeunes sont les sujets de prédilection, le sexe est indifférent ; les doses données sont des doses pour adultes de corpulence moyenne. La tuberculose paraît être une contre-indication de la méthode.

4° Les résultats sont du même ordre que ceux du traitement arsénobenzolique à doses progressives complétées par des cures de métaux lourds. Les accidents disparaissent sensiblement plus vite que par d'autres méthodes.

En résumé, conjugaison d'un court et massif choc arsenical et imprégnation de l'organisme par des métaux lourds. La méthode de Pollitzer paraît aux auteurs remarquable contre les syphilis actives et plus spécialement pour les syphilis récentes, par la rapidité de l'action, par la solidité de cette action profonde et par son innocuité habituelle pour peu que l'on conserve les règles élémentaires de la prudence.

Action thérapeutique de l'hydrothérapie sur le système sympathique. — MM. A. DEBIDOUR et R. DUBOIS DE SAUJON, en étudiant au moyen de la méthode graphique les variations du pouls, de la pression artérielle et des réflexes végétatifs, à la suite des applications de bain de lumière, bain de vapeur, douches, ont pu apprécier l'action de l'hydrothérapie sur le système sympathique, en particulier sur les vaso-moteurs et sur les réflexes végétatifs.

Traitement de certaines algies primitives. — M. MARTINY donne le schéma suivi pour certaines algies primitives, par exemple une sciatique : il commence par donner un paquet de *soufre* pulvérisé et lavé, de 10 centigr. ; généralement, il y a aggravation dans les 24 heures, puis sédation. Ensuite, il donne à prendre, en plusieurs fois dans les 24 heures, la valeur d'un verre d'eau dans lequel on mettra une goutte du mélange suivant : teinture de Bryon et teinture de Rhus toxicodendron à parties égales.

L'auteur qui, comme on le voit, est partisan de méthodes homéopathiques, pense que ces algies primitives ont pour étiologie un terrain tuberculeux (il en a fait le contrôle par la réaction du « Vernes résorcine » associée à la sédimentation globulaire) ; aussi l'auteur fait-il dans la suite des injections de tuberculine à une dilution extrêmement élevée : 3 cc. d'une dilution à la puissance 10^9. Cette injection est parfois suivie d'aggravation, mais ensuite suivie de sédation remarquable.

Chirurgie cardiopulmonaire expérimentale. — M. Georges ROSENTHAL, grâce au pneumothorax préalable, découvre aisément le cœur du lapin anesthésié au laudanum sous-cutané. Il peut, à volonté, effectuer toute intervention sur le péricarde, ou pratiquer toute injection intracardiaque pour l'étude des actions médicamenteuses du shock, etc., etc... Ces expériences continennent des études antérieures de chirurgie expérimentale du poumon.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 72. — MERCREDI 7 SEPTEMRBE 1932. 105e ANNÉE. MERCREDI 7 SEPTEMBRE 1932. — N° 72.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Le concours pour l'externat s'ouvrira le 20 octobre 1932.

Le concours pour l'internat s'ouvrira le 10 novembre 1932.

Renseignements : Secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, à Rouen.

FACULTÉ DE STRASBOURG. — Il est créé à la Faculté de Médecine de l'Université de Strasbourg une chaire d'hydrologie thérapeutique et de climatologie, et un emploi d'assistant de cette chaire.

— M. Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris est nommé à compter du 1er janvier 1933 professeur de clinique chirurgicale A à la Faculté de Médecine de l'Université de Strasbourg (chaire vacante : M. Leriche, dernier titulaire).

XIVe RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE. — Cette réunion aura lieu le vendredi 7 octobre 1932, à 9 heures et demie du matin, à la Faculté de Médecine de Paris (Amphithéâtre Vulpian).

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes : 1° Traitement chirurgical des scolioses. Rapporteur : M. Fèvre (de Paris). 2° Traitement précoce de l'ostéomyélite aiguë (non traumatique) des membres. Rapporteur : M. Ingelrans (de Lille).

Les membres de la Société d'orthopédie (étrangers ou français) peuvent prendre part à la discussion des questions à l'ordre du jour et faire des communications particulières. Ils sont priés de s'inscrire, pour la discussion, auprès du secrétaire général, et de lui envoyer le titre de leurs communications, avant le 15 septembre, afin que l'ordre des séances puisse être établi.

Au cas où l'abondance des matières l'exigerait, il y aurait une séance supplémentaire le samedi matin.

Un dîner, par souscription, aura lieu le vendredi soir 7 octobre, au restaurant Ledoyen, aux Champs-Elysées (90 francs) Inscriptions auprès de M. Roederer, trésorier de la Société française d'orthopédie, 10, rue de Pétrograd, Paris (8e).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique de la tuberculose. (Hôpital Laënnec et dispensaire Léon-Bourgeois. Professeur : M. Léon Bernard.) — *Cours de perfectionnement sur les actualités phtisiologiques*, du 26 septembre au 8 octobre. — Ce cours, d'une durée de quinze jours, comprend des leçons, des exercices cliniques à l'hôpital et au dispensaire, des démonstrations radiologiques, des séances pratiques d'application des méthodes de collapsothérapie.

Les travaux pratiques auront lieu à la Clinique, de 10 h. à midi.

Les leçons auront lieu à la salle des conférences de la Clinique, chaque jour, à 17 h.

Le cours commencera le 26 septembre, à la Clinique, à 10 h.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 h.

Droits d'inscription : 200 fr.

— Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — Sous la direction de M. le professeur Terrien, un cours de chirurgie oculaire sera fait à l'Hôtel-Dieu par M. le professeur Regaud, M. Velter, professeur agrégé, M. A. Terson et MM. Casteran, Veil, Renard, J. Blum et Dollfus, chefs de clinique.

Ce cours commencera le vendredi 21 octobre, à 10 h., à l'amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu); il continuera les jours suivants et sera complet en douze leçons. Les cours théoriques seront complétés par une série d'exercices pratiques : séances opératoires, exercices pratiques (à l'Ecole de médecine); démonstrations de diathermie, visite à l'Institut du radium.

Des séances opératoires spéciales seront organisées pendant la durée du cours.

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours.

Le droit d'inscription est fixé à 300 fr.

Se faire inscrire les lundis, mercredis, vendredis, avant le 10 octobre, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) ou à l'A. D. R. M., salle Béclard (Faculté de médecine).

RÉSULTATS DU CONCOURS DE « L'UNIVERS MÉDICAL ». — Le Jury du concours de *L'Univers Médical*, réuni sous la présidence des Docteurs Foveau de Courmelles et Dartigues, a attribué, le 3 août, les trois voyages offerts comme prix aux lauréats.

Il s'agissait, pour les concurrents de répondre aux questions suivantes : 1° Quel pays d'Europe désirez-vous visiter ? 2° Dans quelle ville de ce pays vous serait-il agréable de passer plus de 24 heures ? 3° Quelle sera l'époque du voyage et sa durée ? 4° Rédiger un texte publicitaire de 10 lignes maximum susceptible d'inciter vos confrères à prendre part au voyage qui vous intéresse.

Le concours-référendum était anonyme.

En voici les lauréats :

Le Docteur Mme Lombart-Traverson (de Nantes) premier prix (Un voyage de 21 jours en Espagne).

Le Docteur Georges Lévy, ancien interne des Hôpitaux de Nancy, second prix (Une croisière de 15 jours en Méditerranée et Adriatique).

Le Docteur M. Boutarel, 89, rue de Rennes à Paris, troisième prix (Un voyage de 10 jours aux Iles Baléares).

INFIRMIÈRES VISITEUSES D'HYGIÈNE. — Les infirmières visiteuses d'hygiène sociale de lutte antituberculeuse, les infirmières d'hygiène sociale de l'enfance, dont les services continus ont débuté après le 19 février 1922 pour la tuberculose, après le 19 février 1923 pour l'enfance et ce jusqu'au 1er janvier 1929, sont autorisées à se présenter à un examen d'Etat leur permettant en cas de succès d'obtenir le diplôme d'Etat de visiteuse d'hygiène sociale de la tuberculose ou de visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance.

Ces visiteuses devront déposer au ministère de la Santé publique, direction de l'hygiène et de l'assistance, un dossier comprenant les pièces ci-après désignées :

1° Un bulletin de naissance ;

2° Un extrait de casier judiciaire ;

3° Indication de leur état civil et domicile actuel ;

4° Une lettre écrite par la candidate et demandant à bénéficier des avantages de cet examen ;

5° Les états de services détaillés avec date, lieu, certificats, diplômes, s'il y a lieu, et exposé de la situation actuelle.

Les épreuves de ces examens sont celles définies à l'article 7 et à l'article 8 de l'arrêté en date du 15 juin 1926, étant entendu que l'examen du livret de scolarité sera remplacé par l'examen des états de services.

Des notes inférieures à 5, pour les épreuves pratiques, entraînent immédiatement l'éviction de la candidate.

Les questions écrites et orales posées au cours de cet examen doivent être simples et orientées vers l'activité pratique des visiteuses d'hygiène sociale de lutte antituberculeuse ou des visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance.

Ces examens auront lieu au cours de 1933 et de 1934.

Les sièges de ces examens seront situés à Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Toulouse.

Les demandes émanant d'infirmiers, d'infirmières, de visiteuses d'hygiène sociale de lutte contre la tuberculose, de visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance tendant à obtenir l'équivalence du brevet de capacité professionnelle peuvent être déposées au ministère de la Santé publique, direction de l'hygiène et de l'assistance, pour être à nouveau examinées dans les conditions de jurisprudence établies par le conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières, jusqu'au 31 décembre 1932. (*J. O.*, 1er sept. 1932.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Médecin Général Inspecteur Fournial, du cadre de réserve, grand officier de la Légion d'honneur, décédé au Val-de-Grâce à l'âge de 66 ans. Le Médecin Général Inspecteur Fournial qui avait fait la campagne de Madagascar et pris une part glorieuse à la mission Foureau-Lamy, a occupé pendant la guerre les fonctions de Directeur du Service de santé de l'Armée d'Orient. Il fut ensuite Directeur du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris.

De MM. : le Docteur Théodore Laty, de la Tour de Salvagny (Rhône) ; les Professeurs C. P. Chagas, directeur de l'Institut Oswaldo Cruz à Rio de Janeiro ; C. G. Schmorl à Dresde ; Zaleski à Varsovie.

LIVRES NOUVEAUX

Maladies infectieuses. Rhumatisme articulaire aigu. Fièvre typhoïde, Scarlatine (1), par le professeur P. NOBÉCOURT.

Un neuvième recueil de leçons cliniques vient s'ajouter à ceux que chaque année, depuis 1924, le professeur Nobécourt a publiés. Le présent volume étudie, à l'occasion de cas observés, la maladie de Bouillaud chez l'enfant, la fièvre typhoïde et la scarlatine.

Evidemment il n'est pas question ici de description d'ensemble ; il est plus intéressant et plus vivant de connaître quels problèmes peut soumettre à la sagacité du clinicien le hasard quotidien. A propos du rhumatisme, l'auteur envisage surtout les localisations inhabituelles au cou, au domaine du sciatique ; il confronte avec l'expérience du médecin d'enfants les conceptions en ces dernières années soutenues à propos des syndromes cardiaques et artériels et des syndromes pleuro-pulmonaires et abdominaux, domaines où la méprise est aisée. Les fièvres typhoïde et paratyphoïde du nourrisson ont un aspect clinique bien différent le plus souvent de ce que sont ces affections chez l'adulte ; les syndromes cardiaques et abdominaux ont leur physionomie propre ; les alliances de la dothiénentérie avec la scarlatine, les arthrites et les adénites auxquelles donne lieu cette dernière sont l'objet de monographies où les conceptions les plus récentes sont rapprochées des observations purement cliniques de la médecine d'autrefois en une synthèse qui ne laisse rien perdre de notre acquis scientifique et sait porter la lumière au milieu de notions qu'au premier abord rien ne semble concilier.

L. B.

(1) Paris, Masson et Cie.

LA GLYCÉMIE FOURNIT-ELLE UN CRITÈRE PRÉCIS DE L'ÉVOLUTION D'UN DIABÈTE TRAITÉ PAR L'INSULINE?

PAR MM.

PIERRE MAURIAC, PIERRE BROUSTET et E. TRAISSAC.

Le traitement du diabète par l'insuline présente pour le médecin praticien une certaine complexité, car le nombre d'unités cliniques injecté doit être adapté au régime prescrit, et les effets de la cure surveillés de bout en bout par des analyses fréquentes d'urines et de sang.

Certains auteurs, en particulier MM. Chabanier et Lobo-Onel, considèrent que l'étude de la glycémie peut seule nous être un guide sûr, la glycosurie étant le plus souvent trompeuse.

S'il en était ainsi, la tâche du médecin se trouverait encore plus compliquée. Nous voudrions montrer à la lumière de deux observations, que la glycosurie donne le plus souvent une idée bien plus juste de l'évolution d'un diabète, que la glycémie telle qu'on la recherche aujourd'hui.

OBSERVATION I. — Pierre M..., âgé de 35 ans, entre à l'hôpital Saint-André, salle 15, le 17 novembre 1931.

Il y est envoyé par le docteur Lachapèle, qui vient de découvrir chez lui l'existence d'une glycosurie massive et d'une glycémie élevée. Les débuts de ce diabète sont certainement bien antérieurs à son arrivée à l'hôpital. Dès l'année 1927, le malade a constaté qu'il urinait beaucoup, qu'il était sans cesse en proie à une soif très vive, que son appétit était exagéré.

De 1927 à 1930, les mêmes symptômes persistent, sans que l'état général soit touché, ni les travaux habituels interrompus. En février 1930, le sujet subit même, sans incident, une intervention chirurgicale motivée par l'existence d'un phimosis.

En 1931, l'état s'aggrave ; les forces diminuent ; le poids s'abaisse. Une analyse d'urine révèle la présence de 40 grammes de sucre (par litre), de 8 centigrammes d'acétone. Un régime est imposé ; de l'insuline buccale est administrée ; puis des injections d'insuline sont faites, sans qu'une diététique régulière ait été instituée. Le résultat de ces traitements n'est pas bon. L'amaigrissement s'accentue, le poids passe de 64 kilogs en mars 1931 à 58 kg. en novembre.

En dehors de ce diabète, le passé du malade est entaché d'une affection assez sévère. Cet homme eut, en 1925, une adénopathie cervicale qui nécessita un curage ganglionnaire du cou. En 1927 apparut une récidive *in situ* : le diagnostic de lymphocytome ayant été porté à l'examen d'un ganglion, on fit un traitement curithérapique ; au cours de celui-ci, on pratiqua une seconde biopsie, qui permit, par la découverte d'un ganglion caséeux, de rectifier le diagnostic : il s'agissait d'une tuberculose ganglionnaire.

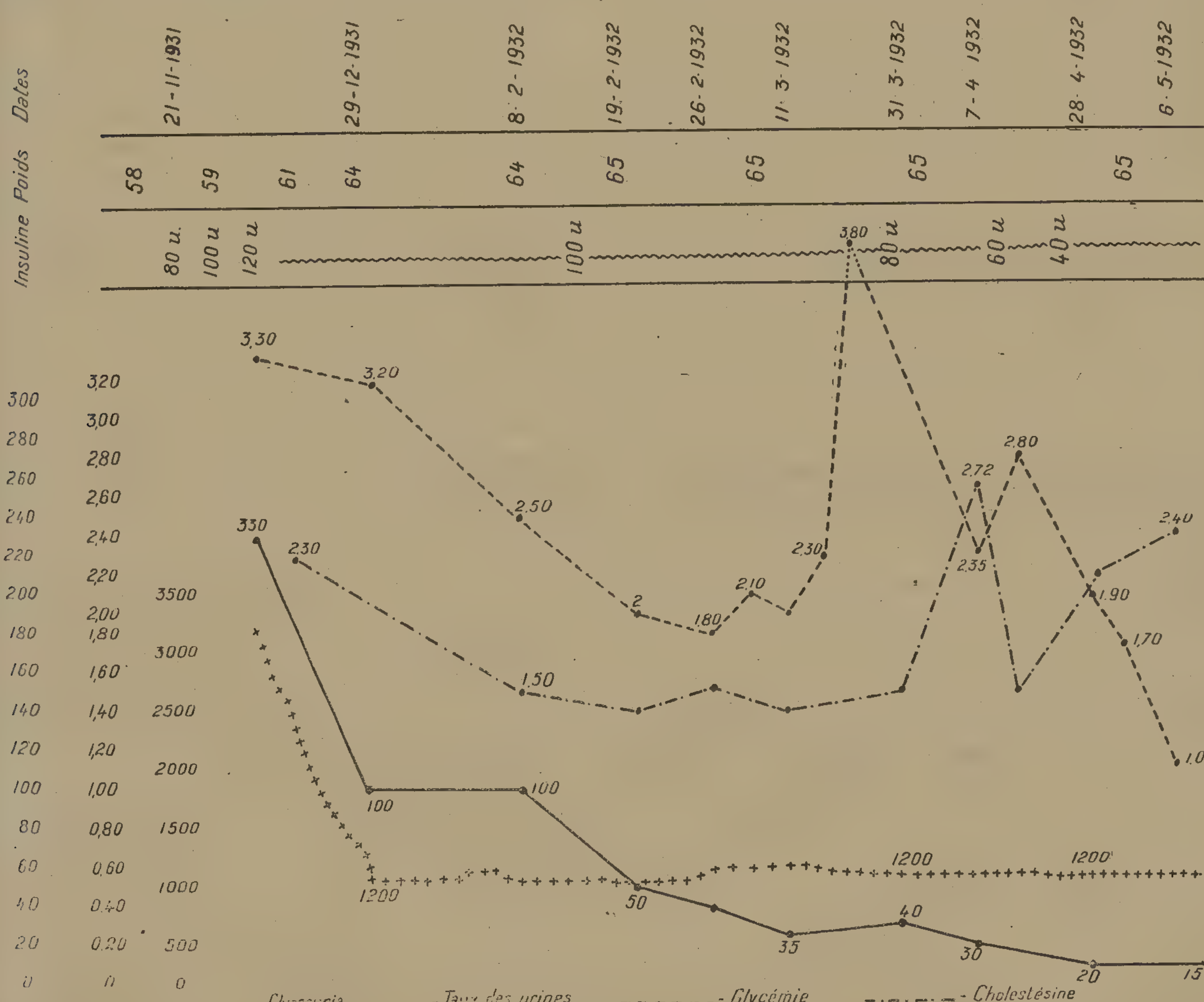


TABLEAU I

C'est à ce moment, peu après l'application de radium, que les premiers symptômes diabétiques furent notés. En tout cas, l'adénopathie disparut complètement. En 1931, le malade crut découvrir dans son aine quelques ganglions à la présence desquels il rattacha tous les troubles dont il se sentait atteint. Il revint, pour ce motif, auprès du docteur Lachapèle qui l'avait soigné en 1927, et qui constata que les ganglions inguinaux, de volume sensiblement normal, n'étaient pour rien dans l'apparition des accidents actuels.

A son entrée dans le service, ce malade présente au grand complet tout le tableau classique d'un diabète avec dénutrition.

Sa lassitude est extrême ; il a perdu huit kilogs. Il boit et mange beaucoup. Il urine 3 litres 500 par jour. Depuis plusieurs mois il n'a plus d'érections. Ce tableau clinique est accompagné de signes humoraux péremptoires : la glycosurie est de 240 grammes par 24 heures ; la glycémie de 3 gr. 30 ; la cholestérinémie de 2 gr. 30 ; il y a dans les urines une notable proportion d'acétone.

Par contre, à l'examen des divers appareils, on ne trouve aucun signe anormal ; il n'y a pas de récidive de l'adénopathie bacillaire ; les poumons, cliniquement et radiologiquement, sont indemnes. Il n'existe aucun trouble objectif du système nerveux ; il n'y a non plus aucun trouble sensoriel. Le fond d'œil, examiné dans le service de M. le Professeur Teulières, est normal.

Ce grand diabétique est soumis, d'emblée, à un traitement énergique : on lui impose un régime contenant 80 gr. d'Hydrate de C, 80 gr. de protéines, 40 gr. de graisses ; il reçoit avant chaque repas une injection d'insuline dont nous allons préciser la dose.

Ce traitement a un effet remarquable sur l'ensemble des symptômes, Le tableau 1 ci-contre, sur lequel nous avons noté quelques détails de la thérapeutique et ses résultats, en témoigne nettement. Il permet en effet les constatations suivantes. (Rappelons que durant tout le traitement, le régime est resté fixé à 80 gr. d'hydrate de carbone.)

1. Dose d'insuline utilisée. — Au début du traitement, de fortes doses furent nécessaires. 80, puis 100 unités n'ayant pas abaissé sensiblement le taux de la glycosurie, nous avons dû injecter 120 unités, en deux doses de 60 unités avant chaque repas.

Au bout de deux mois, le malade allant beaucoup mieux et ayant considérablement engraissé, la dose est ramenée à 100 unités sans que le poids du malade s'abaisse, sans que le taux de sa glycosurie et de ses urines augmente. On arrive même à diminuer progressivement l'insuline à 80, puis 60, puis enfin 40 unités. Cette réduction des doses coïncide avec une amélioration sensible : la glycosurie est réduite à un taux inférieur à 15 grammes, et se maintient à ce chiffre très bas.

Ainsi donc, il semble que le coefficient d'assimilation des hydrates de carbone se soit fortement amélioré au cours du traitement.

2. Persistance de la glycosurie. — Jamais le sucre n'a complètement disparu des urines ; malgré les fortes doses injectées au début — et qui ont entraîné des accidents d'hypoglycémie — il restait dans les urines de 50 à 100 gr. de sucre ; sur la fin du traitement, la glycosurie tendait à s'abaisser fortement, sans toutefois disparaître tout à fait.

3. Variations de la glycémie. — La courbe de la glycémie n'est pas parallèle à celles de la diurèse et de la glycosurie.

En mars 1932, alors que le régime n'a subi aucune modification, sans qu'aucune infection se soit manifestée, la glycémie augmente dans de fortes proportions ; dans le même temps, la diurèse et la glycosurie restent basses, le poids se maintient. Quelques jours plus tard, malgré la réduction de la dose d'insuline, la glycémie s'abaisse et arrive à des taux inférieurs à ceux jusqu'alors enregistrés. Nous allons d'ailleurs revenir plus longuement sur ces irrégularités de la glycémie.

Obs. II. — André D..., 24 ans, dessinateur, a toujours joui d'une santé parfaite ; ses parents, ses frères et sœurs se portent bien ; il a présenté les premières manifestations du diabète en janvier 1930.

Une polyurie assez intense, accompagnée d'une soif vive, d'un grand appétit, le frappèrent d'abord ; son poids passa en quelques semaines de 72 à 58 kilogs. Peu après, les membres inférieurs ne pouvant plus porter le poids du corps dans la position debout, devinrent très faibles ; le repos au lit s'imposa. Un médecin consulté porta le diagnostic de paraplégie d'origine toxique. Une analyse d'urines alors pratiquée mit en évidence une assez forte quantité de sucre. Un traitement par l'insuline — 40 unités par jour — fut aussitôt mis en train. L'effet en fut remarquable sur les troubles moteurs qui, très vite, disparurent. Le poids ne remonta cependant pas à son chiffre normal.

L'insuline fut interrompue. On diminua la ration hydrocarbonée sans imposer toutefois un régime bien strictement mesuré. L'état général était assez bon. Toutefois, la diurèse atteignait encore, dans la seconde moitié de 1930, deux ou trois litres par jour, et chaque litre d'urine contenait 25 à 30 grammes de sucre.

Le jeune homme se maria à la fin de l'année 1930 ; il eut un enfant au cours de 1931.

Aucun changement ne survint dans son état jusqu'à juillet 1931. Mais à partir de ce moment, ses facultés génitales diminuent brusquement ; il devient en quelques jours frigide et impuissant. En même temps, sa vue commence à se troubler, et il voit souvent des points brillants dans son champ oculaire ; par moments, il accuse de l'amblyopie.

Au début de décembre 1931, les troubles visuels s'accentuent encore, et en quatre ou cinq jours, la lecture devient impossible. Des troubles moteurs analogues à ceux survenus deux ans plus tôt reparaissent à leur tour ; une véritable paraplégie s'installe.

Ces accidents décident le malade à entrer d'urgence à l'hôpital.

Lorsqu'il arrive à l'hôpital, le 6 janvier 1932, il présente tous les symptômes d'un diabète grave.

Son poids est tombé à 53 kilogs ; sa lassitude est extrême ; sa soif très vive ; son appétit par contre a disparu depuis quelques jours. La quantité des urines dépasse 4 litres par 24 heures ; elles contiennent 60 grammes de sucre par litre et de l'acétone, dont l'odeur est d'ailleurs nettement retrouvée dans l'haleine.

En dehors de ces signes fondamentaux, l'attention est particulièrement attirée sur le système nerveux ; il existe en effet des troubles moteurs et des troubles sensoriels.

Les troubles moteurs portent exclusivement sur les membres inférieurs, dont tous les segments — fesse, cuisse et jambe — sont atteints. La force de tous les muscles est diminuée ; cependant, il n'existe pas de paralysie complète et les mouvements restent possibles ; mais ils s'exécutent avec une extrême faiblesse, à tel point que la station verticale est impossible. Il n'y a aucun trouble sensitif, ni objectif, ni subjectif. Les réflexes tendineux achilléens et rotuliens sont abolis des deux côtés. Le réflexe plantaire se fait normalement en flexion. On ne remarque aucun trouble trophique. Pas de troubles sphinctériens. La frigidité est complète, mais elle est bien antérieure aux accidents récents. Du côté de l'abdomen et du tronc, on ne relève rien d'anormal. Les réflexes cutanés abdominaux sont conservés. Au niveau des membres supérieurs peut-être existe-t-il une légère diminution de la force musculaire, mais à

peine appréciable. Les réflexes sont conservés, la sensibilité est intacte. Il en est de même au niveau de la face.

Les troubles sensoriels frappent seulement l'appareil visuel. M. le Professeur Teulières donne de l'examen qu'il pratique le 7 janvier 1932, le compte rendu suivant :

Acuité visuelle : œil droit, 1/20 ; œil gauche, 1/3.

Il existe un scotome central par *névrite rétro-bulbaire* d'origine toxique. Des deux côtés, il existe des troubles de l'accommodation. Pas de lésions rétiniennes.

L'examen des autres appareils ne révèle aucun symptôme anormal, aucun trouble fonctionnel appréciable.

Le malade est immédiatement soumis à un régime strict :

80 grammes d'hydrates de carbone,
80 grammes de protéines,
40 grammes de graisses.

En même temps, il reçoit des injections d'insuline : 80 unités, puis 100 unités, puis 120 par vingt-quatre heures.

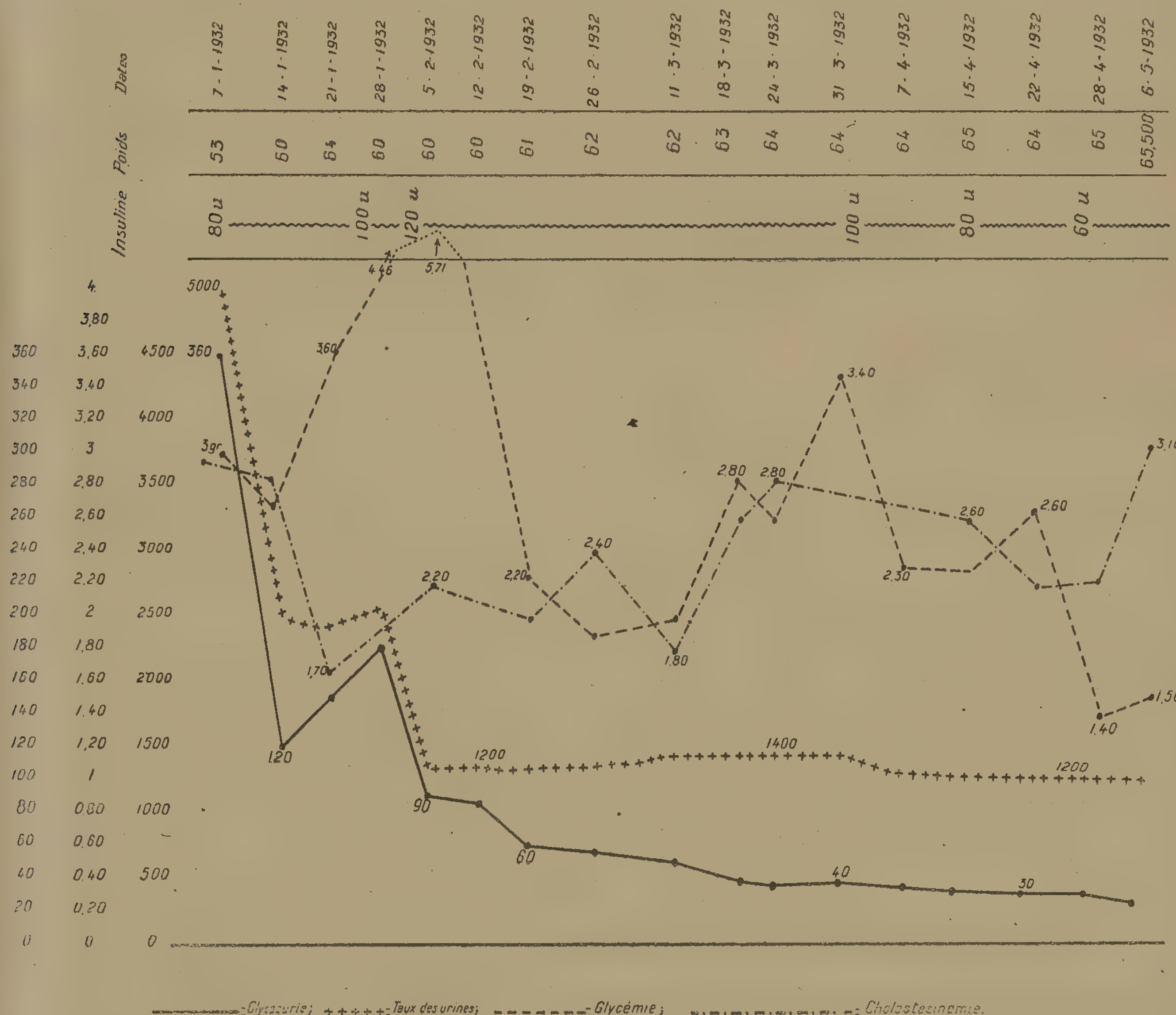


TABLEAU II

Les résultats de ce traitement, dont les détails sont consignés dans le tableau II ci-dessus, sont véritablement surprenants. Au bout de trois ou quatre jours, l'asthénie diminue, les troubles moteurs des membres inférieurs *disparaissent*, et l'acuité visuelle augmente pour ainsi dire d'heure en heure ; la lecture devient possible au bout de quarante-huit heures. On constate de huit jours en huit jours, dans le service d'ophtalmologie, une augmentation progressive de l'acuité visuelle, qui, au bout d'un mois, est absolument normale pour les deux yeux. L'examen du fond d'œil ne permet plus d'y découvrir, en février, le moindre signe anormal.

L'amélioration de la motricité suit une marche parallèle à celle de la vision ; la marche redevient très rapidement possible. Le 15 janvier, après huit jours d'insuline, c'est à peine si l'on découvre au niveau des membres inférieurs une légère diminution de la force musculaire. Les réflexes rotuliens, quoique très faibles, peuvent être découverts ; les achilléens restent abolis. Ils ne repaîtront qu'en février, au moment où la force redeviendra absolument normale. Fin avril 1932, l'examen neurologique complet ne permet plus de découvrir le moindre symptôme anormal. Tous les réflexes ont reparu ; ils sont même un peu vifs.

Laissant délibérément de côté les réflexions qu'inspirent l'apparition et la guérison des troubles nerveux de ce malade (1), nous n'analyserons que l'action de l'insuline sur la glycosurie et la glycémie.

1. DOSES D'INSULINE. — Il fallut, dans ce cas, recourir aux fortes doses, celles de 80 et 100 unités n'ont pas suffi à réduire les troubles du métabolisme hydrocarboné. Nous injectâmes donc pendant deux mois 120 unités chaque

(1) Cette observation a déjà été publiée dans un article consacré aux « Complications nerveuses du diabète » publié dans le numéro du 2 juillet du *Paris médical*, 1932.

jour. Par la suite, il fut possible, sans rien changer au régime, d'abaisser la dose quotidienne à 60 unités. Le syndrome diabétique, loin de s'aggraver de ce fait, s'améliora sensiblement au contraire et la glycosurie tomba à son taux inférieur.

2. Persistance de la glycosurie. — La glycosurie n'a, en effet, jamais disparu ; elle ne descendit pas au-dessous de 25 grammes.

3. Variations de la glycémie. — L'insuline n'a pas eu une action très régulière sur la glycémie de ce malade. On note des discordances sérieuses entre la courbe de la glycémie et celles, parallèles, de la glycosurie et de la diurèse. Au moment où la diurèse était ramenée de 4.500 gr. à 2.500, la glycosurie de 360 à 120 et 200, la glycémie passait de 3 gr. à 3 gr. 60, 4,40, 5,71. Plus tard, elle se stabilisa autour de 2 gr. Mais au mois de mars, alors que la diurèse ne dépassait pas 1.400 gr., que la glycosurie était fixée entre 40 et 50 gr., que l'état général du malade était excellent, la glycémie remonta à 2 gr. 80, puis 3 gr. 40. Elle diminua ensuite, parvint à des taux inférieurs jamais obtenus (1 gr. 40, 1 gr. 50) sans que l'état général du malade en parût influencé.

Ces deux observations nous paraissent justifier les quelques remarques suivantes :

I. Action générale de l'insuline sur les syndromes diabétiques graves. — Nous n'insisterons pas sur un certain nombre de notions parfaitement connues et généralement acceptées : la nécessité, dans l'attaque d'un diabète sévère, d'un régime suffisamment riche en calories et d'une forte dose d'insuline ; la possibilité, par la suite, sans modifier la diététique, de réduire sensiblement, sans inconvénient, la dose d'insuline. Nous ne ferons enfin que signaler les bons effets de cette thérapeutique sur le poids et sur l'état général des sujets.

Toutefois, l'action de l'insuline a des limites, et dans les formes sévères, elle n'arrive pas souvent à corriger complètement le trouble du métabolisme hydro-carboné.

C'est ainsi que chez nos deux malades, la glycosurie n'a jamais totalement disparu. Elle s'est maintenue dans un cas, entre 15 et 20 grammes, dans le second entre 30 et 40. Peut-être la suppression complète aurait-elle été obtenue par une réduction de la ration hydro-carbonée, ou par augmentation de la dose d'insuline. Mais *nous n'avons pas voulu augmenteer ces doses, parce que celles que nous injections, déjà importantes, déterminaient parfois des accidents hypoglycémiques ;* et, d'autre part, nous n'avons pas voulu diminuer la ration alimentaire, car nos sujets se trouvaient en état de dénutrition sévère.

La logique serait cependant plus satisfaite si l'on fixait aux malades la dose exacte d'hydrates de carbone assimilables avec une quantité donnée d'insuline. Mais nos observations, après bien d'autres, démontrent que ce coefficient d'assimilation est variable chez les diabétiques en cours de traitement. Une diététique trop exactement mesurée risquerait d'empêcher peut-être, à un moment donné, l'assimilation du maximum possible d'éléments hydro-carbonés. Nous préférons considérer cette glycosurie résiduelle comme une marge de sécurité. De nombreux auteurs estiment d'ailleurs que la présence de quelques grammes de sucre dans les urines n'a pas de conséquence fâcheuse. Nos deux malades en sont la preuve ; actuellement, malgré leur glycosurie, ils ont augmenté de plus de 10 kgs.

II. Insuline et hyperglycémie. — Les graphiques qui accompagnent nos observations montrent fort bien la relativité de l'action de l'insuline et du régime sur l'hyperglycémie. Il n'est pas inutile de préciser ici, que tous nos dosages du glucose sanguin sont pratiqués dans des conditions strictement identiques ; le sang est prélevé le matin, alors que les malades sont à jeun, et bien entendu privés d'insuline, depuis la veille au soir. Le dosage du glucose est opéré toujours par le même chimiste, et suivant la méthode de Folin et Wu.

Malgré ces précautions, nous constatons des variations sensibles du taux de la glycémie. Chez notre premier malade, la courbe s'abaisse progressivement de 3 gr. 30 à 1 gr. 80, semblant suivre l'évolution favorable des autres symptômes ; puis, au bout de quatre mois, alors que la diurèse, la glycosurie, le poids, restent à leur taux habituel, alors que rien ne témoigne d'un changement quelconque dans l'état général, nous voyons brusquement monter le taux de la glycémie à 2 gr. 30, puis à 3 gr. 80, chiffre supérieur à celui du début, et se maintenir pendant plusieurs semaines entre 2 et 3 gr. Finalement, petit à petit, la courbe s'abaisse à nouveau : elle atteint fin avril les chiffres les plus bas : 1 gr. 70 et 1 gr. 05. Or, rien encore n'est changé dans l'état général du sujet. Cependant, la dose d'insuline a été ramenée de 120 à 40 unités !

Chez le second malade, les discordances sont plus nettes encore entre la courbe de la glycémie et l'évolution générale du diabète sous l'influence du traitement. La glycémie initiale est de 3 grammes, au moment où il pèse 53 kilogs et élimine 5 litres d'urine et 360 grammes de glucose. Quelques jours plus tard, son poids a augmenté de sept kilogs, sa polyurie est ramenée à 2.500 gr., sa glycosurie à moins de 100 grammes : au même moment, la glycémie atteint les taux considérables de 3 gr. 60, 4 gr. 40 et 5 gr. 71. Puis, elle baisse, pour rester cantonnée pendant le mois de février, aux alentours de 2 grammes. Mais, aux mois de mars et d'avril, la courbe change à nouveau de direction : alors que tous les éléments du syndrome diabétique sont très améliorés, alors que la thérapeutique et la diététique n'ont subi aucun changement, la glycémie se relève à nouveau, et après un palier aux environs de trois grammes, atteint le taux de 3 gr. 40. Plus tard, elle baissera, arrivera au chiffre assez bas de 1 gr. 40, 1 gr. 50, sans que rien ait été changé dans le syndrome diabétique et malgré la diminution de l'insuline de 120 unités à 60 unités.

Ainsi donc, au cours d'un traitement par le régime et l'insuline, si nous envisageons parallèlement le taux du glucose sanguin et les autres éléments du syndrome diabétique, nous constatons que :

1) Il y a une discordance manifeste entre l'évolution générale du syndrome clinique diabétique et le taux de la glycémie ;

2) L'insuline, bien que douée d'un pouvoir remarquable sur l'ensemble des symptômes de l'affection, est restée impuissante à maintenir constamment basse la glycémie des diabétiques.

Ces constatations ne sont guère conformes aux notions développées par Chabanier et Lobo-Onell dans leur « *Précis du Diabète* » (Masson, Edit. 1931, pages 114 et s.) et dans un article récent de « *la Presse Médicale* » (1932, n° 31, p. 588). Pour eux, les objectifs du traitement d'un diabète sont : la suppression de l'acétonurie et de la glycosurie, la réduction de l'hyperglycémie. « Pour nous, écrivent-ils, la glycémie n'a pas que la valeur d'un document de luxe. C'est au contraire un repère essentiel en matière de diabète, nous disons même le *repère essentiel.* » Ils développent longuement ce point de vue, insistent sur le fait que la glycosurie pouvant dépendre de facteurs rénaux, n'est pas la signature constante et fidèle d'un diabète ; que, au contraire, la glycémie est « le reflet le plus direct de la valeur de l'insulinémie, dont l'abaissement peut, dans l'état actuel de nos connaissances, être considéré comme le primum movens du développement d'un diabète ». A ces considérations théoriques, ils ajoutent des arguments d'ordre pratique ; ils estiment que l'hyperglycémie et non la glycosurie, conditionne les divers accidents du diabète, en particulier les accidents nerveux ; que ceux-ci peuvent éclater chez des sujets dont la glycosurie est supprimée, mais dont la glycémie est élevée.

Les deux observations que nous rapportons ne sont pas en harmonie avec les propositions de Chabanier et de Lobo-Onell. Et nous allons montrer que si théoriquement la position de ces auteurs est inattaquable, pratiquement il en va autrement.

En effet, la mesure de la glycémie n'apporte pas le critère essentiel, fondamental, affirmé par Chabanier.

Il ne nous paraît pas indubitablement démontré tout d'abord que l'hyperglycémie soit la cause directe des accidents nerveux des diabétiques. Dans notre deuxième observation, de graves complications nerveuses ont disparu en quelques jours, au moment précis où la glycémie passait de 3 gr. à 4,70 et 5,80. Dans d'autres observations publiées ailleurs (1), la réduction du syndrome diabétique généralement accompagnée d'une réduction de la glycémie, n'a pas été suivie d'un résultat favorable sur les complications nerveuses. La relation de l'hyperglycémie et des accidents nerveux n'est donc point démontrée.

Nous ne pensons pas non plus que la glycémie constitue le repère essentiel, le guide fidèle de l'évolution d'un diabète traité par l'insuline : un simple regard sur nos courbes suffit à le démontrer, nous avons trop insisté sur leur discordance pour y revenir ici. On ne peut raisonnablement soutenir que l'état de nos malades s'aggravait lorsque montait leur glycémie, alors que, remarquablement concordants, tous les autres symptômes témoignaient d'une amélioration éclatante. Nous avons donc l'impression, comme nous l'avons dit plus haut, comme le pensent d'ailleurs la majorité des auteurs, que la glycémie ne saurait fournir des données fondamentales dans l'examen et l'évolution générale des diabètes traités par l'insuline, du moins dans l'état actuel des choses. Nous ne voulons pas dire que la recherche de la glycémie soit sans intérêt. Mais, en pratique, nous ne saurions nous appuyer exclusivement sur elle pour suivre et soigner nos diabétiques. Et vraiment, à considérer nos moyens d'action, le contraire serait étonnant, et les discordances de la glycémie avec les autres éléments du syndrome s'expliquent facilement ; elles tiennent simplement aux conditions dans lesquelles nous dosons le sucre du sang. En effet, le taux du glucose sanguin est fort probablement très variable chez des diabétiques, surtout s'ils sont soumis à l'action de l'insuline, action forcément intermittente et brutale. Or, le dosage de la glycémie, tel qu'il est couramment réalisé, ne saurait nous donner que la valeur momentanée de celle-ci. Quand nous disons : « tel jour, la glycémie de tel malade était de tant », nous exprimons certainement une erreur ; nous devrions dire : « tel jour, à telle heure, la glycémie de tel malade était de tant ». L'un de nous a fréquemment insisté sur ce point, et l'observation vaut aussi pour le dosage d'urée de cholestérine, etc... E. Aubertin et Trinquier (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1932 Cx, p. 197) montraient récemment que la glycémie du chien à jeun varie d'un instant à l'autre dans de notables proportions.

Pour apprécier exactement la glycémie, il faudrait pouvoir la mesurer d'instant en instant dans tout le courant d'une journée, et des chiffres ainsi recueillis, tirer une moyenne. Sans doute, obtenue dans ces conditions, la connaissance de la glycémie aurait-elle la valeur que veulent lui accorder Chabanier et Lobo-Onell. Mais, jugée d'après les procédés usuels, elle ne saurait avoir une telle signification. Cette relativité de l'exactitude du dosage, nous permet, croyons-nous, de comprendre la discordance parfois observée entre les taux du glucose sanguin et la marche générale du diabète.

Aussi, pour apprécier celle-ci, du seul point de vue pratique, tout en dosant de loin en loin la glycémie, préférons-nous, à coup sûr, conformément à l'opinion de Joslin, *la connaissance de la glycosurie totale des vingt-quatre heures qui, constituant une somme, donne, malgré les quelques irrégularités possibles d'origine rénale, une idée bien plus juste des troubles du métabolisme hydrocarboné.*

(1) *Paris méd.*, 2 juillet 1932, p. 19.

L'Homme, ses maladies, son hygiène, par J. Cottron. — Volume 18 × 12 cm., titre rouge et noir, illustré de 180 figures. — Prix : 15 fr. — Librairie Vuibert, boulevard Saint-Germain, 63.

La Vie hygiénique du tuberculeux, par F. Dumarest, Médecin-Chef du sanatorium F. Mangini, à Hauteville (Ain), Membre correspondant de l'Académie de Médecine. Collection « Hygiène et Diététique », publiée sous la direction de E. Schulmann, Médecin des hôpitaux de Paris. — Un volume in-8° de 118 pages. Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

QUELQUES TYPES D'ORDONNANCES POUR UNE CONSULTATION DE MÉDECINE INFANTILE [1]

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher).

CONVULSIONS

1° Appliquer sur le ventre des compresses humides et chaudes, renouvelées toutes les trois heures.

2° Donner, matin et soir, un bain tiède (36°-37°) d'une durée de dix minutes (et plus, s'il est bien supporté), en ayant soin de mettre sur le front de l'enfant une compresse trempée dans de l'eau fraîche.

3° Lui donner, chaque jour, avec une poire en caoutchouc, un petit lavement d'eau de camomille ou de tilleul.

4° Lui donner, le jour, par cuillerées à café, toutes les trois heures, la potion suivante :

Potion

Bromure de potassium chimiquement pur	vingt centigr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	20 grammes
Eau distillée fraîche ..... Q. s. p.	90 —

M.

5° Si les convulsions ne cessent pas, donner en plus, la nuit, un des suppositoires suivants :

Suppositoires

Hydrate de chloral	vingt centigrammes
Beurre de cacao	2 grammes

F. S. A. 6 suppositoires.

6° Repos au lit, faire l'obscurité et le silence dans la pièce où repose le petit malade ; le laisser, au moins douze heures et au plus vingt-quatre, à l'eau bouillie à la température de la chambre, prise par petites doses rapprochées.

DIARRHÉE DES GRANDS ENFANTS

1° Appliquer sur le ventre des compresses humides et chaudes, renouvelées toutes les trois heures.

2° *Seulement s'il n'y a pas de douleurs de ventre*, donner, le matin à jeun, dissous dans un peu d'eau, un des paquets suivants :

Paquet

Sulfate de soude	5 grammes

Pour un paquet.
F. S. A. 5 paquets.

3° Repos au lit ; laisser l'enfant aux infusions très chaudes (thé, tilleul) le premier jour, puis bouillon de légumes, avec lequel on fera de petits potages au tapioca, au vermicelle, riz, purées.

4° Verser dans le vase un peu d'eau de Javel, la maladie étant très contagieuse.

DIARRHÉE DES NOURRISSONS

1° *Au sein.*

a) Appliquer sur le ventre des compresses humides et chaudes.

b) Donner, trois à quatre fois par jour, deux jours de suite, une cuillerée à café d' :

Eau de chaux	100 grammes

dans un peu d'eau bouillie sucrée.

c) Donner ensuite, trois à quatre fois par jour, un des paquets suivants dans un peu d'eau sucrée :

Paquets

Tannate de gélatine	dix centigrammes

F. S. A 10 paquets.

d) Remplacer une ou plusieurs tétées par des biberons d'eau bouillie, seulement deux ou trois jours.

2° *Au lait de vache.*

a) et

b) comme précédemment.

c) Laisser l'enfant, 24 heures au plus, à l'eau bouillie donnée à petites doses. Puis essayer, *au-dessous de six mois*, le lait sec (une cuillerée à soupe pour 40 gr. d'eau bouillie = 40 gr. de lait) ; *au-dessus*, d'abord l'eau de riz ou les bouillies à l'eau ; au bout d'un à deux jours, réintroduire prudemment le lait dans l'alimentation.

ECZÉMA DES NOURRISSONS

1° Dans l'eczéma *suintant*, applications, sauf sur les régions irritées, de compresses imbibées soit d'une infusion de camomille ou de tilleul, soit d'eau boriquée.

Aussi rapidement que possible, sécher doucement et appliquer la pâte suivante :

Pâte à l'eau

Oxyde de zinc	} *àâ* 15 grammes
Carbonate de calcium	
Glycérine	
Eau	

M. — Usage externe.

ou, si elle est mal supportée, un peu de :

Glycérolé d'amidon	60 grammes

qu'on renouvellera matin et soir, après avoir enlevé ce qui reste avec un tampon d'ouate imbibé d'huile d'olive.

Quand le suintement a disparu, poudrer avec du talc stérilisé.

2° Dans l'eczéma *sec*, appliquer, matin et soir, un peu de la pommade au goudron de houille du Codex.

3° En cas d'*eczéma séborrhéique du cuir chevelu*, frictions douces avec un jaune d'œuf et lavages au savon. S'il existe de la rougeur et du suintement rétro-auriculaires, appliquer un peu de la pommade suivante :

Pommade à l'oxyde jaune

Oxyde jaune de mercure	vingt centigrammes
Vaseline neutre	20 grammes

M. — Usage externe.

4° En cas d'eczéma de la région ombilicale, nettoyer à l'eau savonneuse ou à l'eau alcoolisée, et venir chaque jour à l'hôpital faire toucher la région malade avec une solution de nitrate d'argent au 1/50.

5° Donner à l'enfant, quelques jours de suite, dix minutes avant chacun des biberons, dans un peu d'eau, une pincée à sel de la poudre suivante :

Poudre

Craie préparée	4 grammes
Bicarbonate de soude	6 —

M.

6° Empêcher l'enfant de se gratter ; veiller à la propreté méticuleuse de ses langes. Régler son alimentation, souvent trop abondante ou prise à intervalles irréguliers. Ne jamais le vacciner en période aiguë. Ne jamais le recevoir à l'hôpital.

(*A suivre.*)

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 60, p. 1128; n° 65, p. 1208.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 10 JUIN 1932)

Traitement de l'asthme. — M. HOULIÉ (de Rouen) présente une asthmatique guérie âgée de 30 ans, dont l'asthme avait débuté à l'âge de 8 ans. Il rapporte également l'observation d'une asthmatique, remarquablement améliorée, dont l'asthme avait débuté à l'âge de 13 ans. Ces résultats ont été obtenus par le traitement de fronto-ethmoïdites latentes, véritables foyers infectieux susceptibles d'agir à distance.

Le Stovarsol et le traitement de la « maladie du jeune âge des chiens ». — M. BOUCHET rappelle que cette affection est contagieuse, polymorphe et vaccinante. Ses complications cérébro-spinales sont de beaucoup les plus graves : 60 à 70 p. 100 de pertes. Le Stovarsol sodique en injections intra-veineuses, à la dose de 5 centigr. par kilogr. d'animal, paraît prévenir l'apparition des localisations nerveuses ou du moins les réduire dans la proportion des trois quarts.

Conception actuelle et indications de la bronchoscopie. — M. A. SOULAS présente un film cinématographique en dessins animés destiné à montrer la technique et les indications nouvelles des méthodes bronchoscopiques. Celles-ci constituent non seulement un moyen de confirmation ou de précision du diagnostic, mais surtout une méthode de traitement : drainage, aspiration, instillations médicamenteuses, abrasion de tumeurs bénignes, dilatation de sténoses, extraction de corps étrangers de nature variable. A condition de respecter les règles de technique (outillage perfectionné, travail en équipe entraînée), la bronchoscopie n'est ni dangereuse, ni traumatisante ; elle est devenue une manœuvre simple, d'usage courant, tandis que ses applications se sont considérablement élargies.

Evolution du dolichocolon. — M. AUBOURG montre qu'il est impossible de chiffrer la limite où la longueur d'un côlon devient anormale, et que seule une grande habitude de la radiographie peut permettre ce diagnostic. Cette malformation peut rester longtemps silencieuse, et dans ses formes frustes revêtir de nombreux aspects cliniques. Dans chaque forme, la radiologie fournit d'utiles précisions tant sur l'anatomie que sur la physiologie des côlons. Les repas multiples risquent pourtant de donner des renseignements très incomplets. En face de cette anomalie d'une fréquence inattendue, il ne faut jamais désespérer d'une guérison clinique.

L'immigration exotique. — Pour M. R. MARTIAL, celle-ci doit être préparée avec encore plus de soin que l'immigration inter-européenne. Les races intéressées sont moins bien connues, susceptibles à l'égard du climat, des transports, de la nourriture, des maladies et du régime de travail. Les opérations de sélection et de prophylaxie, les mesures d'hygiène, doivent être rigoureusement appliquées. L'Etat, au profit duquel la migration s'opère, a le devoir impérieux de préparer l'implantation dans tous ses détails.

Information et interrogatoire en neuro-psychiatrie infantile. — M. H.-M. FAY montre toute la complexité de l'examen neuro-psychiatrique des enfants et la nécessité qu'il y a à s'entourer pour chaque cas de tous les renseignements utiles touchant les antécédents héréditaires et personnels, la personnalité et le comportement du malade, sa vie et ses capacités scolaires, enfin, son milieu familial et social. Il communique et commente les feuilles de renseignements qu'il fait remplir par la famille, les maîtres et les assistantes sociales ou scolaires. Cette documentation facilite grandement les bons résultats psychologiques, pédagogiques et sociaux des consultations pour enfants anormaux du caractère, ou déficients.

(SÉANCE DU 25 JUIN 1932)

Mesure de la pression artérielle moyenne. — M. P. MÉNARD rappelle que la pression moyenne ne variant que dans de faibles limites, il convient d'effectuer cette mesure avec beaucoup de précision. Les manomètres métalliques ne peuvent pas servir pour cette mesure, parce que, même livrés exacts par le constructeur, ils se dérèglent très rapidement. L'auteur a imaginé et présenté dès 1921 un manomètre à mercure inversable, sans bouchon et sans robinet, à oscillations amorties, qui donne des chiffres exacts, et permet de mesurer la pression moyenne.

Traitement de l'insomnie. — M. GRIMBERG montre l'efficacité comme calmant et tonique nerveux des bains à l'oxygène naissant. Ce dernier est obtenu par addition au bain de perborate de soude et d'un catalyseur.

Hémoptysies trachéales non tuberculeuses. — M. L. LEROUX signale que l'hémoptysie, en l'absence de preuve clinique ou radiologique de tuberculose, peut être due à de banales lésions de la muqueuse trachéo-bronchique, analogues aux lésions si fréquentes de l'épistaxis nasal. Seule, la bronchoscopie montre la lésion causale et permet la cautérisation thérapeutique. Son emploi habituel montre la fréquence de ces lésions.

Notions nouvelles sur les hémoprotides. — M. LEMATTE explique pourquoi l'analyse des protéines du sang (qu'il nomme hémoprotides) n'a pas donné les résultats attendus en sémiologie. A l'avenir, il faudra tenir compte des nouvelles découvertes qui nous ont appris que le noyau azoté des protéides est intimement lié aux métaux biotiques. L'analyse des hémoprotides ne sera vraiment utile que lorsqu'on saura analyser et doser les complexes (métaux-métalloïdes).

Dose dite d'excitation en radiothérapie. — Pour M. GUILBERT, les rayons X sont essentiellement des agents de destruction, d'hystolyse. Le mécanisme de leur action, les recherches histologiques expérimentales faites après des applications de faibles doses, le démontrent. Les effets d'excitation fonctionnelle obtenus en thérapeutique avec les faibles doses sont des interprétations incomplètes des résultats. La transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes ne saurait donc être attribuable aux rayons X. Pour éviter dans le cas de cancer latent, impossible à diagnostiquer, de diminuer la résistance organique au cancer avec des doses insuffisantes, il faudrait renoncer aux doses fractionnées, aux séances répétées.

Maladie sérique à forme typhoïde. — Guérison rapide par l'hyposulfite de magnésium et l'extrait pancréatique. — Mme BLACHMANN et Mlle LECOQ rapportent le cas d'une jeune enfant, sujette à l'urticaire et à l'acétonémie, atteinte de diphtérie 2 mois après des oreillons graves compliqués de pancréatite.

Très rapidement, les injections de sérum purifié provoquèrent des réactions locales et générales intenses, avec aspect typhique et adynamie. Une hémoculture révéla la présence de paracolibacilles. Un traitement par l'hyposulfite de magnésium et l'extrait pancréatique amena la guérison en 4 jours.

A propos de la radiothérapie des fibromes. — M. LEHMANN signale la possibilité des radiummétrites tardives, survenant quelques années après une application de radium. Il préfère donc les rayons X au radium pour le traitement des fibromes et conseille d'opérer ces radiummétrites plutôt que de les irradier.

A propos des dolichocolons. — M. SURMONT insiste sur les points suivants. Il déconseille la méthode des repas multiples, préconise le complément de la radiographie par la radioscopie ; évite de préjuger du fonctionnement de l'organe d'après sa forme ; rappelle la fréquence et le caractère familial de l'affection ainsi que d'utilité de la stéréographie horizontale dans les cas complexes.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 11 MAI 1932)

Note préliminaire sur la sérofloculation par les eaux minérales in vitro à 37°, étudiée au photomètre VBY. — MM. Maurice et Lucien UZAN, après avoir étudié au photomètre plusieurs eaux minérales, concluent que si l'on se rapporte aux compositions de ces eaux, on voit que la floculation n'est pas proportionnelle au CO^2 libre contenu dans les eaux, mais relève d'une formule plus complexe, qu'ils ont déterminée sur plusieurs expériences.

La floculation est proportionnelle au rapport CO^2 libre au total des bases dissoutes, ce que nous pouvons écrire de la façon suivante :

$$F = \varphi \left(\frac{CO^2 \text{ libre}}{\text{cathions dissous}} \right).$$

Sur la thérapeutique adjuvante vagosympathique au cours de certaines affections. — M. Maurice UZAN a constaté les avantages de l'action sur le vague de la belladone, et de l'atropine sur les symptômes pénibles de la dengue (maladie infectieuse à type vagotonique). D'autre part, il a pu constater l'avantage de l'adrénaline et de l'ésérine sur la mélitococcie. L'ésérine, entre autres, renforce l'intradermoréaction de la mélitine. Il y aurait intérêt, pour cet auteur, à chercher à démêler le problème neuro-végétatif dans les autres infections.

Nouveaux faits d'injections intrapulmonaires transthoraciques. — M. Georges ROSENTHAL a décrit et étudié depuis 1913 cette méthode, qui lui a permis de décrire la vaccination locale du tissu pulmonaire par application des travaux de Besredka. Il signale l'éclatante confirmation de ses recherches par les communications de Le Lorier, qui a obtenu des résolutions rapides de foyers torpides, et celles du Pr. Loeper qui a pu guérir un foyer putride par les injections locales de lipiodol, résultat déjà obtenu dans l'observation présentée en 1924 avec la collaboration de MM. Caussade et Surmont.

Les hémoprotides et la minéralisation du sang. — M. LEMATTE expose que des travaux importants parus modifient profondément nos connaissances sur la biologie et la sémiologie du sang. Le mot *protide* ne représente plus un agrégat d'acides aminés composé de C, H. O, N., mais un complexe (métal+métalloïde).

L'azote est intimement lié à Mg, Ca, P. La présence de ces corps est indispensable pour donner au protide son potentiel physiologique. L'analyse qualitative et quantitative des hémoprotides doit être faite avec de nouvelles méthodes respectant le statisme de chaque hémoprotide.

Le dosage des albumines sériques n'a pas encore permis de modifier un diagnostic établi par la clinique ou par une autre méthode de laboratoire.

SOCIETE MEDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX DE NANTES

(SÉANCE D'AVRIL 1932)

A propos d'un cas de rétention d'urine. — M. Charles MIRALLIÉ (fils). Il s'agit d'un homme de 74 ans qui présentait depuis un an des mictions douloureuses et fréquentes. Il est en rétention complète aiguë depuis 8 heures. A l'examen, on note une dilatation de la cavité préputiale ovoïde (16 cm×16 cm. 1/2) tendue et douloureuse, sans orifice perceptible : globe vésical remontant à dix centimètres au-dessus du pubis.

On pratique une circoncision. Guérison. Mictions normales.

Il n'y avait à l'examen microscopique de la muqueuse aucun signe d'épithélioma, mais seulement des aspects d'inflammation banale. En outre, il faut noter que, contrairement aux faits les plus fréquents chez l'adulte, la muqueuse du prépuce n'adhérait pas à celle du gland, ce qui permit la constitution de cette dilatation préputiale volumineuse.

Thoracoplastie partielle supérieure pour tuberculose cavitaire. — MM. A. GENDRON et PICHAT présentent un jeune homme de 17 ans qui fut atteint en 1929 de tuberculose du lobe supérieur gauche. Le pneumothorax réalisé à la fin de l'année 1929 demeura grand partiel par suite d'adhérence du sommet et se compliqua d'une pleurésie de moyenne abondance. Néanmoins, il tarit l'expectoration et détermina au cours de l'année 1930 une amélioration générale considérable avec un gain pondéral de 10 kilogs.

Mais au début de 1931, le sommet symphysé se creusa d'une vaste caverne déterminant une expectoration de nouveau bacillifère.

La phrénicectomie n'ayant déterminé aucune modification de l'expectoration, la thoracoplastie partielle fut réalisée en juillet par la résection paravertébrale des cinq premières côtes. Le résultat fut excellent et rapide. En août, la caverne était réduite de moitié ; en décembre, elle avait complètement disparu ainsi que la toux et l'expectoration.

La statique scapulaire est demeurée excellente, les deux clavicules sont sur une même horizontale et tous les mouvements du bras sont conservés.

Les auteurs insistent, après Bernou et Fruchaud, sur les bons résultats qu'on peut obtenir de la thoracoplastie partielle supérieure pour des lésions du sommet. Avec une bonne technique, cette opération, dans maints cas, est peu choquante, non mutilante et même peu douloureuse.

Intoxication saturnine par une poudre nasale. Troubles urinaires au cours de la colique. — MM. GENDRON et AUVIGNE (de Nantes) rapportent l'observation d'un curé de campagne qui pour combattre un coryza chronique prisait une poudre à base d'étain dans laquelle par méprise fut incorporée de la mine de plomb.

Au bout de trois mois, survint une violente colique saturnine se compliquant de rétention d'urine.

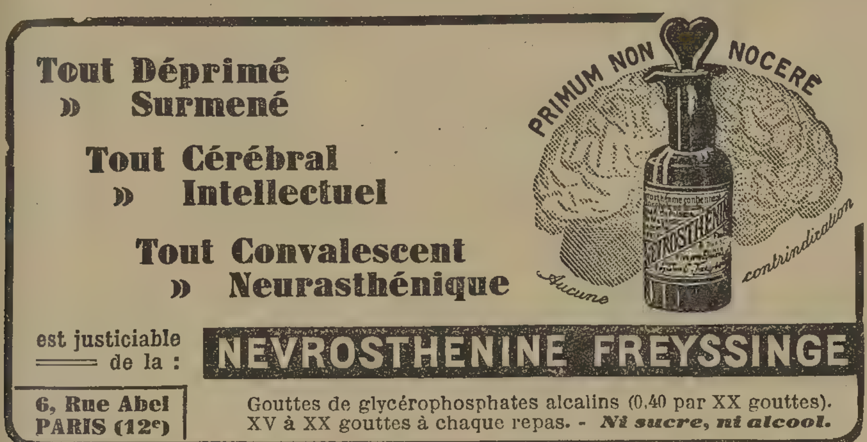
Les auteurs insistent sur la rareté :

1° De l'intoxication par une poudre nasale ;

2° Des troubles urinaires au cours de la colique métallique.

Ostéite nécrosante gonococcique du pied. — MM. G. MOUTIER et CASTAGNARY. Séquestration du 2e cunéiforme, fusée purulente dans la gaine du long péronien latéral ; ablation du cunéiforme séquestré ; incision de drainage rétro-malléolaire externe. Guérison.

Culture du pus : gonocoque pur ; examen histologique : lésions d'ostéite nécrosante.





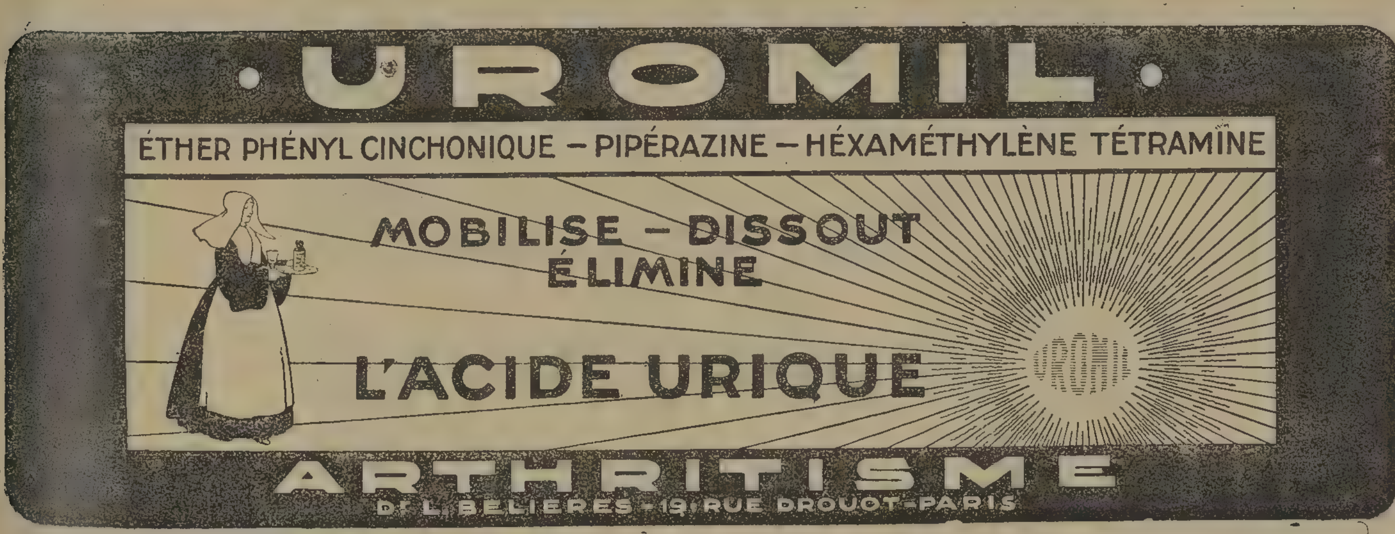
CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

BILLETS D'ALLER ET RETOUR DE FIN DE SEMAINE A PRIX RÉDUITS POUR LA SAISON D'ÉTÉ. — Il est délivré, du 15 moi au 15 octobre, au départ de : Paris-P.-L.-M., Dijon-Ville, Besançon-Viotte, Besançon-Mouillère, Lyon, Saint-Etienne, Marseille, Toulon, Nîmes, Montpellier, Genève-Cornavin, Genève-Eaux-Vives, des billets d'aller et retour indidividuels d'excurson, comportant une réduction de 40 % sur le double du prix d'un billet ordisur le double du prix d'un billet simple.

Ces billets sont valables du samedi à midi au lundi à midi (heure à laquelle les voyageurs doivent être rentrés à leur point de départ). Aucune prolongation de validité n'est accordée en principe. Toutefois, lorsque le lundi est un jour de fête légale, le coupon de retour du billet est valable jusqu'au mardi à midi ; de même, lorsque le samedi est un jour de fête légale, le coupon d'aller est valable à partir du vendredi à midi. Lorsqu'un jour de fête tombe en semaine, un autre jour que le samedi ou le lundi, le billet est valable de la veille à midi au lendemain de la fête à midi, heure à laquelle les voyageurs doivent être rentrés à leur point de départ.

Les voyageurs peuvent s'arrêter aux stations intermédiaires pour lesquelles la délivrance des billets de même nature est autorisée.

Ces billets donnent droit à une franchise de bagages de 20 kilogr. pour le transport exclusif des bicyclettes, voitures d'enfants et du matériel de campement.



PRATIQUE MÉDICALE

LES CAUSES REBELLES ET VIRTUELLES DE LA DOULEUR DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES (1)

Par M. le docteur SAVIGNY.

La douleur a sa cause réelle, son facteur objectif lésionnel, mais le rapport entre cette cause et son effet est sous la dépendance d'un facteur variable : l'excitabilité nerveuse ou sympathique. Il ne faut pas analgésier tous les malades qui souffrent : dans certains cas il faut savoir tirer de la douleur les données cliniques qu'elle comporte ; dans d'autres il convient, au contraire, de combattre la douleur, épiphénomène surajouté sans valeur diagnostique. Chez les malades à système nerveux trop excitable, l'analgésique est d'un grand secours. Un médicament qui leur convient parfaitement, parce que c'est un *modérateur* de l'excitabilité neuronique, et qu'il n'a aucun des inconvénients des opiacés, c'est la cibalgine qui, en leur procurant le calme, le repos, et en favorisant le sommeil, les met, par cela même, en meilleure condition pour équilibrer leur système sensitif. injectée *loco dolenti* dans les pleurodynies, pseudo-angor, de même qu'au point d'émergence du nerf, dans les sciatiques et névrites, la cibalgine procure également une sédation durable du phénomène algique.

NOTES POUR L'INTERNAT

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. COMPLICATIONS (2)

PRONOSTIC

Toujours grave, à cause de la menace d'accidents paroxystiques. Les chiffres de la tension ne constituent pas un élément de pronostic important, sauf s'ils sont aussitôt extrêmement élevés ; ce qui importe, c'est :

1° Les oscillations de la tension artérielle (gravité des tensions très oscillantes) ;

2° L'élévation rapide et progressive de la tension ;

3° L'élévation de la maxima ;

4° La diminution de la différentielle ;

5° La jeunesse des sujets. L'hypertension des jeunes, surtout dans les familles où l'on trouve des cas d'angor, ou de mort subite, étant très grave.

DIAGNOSTIC

Il se pose dans diverses conditions. Il faut toujours y penser, et l'examen de n'importe quelle maladie devant toujours comporter la prise de la tension artérielle, la découverte de l'hypertension explique souvent bien des troubles, non encore rattachés à leur cause véritable.

Le diagnostic d'hypertension est donc fait de façon indiscutable grâce au sphygmo-manomètre ; ce qui importe, c'est de faire le bilan cardio-artério-rénal du sujet, et de chercher une étiologie possible.

Nous ne reviendrons pas sur l'importance extrême de l'examen radioscopique du cœur, l'appréciation du ventricule gauche, sur lequel nous avons déjà insisté.

De même, il importe de faire le bilan des fonctions rénales, par la constante d'Ambard, l'épreuve de la Phénolphtaléine, et le dosage de l'urée sanguine.

L'on donnera au malade les conseils d'hygiène, le règlement de vie qui convient pour éviter, autant que possible, les à-coups d'hypertension, et l'on surveillera la tolérance cardiaque fonctionnelle à intervalles réguliers.

A une phase plus avancée, lorsque la pression différentielle est diminuée sous l'influence de la défaillance du myocarde, il faut penser à l'hypertension, qui n'est plus inscrite sur le sphygmanomètre que par l'élévation de la minima et celle plus relative de la maxima. Il faut penser que l'hypertension est la cause de l'asystolie en cours, qu'elle est pour le moment comme décapitée, et faire de l'ouabaïne, qui permettra aux chiffres fonctionnels de retrouver l'écart souhaitable.

Enfin, en présence d'une hémorragie cérébrale, d'une crise d'œdème aigu du poumon, d'une crise d'asthme nocturne, il faut rattacher à l'hypertension causale l'accident observé. De même, en présence d'un cœur en arythmie complète, avec souffle systolique de la pointe, tension minima élevée, petite différentielle, et stases multiples, il ne faut pas croire à une asystolie mitrale, mais rattacher à l'hypertension les accidents actuels.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Le problème de l'hypertension restant très mystérieux, ce ne sont que des étiologies approchées que l'on pourra trouver. On cherchera :

1. NÉPHRITE CHRONIQUE, — dont on a tant discuté pour savoir si elle était la cause ou l'effet de l'hypertension. Le bilan des fonctions rénales restant en tout cas très important à préciser.

2. SYPHILIS, — surtout syphilis acquise, qui ne donne d'ailleurs pas d'hypertension spéciale, et dont certains auteurs vont jusqu'à nier le rôle direct, en disant qu'il n'y a que « des hypertensions chez les syphilitiques ».

L'hérédo-syphilis est en cause dans certaines hypertensions solitaires de l'enfant, d'ailleurs très rares.

3. MÉNOPAUSE — naturelle ou chirurgicale, donne des hypertensions régressives, grâce à l'opothérapie prolongée pendant des années.

Il faut y rattacher l'hypertension au cours des *fibromes.*

4. LES SURRÉNALOMES — donnent des hypertensions paroxystiques qui peuvent devenir permanentes. Les crises hypertensives se greffent alors sur une hyperpression chronique. Il faut y penser lorsque, pendant quelques mois, se déroulent de violentes crises hypertensives, séparées par des intervalles de pression normale.

5. CAUSES PLUS DISCUTABLES. — La *maladie de Basedow*, *l'obésité*, *la goutte*, *le diabète* peuvent coexister avec l'hypertension, mais ne semblent pas être des facteurs étiologiques directs. Très souvent on ne trouve rien comme étiologie, l'hypertension est d'origine connue, et c'est souvent dans ces cas que l'on peut invoquer l'*hérédité*. L'hypertension se rencontre souvent chez des individus dont les antécédents ou les collatéraux sont morts subitement d'angor, d'hémorragie cérébrale ou d'accidents dramatiques, liés avec l'hypertension.

En résumé, l'hypertension artérielle est un syndrome dont la cause directe est inconnue, et qui résulte d'un dérèglement des centres vaso-contracteurs et adrénalino-sécréteurs, sous l'influence de causes très variées. La tolérance clinique en est très variable, mais il faut craindre les accidents paroxystiques intercurrents, et tardivement l'insuffisance cardiaque, dont on reculera autant que possible le terme par une vie réglée, exempte de surmenage.

(1) *Concours méd.*, 25 janv. 1931, n° 4.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 68, p. 1262, et n° 70, p. 1298.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


Le VIN GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE
est le véritable
SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME
chez les Enfants et les Adultes
Le VIN GIRARD, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme.
D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le VIN GIRARD est, de plus, d'un goût fort agréable.
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
TUBERCULOSE
UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS
MÊME COMPOSITION
MÊMES INDICATIONS :
SIROP GIRARD
MÉDECINE INFANTILE
2 à 3 cuillérées à bouche selon l'âge.
GRANULÉ GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
2 à 4 cuillérées à café pour Enfants & Adultes
VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia PARIS
VIN GIRARD
Succédané de l'Huile de Foie de Morue
A. GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS
VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS

N° 73. — SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1932. 105e ANNÉE. SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1932. — N° 73.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Un concours pour la nomination à une place de médecin de l'hôpital Renée Sabran à Giens (Var) s'ouvrira le 5 décembre à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Inscription avant le 26 novembre à l'Administration des hospices, bureau du personnel, 44, passage de l'Hôtel-Dieu à Lyon.

MÉRITE MARITIME. — Sont nommés :

Au grade d'officier. — MM. Pidancet, médecin sanitaire maritime, à Marseille, Bouteiller, médecin chef de 1re classe.

Au grade de chevalier. — MM. Lansezkour, médecin sanitaire maritime, au Havre; Le Cann, médecin principal de la marine.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — MM. les professeurs H. Dewaele (Gand), L. Michiels (Louvain) et L. Weekers (Liége), membres correspondants, viennent d'être nommés membres titulaires de l'Académie royale de médecine de Belgique.

OFFICE NATIONAL DU TOURISME. — Sont nommés membres du Conseil d'administration de l'Office national du tourisme, pour les années 1932, 1933, 1934 et 1935, au titre de représentants des stations hydro-minérales ou climatiques et des stations de tourisme : MM. Boursier, Cany, Desgrez, Durand-Fardel, à Paris; Meillon, à Cauterets; Moncorgé, au Mont-Dore; Sellier, à Bordeaux.

V. E. M. NORD-AFRICAIN A VALS ET EN VIVARAIS. — Un groupe de médecins nord-africains parmi lesquels on remarquait M. Charles Aboulker, chirurgien des hôpitaux d'Alger, M. Piquet, directeur des Services d'hygiène de Constantine, M. Cassuto, fondateur de la Maison du Médecin de Tunis et rédacteur en chef de *La Tunisie médicale*, vient de visiter Vals et le Vivarais.

Reçus à Vals par le Maire, M. Paul Giraud, le docteur Chabannes, doyen des médecins de Vals et les membres du Comité de propagande nos confrères ont visité avec intérêt les nouvelles installations thermales, les buvettes de la Béatrix, de la Dominique, de la Favorite, des Perles, de la Reine, de la Saint-Jean, les embouteillages automatiques de la Saint-Jean et les nouveaux parcs merveilleusement fleuris.

Une conférence de M. Maurice Delort sur le traitement hydrominéral des dyspepsies hypersthéniques, une causerie du docteur Maurice Uzan sur l'étude biologique des eaux de Vals, a occupé une matinée.

Deux banquets ont été offerts aux visiteurs, le premier jour au Casino sous la présidence du Maire de Vals, on y remarquait la présence de M. Chappaz, directeur général de l'agriculture du Protectorat de Tunis, et de M. le Chef de cabinet du Préfet de l'Ardèche. Un deuxième banquet strictement médical a eu lieu le lendemain à l'Hôtel des Bains.

Après avoir fait une promenade aux environs de Vals, les médecins nord-africains ont terminé leur excursion par une visite aux hautes stations climatiques du Vivarais, à Saint-Agrève et à La Louvesc.

HÔPITAUX COCHIN ET TENON. — Des consultations de médecine générale et de chirurgie générale sont ouvertes dans les hôpitaux Cochin et Tenon aux heures indiquées ci-dessous :

Hôpital Cochin, le mardi et le vendredi, à 20 h.

Hôpital Tenon, le mardi et le samedi, à 18 h. 30.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Docteur Th. Vaugy (de Mâcon).

Félix LEJARS

(1863-1932)

C'est en voyage que j'ai appris la mort du professeur Félix Lejars, et c'est seulement aujourd'hui qu'il m'est permis de rendre hommage à la mémoire de celui qui fut un grand chirurgien et l'un des meilleurs maîtres de notre Faculté.

Tout à fait au début de mes études, mon ami Raymond Le Fort m'avait emmené à la vieille Pitié dans le service où Lejars remplaçait Léon Le Fort. On sait que Lejars avait épousé la fille du professeur Léon Le Fort, qui, lui-même, était le gendre de Malgaigne. Lejars appartenait donc à une illustre famille chirurgicale.

Je le revois encore faisant la visite avec sa redingote noire, ceint d'un tablier blanc, traversant ces salles lugubres qui puaient l'iodoforme, et je n'ai pas oublié la patience et la clarté avec lesquelles il essayait de nous apprendre, à Raymond Le Fort, à mon frère et à moi, les premiers éléments du diagnostic chirurgical.

Si je rappelle ce souvenir d'antan, c'est afin de mieux situer le jeune chirurgien qui, parti d'une période tâtonnante de la chirurgie, a participé, depuis quarante ans, avec toute sa génération, aux progrès merveilleux auxquels nous avons assisté.

Lejars avait été nommé interne des hôpitaux en 1883, dans une promotion qui comptait Monprofit (d'Angers), Villar (de Bordeaux), Latouche père (d'Autun), Maurice Péraire.

En 1891, il est nommé, à 27 ans, chirurgien des hôpitaux. L'année suivante, il arrive premier à l'agrégation de chirurgie, en même temps que Pierre Delbet et Albarran. Et dès lors, sa carrière chirurgicale se déroule brillamment. Malgré sa modestie, sa répugnance naturelle à se faire valoir, Lejars compte rapidement parmi les premiers chirurgiens de Paris. Sa caractéristique est la méthode rigoureuse servie par une conscience poussée jusqu'au scrupule.

J'ai dit plus haut que Lejars fut un des meilleurs professeurs de la Faculté. C'est lui, bien certainement, qui a formé le plus d'élèves, soit par son enseignement oral, soit par son enseignement écrit.

Existe-t-il un succès comparable à celui de sa *Chirurgie d'urgence ?* Il n'est pas un praticien en France ou dans les pays de langue française qui n'ait sur sa table ce volume précieux dans lequel Lejars avait mis toute sa science, science faite de clarté et de précision, et toute sa conscience. Ce volume, dont les éditions ne se comptent plus, a eu un jeune frère : le traité d'*Exploration chirurgicale et de diagnostic chirurgical*, où Lejars, peu après la guerre, a mis le meilleur de lui-même.

Félix Lejars était professeur de clinique chirurgicale ; il était membre de l'Académie de médecine depuis 1924, et commandeur de la Légion d'honneur.

Très respectueusement, nous saluons la mémoire de celui qui, ayant à porter le lourd héritage de Malgaigne et de Léon Le Fort, fut le digne continuateur de ses illustres ascendants.

F. L. S.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. (Hôpital Saint-Louis. Professeur : M. GOUGEROT.) — *Travaux pratiques de laboratoire.* — Une série de travaux pratiques de laboratoire appliqués à la dermatologie et à la syphiligraphie aura lieu au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat), sous la direction de Mlle le docteur Olga Eliascheff, chef de laboratoire, le 12 octobre.

Les séances auront lieu les mercredis, jeudis et samedis, de 17 à 19 h.

Les élèves font les manipulations individuellement. Ils peuvent emporter les préparations, les coupes et les cultures.

Un certificat leur est remis à la fin de la série des travaux pratiques.

Prix de chaque cours : 350 fr.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Pour tous renseignements, s'adresser à Mlle le docteur Olga Eliascheff, laboratoire de la Faculté, hôpital Saint-Louis, les mardis et vendredis, de 10 à 11 h.

— CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE DE LA PITIÉ. (Professeur : M. F. RATHERY.) — *Cours de perfectionnement sur le diabète sucré*, du 13 au 29 octobre 1932. — Ce cours sera fait par M. le professeur Rathery, avec la collaboration du professeur Terrien, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine; du professeur Jeannin, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine; de M. Plantefol, sous-directeur de laboratoire au Collège de France; du docteur Thalheimer, chirurgien des hôpitaux; du docteur Froment, ancien chef de clinique, médecin assistant du service; des docteurs Boltanski, Dérot, Germaine Dreyfus-Sée, Kourilsky, Julien Marie, Mollaret, Maurice Rudolf, Sigwald, chefs de clinique à la Faculté de médecine, et du docteur Doubrow, chef de laboratoire.

Les auditeurs du cours seront initiés aux différentes méthodes de recherche concernant l'étude et le traitement du diabète : le dosage du sucre urinaire; le dosage du sucre sanguin; le pH et la réserve alcaline; la recherche et le dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide β-oxybutyrique; le métabolisme basal.

Les exercices pratiques seront faits sous la direction de Mme Plantefol et de Mlle Lévina.

Visites quotidiennes dans les salles et présentation de malades diabétiques par le professeur Rathery.

Les inscriptions à ce cours seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine (salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 h. et de 14 à 17 h. (sauf le samedi après-midi).

Droit d'inscription : 250 fr.

Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

* *


L'ALUNOZAL
TRAVERSANT L'ESTOMAC SANS SE DÉCOMPOSER
salicylate aluminique basique
SE DÉDOUBLE
sous l'influence de l'alcalinité intestinale
en
ALUMINE GÉLATINEUSE
ASTRINGENT ABSORBANT
SALICYLATE ALCALIN
ANTISEPTIQUE ANALGÉSIQUE
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
DIARRHÉES DES NOURRISSONS
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
COMPRIMÉS à 0.50 TUBE de 20
GRANULÉS à 25% FLACON de 90 grs
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

XIIe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

Paris, 31 mai et 1er juin 1932

La Société de neurologie, présidée par M. Lévy-Valensi, a repris la tradition de ses réunions internationales annuelles, qui avait été interrompue l'année dernière à l'occasion du Congrès international de Berne.

Le sujet mis à l'étude était vaste et comportait bien des problèmes à résoudre : les épilepsies (acquisitions récentes concernant la clinique, l'anatomie pathologique, la pathogénie et le traitement). Rapports et communications ont permis une mise au point des importants travaux qui ont été consacrés, depuis quelques années, à ce chapitre encore si obscur, dont la place se situe de plus en plus nettement aux confins de la pathologie nerveuse et de la pathologie humorale.

Parmi les rapporteurs, M. ABADIE (de Bordeaux) traitait des *conceptions étiologiques modernes*. M. PAGNIEZ (de Paris) était chargé de la *physiologie pathologique* et de la *pathogénie*, auxquelles il a consacré d'importants travaux personnels. Les *acquisitions récentes concernant la symptomatologie, le diagnostic, l'anatomie pathologique et le traitement* étaient rassemblées par M. CROUZON, sauf le chapitre de l'*Epilepsie psychique*, qui était écrit par M. ABADIE. M. FOERSTER (de Breslau), qui devait présenter le rapport sur le *Traitement chirurgical*, avait été empêché, par raison de santé, d'assister à la réunion, et ce sujet avait été englobé dans le rapport de M. Crouzon.

I. **Conceptions étiologiques modernes sur les épilepsies.** — M. JEAN ABADIE (de Bordeaux). La notion fondamentale, qui oriente les conceptions modernes sur l'étiologie de l'épilepsie, est l'idée, émise par M. Pierre Marie dès 1887, que toute épilepsie suppose une lésion organique acquise, qui intéresse le système nerveux. Il n'y a donc pas d' « épilepsie essentielle «, de « mal comitial » au sens des anciens auteurs, mais un syndrome épileptique, dont les variétés étiologiques sont très diverses selon l'âge de la vie auquel apparaissent les crises.

Les *épilepsies du jeune âge* sont les plus fréquentes. La forme autrefois dite « essentielle », qui commence le plus souvent entre sept ans et douze ans, un peu plus rarement entre douze ans et vingt ans, était considérée autrefois comme l'expression d'une tare constitutionnelle familiale, héréditaire, de nature mystérieuse. Or la notion de l'*hérédité épileptique similaire*, soumise à une critique serrée, ne paraît reposer sur aucun fait précis. La transmission héréditaire de l'épilepsie expérimentale du cobaye, réalisée en 1882 par Brown-Séquard, n'a pas été vérifiée lors des travaux de contrôle qui ont été entrepris depuis lors à l'étranger (Max Sommer). De plus, les travaux généalogiques les plus récents appliqués à de nombreux sujets (328 dans la statistique de Mme Minkowska) ne révèlent, dans la descendance des épileptiques, qu'un nombre très réduit de sujets (8 dans la famille citée). L'hérédité similaire de l'épilepsie ne dépasserait pas, dans l'ensemble, une proportion de 5 ou 6 p. 100, et serait donc pratiquement négligeable. La conception plus moderne d'une *constitution épileptoïde* ou *épileptoïdie* (Mme Minkowska, Krestchmer et Manz) repose sur des caractères anthropomorphiques et psychologiques qui ne paraissent pas suffisamment significatifs (Claude). Cependant, on peut admettre, dans certaines familles, une moindre résistance des centres nerveux à l'égard des causes pathogènes extérieures.

La première place, dans l'étiologie des épilepsies du jeune âge, revient aux *traumatismes obstétricaux*, qui peuvent léser le cerveau ou les méninges par divers mécanismes: blessures directes par application de forceps, compression excessive ou prolongée du crâne dans un travail difficile ou dans un accouchement laborieux, rupture prématurée de la poche des eaux, qui permet une constriction de la tête ou des vaisseaux nourriciers du fœtus. Couvelaire, Léri ont mis en évidence la fréquence de lésions hémorragiques assez importantes soit à la surface, soit dans la profondeur du parenchyme cérébral, dans tous les états d'asphyxie du nouveau-né. On peut souvent retrouver, par l'interrogatoire des parents de l'épileptique, la notion d'accidents dystociques, qui ont pu laisser dans le cerveau des lésions cicatricielles fines et durables, de la névroglie.

L'*origine infectieuse*, qui avait retenu l'attention de Pierre Marie lors de ses premières observations, paraît un peu moins fréquente ; cependant on ne saurait nier l'importance, dans l'étiologie des « syndromes épileptiques infantiles » ou « juvéniles », des convulsions qui accompagnent si fréquemment les épisodes infectieux du premier âge.

Parmi les infections du premier âge, l'*hérédo-syphilis* occupe une place importante, mais, depuis que Fournier, dès 1879, a attiré l'attention sur cette étiologie, son importance a été soumise à des appréciations très variables, certains auteurs, avec Gaucher, y voyant la cause de presque toutes les épilepsies ; d'autres, avec Pierre Marie, Rist, Sicard, la considérant comme rare ; d'autres enfin, avec Babonneix, maintenant l'épilepsie comme un chapitre important dans l'histoire de l'hérédo-syphilis. Les statistiques sont, à cet égard, d'interprétation difficile puisqu'elles varient de 4 p. 100 (Marchand et Bauer) à 60 p. 100 (Leredde) pour la fréquence des signes d'hérédo-syphilis chez les épileptiques. Mais un fait est parfaitement établi, c'est la possibilité d'une guérison radicale, par le traitement spécifique, d'une épilepsie qui se présente sous la forme du mal comitial vulgaire, lors même que cette épilepsie résistait aux thérapeutiques symptomatiques usuelles. L'action curative ne doit, d'ailleurs, être jugée qu'après un certain délai, car le traitement spécifique commence parfois par déterminer une réactivation passagère, et, d'autre part, on a vu parfois des épilepsies banales influencées d'une façon passagère par l'action de choc d'un traitement arsenical (Tinel) ou par l'action calmante d'un traitement mercuriel (Colin). En tout cas, chez tout épileptique, il ne faut jamais omettre de rechercher tous les indices cliniques, humoraux et familiaux de la syphilis, car il s'agit d'une notion de grande portée pratique. C'est quelquefois la radiographie qui montrera la présence d'exostoses craniennes, et particulièrement frontales (Léri et Cottenot, Babonneix).

L'*hérédité alcoolique* est un facteur incontesté d'épilepsie. Le rapporteur fait une étude détaillée, clinique, historique et statistique de la question, en étudiant successivement l'influence de l'ivresse au moment de la conception, et celle de l'alcoolisme habituel du père ou de la mère. La fréquence de l'épilepsie dans la descendance des alcooliques atteint un pourcentage de 15 à 25 p. 100. La fréquence de l'alcoolisme dans les antécédents héréditaires des alcooliques peut être évaluée de 50 à 70 p. 100. Parmi les caractères particuliers, qui ont été attribués à l'épilepsie hérédo-alcoolique, le rapporteur discute la valeur des antécédents collatéraux, du type morphologique et des altérations cranio-cérébrales (Lancereaux), et enfin des troubles mentaux associés. L'alcoolisme paraît agir surtout en rendant le cerveau de l'enfant plus sensible aux causes pathogènes habituelles.

Les relations de l'épilepsie commune et des convulsions infantiles constituent une question fort controversée, dont

le rapporteur retrace l'historique. Actuellement, il est admis que les convulsions infantiles appartiennent bien aux syndromes épileptiques, mais il s'agit de deux variétés bien différentes de syndromes épileptiques, les convulsions de la petite enfance se distinguant, par leur évolution aiguë, de l'épilepsie chronique à début infantile ou juvénile. Le terme qui lui conviendrait le mieux est celui de « syndrome éclamptique infantile ».

En comparant les statistiques, on constate que la fréquence des convulsions infantiles, dans les antécédents des épileptiques, atteint, selon les auteurs, de 60 à 64 p. 100, et même 75 à 80 pour 100, pour Pierre Marie, dans la clientèle privée, où les enfants sont mieux suivis. La fréquence de l'épilepsie commune à la suite de convulsions infantiles, évidemment beaucoup plus difficile à établir, est évaluée de 7 à 44 p. 100. Sur ce point, il y a une opposition très nette entre l'impression des pédiatres, pour lesquels les convulsions infantiles constituent un incident le plus souvent sans grande portée, et guérissent sans retentissement fâcheux sur la santé ultérieure, — et les affirmations de beaucoup de neurologistes, qui y voient l'origine fréquente de beaucoup d'affections du système nerveux et d'épilepsie véritable. Il est certain qu'un enfant éclamptique n'est pas fatalement destiné à devenir épileptique, mais ses convulsions représentent toujours pour lui un précédent fâcheux. On trouvera, dans ce rapport, un exposé très précis et très complet des signes de possibilité, des signes de probabilité et des signes de certitude, qui permettent de redouter la transformation du syndrome éclamptique aigu de la petite enfance en épilepsie chronique. L'évolution pubérale doit être l'objet d'une vigilance toute particulière chez tout enfant qui a présenté des convulsions.

Les *épilepsies de l'âge adulte* sont celles qui commencent après l'âge de trente ans environ. Ces épilepsies tardives sont moins fréquentes que celles du jeune âge, plus fréquentes que celles de la vieillesse. Leurs trois grandes causes sont le traumatisme, la puerpéralité et la syphilis acquise.

Tout d'abord, il faut discuter le vieux problème de l'hérédo-épilepsie que la guerre avait remis à l'ordre du jour. Il est certain que le terme est mauvais et doit être banni du vocabulaire neurologique, car une crise ne peut être à la fois épileptique et hystérique, mais il semble que, chez certains malades, et en particulier chez des blessés de guerre, on puisse observer l'association des deux sortes de crises.

L'*épilepsie traumatique* a été, elle aussi, l'objet de nombreux travaux chez les blessés de guerre. Sa fréquence, dans les blessures cranio-cérébrales de guerre, atteindrait 5 p. 100, alors que dans les fractures du crâne simples, elle ne dépasse pas 0,5 p. 100. Les circonstances de son apparition, son évolution transitoire aiguë, ou durable, ses variétés symptomatiques, sont longuement analysées. Le recul du temps a permis de fixer quelques points importants de son histoire : la possibilité de l'apparition très tardive des accidents, six, sept ou douze ans après la blessure ; la transformation fréquente de l'épilepsie bravais-jacksonienne en épilepsie générale ; la guérison spontanée, rare, mais nettement constatée, de certaines épilepsies traumatiques, et enfin l'action élective des traumatismes les plus superficiels, les grosses pertes de substance et les projectiles intracérébraux ne déterminant qu'exceptionnellement l'épilepsie. Des crises, survenues au cours des interventions chirurgicales, ont parfois permis de constater l'ischémie subite et passagère des circonvolutions correspondantes (Walter, Leriche, etc.). La radiographie a parfois permis de retrouver fracture ou projectiles dans des cas d'épilepsie dont l'origine traumatique était complètement méconnue.

La question de l'*épilepsie puerpérale* est l'occasion d'une revue critique minutieuse de toutes les questions qui touchent les relations de la grossesse avec l'épilepsie. Les conclusions principales sont les suivantes :

La grossesse atténue souvent une épilepsie antérieure, atténuation d'ailleurs toute passagère ; elle interrompt quelquefois même complètement les accès. Quelquefois, au contraire, elle les aggrave. Plus souvent elle ne les modifie en aucune manière. Chez une même femme, chaque grossesse agit sur les crises dans le même sens.

La lactation, en général contre-indiquée chez les épileptiques (Vignes), exerce une influence du même ordre que la grossesse.

Quant à l'influence de l'épilepsie antérieure sur la grossesse, elle est nulle ; il n'est même pas prouvé que les femmes épileptiques soient plus disposées que d'autres à l'éclampsie puerpérale.

Le terme d' « épilepsie puerpérale » proprement dite devrait être réservé aux cas dans lesquels les crises sont provoquées par la grossesse, en dehors de toute éclampsie. Elle peut être transitoire, — et se reproduire parfois même à chaque grossesse et jamais dans l'intervalle ; quand elle est durable, elle est souvent maligne. L'épilepsie post-éclamptique, au contraire, qui survient après l'accouchement, chez des femmes guéries de l'éclampsie vraie, est relativement atténuée, d'après Pierre Marie, et susceptible de guérir spontanément. Enfin l'infection puerpérale, au même titre que toutes les toxi-infections, peut être le point de départ d'une « épilepsie post-infectieuse puerpérale ».

Parmi toutes ces formes diverses, l'*éclampsie puerpérale* doit conserver sa place à part, comme syndrome épileptique aigu de cause toxique. On trouvera, dans ce rapport, une mise au point de l'étiologie, de la symptomalogie, des complications et du pronostic de l'éclampsie puerpérale. L'auteur insiste sur l'atténuation de sa fréquence (14 p. 10 000, au lieu de 50 p. 10 000 à la fin du siècle dernier) et de sa gravité.

L'*épilepsie syphilitique* est bien connue depuis Fournier. Ce dernier en décrivait quatre types distincts, qui sont encore classiques aujourd'hui, mais dont il y a lieu de discuter la fréquence, et même la légitimité : l'épilepsie ancienne aggravée par la syphilis, — dont il n'existe que de très rares observations, et qui n'est pas absolument prouvée ; — l'épilepsie syphilitique secondaire, dont l'existence paraît avérée, mais qui est exceptionnelle (une vingtaine d'observations) ; — l'épilepsie syphilitique tertiaire, la plus fréquente, qui s'associe à d'autres manifestations de la syphilis cérébrale, et qui se montre généralement curable sous l'influence du traitement spécifique ; — enfin l'épilepsie parasyphilitique, qui, d'après Fournier, se développerait dix à vingt ans après le chancre, mais resterait absolument rebelle à la médication antisyphilitique. Après critique des faits et des statistiques, l'autonomie de cette dernière variété paraît très discutable. A côté de ces formes classiques, le rapporteur fait une place à part à l'épilepsie postmalariathérapique, signalée par Leroy et Médakovitch, Guiraud, et dont il a observé trois exemples personnels chez des paralytiques généraux traités par l'impaludation. Il attribue ces faits, non à l'infection palustre, comme le font Leroy et Médakovitch, mais à la transformation du processus diffus de la méningo-encéphalite en une lésion plus spécifiquement évolutive et plus accessible au traitement. Il s'agirait donc d'un réveil d'épilepsie tertiaire.

L'*épilepsie pleurale* reste une rareté ; cependant elle a acquis un intérêt pratique renouvelé depuis que la cure de la tuberculose par le pneumothorax artificiel est devenue d'usage courant. Sa pathogénie a été l'objet d'interprétations très diverses. L'origine émotive, le réveil d'une aptitude convulsive latente, la nature toxi-infectieuse ne peuvent être invoqués. Les deux théories, qui répondent le mieux aux faits, sont celles qui font intervenir soit un ré-

flexe par irritation des terminaisons pleurales du pneumogastrique (Cordier, Leuret et leurs collaborateurs), soit une embolie, gazeuse ou plutôt banale (Vallin, Pruvost), chacun de ces mécanismes convenant à une partie des faits (Dumarest, Bezançon, etc.).

Cet accident s'observe surtout quand on a affaire à une plèvre épaisse, symphysée. On devra utiliser, à titre préventif, l'anesthésie locale, l'injection de morphine, le bromure, le chloral ou le gardénal. Si les accidents se produisent, il convient d'injecter l'acétylcholine.

L'*épilepsie cardiaque* comprend deux ordres de faits absolument distincts :

1° L'*épilepsie de la bradycardie permanente* constitue un des traits caractéristiques du syndrome de Stokes-Adams, à côté des accès vertigineux et syncopaux, qui sont plus fréquents. Elle est caractérisée par son aura cardiaque ou respiratoire, qui manque rarement, et surtout par son extrême gravité : l'accident convulsif est le plus grave des accidents nerveux de la bradycardie permanente. Elle correspond toujours à un ralentissement plus marqué du pouls (20, et quelquefois 5 par minute).

Dans les formes paroxystiques de l'affection, lorsque l'accès n'est pas constaté par le médecin, l'origine cardiaque de la crise épileptique peut être totalement méconnue, et le fait est gros de conséquences pratiques, car les médications anti-épileptiques sont dénuées de toute action en pareil cas, alors que les crises peuvent être supprimées ou espacées par l'emploi des substances qui agissent sur le rythme cardiaque, principalement l'adrénaline et l'atropine. Dans les observations de ce genre, l'exploration électro-cardiographique permettrait parfois le diagnostic dans l'intervalle des crises.

2° L'*épilepsie asystolique* est, dans la conception classique, constituée par des accès convulsifs qui surviennent au moment des paroxysmes de l'insuffisance cardiaque, et qui cessent lorsque celle-ci s'atténue. Les crises ne cèdent pas aux anti-épileptiques, mais au repos, au régime, à la saignée, aux toni-cardiaques. La discussion des observations rapportées conduit à cette conclusion, qu'il s'agit d'une forme rare, voire exceptionnelle, dont l'individualité étiologique et clinique n'est nullement établie. Les faits d' « asystolie locale encéphalique » (Lian) semblent toujours liés à l'existence d'une lésion cérébrale épileptogène antérieure. Lésions nerveuses et lésions cardiaques peuvent, d'ailleurs, être de la même origine, comme dans le cas de syphilis ou d'artériosclérose généralisée.

Les *épilepsies de la vieillesse* sont les moins fréquentes, mais leur existence est indiscutable. Il en existe deux variétés :

1° L'*épilepsie présénile* est rare. Elle s'observe aux environs de la cinquantaine. Elle semble liée à l'involution sexuelle, et reste généralement bénigne et transitoire. Chez la femme, c'est l'épilepsie ménopausique, qui est bien connue, qui disparaît généralement d'elle-même, ou sous l'influence de l'opothérapie ovarienne, associée ou non à la médication thyroïdienne ou hypophysaire. Chez l'homme, le rapporteur admet qu'il existe également une épilepsie d'involution sexuelle, dont les caractères sont analogues. Les formes durables, qui s'associent généralement à des signes de méiopragies viscérales séniles, constituent des intermédiaires avec l'épilepsie sénile.

L'*épilepsie sénile vraie* survient surtout après l'âge de soixante ans. Elle est plus fréquente que la forme présénile, mais beaucoup plus rare que les formes de l'enfance ou de l'âge adulte. C'est une épilepsie chronique, durable, résistant aux médications, souvent progressive, qui présente les mêmes caractères essentiels que l'épilepsie de l'enfance ou de l'adolescence, mais qui s'associe presque toujours à une démence sénile à marche accélérée. Les lésions cérébrales constatées sont de divers ordres ; il faut signaler surtout, par ordre de fréquence, l'athéromatose cérébrale, l'état vermoulu du cerveau, enfin la sclérose miliaire de l'écorce cérébrale.

II. Acquisitions récentes sur la physiologie pathologique et la pathogénie de l'épilepsie. — M. Ph. PAGNIEZ (de Paris). Les nombreux travaux qui ont été consacrés, depuis quelques années, à la physiologie pathologique du syndrome épileptique, et auxquels le rapporteur a pris une part importante, laissent encore beaucoup d'obscurités. Il paraît cependant bien établi que deux facteurs sont nécessaires pour expliquer le retour des accès paroxystiques : d'une part une lésion nerveuse, d'autre part un facteur indépendant du système nerveux, et qui paraît bien être d'ordre humoral.

La crise elle-même s'accompagne d'un trouble circulatoire cérébral, en général d'une anémie par vaso-constriction, qui la commande probablement. Horsley, Kennedy, Leriche, Fœrster ont constaté directement le phénomène au cours d'interventions. Le spasme des vaisseaux rétiniens peut se produire au moment de la crise chirurgicale (Knies) ou à titre d'équivalent (Souques et Dreyfus-Sée). Peut-être le rôle principal revient-il à la vaso-dilatation consécutive (expérience de Elsberg et Stookey). Il semble, d'ailleurs, comme l'ont admis Jackson, puis Kinnier Wilson, qu'il puisse y avoir des crises de niveau cérébral différent, corticales ou mésocéphaliques. Quant à distinguer, parmi les manifestations épileptiques, celles qui relèvent de l'excitation ou de l'inhibition de tel ou tel centre, c'est une question qu'il nous est absolument impossible de résoudre. La théorie de l'inhibition des centres corticaux, soutenue par Hartenberg, a l'avantage d'être séduisante et commode.

Les principaux points, qui ont été envisagés récemment dans la physiologie pathologique des crises épileptiques, concernent les perturbations du système neuro-végétatif, les modifications des constituants du sang, l'équilibre du liquide céphalo-rachidien, les troubles endocriniens, et les relations de la crise épileptique avec les phénomènes anaphylactiques.

Le système neuro-végétatif de l'épileptique se distingue surtout par son déséquilibre, — de sens surtout vagotonique, — et par son instabilité toute spéciale.

Cette même instabilité est le seul caractère qui distingue l'état humoral de l'épileptique, malgré les très nombreuses recherches qui ont été consacrées au dosage des différents éléments du sang : urée, acide urique, ammoniaque, corps créatiniques, albumose, cholestérine et lipides, glycémie et mécanisme glyco-régulateur (Pagniez et Escalier), équilibre protéinique, fibrinogène, et surtout calcémie et équilibre acido-basique.

Il y a quelques années, on admettait, avec Bigwood, que la crise épileptique était toujours précédée d'une chute du calcium sanguin, qui pouvait atteindre 32 p. 100, et qui s'accompagnait d'une tendance très nette à l'alcalose. La possibilité de provoquer des crises par l'hyperpnée, qui détermine une alcalose gazeuse du sang, l'action thérapeutique du régime cétogène, qui tend, au contraire, à acidifier le sang, semblaient venir à l'appui de la théorie de Bigwood, qui tendait à rapprocher l'épilepsie de la tétanie dans le groupe des syndromes d'alcalose sanguine et l'hypocalcémie.

Actuellement, toute cette question est remise en discussion. L'action de l'hyperpnée est sans doute moins nette qu'on ne l'avait cru tout d'abord, et il ne semble pas qu'elle soit liée à l'alcalose ; inversement, le régime cétogène ne paraît pas exercer son influence par acidose (Peterman). On a d'ailleurs vu des crises épileptiques au cours de

l'acidose (M. Labbé, G. Guillain). Enfin Dautrebande a montré que, si l'on constatait bien chez le comitial (non dans l' « épilepsie symptomatique ») une alcalose par la méthode de Cullen, cette alcalose ne se retrouvait ni par la méthode de Hasselbach, ni par la méthode électrométrique. Ses conclusions sont que le *p*H des épileptiques reste dans les limites de la normale, mais qu'il varie, d'un jour à l'autre, plus que celui des sujets sains.

La même instabilité se retrouve dans les éliminations rénales, et surtout dans le *p*H urinaire (Tinel). Elle est d'ailleurs commune à l'épileptique et au migraineux, à l'anxieux, à l'hypomaniaque.

Depuis quelques années, certains faits ont montré que le métabolisme de l'eau était non moins important chez l'épileptique. Les recherches de Frisch et Walter, de Mac Quarrie et Peeler chez l'épileptique, celles de Elsberg et Pike, de Hemholz et Keith chez le lapin, ont montré que l'hydratation de l'organisme semble favoriser la production des crises ; inversement, le régime sec ou le jeûne sont susceptibles, du moins chez certains épileptiques, de diminuer ou même de faire disparaître les crises (Mac Quarrie et Temple Fay).

Il est naturel de penser que l'hydratation ou la déshydratation de l'organisme agissent chez l'épileptique par leur influence sur la pression, sur la concentration ou sur la répartition du liquide céphalo-rachidien.

Toutes les recherches, concernant les modifications possibles de la composition du liquide céphalo-rachidien, sont restées négatives. Au sujet de la pression, les résultats les plus variables ont été enregistrés. La majorité des auteurs ont constaté une élévation de la pression au moment des crises, mais Leriche a observé l'hypotension à ce moment, et, d'autre part, la ponction lombaire est loin d'exercer toujours une influence heureuse sur l'état de mal. Mac Quarrie, Fay, Gamble incriminent moins l'augmentation de la quantité ou de la pression du liquide céphalo-achidien que son inégale répartition : les encéphalogrammes, en effet, leur ont montré, chez les épileptiques, des dilatations partielles et localisées des espaces sous-arachnoïdiens. Ces perturbations, qui pourraient être liées à une altération des corpuscules de Pacchioni d'origine pré ou post-natale, seraient susceptibles de s'atténuer sous l'influence de la déshydratation. Ces théories appellent des confirmations expérimentales, qui, jusqu'à présent, sont restées négatives (Alexander).

L'épilepsie n'est pas une affection endocrinienne, mais les faits cliniques montrent que le fonctionnement des glandes à sécrétions internes peut influencer de façon accessoire l'évolution de l'épilepsie. Le rapporteur envisage successivement le rôle des surrénales, qui a été le point de départ des essais de traitement, — d'ailleurs infructueux, — par la surrénalectomie ; celui de l'hypophyse, qui a donné lieu à la théorie de Salmon sur la pathogénie de l'épilepsie ; celui du corps thyroïde, auquel Bolten, Buscano attachent une importance considérable ; celui de l'ovaire, qui est difficile à schématiser parmi les faits multiples, disparates et parfois contradictoires qui démontrent les relations des épisodes de la vie génitale de la femme avec la production des crises d'épilepsie ; enfin le rôle des parathyroïdes, dont l'étude est récente, et dont l'intérêt théorique est considérable, mais qui ne s'appuie encore que sur bien peu de constatations précises.

On a pu espérer, il y a quelques années, trouver un fil conducteur précieux, pour l'explication de l'épilepsie, dans les notions d'anaphylaxie, qui acquéraient une importance croissante en pathologie générale. En réalité, il est aujourd'hui démontré que l'épilepsie n'est pas une affection allergique ni anaphylactique. Cependant la crise est parfois précédée d'un choc hémoclasique, qui met en évidence l'instabilité neuro-végétative du comitial, et parfois sa sensibilisation, que la cuti-réaction et parfois l'expérience clinique et thérapeutique, permettent parfois de mettre en valeur. On trouvera, dans ce rapport, l'énumération des faits connus d'épilepsies liées à une sensibilisation ou à un choc anaphylactique, mais ces faits restent exceptionnels.

L'étude expérimentale de l'épilepsie est difficile. S'il est facile de provoquer des convulsions chez l'animal, on ne peut guère étudier chez lui les autres formes de l'épilepsie, ni la perte de connaissance, qui en est l'élément fondamental, et il est rare de déterminer l'état chronique de prédisposition épileptique. On trouvera, dans ce rapport, l'indication des expériences qui permettent de provoquer les crises épileptiques, soit par irritation directe de l'écorce cérébrale ou du tronc cérébral (expérience de Morgan sur le *tuber cinereum*), soit par action toxique (absinthe, picrotoxine, bromure de camphre, acide lactique, bulbocapnine, insuline).

Les meilleures reproductions expérimentales de l'épilepsie sont dues à des expériences déjà anciennes ; celles de Brown-Séquard en 1852, celles de Claude et Lejonne en 1910.

M. Pagniez a repris les expériences de Brown-Séquard et les a pleinement confirmées. Il présente un beau film, pris avec la collaboration de M. Comandon, et qui permet de les suivre facilement. Un cobaye, qui a subi quelques semaines auparavant une résection du sciatique droit, fait une crise d'épilepsie (dès qu'on lui pince le tégument du cou du côté droit). La crise est typique : il n'y manque que le cri et la miction. La prédisposition épileptogène est ici parfaitement réalisée. Il semble s'agir, cependant, d'une forme d'origine purement nerveuse, indépendante de phénomènes humoraux ; les essais entrepris pour modifier l'expérience par action humorale n'ont donné aucun résultat.

Les expériences de Claude et Lejonne ont porté sur des chiens. Si l'on instille à ces animaux, sous la dure-mère, quelques gouttes d'une solution de chlorure de zinc, ils présentent, quelques mois plus tard, une susceptibilité spéciale, qui les fait réagir par des crises épileptiques à l'ingestion d'une dose de strychnine qui est inoffensive chez les animaux témoins. Selon les doses de strychnine, les convulsions sont typiques ou atypiques. Des expériences du même ordre ont été réalisées par Dandy et Elman, Muncie et Schneider avec l'essence d'absinthe chez le chat, par Sauerbruch chez le singe avec la cocaïne, par Clementi chez le chien.

Ces faits devaient amener à étudier la toxicité du sérum des épileptiques. M. Pagniez a entrepris des travaux sur cette question avec ses élèves, et il a constaté que le sérum d'épileptiques, injecté au cobaye par voie carotidienne, produit très souvent chez cet animal des myoclonies typiques, alors que le sérum de non-épileptique ne détermine cette réaction que d'une façon exceptionnelle. Cette propriété du sérum des épileptiques est thermolabile, mais ne disparaît pas après une délipoïdation partielle du sérum, qui fait disparaître ses propriétés toxiques d'espèce.

Depuis vingt ans, de nombreux faits nouveaux sont venus éclairer les conditions accessoires de la crise d'épilepsie. Mais nous ne savons rien de la cause première qui déclenche, à la manière d'un choc, la crise vaso-motrice, substratum de l'accès. Le rapporteur, comme Bigwood et comme Muskens, croit vraisemblable que ce facteur est d'ordre toxique.

Ce rapport se termine par une importante bibliographie, qui contient les publications les plus récentes, et qui vient ainsi compléter celle que M. Pagniez a donnée, en 1928, dans son livre sur « l'Epilepsie, conceptions actuelles sur sa pathogénie et son traitement ».

III. **Acquisitions récentes concernant la symptomatologie et aidant au diagnostic.** — M. O. Crouzon (de Paris). Ce rapport important échappe, pour sa plus grande part, à toute analyse, car il constitue un compendium des travaux récents qui ont été publiés sur chaque point de l'histoire clinique de l'épilepsie.

Parmi les phénomènes satellites de l'accès, l'étude se limite à un certain nombre de points : l'aura fébrile et les équivalents hyperthermiques, qui seraient liés à l'excitation du centre de la régulation thermique, et qui représenteraient une forme du type extrapyramidal de l'épilepsie, — la pression artérielle, qui est généralement plus élevée pendant la crise, et qui semble plus instable chez les épileptiques que chez les sujets normaux, — les modifications hématologiques, et en particulier la leucocytose qui suit souvent la crise, — les réactions vestibulaires, qui, par la méthode de Barany, seraient, elles aussi, particulièrement instables chez les épileptiques, et qui seraient peut-être susceptibles de déterminer chez eux des crises (P. Marie et Pierre), — les modifications du liquide céphalo-rachidien et de la tension artérielle rétinienne, qui semblent très variables et inconstantes, — enfin les troubles sympathiques, qui sont l'objet d'une analyse détaillée : il faut signaler, en particulier, la discussion sur le réflexe oculo-cardiaque chez les épileptiques, que la majorité des auteurs, avec Claude, Tinel et Santenoise, et malgré les réserves de Marchand et Adam, ont trouvé exagéré avant les crises, diminué après les crises, et abaissé par le gardénal. Pour Marinesco et Kreindler, les modifications des réflexes du sinus carotidien, qui sont généralement diminués chez les épileptiques, interviendraient dans le mécanisme des crises. Il faut rapprocher des troubles sympathiques l'œdème aigu du poumon consécutif à l'accès épileptique, décrit par Langeron.

Dans le groupe des manifestations frustes et incomplètes de l'épilepsie, les principaux chapitres analysés sont les myoclonies, le syndrome de Kojewnikov, les « attaques statiques » étudiées par Ramsay Hunt et par André Thomas, l'épilepsie extrapyramidale, dans laquelle on range actuellement les attaques toxiques, la cataplexie, la pycnolepsie, les associations avec le torticolis spasmodique (Cruchet, Marchand et Bauer, Cornil), l'épilepsie paralytique, enfin les paroxysmes viscéraux dans le diagnostic desquels il importe d'être très circonspect (Baruk), et les paroxysmes sensoriels, visuels, auditifs, olfactifs ou gustatifs.

L'épilepsie présente des analogies plus ou moins lointaines avec toutes les « maladies à crises ». Parmi ces dernières, celles qui lui sont le plus nettement apparentées appartiennent à trois groupes distincts : la spasmophilie et la tétanie, — les psychoses paroxystiques, maniaques, ou anxieuses, — enfin la migraine. Les relations de la migraine et de l'épilepsie, en particulier, sont l'objet d'une analyse minutieuse et d'un historique détaillé.

Dans le chapitre du diagnostic, nous signalerons surtout la discussion des signes objectifs dans lesquels on a espéré trouver des éléments différentiels entre la crise épileptique et la crise hystérique : variations du pH urinaire, de la cholestérinémie et de la glycorrachie, hypersensibilité protéinique, réflexes oculo-cardiaques, labyrinthiques ou carotidiens, susceptibles de mettre en valeur un déséquilibre vago-sympathique, hyperexcitabilité électrique des nerfs, « tests psychologiques », influence de la suppression du gardénal, action de l'acétylcholine, épreuve de provocation des crises par l'hyperpnée ou par l'hypernictation.

L'évolution du syndrome épilepsie amène le rapporteur à discuter la notion d' « habitude épileptique » de Hartenberg, le rôle de l'émotion et des autres causes provocatrices, des infections, des influences cosmiques, de la menstruation. Une question d'ordre éminemment pratique est celle-ci : « Combien de temps après la disparition des crises faut-il continuer le médicament antiépileptique ? » Pitres, après Legrand du Saule, estime qu'un délai de deux à trois ans est suffisant, quitte à reprendre le traitement plus tard en cas de récidive.

Au sujet de l'état de mal épileptique, M. Crouzon rappelle surtout les données rassemblées par Bouttier concernant les phénomènes satellites de ce syndrome.

IV. **L'épilepsie psychique.** — M. J. Abadie (de Bordeaux). La « mentalité » de l'épileptique offre généralement un certain nombre de particularités : la lenteur des opérations intellectuelles (bradypsychie), le caractère irritable, avec un fond de dépression affective, une instabilité qui se dissimule ou qui se dévoile en actes de violence impulsive, une adaptation généralement très imparfaite au milieu. Ces éléments se trouvent surtout dans les épilepsies du jeune âge ; ils peuvent précéder les premiers accès. Ils s'associent souvent à une déficience mentale quantitative, mais ce n'est pas une règle absolue : « l'épilepsie peut, en effet, se rencontrer avec tous les degrés de l'intelligence », et même avec un « caractère sensiblement normal ».

Les troubles psychiques qui accompagnent les crises sont classiques : prodromes psychiques, qui permettent parfois de prévoir et de prévenir l'accès, auras psychiques, perte subite et complète de la connaissance au moment même de la crise, confusion mentale post-convulsive, qui est très fréquente, qui peut s'accompagner d'agitation; d'amnésies de divers types, de troubles du caractère, et qui peut durer de quelques minutes à plusieurs jours.

Parmi les *équivalents psychiques* de l'épilepsie, la part la plus importante revient aux impulsions épileptiques, dont on connaît, en particulier, les répercussions médico-légales. En règle générale, l'impulsion épileptique se caractérise par sa soudaineté, par son indépendance des conditions extérieures, par son accomplissement automatique, par son exécution ordinairement brusque, par sa courte durée, par sa réitération similaire intermittente, ou même périodique, enfin par l'inconscience du malade pendant l'exécution et par son amnésie complète par la suite. Cependant plusieurs de ces caractères peuvent manquer, et la question reste à l'étude.

Les *psychoses épileptiques* ont une existence clinique moins démontrée. Pour certains, il ne s'agit que d'états confusionnels, pré ou post-convulsifs, dont la phase de convulsions a passé inaperçue, ou bien de psychoses associées. Pour d'autres, il existe des psychoses épileptiques, caractérisées par le délire transitoire, survenant soudainement, par accès identiques et périodiques, de courte durée, et suivis d'amnésie. Tantôt l'accès est de type maniaque avec fureur (« grand mal intellectuel » de Falret) ; tantôt, ce sont la confusion, l'onirisme hallucinatoire et la stupidité qui dominent. Les frontières de ces psychoses épileptiques, que discute le rapporteur, sont difficiles à délimiter, et leur diagnostic, malgré les épreuves proposées, reste bien difficile.

La *démence épileptique*, à laquelle on a attribué pendant longtemps une existence autonome, est, elle aussi, une notion à reviser, qui appelle de nouveaux contrôles anatomo-cliniques. Il semble bien qu'il existe, non pas une démence épileptique, mais des états démentiels chez les épileptiques, avec des aspects tout différents selon l'âge auquel ils apparaissent et les lésions auxquelles ils sont liés. Il n'est pas démontré, en effet, que les accidents épileptiques — indépendamment des lésions qui en font le substratum — soient capables, par eux-mêmes, de déterminer les lésions qui provoquent l'état démentiel.

En terminant, M. Abadie discute longuement la question de l'*épilepsie conscience et mnésique*. Après critique des

faits rapportés, entre autres des « formes dégradées » de Claude et Baruk, des « crises statiques » de Ramsay Hunt et des accès pycnoleptiques ou cataplectiques, enfin des faits beaucoup plus rares d'excès convulsifs généralisés, d'impulsions à la violence ou au meurtre, et même d'état de mal, dans lesquels la mémoire est conservée, il faut constater que le nombre des documents incontestables de cet ordre reste très restreint, et que les plus grandes réserves s'imposent, en la matière, dans l'établissement de conclusions médico-légales.

V. Acquisitions récentes concernant l'anatomie pathologique. L'épilepsie extrapyramidale et le centre épileptogène. — M. O. Crouzon. Le rapporteur ne peut envisager toutes les lésions susceptibles d'accompagner le syndrome épileptique, et il doit se limiter à l'étude des lésions anciennes qui peuvent déterminer l'épilepsie dite essentielle ; la description de ces lésions, avant tout vasculaires et architectoniques, varie dans les détails suivant les observations.

Mais, à côté des lésions corticales, qui sont les plus habituelles, on sait maintenant qu'il existe des lésions extrapyramidales, striées ou sous-corticales, qui joueraient surtout un rôle dans l'élément tonique de la crise. Ces lésions intéressent surtout le *globus pallidus*, le corps strié, le noyau rouge, le pédoncule cérébelleux supérieur et le cervelet. Dans un cas de Guillain, Alajouanine, Bertrand et Garcin, les crises, uniquement toniques, correspondaient à une lésion pédonculaire voisine du *locus niger*. Des faits de ce genre expliqueraient l'association possible de l'épilepsie avec le torticolis spasmodique, avec les spasmes de torsion et avec le syndrome parkinsonien. Dans certaines observations, le point de départ des crises paraît se trouver dans les ventricules cérébraux (Thom, Chartier, Tyczko, Gordon). Les faits anatomo-cliniques de ce genre, rapprochés des expériences de Demole, servent de point de départ aux théories d'Albert Salmon (de Florence) sur l'existence d'un « centre végétatif épileptogène » situé dans les centres sympathiques diencéphaliques de la région juxtahypophysaire.

VI. Etat actuel du traitement de l'épilepsie. — M. O. Crouzon. Le rapport étudie d'abord le traitement médicamenteux de base : bromure, qu'on peut associer à l'hypochloruration, luminal ou gardénal, rutonal, enfin tartrate borico-potassique, employé pur ou associé aux autres médications, dont il renforce l'action, mais qu'il ne saurait remplacer. En association, on peut utiliser également l'opium, la digitale, la pilocarpine, et surtout la belladone.

Parmi les multiples médications dont les travaux pathogéniques ont suggéré l'essai contre l'épilepsie, les plus intéressantes sont les neurotoxiques (venin de cobra, crotaline, virus rabique, toxine tétanique), la médication calcique (en particulier par la voie intraveineuse), les formes diverses de la protéinothérapie (injections de lait, d'autovaccins, de sérums étrangers ; autohémothérapie et autosérothérapie) ; la pyrétothérapie (malaria ou fièvre récurrente), diverses opothérapies, qui peuvent avoir une influence adjuvante ; enfin les cures diététiques : régime sucré (Wladyczko), régime cétogène, pour lequel M. Crouzon donne la technique de MM. Pagniez et Plichet, régime d'inanition, méthode de Bigwood), cure de déshydratation suivant la technique de Temple-Fay ou celle de Hartenberg.

Ces médications de base ne doivent pas empêcher de tenter, lorsque cela est possible, une thérapeutique étiologique. On n'omettra jamais, en particulier, le traitement des vers intestinaux, de l'hérédo-syphilis ou du syndrome spasmodique hypocalcique, toutes les fois que l'indication s'en posera.

Le traitement chirurgical s'applique surtout, bien entendu, à l'épilepsie traumatique et à l'épilepsie symptomatique des tumeurs cérébrales.

Dans l'épilepsie traumatique, il est indiqué non seulement contre les formes bravais-jacksoniennes, mais parfois même contre les formes généralisées, à condition qu'il y ait une lésion locale (enfoncement osseux, exostose, corps étranger, adhérence méningée circonscrite), sur laquelle le chirurgien ait prise. Les succès opératoires sont fréquents, mais ils sont inconstants, car c'est la cicatrice cérébrale, fibro-névroglique, qui provoque l'épilepsie, plus que la cicatrice méningée, et il est plus difficile d'intervenir sur la première que sur la seconde. Dans l'état de mal jacksonien, la plupart des chirurgiens sont d'accord pour opérer.

Les tentatives chirurgicales n'ont donné encore que bien peu de succès dans l'épilepsie essentielle : tel est le cas des sympathectomies péricarotidiennes et périvertébrales, des surrénalectomies ou des irradiations surrénales, de l'ovariectomie. Parfois, une intervention abdominale, l'ablation d'un névrome d'amputation (Barré), une opération de Brauer (Rouslacroix) ont suffit pour faire cesser ou pour atténuer des crises d'épilepsie.

La radiothérapie, non plus que les divers modes d'électrothérapie ne semblent pas avoir donné, jusqu'à présent, de résultat favorable.

L'état de mal comporte, outre les indications thérapeutiques générales de l'épilepsie, quelques indications particulières : la ponction lombaire, associée ou non aux injections intraveineuses d'eau distillée, le chloroforme en inhalations, le somnifène ou le luminal sodique en injection, les injections intraveineuses de chlorure de calcium, la saignée (Pitres), dont l'utilité est discutée, enfin l'injection sous-cutanée de chlorhydrate d'acétylcholine, qui ont donné de bons résultats à Etienne et ses collaborateurs, à de Gennes, à Pagniez, Plichet et Ph. Decourt.

VII. Etat actuel des questions sociales. — M. O. Crouzon. La question de la responsabilité des épileptiques est souvent posée en médecine légale. En principe, les délits ou les crimes commis pendant les accès paroxystiques comportent l'irresponsabilité complète ; ceux qui sont commis dans l'intervalle laissent intacte la responsabilité ; mais la discrimination de ces états, le diagnostic même de l'épilepsie comportent souvent des difficultés.

Il faudrait tout d'abord créer dans les prisons des annexes psychiatriques qui permettraient la mise en observation des inculpés.

Il faudrait ensuite prévoir l'assistance des épileptiques délinquants. Un sujet qui a commis un crime pendant un équivalent psychique est déclaré irresponsable, comme se trouvant en état de démence au moment de son acte ; il ne peut donc être mis en prison. Mais, au moment du jugement, il est sain d'esprit : on ne peut donc l'interner. Il y a pourtant un danger à le laisser en liberté. Il faudrait donc pourvoir à son placement par des mesures d'assistance spéciales. La Belgique, la Suède y ont pourvu dans un sens tout différent. Le rapporteur propose des colonies, qui comprendraient à la fois un quartier d'asile pour les épileptiques aliénés, un quartier d'hôpital, un quartier de rééducation pour les délinquants, des écoles, des centres d'apprentissage, des centres de travail pour adultes, enfin des centres agricoles.

Après quelques paragraphes consacrés à la capacité civile, au mariage, au taux d'invalidité des épileptiques, M. Crouzon étudie l'assistance aux épileptiques. A cet égard, la France est beaucoup moins bien dotée que nombre de pays étrangers.

Pour les épileptiques de l'âge scolaire, les crises exclusivement nocturnes n'entravent guère la vie normale. Mais,

si les crises sont diurnes, et s'il y a des troubles mentaux, il est nécessaire de créer des écoles spéciales, distinctes de l'asile, et qui permettent cependant l'internat nécessaire, même pour les enfants de condition modeste.

Pour les épileptiques adultes, le nombre des crises rend parfois nécessaire le placement. Ce placement ne devrait se faire que dans des asiles spéciaux d'épileptiques. Mais ces asiles spéciaux sont très peu nombreux, et, bien que le nombre des grands épileptiques à placer ait diminué depuis la médication par la phényl-éthylmalonylurée et par ses dérivés, la phrase de Legrand du Saule reste trop souvent vraie : « Pour placer un épileptique en lieu sûr, pour lui être sincèrement secourable, je suis obligé de lui jeter sur l'épaule la livrée du délire. »

Discussion des rapports sur les épilepsies

M. COURBON signale deux points spéciaux de l'histoire clinique des crises épileptiques : d'une part, la possibilité d'exhalaisons fétides au cours de la crise, symptôme dont il discute la pathogénie ; d'autre part, l'inconscience habituelle des épileptiques à l'égard de la gravité de leur état, ce qui explique la rareté du suicide chez les épileptiques.

M. DONAGGIO (de Modène) étudie l'évolution en sens inverse des réflexes tendineux et des réflexes cutanés avant et pendant la crise d'épilepsie ; il mentionne la fréqunce du phénomène de Boveri chez les épileptiques. Anatomiquement, il a constaté, chez ces malades, à l'encontre des assertions d'Altschul, une résistance remarquable du réseau neuro-fibrillaire.

M. J. LHERMITTE relate une observation anatomo-clinique qui démontre l'existence d'un centre sous-cortical fonctionnel de l'épilepsie : un malade, atteint d'une hémiplégie droite complète, fait, devant les yeux de l'auteur, une crise d'épilepsie qui intéresse les membres paralysés. Or l'autopsie montre que, du côté gauche, le cortex de la région sylvienne est totalement détruit.

Pour M. Lhermitte, la réaction aux médicaments serait variable selon le siège de l'épilepsie : les épilepsies corticales répondraient bien aux bromures, alors que les épilepsies sous-corticales subiraient plutôt l'influence des barbituriques.

M. André THOMAS dit que chez chaque épileptique il existe, en un point de l'encéphale, une zone électivement irritable, qui réagit à diverses excitations humorales ou qu'éveillent des phénomènes de répercussion sympathique motrice.

MM. LARUELLE et HEERNU (de Bruxelles) ont étudié l'hyperpnée comme moyen de diagnostic de lésions ou de maladies nerveuses.

Chez les épileptiques, ils ont pu provoquer les crises en dix à quinze minutes, ce qui permet d'en étudier les caractères.

Chez les malades suspects de lésions organiques, ils ont pu, grâce à l'hyperpnée, faire apparaître des symptômes : troubles moteurs, altérations de la sensibilité objective, troubles réflexes, et en particulier signe de Babinski. Dans un cas, le signe de Babinski, révélé d'abord par l'hyperpnée, est devenu manifeste sans préparation six mois plus tard. C'est de la cinquième à la dixième minute, avant la phase de tétanie, que ces modifications des réflexes sont les plus manifestes.

Les auteurs pensent que l'hyperpnée involontaire de certains anxieux peut être à l'origine des contractures qui accompagnent parfois les crises émotives. Ils rapportent trois observations à l'appui de cette hypothèse. Ils suggèrent que la provocation des crises par hyperpnée pourrait exercer une action thérapeutique. M. P. Pagniez, qui a essayé cette manœuvre chez trois malades, n'a pas obtenu d'effet favorable, et il y a renoncé.

M. HEERNU a étudié les modifications du milieu sanguin et des urines au cours de l'hyperventilation expérimentale.

La tétanie par hyperpnée se produit parfois sans altération de la calcémie ni du *p*H.

M. le professeur H. CLAUDE n'écarte pas d'une manière absolue la notion de l'hérédité épileptique ; il rapporte l'observation d'une famille de sa clientèle, dont plusieurs membres sont atteints d'épilepsie. Il insiste sur la variabilité et sur l'instabilité de la constitution du sang (Ca, Na, K, du sang ; polypeptidémie), avant les crises et pendant les crises. Cette instabilité, qui donne lieu à des modifications imprévisibles, est telle que, en cas de diagnostic difficile entre l'hystérie et l'épilepsie, elle constitue un argument en faveur de cette dernière affection. Après diverses observations sur l'épilepsie provoquée par la bulbocapnine, sur les relations de la migraine avec l'épilepsie, l'auteur précise qu'il existe, chez tous les épileptiques, une instabilité du terrain, qui leur est commune, et un élément toxique, qui est sans doute variable de l'un à l'autre.

M. LÉPINE (de Lyon) insiste sur l'importance de l'élément circulatoire dans le déclenchement des crises, ce qui explique le rôle provocateur des émotions, l'action thérapeutique qu'exercent parfois les toni-cardiaques.

M. BARRÉ (de Strasbourg) insiste sur la nécessité d'instituer un traitement spécifique toutes les fois qu'une étiologie syphilitique paraît possible chez l'enfant. Ce traitement reste inefficace chez l'adulte.

M. A. CHARPENTIER a constaté l'existence du signe de Babinski à la suite des crises d'éclampsie puerpérale comme dans les autres formes de l'épilepsie.

M. FROMENT (de Lyon) discute les difficultés du diagnostic dans l' « hystéro-épilepsie » ; des manifestations pithiatiques peuvent se produire pendant la période confusionnelle post-convulsive, et les réactions émotives peuvent s'accompagner de contractions toniques absolument distinctes de celles de l'épilepsie.

Communications sur les épilepsies

Enquête pathologique chez les épileptiques. — MM. SCHRŒDER et JACOBSEN (de Copenhague) ont fait, chez une centaine d'épileptiques, la statistique des symptômes pathologiques, sûrs ou douteux, décelés par l'examen du liquide céphalo-rachidien, de l'appareil oculaire, des radiographies craniennes, des oreilles, du système nerveux, ou par l'enquête sur les antécédents héréditaires. Ils ont retrouvé des signes pathologiques dans 50 p. 100 des cas.

Convulsions de l'enfance dans leurs rapports avec l'épilepsie. — MM. HEUYER et DUBLINEAU ont suivi l'évolution de 475 enfants qui avaient présenté des convulsions. Les convulsions sévères, accompagnées de pertes de connaissance, grèvent toujours l'avenir d'une manière assez sérieuse. Les auteurs ont noté, soit des convulsions ultérieures, soit des troubles psychiques, dans 60 p. 100 des cas de convulsions de la première enfante, et dans 80 p. 100 des cas de convulsions plus tardives. Certaines de ces convulsions infantiles ou juvéniles sont susceptibles de guérir par le traitement spécifique. La question reste en suspens, de savoir si les convulsions hyperpyrétiques, le spasme du sanglot, prédisposent à l'épilepsie.

Quatre cas d'épilepsie d'origine pleuro-pulmonaire. — MM. PAUL COSSA et PIERRE DESTRES (de Nice) rapportent deux observations dans lesquelles les crises comitiales sont le premier signe d'une atteinte tuberculeuse du poumon, et disparaissent avec l'institution d'un pneumothorax ; dans un cas, elles reparaissent lors d'une rechute, pour disparaître de nouveau avec elle. L'origine toxique est probable.

Dans une autre observation, des crises comitiales sont déclenchées lorsqu'un malade porteur d'un épanchement gauche se couche sur le côté droit. L'origine réflexe est probable, par pression de l'épanchement sur le médiastin.

Dans un dernier cas, une crise comitiale, suivie de délire onirique, se produit lors de la pénétration du trocart dans la plèvre pour une insufflation.

Paludisme et épilepsie. — M. Porot (Alger) étudie les rapports du paludisme et de l'épilepsie. Le paludisme aigu de première invasion peut s'accompagner de signes nerveux graves et en particulier de crises d'épilepsie. Mais ces dernières ne se prolongent pas plus de quelques mois. L'auteur n'a pas trouvé un seul cas qui prouve l'origine palustre d'un mal comitial chronique.

Le rôle des spasmes vasculaires dans la pathogénie de l'épilepsie. — M. Etienne (de Nancy) rapporte deux observations, dans lesquelles il a observé la disparition du pouls radial au moment des crises, et l'action du nitrite d'amyle, qui fait réapparaître le pouls radial et cesser la crise. Il s'agissait, dans le premier cas, d'une femme dont les crises, apparues au cours d'une grossesse, étaient rythmées par les règles ; dans le deuxième cas, d'un homme qui se trouvait en état de mal du fait d'une granulie méningée. Dans une troisième observation, les crises ne cédaient pas au gardénal, mais elles ont cessé par les injections d'acétylcholine.

Sur le rôle des spasmes vasculaires dans la pathogénie des accès épileptiques. — M. Dino Bolsi (de Turin) a essayé l'acétylcholine dans le traitement de l'épilepsie ; les résultats ont été variables et incomplets. L'ablation du corpuscule carotidien, qu'il a fait pratiquer, est restée inefficace. La lésion cérébrale reste, en général, plus importante que les réflexes vaso-moteurs.

Quelques données expérimentales et cliniques à l'appui d'un centre épileptogène dans la région diencéphalique. — M. Salmon (de Florence).

Sur l'épilepsie jacksonienne par lésions vasculaires. — MM. Riser, Ducoudray et Mériel (de Toulouse).

Sur l'épilepsie jacksonienne solitaire des tumeurs cérébrales. — MM. Riser, Ducoudray et Mériel (de Toulouse). — Dans un de leurs cas de méningiome de la région rolandique, la stase papillaire n'a fait son apparition que quatorze ans après les crises jacksoniennes.

Clinique, pathologie et traitement des épilepsies. — M. Dide (de Toulouse) insiste sur la variabilité de l'état humoral des épileptiques et de leur état neurotonique, sur les relations des vertiges épileptiques avec les vertiges labyrinthiques, sur la nature extrapyramidale probable de beaucoup d'épileptiques au cours des méningites ; les méningites, qui s'accompagnent le plus volontiers d'épilepsie, sont souvent celles dont les lésions basilaires sont dominantes. Au cours de l'état de mal, les ponctions lombaires répétées améliorent beaucoup le pronostic.

Hippus et mydriase avec rigidité pupillaire par action de la lumière chez les épileptiques pendant la période interparoxystique. — M. Fedele Negro (de Turin).

Hyperkinésie à allure épileptoïde. — M. Brunschweiler (film).

Crises épileptiques simulant la chorée chronique. — M. Brunschweiler.

Crises épileptiques et varices méningées. — M. Brunschweiler.

Traitement chirurgical des crises jacksoniennes postapoplectiques. Importance de l'œdème cérébral qui accompagne les foyers vasculaires. — MM. Jentzer et de Morsier (de Genève).

L'extirpation du ganglion carotidien dans les épilepsies. — M. Lauwers (de Courtroi).

Les résultats éloignés du traitement chirurgical de l'épilepsie. — M. Puusepp (de Tartu).

Du procédé de Henry Delagenière (ligature du sinus longitudinal supérieur) et des procédés dérivés dans le traitement de l'épilepsie essentielle. — M. Yves Delagenière (du Mans).

Sur la physiologie pathologique des épilepsies. — M. Auguste Tournay expose deux ordres de constatations, cliniques et expérimentales, qui lui ont donné accès sur ces problèmes.

D'une part, le comportement des réflexes plantaires, que la recherche clinique montre, dans certains cas observés, différant du type habituel, permet de se représenter que les accidents épileptiques ne se réalisent pas aux mêmes « niveaux » de l'encéphale dans tous les cas.

D'autre part, si les effets sensitifs expérimentalement provoqués par des perturbations sympathiques conduisent à la conception d'un mécanisme régulateur de la sensibilité, ce que confirmeraient les mesures de chronaxie faites par d'autres auteurs (Fœrster et ses collaborateurs), l'instabilité du système nerveux organo-végétatif, dont il est signalé tant d'indices dans les épilepsies, pourrait aller de pair avec un dérèglement des seuils d'excitabilité qui favoriserait l'action des processus organiques et des facteurs humoraux générateurs de crises.

Spasmes musculaires et épilepsie. — MM. Villaret et Desoille.

Phénomène de Magnus et de Kleyn transitoire du côté malade chez une hémiplégique ancienne au cours d'un état de mal épileptique. Myoclonies rythmées entre les accès. — MM. Raymond Garcin et R. Laplane versent au débat les faits cliniques suivants : chez une hémiplégique gauche ancienne, chez laquelle avait éclaté un état de mal épileptique généralisé, les auteurs ont noté, dans l'intervalle des crises, le phénomène de Magnus et de Kleyn du côté malade, ainsi que des myoclonies rythmées et synchrones dans certains territoires de la face et des membres. Ces constatations suggèrent l'intervention de perturbations mésencéphaliques, en dehors des phénomènes d'irritation corticale. En outre, comme M. Tournay l'a antérieurement montré, les auteurs ont noté la disparition temporaire du signe de Babinski préexistant, aussitôt après la première crise, avec retour à l'extension du réflexe cutané plantaire quelques minutes après.

Sur le rôle des altérations endocriniennes dans la pathogénie de l'épilepsie. — M. Parhon (de Bucarest).

Sur l'épilepsie essentielle dans ses rapports avec la constitution morphologique et avec le système végétatif. — MM. Draganesco, Axente et Butter (de Bucarest).

Mécanisme de production des accès convulsifs provoqués par l'excitation du sinus carotidien chez l'homme. — MM. Danielopolu, Dadovici et Aslau (de Bucarest).

Recherches expérimentales sur l'épilepsie sous-corticale. — MM. Marinesco, Sager et Kreindler (de Bucarest) ont provoqué l'épilepsie sous-corticale par l'expérimentation sur le chat.

Accès épileptiques déclenchés par l'action des excitations optiques (rayons solaires). — MM. Radovici et Gluckmann (de Bucarest).

La pyrétothérapie de l'épilepsie. — MM. Rodriguez, Arias et Pons-Balmes (de Barcelone) ont vu la malariathérapie et la vaccination antityphique renforcer l'action des médications classiques anti-épileptiques.

* * *

A ces communications doit être joint l'exposé d'un des travaux du fonds Dejerine, dont le sujet se rapporte à l'étude des épilepsies.

L'épreuve de l'hyperpnée dans l'épilepsie. — MM. BAUDOUIN et SCHAEFFER font d'abord un exposé historique de la question. Les divers expérimentateurs ont eu un pourcentage très différent de succès, qui varie entre 5 et 55 %, pour l'épreuve de l'hyperpnée. Cette variabilité de résultats ne peut dépendre, à leur avis, que de deux facteurs : 1° la diversité des malades utilisés ; 2° les variabilités de la technique employée.

Les auteurs se sont donc efforcés d'abord de choisir leurs malades : 30 épileptiques certains, qui n'avaient des crises ni trop rares ni trop fréquentes ; ils ont surtout réalisé une technique précise, dont on peut mesurer et graduer les effets. Ils estiment, en effet, qu'il convient d'employer non pas l'hyperpnée volontaire, dont il a été fait usage jusqu'à présent, mais une hyperpnée mécanique, faite au moyen d'un appareil qu'ils ont fait construire et qu'ils présentent. Cet appareil permet de faire varier à volonté : 1° le nombre des respirations par minute ; 2° la quantité d'air qui sert à la ventilation ; 3° le rapport des temps d'inspiration et d'expiration.

Ils ont cherché, de plus, à avoir des tests précis d'efficacité de l'épreuve, dérivée des notions acquises par les physiologistes sur l'alcalose gazeuse. C'est ainsi qu'ils ont pu suivre, au cours de l'épreuve, le contenu en acide carbonique de l'air alvéolaire, mesurer avant et après l'épreuve la réserve alcaline, rechercher avant et après le *p*H des urines, doser de même l'acide carbonique dans les urines, qui mesure l'élimination des bicarbonates sous l'influence de l'hyperpnée. La recherche de la chronaxie mesure plutôt l'aptitude du sujet à faire de la tétanie que sa tendance convulsivante.

En se plaçant dans ces conditions, qu'ils croient les meilleures, ces auteurs n'ont pu provoquer des manifestations comitiales que dans 6 p. 100 des cas examinés. Ils n'ont pu mettre en évidence les modifications de réflexes signalées par M. Laruelle.

*
**

La Réunion neurologique internationale annuelle a, en outre, entendu l'exposé des autres travaux du fonds Dejerine (qui étaient attribués à MM. Baudouin et Schaeffer, de Paris, à M. et Mme Sorrel-Dejerine, de Paris, à M. Cornil, de Marseille) et du prix Charcot (M. Alajouanine).

Les paraplégies pottiques. — M. et Mme SORREL-DEJERINE montrent, par de nouveaux exemples, l'importance de la distinction anatomo-clinique qu'ils ont faite entre les paraplégies par abcès et les paraplégies par pachyméningite, mais ils ont constaté que la compression osseuse directe de la moelle est sans doute plus fréquente qu'ils ne l'avaient cru tout d'abord et qu'il n'est classique de l'admettre.

Les lésions médullaires, vérifiées dans 4 cas par l'examen histologique, ne sont pas d'ordre inflammatoire, mais ce sont des lésions d'atropide ou de myélomalacie, d'origine vasculaire. Ces lésions restaient très nettes dans un cas où la paraplégie avait cliniquement guéri. Elles peuvent siéger dans le cordon antérieur alors que la compression s'exerce sur la face postérieure de la moelle.

La discussion des divers modes d'intervention directe (laminectomie, costo-transversectomie, ponction après repérage radiologique des abcès paravertébraux, ponction intrarachidienne par le trou de conjugaison selon la méthode de Calvet) dans les paraplégies, tant par abcès que par pachyméningite et même par compression osseuse, conduit à cette conclusion qu'aucune opération, aucune manœuvre ne peuvent augmenter le pourcentage, ni la rapidité des guérisons que l'on obtient par simple immobilisation en position correcte. Ce pourcentage de guérisons est de 80 p. 100. L'ostéosynthèse vertébrale, qui a été largement expérimentée par M. Sorrel, malgré ses gros avantages, dans le traitement du mal de Pott de l'adulte, paraît contre-indiquée par la paraplégie, à cause du risque des escarres.

La plupart des paraplégies pottiques guérissent heureusement d'elles-mêmes par l'immobilisation en bonne position. Mais celles qui ne guérissent pas ainsi sont au-dessus des ressources de la chirurgie.

Classification anatomique des tumeurs de la moelle et de ses enveloppes. — M. CORNIL (de Marseille) fonde son travail sur 124 cas examinés de tumeurs médullaires sur lesquels 80 concernent des tumeurs primitives cliniquement diagnostiquées. Mettant à part les tumeurs d'origine mésenchymateuse, il s'efforce de répartir les divers types des tumeurs neuro-épithéliales — dont il montre des exemples en projection — dans une classification histologique. Il distingue 20 fumeurs de la lignée épendymaire (généralement intramédullaires), 19 gliomes périphériques, et 22 tumeurs méningo-arachnoïdiennes.

Les tumeurs de la lignée épendymaire peuvent être constituées d'éléments embryonnaires : épendymocytomes, épendymoblastomes et épendymogliomes, avec des types intermédiaires ; ou bien leur tissu peut être du type adulte : astrocytomes multifibrillaires, ou paucifibrillaires et fusiformes, ou à petites cellules : oligodendrogliomes, qui peuvent s'associer à l'épendymocytome ; spongiocytomes et spongioblastomes multiformes.

Les gliomes périphériques, neurinomes schwannomes, constituent un type bien particulier de tumeurs développées sur les racines rachidiennes. Le rapporteur en décrit quatre types : le premier à éléments arrondis, le second à reticulum pseudo-myxomateux, le troisième à structure syncytiale, le quatrième qui est mêlé à de nombreux éléments conjonctifs. Il a observé un cas unique de tumeur développée aux dépens du ganglion rachidien.

Les tumeurs des méninges sont de type massif, nodulaire ou fasciculé, et contiennent presque toujours des corps psammomateux.

La poliomyélite antérieure subaiguë. — M. ALAJOUANINE a observé deux cas personnels anatomo-cliniques de cette affection, qui avait été décrite par Duchenne (de Boulogne) en 1862, et dont la notion avait été abandonnée par Vulpian et par P. Marie au moment du démembrement des atrophies spinales.

Ces deux cas personnels (dont un observé avec M. Souques), joints à un cas antérieur de Philippe et Cestan, et à un autre, plus récent, de MM. Baudouin, Schaeffer et Célice, permettent une description anatomo-clinique autonome de l'affection.

Il s'agit d'une paralysie amyotrophique pure, sans symptôme pyramidal, sensitif ni sphinctérien, qui débute tantôt par les membres inférieurs, tantôt par les membres supérieurs, qui se généralise aux quatre membres en huit ou dix mois, et qui se termine en quelques jours par un syndrome bulbaire à marche très rapide. Le liquide céphalo-rachidien paraît normal. Toute l'évolution se poursuit sans aucun signe infectieux.

Anatomiquement, les cellules des cornes antérieures sont atteintes de tigrolyse. Les lésions sont à la fois diffuses et parcellaires, beaucoup moins massives que dans la poliomyélite antérieure aiguë. Dans le bulbe, les lésions sont plus jeunes et plus discrètes. La réaction interstitielle est très modérée, de même que les altérations myéliniques.

L'injection d'émulsions de moelle cervicale chez un lapin a été suivie, après cinq à six mois, d'une amyotrophie progressive, qui a évolué vers un syndrome bulbaire. Mais l'affection n'a pu être réinoculée, les examens bactériologiques à l'ultra-microscope et les cultures sont restés négatifs.

Dans un troisième cas, l'évolution clinique avait été la

même que dans les deux cas précédents et l'autopsie a montré des lésions typiques de sclérose latérale amyotrophique. La question reste donc pendante de savoir quelles relations il y a entre cette affection et la poliomyélite antérieure subaiguë. Il y a lieu de discuter les relations avec la syphilis spinale amyotrophique qui s'accompagne de modifications de liquide céphalo-rachidien et avec certaines « névraxites périphériques » dont l'évolution est en général plutôt régressive.

(Assoc. Presse Méd. française.) J. MOUZON.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1932)

Atrophie optique et paralysies oculaires par méningite syphilitique chez un oxycéphale. — MM. ALAJOUANINE et MAURY présentent un oxycéphale, qui leur avait été adressé pour des paralysies oculaires et pour des troubles de la vue. La radiographie du crâne permettait de retrouver les stigmates habituels de l'oxycéphalie congénitale. Les paralysies oculaires (troisième paire gauche, sixième paire droite), l'atrophie optique auraient pu s'expliquer également par l'oxycéphalie. Mais cette interprétation n'était pas satisfaisante, car ces symptômes ne s'étaient développés, chez cet homme de cinquante-cinq ans, que tout récemment. La ponction lombaire montra les altérations du liquide céphalo-rachidien caractéristiques et permit de rattacher les troubles oculaires à une méningite syphilitique.

Syndrome de la queue de cheval chez une malade présentant un syndrome d'hypertension cranienne. — MM. ALAJOUANINE, MAURY et RIBADEAU-DUMAS présentent une jeune fille, chez laquelle s'est constitué depuis deux ans, un syndrome d'hypertension cranienne : crises d'épilepsies de plus en plus fréquentes, paralysie faciale droite, légère atteinte de la sixième paire et atteinte globale du trijumeau du même côté, œdème papillaire qui reste stationnaire depuis trois mois. Or, depuis six mois, il existe, chez cette jeune fille, une incontinence d'urine complète, avec anesthésie en selle, qui témoigne d'une lésion de la queue de cheval. Plusieurs ponctions lombaires ont été faites. La première a montré un liquide normal. La deuxième a permis de constater une lymphocytose supérieure à 100 par millimètre cube, sans hypertension, sans hyperalbuminose, avec réaction de Bordet-Wassermann et réaction du benjoin colloïdal négatives ; les ponctions suivantes n'ont montré qu'une lymphocytose discrète. L'épreuve du lipiodol n'a montré aucun accrochage dans la région de la queue de cheval. Les auteurs discutent la nature infectieuse, parasitaire, tuberculeuse ou néoplasique de l'affection.

Syringomyélite à évolution rapide. Discussion du traitement. — MM. André THOMAS, H. SCHAEFFER et JOLLY. — Une jeune fille de dix-neuf ans voit s'installer en trois ans un syndrome clinique constitué de la manière suivante : des douleurs dans la nuque, qui irradient dans les épaules et dans les bras, une paraplégie spasmodique, une amyotrophie des membres supérieurs à type ectromélique prédominant à gauche, des troubles dissociés de la sensibilité intéressant les membres supérieurs, le tronc et les membres inférieurs, des troubles vaso-moteurs et sudoraux, une scoliose, du nystagmus. Les auteurs insistent sur trois faits : 1° l'existence d'un blocage des espaces sous-arachnoïdiens, que montrent la dissociation albumino-cytologique, la positivité du signe de Stookey, l'égrenage du lipiodol ; 2° l'évolution rapide des accidents ; 3° l'échec du traitement radiothérapique, qui leur fait discuter l'opportunité d'une laminectomie et d'un drainage des cavités médullaires dans les espaces sous-arachnoïdiens.

M. LHERMITTE pense qu'il s'agit plutôt d'un gliome plein que d'une cavité syringomyélique. L'échec de la radiothérapie est de règle en pareil cas.

M. Cl. VINCENT estime l'intervention parfaitement légitime. La laminectomie exploratrice ne présente aucun danger, et doit toujours être pratiquée quand elle a quelque chance de pouvoir rendre service.

Méningiome suprasellaire avec ostéome sphénoïdal. Ablation totale. — MM. Cl. VINCENT et H. BERDETE présentent une malade opérée depuis deux mois d'un méningiome suprasellaire. Ils insistent, en particulier, sur le fait que la tumeur peut être enlevée en totalité, avec sa coque, grâce à l'emploi de la pince coagulante, malgré son important développement frontal.

A propos de l'ablation des tumeurs du nerf acoustique. — MM. Clovis VINCENT et François THIÉBAUT rappellent qu'il y a un an, le curettage des tumeurs de l'acoustique était le plus souvent une opération peu encourageante. Sans doute, la plupart du temps, l'intervention sauvait la vie du malade et sa vue ; mais, dans bien des cas, les fonctions cérébelleuses restaient compromises après l'opération. Parfois même, le malade était plus cérébelleux qu'avant l'acte chirurgical. Dès le mois de mars 1932, les auteurs avaient rapporté les observations de sujets opérés en 1931 par la technique classique, chez lesquels, dans plus de la moitié des cas, la vue avait été sauvegardée et les fonctions cérébelleuses conservées ou améliorées.

Depuis cette époque, grâce au maniement plus précis de l'électrocoagulation, grâce à l'ablation d'un fragment important du cervelet, ils ont pu enlever complètement ou presque complètement cinq tumeurs de l'acoustique. Les suites opératoires immédiates ont été simplifiées ; les troubles cérébelleux secondaires n'ont pas existé ou ont été très réduits et peu durables. Six semaines après l'opération, ceux des opérés qui n'étaient pas aveugles ont repris une vie active.

Section du nerf acoustique gauche pour vertiges. Guérison. — MM. Clovis VINCENT et J. LEMOYNE présentent une femme de quarante ans, atteinte en 1920, à la suite d'une grippe, de surdité et de vertiges qui augmentaient d'année en année. En 1931 et au début de 1932, ceux-ci étaient tels, que la malade était devenue une infirme. Le 20 mai 1932, par un volet occipital unilatéral gauche, on pratiqua la section du nerf acoustique. Les suites opératoires furent simples. Dès le lendemain, les vertiges avaient disparu. Ils ne se sont pas reproduits depuis lors.

Etude anatomique d'une méningo-encéphalite diffuse subaiguë non démyélinisante. — M. LUDO VAN BOGAERT rapporte le cas d'une jeune fille de dix-sept ans, appartenant à une famille névropathique, qui développa, douze jours après une angine rouge, un syndrome de méningo-encéphalite aiguë avec diplopie et choréo-athétose. L'infection s'accompagna de leucocytose modérée avec lymphocytose. En quatre jours s'installa un syndrome cérébello-spasmodique avec participation de plusieurs nerfs craniens et hyperalbuminose légère du liquide céphalo-rachidien. Il y eut quelques troubles psychiques. Cette jeune fille mourut au bout de sept semaines avec des phénomènes bulbaires.

Les hémocultures et les épreuves d'agglutination n'ont pas décelé le germe en cause.

L'examen anatomique montre une hypertrophie considérable du système ganglionnaire, de la rate et du foie,

une méningite non suppurée de la convexité cérébro-cérébelleuse à infiltration lympho-plasmocytaire, une encéphalite diffuse de la substance grise, avec infiltration périvasculaire et nodules gliaux, prédominant sur les noyaux gris centraux, le pont, le bulbe et la moelle. Les nerfs périphériques montrent une infiltration légère. La substance noire est intacte. L'image est celle d'une septicémie neurotrope, mais les recherches bactériologiques n'ont pu en montrer le germe et l'autopsie n'a pu en déterminer la source.

Etude anatomo-clinique d'une forme hyperspasmodique de l'atrophie cérébelleuse tardive. — La malade, objet des travaux de MM. Ludo Van Bogaert et Ivan Bertrand, a évolué, dans une première période de treize années, comme une atrophie cérébelleuse tardive de Thomas. Au bout de ce temps, la démarche devient spasmodique, et, en sept ans, se développe une paraplégie hypertonique et plastique. Au double signe de Babinski avec exaltation des réflexes tendineux, s'ajoute une hyperréflexie posturale nette, avec rigidité plastique. La maladie évolue en vingt ans. L'étude anatomique montre :

1° Une atrophie lamellaire extrême qui porte sur la face supérieure surtout, s'atténue vers les lobules digastriques, respecte le vernis, sauf le déclive, les amyggiales et les floculus ;

2° Une dégénérescence pseudo-hypertrophique des olives, qui prédomine sur les lames dorsales ;

3° Une dégénérescence des noyaux dentelés.

Ces deux dernières lésions sont esquissées dans certains cas de Marie, Foix et Alajouanine. Les auteurs rapportent à l'étendue et à la gravité de l'atrophie lamellaire la participation de l'appareil dento-olivaire et se demandent si ce n'est pas cette répercussion d'une exceptionnelle intensité, qui introduit dans le tableau classique la nuance hyperspasmodique.

Les syndromes cérébelleux des lésions frontales. — M. Delmas-Marsallet (de Bordeaux) relate d'importants travaux expérimentaux, qu'il a réalisés chez le chien. Il a détruit, chez 20 animaux, par électrolyse, le carrefour frontal antérieur, et il a suivi les troubles réalisés, principalement chez 4 de ces animaux, qui ont survécu longtemps, l'un d'eux pendant six mois. Il a noté que les pattes du côté opposé ne présentent ni hémiplégie, ni troubles de la sensibilité, mais de l'hypotonicité, de l'ataxie et de la dysmétrie. Il existe une tendance giratoire de la marche vers le lobe lésé, mais pas de nystagmus. Le nystagmus rotatoire est aboli si la rotation se fait vers le côté de la lésion.

La lésion expérimentale d'autres régions du cerveau ne détermine aucun phénomène analogue. Par contre, la destruction du labyrinthe à la fraise par voie auriculaire, la lésion directe du cervelet provoquent les uns ou les autres de ces symptômes. Tout se passe comme si la lésion du carrefour frontal antérieur inhibait les fonctions du labyrinthe du même côté et celles du cervelet du côté opposé.

L'auteur étudie le trajet des voies fronto-cérébelleuses et fronto-labyrinthiques, dont l'existence de trouve ainsi mise en évidence.

Il retrouve les principaux éléments de ce syndrome cérébelleux labyrinthique chez deux blessés de guerre, touchés en F 1 et F 2, et qui présentent le syndrome de désorientation spaciale. Ces deux blessés, dans la marche, présentent une tendance au mouvement de manège du côté de la lésion, comme les chiens en expérience.

L'auteur se demande si le développement du lobe frontal chez l'homme n'est pas en rapport avec l'importance qu'ont acquise chez lui les fonctions de statique.

M. Barré croit que le lobe frontal joue un rôle plutôt dans l'orientation que dans l'équilibre.

Caractéristiques des troubles nerveux dans la thrombophlébite cérébrale. — MM. J.-A. Barré et Greyner (de Strasbourg) insistent sur les particularités cliniques qu'ils ont observées dans un cas de thrombo-phlébite cérébrale partielle d'origine puerpérale, et apportent des précisions au tableau neurologique de cette affection. Ils soulignent spécialement l'évolution progressive des troubles paralytiques, puis leur régression complète suivie de reprises entrecoupées elles-mêmes d'alternatives d'aggravation et d'atténuation.

La somnolence, en particulier, peut disparaître brusquement, et faire place à une lucidité parfaite, ou s'accentuer au point que la malade paraît comateuse pendant des heures.

Ils montrent que les signes objectifs de la paralysie se transforment presque immédiatement, selon l'état de somnolence, de veille ou de torpeur, et aussi suivant le décubitus (dorsal ou latéral). Ils croient possible le diagnostic de ce « complexe étiologico-clinique ».

Syndrome strié aigu d'agitation choréique du membre inférieur gauche avec fracture spontanée de la clavicule. Origine syphilitique probable. — MM. J. Tinel et M. Eck présentent une femme de quarante-six ans, qui est atteinte, depuis trois mois, d'un syndrome caractérisé par des algies thoraciques, puis par une choréo-athétose, et qui accuse une douleur persistante de l'épaule gauche. La radiographie permet de reconnaître une fracture spontanée de la clavicule gauche. D'autre part, il s'agit d'une ancienne syphilitique, dont le liquide céphalo-rachidien présente les stigmates de la méningite spécifique : forte lymphocytose, Bordet-Wassermann et benjoin colloïdal positifs ; Bordet-Wassermann positif également dans le sang. Le traitement mercuriel semble avoir été plutôt néfaste ; l'urotropine et le salicylate, au contraire, ont amené une sédation. Les auteurs discutent l'origine syphilitique du syndrome ou l'existence d'une névraxite associée.

Contribution à l'étude clinique et étiologique de l'hémiatrophie faciale progressive. — M. P. Mollaret présente une malade chez laquelle a débuté, à l'âge de vingt-deux ans, une forme typique de maladie de Romberg, accompagnée d'un syndrome de Claude Bernard-Horner et d'un œdème papillaire homolatéraux. Aucune étiologie n'a pu être mise en évidence, et, pendant trois ans, le processus atrophique a régulièrement progressé malgré les traitements symptomatiques. En juillet 1930, un abcès dentaire révéla l'oubli d'une racine lors de la pose d'un bridge quelques mois avant le début de l'affection. L'ablation de cette racine et la guérison rapide de ce foyer infectieux latent ont paru entraîner l'arrêt du processus atrophique. Depuis deux ans, une régression incontestable de l'hémiatrophie peut même être affirmée. Une étude d'ensemble de cette affection est présentée à l'occasion de ce cas.

Un cas d'aphasie de Wernicke avec automatisme verbal. — M. Crouzon.

Deux cas de paraspasme facial bilatéral. — MM. O. Crouzon, S. Christophe et Mme Laquerrière présentent deux malades de soixante-trois et soixante-six ans, atteintes de paraspasme facial bilatéral. Chez l'une d'elles, la symptomatologie est celle d'un paraspasme typique au début (contraction bilatérale avec fermeture involontaire des yeux et mouvements convulsifs bilatéraux des autres muscles de la face). Chez la seconde malade, le désordre moteur s'est étendu en quelques années aux muscles de la face et du cou, et associe actuellement un spasme facial médian à un torticolis spasmodique typique. De tels faits montrent avec évidence les analogies de ces différentes affections convul-

sives, qui représentent des localisations différentes d'un trouble dyscinétique de même nature.

Sur les différentes variétés de narcolepsie. — MM. J. Lhermitte, Pasteur Vallery-Radot, Delafontaine et Miget rapportent trois observations qui témoignent de la variété pathogénique des crises de narcolepsie en apparence essentielle.

Dans le premier cas, le sujet, âgé de trente-deux ans, qui présente des crises d'hypersomnie paroxystique typique et qui eût été considéré, il y a quelques années, comme un exemple saisissant du syndrome de Gelineau, est atteint, en réalité, de troubles dystrophiques pigmentaires, osseux et dentaires qui permettent de penser à l'hérédo-syphilis. De plus, l'existence de modifications des réflexes tendineux et cutanés impose l'idée d'une atteinte légère du système nerveux central.

Dans le second cas, qui a trait à un sujet masculin âgé de quarante-quatre ans, les crises de narcolepsie ont été suivies, pendant plusieurs années, par une polyurie importante, qui a cédé complètement et définitivement à la ponction lombaire. Au contraire, la narcolepsie n'a été nullement améliorée.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agit d'un jeune homme épileptique et dégénéré, sujet à des crises de petit mal et à des fugues de caractère comitial fréquentes. Chez ce sujet, on peut dissocier très bien deux types de crises d'hypersomnie, les uns avec amnésie complète et de nature comitiale, les autres, au contraire, plus longues, moins fréquentes, qui se rattachent à la narcolepsie de Gelineau. Mais, dans ce dernier fait également, l'examen révèle des modifications objectives de la réflectivité, qui donnent à penser à l'existence d'une lésion du névraxe.

Les auteurs concluent que, chez les narcoleptiques, il existe souvent des éléments discrets, qui traduisent une lésion nerveuse organique.

Paralysie amyotrophique à début brusque et douloureux et à localisation cervico-brachiale. Leur ressemblance avec les paralysies post-sérothérapiques. — MM. Paul Brodin et J. Lhermitte présentent un malade âgé de cinquante-huit ans, qui fut atteint brusquement, il y a quelques mois, de douleurs et d'engourdissement de l'épaule et du bras droits, à la suite desquels s'établit une paralysie amyotrophique portant sur le territoire innervé par les racines supérieures du plexus brachial.

Aussi bien le début et l'évolution de la maladie que la topographie des atrophies établissent une parenté avec le tableau clinique des paralysies post-sérothérapiques décrites par Lhermitte en 1921. Or, comme, dans le fait actuel, on ne retrouve absolument aucune cause étiologique infectieuse ou traumatique, et comme aucune injection de sérum n'a été faite, les auteurs posent le problème de la pathogénie des paralysies post-sériques, et ils se demandent

si les paralysies amyotrophiques consécutives aux injections de sérum ne sont pas l'expression de la détermination, sur les racines et sur la moelle cervicale, d'un virus de sortie dont la virulence serait exaltée par les injections de sérum.

Présentation des observations de deux enfants d'une même famille, atteints de paraplégie spasmodique familiale. — MM. G. Guillain et P.-R. Bize relatent les observations de deux enfants, cousins germains, atteints de paraplégie spasmodique familiale ; pour l'un de ces enfants, la symptomatologie est à peu près exclusivement pyramidale. Ces enfants résultent de l'union de deux frères d'une famille avec deux sœurs d'une autre famille ; de ces deux unions sont nés quatre enfants : deux garçons pour une famille, et deux filles pour l'autre famille. Ces quatre enfants sont tous atteints de paraplégie spasmodique familiale. Deux d'entre eux n'ont pu être examinés ; ils sont morts vers l'âge de trente-deux ans, avec cachexie, escarres et infections secondaires, après avoir présenté un stade de paralysie complète.

Méningiome profond du lobe occipital. Opération. Guérison. — MM. Petit-Dutaillis et J. Bertrand présentent un méningiome, qui se trouvait placé profondément, en plein lobe occipital, et qui n'a pu être enlevé que par tunnellisation, à 4 centimètres de profondeur, après ablation de la pointe du lobe occipital. Il s'agit d'un fibro-endothéliome typique, qui ne présentait aucune connexion avec la dure-mère, fait d'ailleurs exceptionnel. La malade a guéri et a pu reprendre ses occupations. L'hémianopsie, qu'elle présentait avant l'intervention, n'a pas été aggravée.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de pathologie médicale (1), tome IV : *Maladies du Cœur*, par M. A. Clerc, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital Lariboisière ; *Maladies des vaisseaux*, par M. A. Clerc, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, et P. Noël Deschamps, assistant de consultations de Cardiologie à l'Hôpital Lariboisière.

La pathologie du cœur tenait, il y a quelques années, dans quelque 250 pages d'un manuel de Pathologie interne.

Des méthodes nouvelles d'examen se précisèrent, puis s'imposèrent : la radioscopie, l'électrocardiographie, la sphygmomanométrie, l'oscillométrie, etc., conquirent une place que les résultats obtenus justifiaient ; le pronostic et le diagnostic des affections cardio-vasculaires se trouvèrent entièrement modifiés ; d'un autre côté, la physiologie pathologique apporta aux symptômes une clarté nouvelle, et aux médications une explication logique ; aussi, en quelques années, la cardiologie fut-elle véritablement transformée.

Un « Précis » des Maladies du cœur et des vaisseaux, destiné à l'étudiant et au médecin, *un premier Précis* (car en dehors des grands Traités, sans parler d'ouvrages excellents mais datant de plus de 20 ans, nous n'avions pas d'ouvrage pouvant supporter cette appellation), *un premier Précis* devait donc englober, à côté des sujets *classiques*, toute la cardiologie *moderne*. Il devait être à la fois pratique et complet.

Il appartenait au professeur A. Clerc, dont les travaux sur la pathologie circulatoire et sur les arythmies sont bien connus, d'exécuter ce travail. Il l'a fait avec toute sa science et toute son expérience clinique et biologique, avec le concours, pour la partie qui concerne les vaisseaux, d'un de ses collaborateurs habituels, le docteur P.-Noël Deschamps.

Une partie importante de l'ouvrage est consacrée à la séméiologie, à la pathologie générale, et notamment aux diverses méthodes d'examen du cœur et des artères qui permettent aujourd'hui de préciser le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique des affections cardio-vasculaires, sans oublier les syndromes artéro-capillaires, tels que la maladie de Raynaud ou l'Acrocyanose.

Certaines questions aujourd'hui très à l'ordre du jour y sont traitées avec toute l'ampleur nécessaire. On y trouvera spécialement étudiés le chapitre des arythmies, celui de l'angine de poitrine et des obstructions coronariennes, celui de l'insuffisance cardiaque, celui de l'hypertension artérielle, des aortites et des artérites oblitérantes des membres, etc.

Si, en raison du caractère nécessairement didactique, indispensable pour un ouvrage de ce genre, l'auteur a dû se maintenir dans les limites d'une classification usuelle, il ne s'est pas borné à une simple compilation, car il a tenu, en bien des pages, à laisser transparaître sa propre opinion et à insister au besoin sur certains détails récemment mis en lumière ou présentant un intérêt particulier.

Ce livre très complet, très étudié, en même temps que très original, présente donc un développement suffisant pour s'adresser non seulement à l'étudiant, mais encore au médecin.

Ainsi conçu et réalisé, un tel Précis fait en quelque sorte le point de la cardiologie contemporaine.

L. G.

(1) Un volume de 1.300 pages avec 254 figures. — Prix : broché, 85 fr.; relié toile souple, 100 fr. — Paris, Masson et Cie.

Précis d'hygiène (1), par Jules Courmont, avec la collaboration des prof. Ch. Lesieur, Dr A. Rochaix. Quatrième édition revue et corrigée, par MM. Paul Courmont, profsseur de clinique et prophylaxie de la tuberculose à la Faculté de médecine de Lyon, et A. Rochaix, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon.

Bien que ce précis classique et connu ait été surtout écrit pour les médecins, l'hygiène occupe une place suffisamment grande dans la vie privée et dans la vie publique, pour qu'il puisse toucher un grand nombre d'individus.

Les médecins y trouveront d'abord les principes essentiels de la médecine préventive, puis tous ceux qui doivent se spécialiser en hygiène : inspecteurs départementaux d'hygiène, directeurs de bureaux d'hygiène, médecins des écoles, médecins des épidémies, médecins vaccinateurs, etc., les éléments de leur préparation.

Ce précis est en outre un guide au courant des découvertes scientifiques, des obligations légales, adapté aux possibilités pratiques ; il est cependant compréhensible pour tous, et tout indiqué pour les nombreuses personnes qui ont un rôle à jouer en hygiène sociale.

Il s'adresse ainsi aux pharmaciens, vétérinaires, ingénieurs, architectes, professeurs, membres des conseils d'hygiène, aux commissions sanitaires, enfin aux maires, aux conseillers municipaux, aux parlementaires.

Cette quatrième édition est au courant des organisations nouvelles dans les divers domaines de l'hygiène. Les progrès de l'épidémiologie et de la prophylaxie ainsi que le développement de l'hygiène sociale ont attiré particulièrement l'attention des auteurs.

L. G.

(1) Collection de Précis médicaux. Un volume de 956 pages avec 225 figures. — Prix : broché, 65 fr.; relié toile, 80 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Le concours pour la nomination aux places d'*élève externe en médecine* vacantes le 1er mai 1933 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le mercredi 7 décembre 1932, à 9 h. 30 au Parc des Expositions, (Porte de Versailles, Paris-15e).

Les étudiants qui désirent prendre part à ce Concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le mercredi 26 octobre jusqu'au mercredi 23 novembre 1932 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-GERMAIN-EN-LAYE. — A la suite du concours qui vient de se terminer sous la présidence du Professeur Brindeau, M. le Docteur Jacques Courtois a été nommé accoucheur des hôpitaux et placé à la tête du service nouvellement créé.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Un concours sur titres est ouvert pour deux postes de médecin adjoint au sanatorium départemental du camp d'Helfaut (Pas-de-Calais).

Le traitement de début est fixé à 22.000 fr. et peut atteindre 36.000 fr., par avancements successifs. En outre, le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans et produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

La limite d'âge de trente-cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires.

Les demandes devront être adressées, avant le 29 septembre 1932, au ministère de la santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Les candidats qui seront désignés devront, préalablement à leur nomination, être reconnus physiquement aptes à exercer les fonctions de médecin adjoint. (*J. O.*, *6 sept. 1932*)

LES CAUSES PATHOLOGIQUES DES ACCIDENTS D'AUTOMOBILE. — Le ministre de la santé publique vient de constituer sous sa présidence une commission d'étude des causes pathologiques des accidents d'automobile.

L'arrêté est motivé de la façon suivante :

« Les accidents d'automobile, dont la multiplicité et la quantité constituent, par les morts et les invalidités graves qu'ils entraînent, un péril croissant pour notre population, ont, pour le plus grand nombre, des causes pathologiques qu'il importe de dégager.

« Les lourdes digestions et les libations des sorties dominicales ont leur part de responsabilité. Mais il faut tenir compte des états mentaux légers si nombreux qu'aggrave la vitesse, qu'excite le dépassement des autres véhicules, etc. D'autre part, la fatigue des longues heures passées au volant amoindrit et annihile l'attention et les réflexes.

« C'est pour étudier les problèmes physiologiques et médicaux que posent les trop nombreux accidents d'automobile et en dégager les enseignements qu'est instituée une commission spéciale. »

La commission est ainsi composée :

Vice-président : M. Serge Gas, conseiller d'Etat, directeur de l'hygiène et de l'assistance.

Membres : MM. le baron Petiet, président de la chambre syndicale des constructeurs d'automobiles; le vicomte de Rohan, président de l'Automobile-Club de France; Edmond Chaix, président du Touring-Club de France; Max Hermant, président du comité général des assurances; le docteur Raynier, inspecteur général adjoint des services administratifs, conseiller technique du ministère de la santé publique; le docteur Toulouse, médecin directeur du service libre de prophylaxie mentale à l'hôpital Henri-Rousselle; le docteur Jules Renault, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, conseiller technique sanitaire du ministère de la santé publique; le professeur Tanon, professeur à la faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, conseiller technique sanitaire du ministère de la santé publique, membre du conseil supérieur d'hygiène publique de France; le docteur Godlewski, auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France.

LA PRODUCTION DU SÉRUM ANTIVENIMEUX. — Le ministère de la santé publique communique la note suivante :

« Il nous est signalé que quelques pharmaciens éprouveraient certaines difficultés à s'approvisionner, à l'institut Pasteur, en sérum antivenimeux.

« Jusqu'à cette année les quantités préparées répondaient à la consommation. Brusquement, les demandes ont plus que doublé et il ne peut y être donné satisfaction immédiatement; un délai de quelques jours est parfois nécessaire.

« Il faut que le public sache que la fabrication du sérum antivenimeux est longue et coûteuse et que le prix de vente est hors de proportion avec celui de la préparation.

« Il est donc nécessaire, tout au moins dans la période actuelle, de n'autoriser de demandes de sérum qu'en vue du traitement des personnes. De grandes quantités sont, en effet, demandées par les chasseurs qui traitent leurs chiens mordus par des vipères.

« Des dispositions sont prises en vue d'intensifier la production. »

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Schutzenberger, médecin directeur de l'asile public d'aliénés de la Charité-sur-Loire, est nommé médecin chef de service de l'asile public d'aliénés du Mans, en remplacement de M. le docteur Bourdin, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Le poste de médecin directeur de la Charité-sur-Loire est déclaré vacant.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Léon Comar, ancien président de section au tribunal de commerce de la Seine, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Orsay. M. Léon Comar était le directeur des grands laboratoires Comar (Laboratoires Clin). Nous adressons à sa famille et à ses collaborateurs l'expression de notre vive sympathie.

— Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de M. Albert Arnaudet, interne des hôpitaux de Paris, décédé accidentellement à l'Institut de biologie de Tamaris (Var), et de MM. les Docteurs Ed. Marchand (de Paris), décédé à Nemours et Alphonse Delannoy, président du syndicat des stomatologistes du Nord, décédé à Malo-les-Bains des suites d'un accident d'automobile.

— On annonce la mort à Biarritz du Grand Duc Alexandre d'Oldenburg, docteur *honoris causâ*, créateur de l'Institut russe de médecine expérimentale, et ancien chef des services sanitaires de l'armée russe pendant la dernière guerre.

CHRONIQUE

UN GRAND JOURNALISTE MÉDICAL : LE DOCTEUR JEAN LAUMONIER

Nul ne méritait mieux ce titre que notre confrère et ami Jean Laumonier, dont nous déplorions la mort il y a quelques semaines.

Nos lecteurs qui ont gardé le souvenir des « actualités », publiées par Laumonier ici même avant et après la guerre, ont pu apprécier mieux que personne sa forte personnalité appuyée sur une documentation exceptionnelle. Toutes les branches de la science médicale ont été, en effet, approfondies par notre confrère. Rappelons ses deux volumes sur la *Nationalité française*, son traité de *Physiologie générale* aujourd'hui introuvable, son livre sur le *Freudisme*, ses ouvrages sur la *Thérapeutique des péchés capitaux*, sur les *nouveaux traitements*, sur la *colloïdothérapie*, *l'hygiène de l'alimentation, de la cuisine, de l'habitation*, etc... Dernièrement encore, il collaborait à *Tout le corps humain*, le beau traité publié par Hachette sous la direction de notre éminent confrère Henri Bouquet. Laumonier y écrivit la physiologie et les maladies de la nutrition. Avec un tel bagage scientifique, l'œuvre de journaliste de Laumonier ne pouvait être qu'exceptionnelle. En dehors de sa collaboration à la *Gazette*, il écrivit au *Larousse mensuel*, au *grand Larousse*, au *Bulletin général de Thérapeutique*, à *la France de Bordeaux*, à la *Vulgarisation scientifique*, à la *Revue de chimiothérapie*, au *Correspondant médical*, dont il fut rédacteur en chef, à l'*Opinion*.

Ses confrères rendirent hommage à son talent en le nommant secrétaire général de l'Association des Journalistes médicaux.

Ce n'était pas seulement par ses ouvrages et par la presse que brilla notre ami. A la *Société de thérapeutique*, il joua un tout premier rôle par ses communications et ses judicieuses interventions. Il était en outre un conférencier brillant qui se fit souvent entendre à l'Ecole de psychologie. Passionné pour les sciences naturelles, Laumonier consacra encore d'importantes études à la minéralogie.

Ce grand érudit était aussi un collectionneur très averti. Il laisse une collection de « soldats de plomb » probablement unique au monde, et d'une valeur inestimable, car tous ses échantillons étaient retouchés par lui d'après les documents historiques.

Les lecteurs de l'*Illustration* n'ont pas oublié un très curieux article illustré en couleurs qui parut avant la guerre sous la signature de Laumonier. Cet article était consacré à la reconstitution de la bataille d'Austerlitz, avec les soldats de plomb de sa collection. Mais ceci est une autre histoire, comme dit Kipling, et il faut y voir une simple récréation pour cet érudit et ce chercheur qui a travaillé jusqu'à sa mort.

F. L. S.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES SUBLUXATIONS CONGÉNITALES DOULOUREUSES DE L'ADULTE

Par M. LANCE,
Assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades.

Dans un article précédent (1), nous avons cherché à établir les données du diagnostic des subluxations *congénitales* douloureuses de l'adulte, données qui permettent de les différencier des arthropathies *acquises*, dans lesquelles le processus de luxation progressive de la tête fémorale, son expulsion, est la conséquence d'une prolifération du fond du cotyle.

Pour nous cette distinction est capitale car elle est la base des indications thérapeutiques.

Si la subluxation est secondaire, son traitement passe au second plan et c'est le traitement de l'arthropathie primitive qui prime tout. Il est surtout médical : médicamenteux, physiothérapique, crénothérapique. Des interventions, variables selon les cas, peuvent parfois être utiles. Leurs indications ont été exposées dans un travail de Mathieu (2). Si la subluxation est primitive, s'il s'agit d'une malformation de la hanche, le seul traitement logique et réellement efficace, comme nous nous efforçons de le démontrer depuis 6 années, est la reconstitution d'un appui emboîtant la tête fémorale dans sa totalité (3), complétée au besoin par une ostéotomie sous-trochantérienne corrigeant l'antéversion et l'adduction.

Nous allons ici exposer la technique de cette opération telle que nous l'avons établie.

***

La malformation, chez les sujets jeunes, avant les déformations secondaires, est constituée essentiellement par 2 éléments :

1° Le cotyle, au lieu d'être un segment de sphère, est aplati, fuyant, ovalisé et agrandi dans son segment supérieur ;

2° Les axes du col ne sont plus normaux.

Dans la hanche normale, sur la radio de face, qui équivaut à une coupe frontale, si on joint les 2 extrémités du cotyle par une droite, et qu'on élève une perpendiculaire au centre de cette droite, cette ligne coïncide avec l'axe du col (fig. 1).

Dans la subluxation (fig. 3) cette perpendiculaire ne se confond plus avec l'axe du col. Le col est redressé et en antéversion ; son axe aboutit en haut et en avant du fond du cotyle. Il résulte de cette disposition que le poids du corps transmis au fond du cotyle et la résistance du sol transmise par le col n'aboutissant plus au même point, ne s'annihilent plus, et donnent naissance à un couple de forces, dont l'une des composantes tend à entraîner la tête fémorale en dehors et en

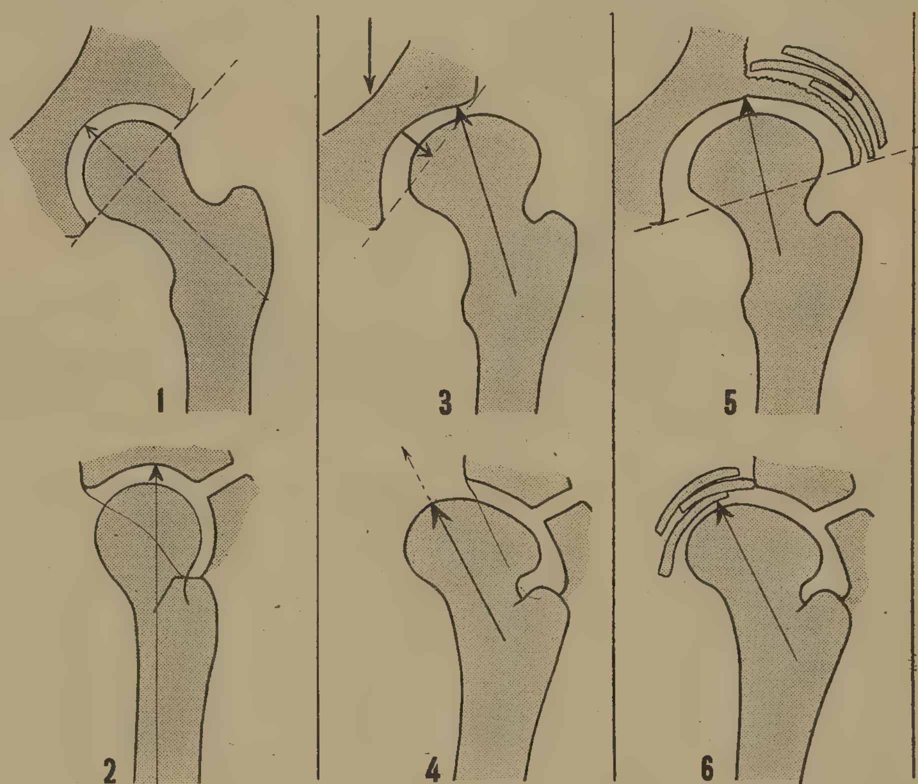


FIG. 1. — *Hanche normale* (radio de face). — L'axe du col coïncide avec l'axe du cotyle.
FIG. 2. — *Hanche normale* (radio de profil). — L'axe du col aboutit au fond du plafond.
FIG. 3. — *Subluxation* (radio de face). — Les deux axes ne coïncident plus.
FIG. 4. — *Subluxation* (radio de profil). — L'axe du col aboutit en avant du sourcil cotyloïdien.
FIG. 5 et 6. — **Reconstitution d'un cotyle bien axé par rapport au fémur.**

avant, ou si maintenue par ses ligaments elle résiste, à la déformer en ce sens. C'est l'origine du glissement progressif et des déformations secondaires. Après 50 ans il s'y joint les dystrophies osseuses plus marquées chez la femme après la ménopause, d'où exagération plus rapide à cet âge des déformations secondaires.

On peut faire des constatations analogues sur la radio de profil qui correspond à une coupe antéro-postérieure du cotyle (fig. 2).

L'axe prolongé du col aboutit normalement au centre du plafond concave du cotyle. Dans le cas de subluxation cet axe aboutit sur le sourcil très oblique du cotyle, ou même si l'antéversion est marquée (fig. 4) en avant du cotyle.

Il y a donc une désaxation complète du fémur par rapport au cotyle.

Comment remédier à ces divers éléments de la malformation ?

1° OVALISATION DU COTYLE. — Dans les cas jeunes, chez les adolescents, en mettant le membre en abduc-

(1) *Gaz. des Hôpit.*, n° 98, 9 déc. 1931, pp. 1840-1844, 17 fig.
(2) *Gaz. des Hôpit.*, Loc. cit., pp. 1833-1840, 6 fig.
(3) Le terme de « butée » qui a prévalu est absolument impropre. Il semble indiquer qu'un simple arrêt dans le sens vertical suffit à corriger la déformation, alors qu'il s'agit de reconstituer une vraie « coupole » emboîtant la tête en tous sens.

tion forcée à 90°, on arrive à faire descendre la tête fémorale dans la partie inférieure, déshabitée, du cotyle. Le plafond, oblique, se trouve ainsi libéré et en attaquant à la gorge le pourtour supérieur du cotyle, le détachant et l'abaissant, puis comblant l'hiatus par des greffons, on obtient la reconstitution anatomique du cotyle avec rétablissement de la longueur du membre. Mais nous voyons rarement de tels cas. Rapidement la tête s'aplatit, le fond du cotyle s'oblitère (double fond) — et chez les adultes la réduction en place est impossible. La seule conduite possible est donc d'agrandir le plafond par le dehors et en avant, en prolongeant sa coupole sur toute la surface de la tête fémorale extériorisée. On a ainsi, de manière certaine, reconstitué un appui à toute la surface portante de la tête fémorale.

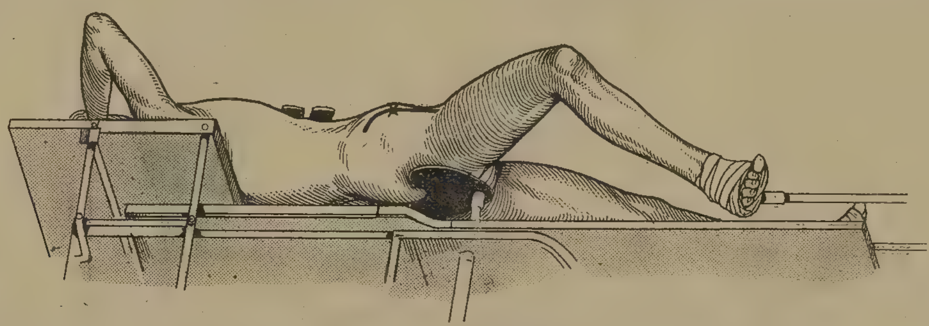


Fig. 7. — Position du malade sur la table basculée à 45°. Tracé de l'incision.

2° Modification des axes. — Cette reconstitution d'un cotyle continent rétablit du même coup la concordance des axes du cotyle et du col fémoral.

Prenons ce qui se passe transversalement (fig. 5). Le col est redressé en coxa valga, son axe prolongé n'aboutit plus au fond du cotyle, mais en dehors sur le plafond oblique. Après constitution d'une coupole osseuse entourant toute la tête, l'axe du col prolongé aboutit non plus au plafond, mais au fond de ce cotyle agrandi. Il n'y aura donc plus tendance au glissement et à la déformation.

La même démonstration s'applique à l'antéversion (fig. 6), si toute la partie extériorisée de la tête fémorale *en avant* du cotyle a été soigneusement recouverte d'un appui osseux.

Une articulation nouvelle est donc mécaniquement reconstituée.

3° L'adduction progressive. — Chez les subluxés âgés, présentant des déformations marquées, on constate une tendance à l'adduction progressive du membre par contracture, puis rétraction des adducteurs.

La reconstitution d'un cotyle continent et des axes du col ne suffit plus, il faut aussi reconstituer la direction de l'appui fémoral. La conservation de l'adduction entraîne forcément par l'appui en porte-à-faux une persistance des douleurs et une possibilité d'usure et de glissement de la tête hors du cotyle reconstitué. Seule l'ostéotomie sous-trochantérienne, avec abduction du bout inférieur, permet de rétablir l'axe normal d'appui du membre.

L'expérience nous a montré qu'il était indispensable de la pratiquer toutes les fois que sur le malade endormi pour pratiquer l'ostéo-plastie cotyloïdienne, on ne pouvait atteindre facilement au moins 45° d'abduction. La section des adducteurs ou leur élongation sont inopérantes dans ces cas ; la déviation en adduction se reproduit peu à peu. C'est une complication inutile de l'opération, pénible et douloureuse pour le malade.

***

Technique de l'opération. — La *Préparation* comporte quelques précautions : examen des urines, dosage d'urée dans le sang, et recherche de coagulabilité sanguine. Si celle-ci est retardée on cherche à la ramener à la normale par les moyens habituels, ceci afin d'éviter la formation d'hématomes avec désunion partielle de la plaie. Deux jours avant le jour de l'opération, et 2 jours après on pratique une injection sous-cutanée de 10 cent. cubes d'huile goménolée à 1/20.

Ceci nous a permis d'employer l'*Anesthésie à l'Ether* au masque d'Ombrédanne sans observer aucune complication pulmonaire.

Position a donner au malade. — Il est indispensable pour exécuter correctement l'intervention d'opérer sur une table orthopédique permettant à volonté l'abaissement du plateau, la transformation en pelvi support — et l'inclinaison latérale de l'ensemble — pour exposer la hanche.

Pendant qu'on endort le malade, le pied du côté sain est fixé dans sa pédale, le membre en rotation externe forcée pour exposer la face interne du tibia où sera pris la greffe.

Dès que la résolution est obtenue on cherche à mettre la cuisse du côté malade en abduction maxima. Si on obtient facilement une abduction de 45° et au-dessus, on fixe le membre dans cette attitude qui permet d'abaisser le plus possible la tête fémorale dans le cotyle, ici il n'y aura pas d'ostéotomie à pratiquer.

Si on ne peut arriver à obtenir une abduction d'au moins 45°, inutile d'insister — on fixe le membre en rectitude — et on pratiquera une ostéotomie sous-trochantérienne lorsque la butée sera faite.

Prise du greffon. — Le malade ainsi disposé on passe aux 2 temps opératoires : prise du greffon, ostéoplastie de la hanche. Ces 2 temps peuvent être exécutés simultanément s'il y a 2 équipes opératoires; cela abrégerait l'opération. En réalité, c'est inutile, avec un peu d'entraînement on arrive à exécuter successivement le tout en 50 minutes.

Nous débutons par la prise d'un greffon souple de Delagénière sur toute l'étendue de la face interne du tibia. On taille ainsi une greffe souple de 15 cent. de longueur chez l'enfant, 20 chez l'adolescent, 25 à 30 chez l'adulte ; sur une épaisseur de 1 à 2 mm. Au fur et à mesure qu'on le taille, le greffon s'enroule sur lui-même, fournissant du côté du périoste une surface lisse régulièrement concave. Le greffon est conservé dans des compresses imbibées de sérum chaud. La plaie est refermée par un surjet au crin, pansement compressif.

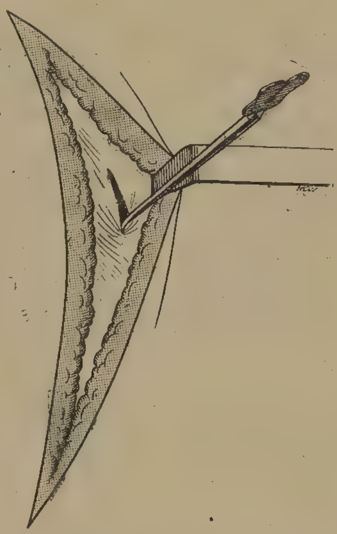


FIG. 8. — Incision de la peau et fascia lata.

OPÉRATION OSTÉOPLASTIQUE. — Pendant que le chirurgien change de gants, on abaisse le plateau de la table, puis on la bascule sur le côté jusqu'à ce que la hanche soit franchement exposée (fig. 7).

Incision de Smith-Petersen (1) comprenant 2 parties se réunissant à l'E.I.A.S. Elle suit d'abord la crête iliaque sur 6 à 8 cent. jusqu'à l'E.I.A.S., puis devient verticale sur la face antérieure de la cuisse sur une longueur de 8 à 10 cent.

L'aponévrose est incisée à ce niveau. La sonde cannelée découvre alors l'interstice entre le tenseur du fascia lata en arrière et le couturier en avant, et dissocie cet interstice (fig. 8). On y aperçoit d'ordinaire le nerf fémoro-cutané qu'il vaut mieux réséquer car, pris dans la cicatrice, il peut devenir l'origine de névralgies tenaces.

L'index gauche plonge alors dans la profondeur (fig. 9) et, tourné en arrière, charge à la fois la masse formée par le moyen fessier et le fascia lata et la soulève. Le bistouri va alors de bas en haut détacher tout contre l'iliaque la partie antérieure de cette masse musculaire qui contient des fibres tendineuses d'insertion (fig. 10). Une artériole à pincer juste sous l'E. I. A. S. Dès qu'on arrive à la partie antérieure de la fosse iliaque, le bistouri est remplacé par la rugine. En quelques coups, tout le tiers antérieur de la fosse iliaque est dégagé d'insertions musculaires, on tamponne pour arrêter la légère hémorragie et un écarteur est placé sur la tranche de section.

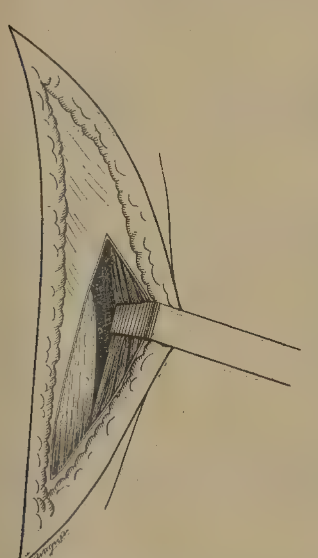


FIG. 9. — Interstice fascia lata en arrière. Couturier en avant.

(1) Cette incision connue sous le nom de Smith-Petersen devrait selon la remarque de Sorrel être appelée incision de Victor Ménard, car Ménard l'a décrite et employée pour aborder la hanche dans la résection trente ans avant Smith-Petersen.

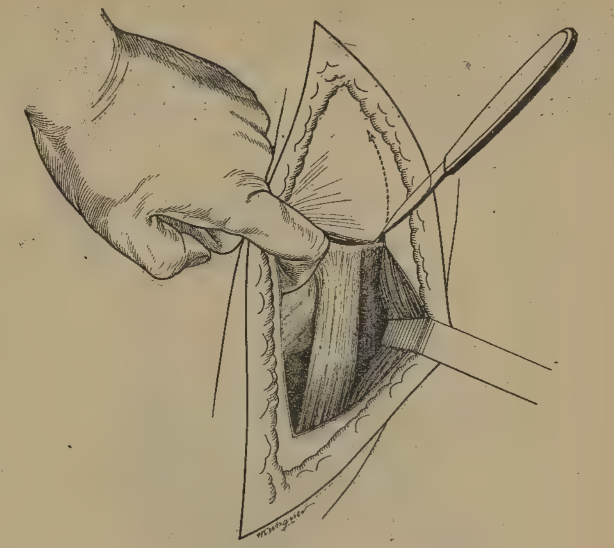


FIG. 10. — Désinsertion d'avant en arrière du fascia lata et moyen fessier.

On voit alors dans le fond de la plaie (fig. 11) la saillie formée par la tête fémorale recouverte de sa capsule et des ligaments. Mais, et cela d'autant plus que l'antéversion et la subluxation sont plus marquées, on ne voit QUE LA PARTIE POSTÉRIEURE DE CETTE TÊTE FÉMORALE. Si on en restait là on ne pourrait recouvrir de greffons qu'une partie. La tête pourrait continuer à se subluxer en avant. L'opération serait incomplète, inefficace.

Ce qui recouvre en avant la tête fémorale subluxée, c'est le droit antérieur. Si on cherche à le soulever à sa partie supérieure, tendineuse, avec un écarteur, on ne peut le faire à cause de son *tendon réfléchi* qui vient s'insérer horizontalement sur le bord supérieur de la capsule et du sourcil. Il *est indispensable de le sectionner*. C'est un temps capital de l'intervention.

Pour cela, pendant qu'un aide passe un écarteur, sous le corps musculaire du droit antérieur et le tend,

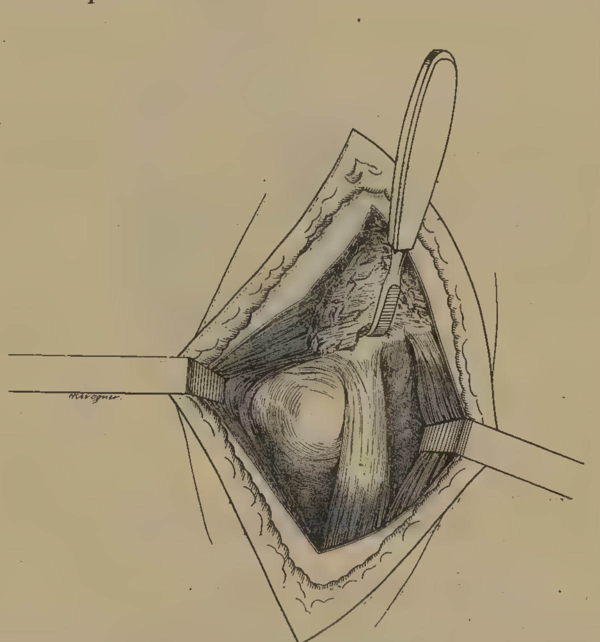


FIG. 11. — Le moyen fessier est détaché à la rugine de la fosse iliaque.

on glisse de bas en haut (fig. 12) le long de la capsule articulaire une rugine plate. Elle ne tarde pas à se coiffer d'un repli épais résistant. C'est le tendon réfléchi. On le coupe au bistouri. Aussitôt on peut

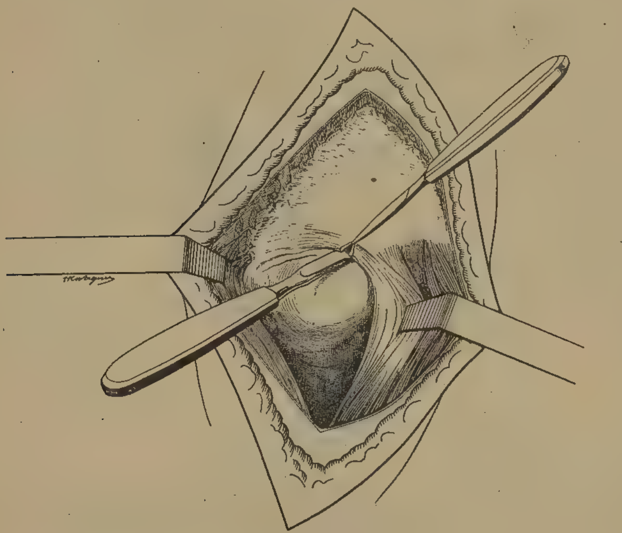


FIG. 12. — Section du tendon réfléchi du droit antérieur.

soulever entièrement le tendon du droit antérieur de la capsule, et l'on découvre la tête fémorale dans sa totalité (fig. 13).

Le champ ainsi préparé, on passe à la *taille du volet iliaque*. Dans le premier tiers de la fosse iliaque, deux légères incisions au ciseau mince de Farabeuf limitent les bords antérieur et postérieur du lambeau. Une gouge concave et recourbée (fig. 14) attaque d'abord sous la crête, puis, par prises successives, taille un lambeau qui se recourbe peu à peu vers le dehors. Arrivé au niveau du sourcil, pour abaisser plus fortement le lambeau nous prenons en général le ciseau de Hennequin et en nous en servant comme d'un levier cherchons à abaisser au maximum le vo-

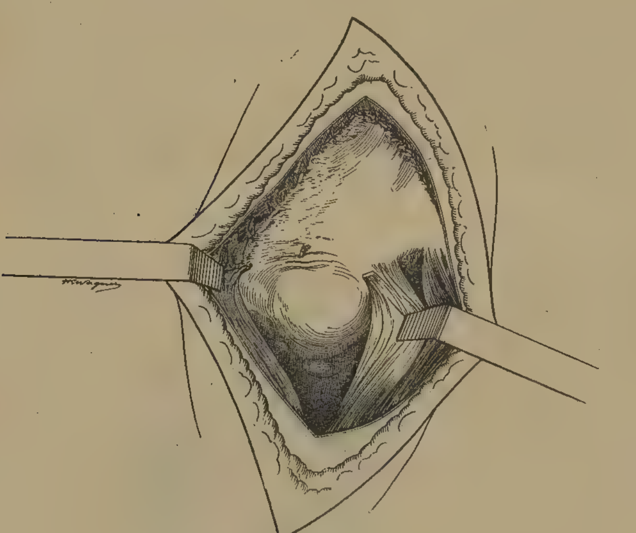


FIG. 13. — Le droit antérieur récliné, la saillie de la tête fémorale apparaît dans sa totalité.

let iliaque. Chez l'adulte il se brise plus ou moins complètement à sa base et retombe sur la capsule. Chez l'adolescent et l'enfant il s'abaisse difficilement, fait ressort ; alors, ou bien nous le fixons par 2 points de catgut à la capsule fémorale, ou introduisant un coin spécial au fond de l'angle dièdre formé par le volet et l'os iliaque, en quelques coups de maillet, nous le mâtons en place.

Le *volet iliaque ne recouvre que la partie postérieure de la tête fémorale subluxée en avant* (fig. 15). Il ne peut aller sous le droit antérieur recouvrir la masse parfois considérable (les 2/3, les 3/4) de la tête sortie en avant du cotyle. Ce seront les *greffons* qui iront la recouvrir (fig. 16).

Prenant le greffon souple, on le coupe aux ciseaux, à l'intérieur d'un champ pour éviter que les morceaux ne sautent au loin, en 3 morceaux. Chaque morceau est incurvé sur sa face périostée, lisse. C'est cette face lisse qui, naturellement, est tournée vers l'articulation. Nous glissons sous le droit antérieur soulevé

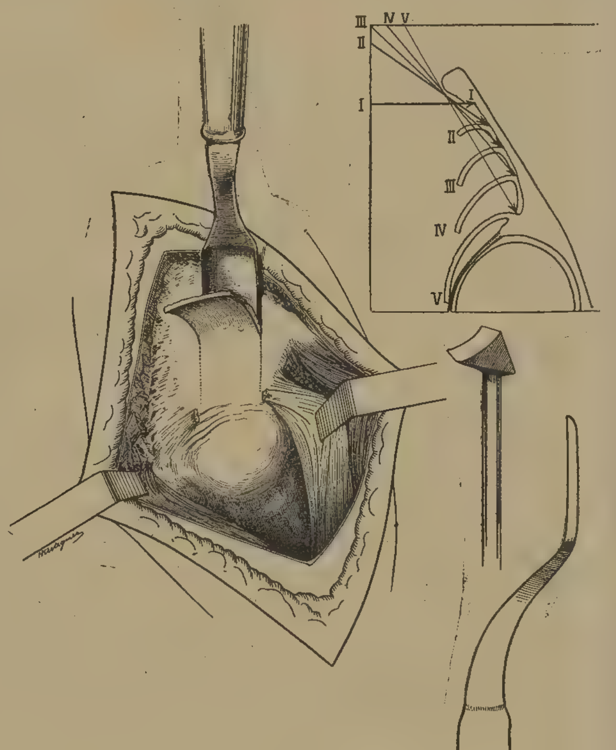


FIG. 14. — *Taille du volet iliaque*. — Schéma des prises successives de la gouge. Profil de la gouge. Coin pour mater le volet iliaque sur la tête fémorale.

2 greffons bien à plat qui, par leur partie antérieure, recouvrent toute la partie antérieure de la tête fémorale, et en arrière reposent sur le volet iliaque abaissé.

Un troisième est enfoncé entre l'os iliaque et le volet pour maintenir leur écartement. On enlève les écarteurs. La tension du droit antérieur suffit à maintenir les greffons en place.

Il faut réinsérer le moyen fessier et le tenseur du fascia lata sur la fosse iliaque. On les traverse en masse bas en haut avec une forte aiguille courbe de Doyen qui traverse ensuite la masse tendineuse s'insérant sur l'E.I.A.S.; trois ou 4 autres catguts passés à travers les muscles et les tissus fibreux le long de la crête iliaque ; 2 ou 3 points sur l'aponévrose fémorale (fig. 17). L'incision cutanée est fermée par un surjet au crin. Nous ne drainons jamais.

OSTÉOTOMIE SOUS-TROCHANTÉRIENNE. — Si l'ostéotomie nous a paru indispensable, nous la pratiquons

alors par une incision au lieu d'élection et avec la technique classique : ostéotomie transversale à 5 cent. au-dessous du grand trochanter. Nous refermons en laissant les os sectionnés en place afin de ne pas déplacer nos greffons au niveau de la hanche.

Appareillage. — Le pansement terminé (compresses et tours de bande sans coton, deux maillots), deux plâtres sont faits sur le bassin — et sur la jambe et la moitié inférieure de la cuisse. La plaie reste découverte entre les deux. Ils sont solidarisés par des pièces métalliques articulées (appareillage personnel préparé à l'avance) incluses dans les plâtres. Si la condition sociale du malade le permet, le plâtre est remplacé par un cuir articulé bivalve fait à l'avance, semblable à celui que nous employons pour le traitement des luxations congénitales de la hanche (1).

Ceci fait gagner 20 minutes de temps d'anesthésie.

Suites opératoires. — Elles sont très simples. Nous n'avons jamais vu de shock après ces interventions.

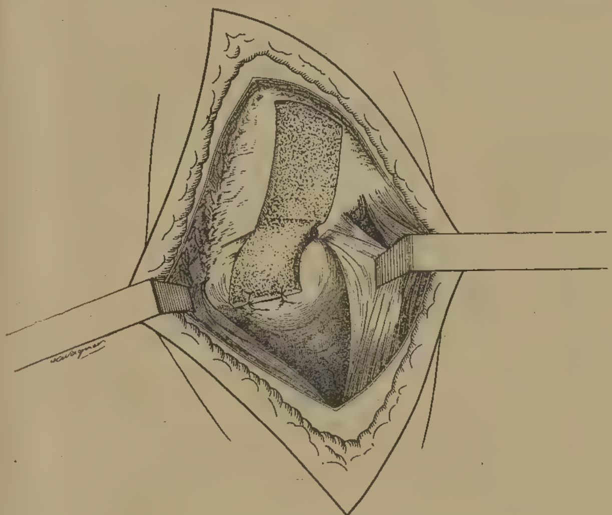


Fig. 15. — Le volet iliaque en place ne recouvre pas la partie antérieure de la tête subluxée.

Le pansement imbibé de sang est renouvelé au bout de 48 heures ; puis seulement pour enlever les points de suture le 11e ou 12e jour.

Si on a fait une ostéotomie, le 15e jour nous faisons radiographier le malade dans son appareil. Puis on le fixe sur la table orthopédique, on enlève l'appareil. On donne au fragment inférieur le degré d'abduction jugé indispensable pour corriger l'adduction et mettre le membre à 10° d'abduction. On refait un plâtre circulaire qui sera porté 45 jours. Mais au bout de 15 jours, nous le coupons en deux au genou et une articulation est incluse pour permettre quelques mouvements et éviter les raideurs articulaires.

Si on n'a pas fait d'ostéotomie, ce qui est habituel, tout appareillage est enlevé au 25e jour, le malade mobilisé au lit 2 jours, puis la marche reprise progressivement.

Complications. — Les sections osseuses continuant à saigner après l'opération, il se forme un hématome profond. Cet hématome s'évacue parfois au dehors entre le 14e et 20e jour en un point de la cicatrice. Il en résulte une fistule qui peut devenir l'origine d'une infection de dehors en dedans si le pansement n'est pas fait avec une rigoureuse asepsie pendant les 10 à

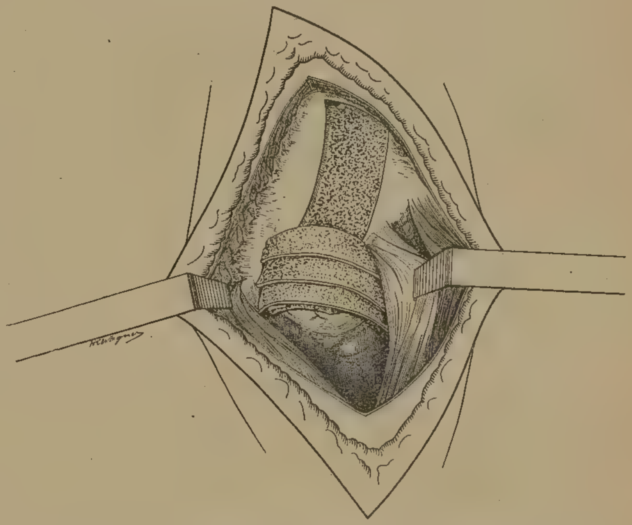


Fig. 16. — La tête fémorale est entièrement recouverte par les greffons empilés sous le droit antérieur.

20 jours de l'évacuation du contenu de l'hématome. Deux de nos malades ont ainsi été infectés.

Pour éviter cette formation des hématomes, depuis deux ans nous tamponnons pendant l'opération les tranches osseuses avec des compresses imbibées de sérum chaud dans lequel on verse de l'hémostyl. Depuis que nous employons cette technique qui nous a été enseignée par Richard (de Berck), nous n'avons presque plus d'évacuation d'hématomes.

***

Telle est, dans ses grandes lignes, la technique qu'une longue expérience nous a amené à adopter. Dans un prochain article, nous montrerons les résultats que l'on est en droit d'espérer du traitement chirurgical de la subluxation douloureuse de la hanche chez l'adulte.



Fig. 17. — Réinsertion en masse des muscles.

(1) Lance. Traitement de la luxation congénitale de la hanche sans appareil plâtré, *Gaz. des Hôpit.*, 29 nov. 1930.

ACTIONS BIOLOGIQUES ET ANTISEPTIQUES DE LA LISTERINE

Par M. L. CASELLI.

On connaît la grande difficulté que les médecins, en particulier les spécialistes (dentistes, otorhino-laryngologistes, stomatologistes, gynécologistes et autres) éprouvent dans le choix d'un bon antiseptique pour la désinfection des cavités naturelles, bouche, nez, gorge, organes génitaux, etc. De nombreuses formules ont déjà été proposées et employées avec plus ou moins de succès, mais le problème est loin d'être résolu. Les recherches continuent et nous amènent à présenter aujourd'hui les recherches expérimentales sur un antiseptique dont la formule nous avait paru intéressante au premier examen (1).

Avant de rechercher l'action bactéricide in vitro de la Listerine, nous avons voulu nous rendre compte si son emploi ne présentait pas d'inconvénients. Dans ce but nous avons étudié son action sur l'épiderme, le derme, les muqueuses et son pouvoir toxique.

Essais biologiques :

1. Expérience : Innocuité de la Listerine en application cutanée. Animaux en expérience : 3 lapins et 6 cobayes. Technique : on épile 4 c. car. de la région abdominale des animaux. Sur la zone épilée on fait une application de Listerine pure à l'aide d'un pansement maintenu en place vingt-quatre heures et constamment imbibé de ce produit. On ne constate aucune trace d'irritation, le pansement peut être conservé sur la même région et dans les mêmes conditions pendant huit jours. Résultat : les lapins ou les cobayes ainsi traités n'ont jamais présenté aucune altération même minime.

2. Expérience : Innocuité de la Listerine sur les muqueuses.

1) Application oculaire : animaux en expérience : 3 lapins et 5 cobayes. Les applications oculaires de Listerine pure sont faites pendant un temps variant entre quinze et trente minutes. Résultat : aucune altération n'a été observée. En outre, deux lapins et cinq cobayes reçoivent sur la muqueuse oculaire deux fois par jour quatre gouttes de Listerine pure pendant dix jours. Seul un cobaye subit une légère attaque de la cornée.

2) Application vaginale : chez quatre cobayes on laisse à demeure de petits tampons à la Listerine sur la muqueuse vaginale pendant 1 h.; l'expérience est continuée pendant dix jours et on n'observe aucun signe d'irritation.

3. Expérience : Innocuité de la Listerine injectée par voie sous-cutanée : animaux en expérience : dix cobayes du poids de quatre cents grammes. Dix cobayes sont inoculés sous la peau de l'abdomen avec des doses croissantes de Listerine, de un à cinq cc. Les animaux tenus en observation pendant une semaine n'ont jamais présenté aucun trouble ni général ni local ; le produit est parfaitement résorbé, il n'y a pas de nodule sous-cutané et la peau est toujours aussi souple.

4. Expérience : Innocuité de l'inoculation sous-conjonctive : animaux en expérience deux lapins. Deux lapins reçoivent une injection sous-conjonctivale de un quart de cc. de Listerine pure. Une congestion légère de la muqueuse conjonctivale apparaît au début, mais disparaît quelques heures plus tard.

5. Expérience : Toxicité de la Listerine inoculée dans le péritoine. Animaux en expérience : douze cobayes et cinq lapins. Douze cobayes sont injectés avec des quantités de Listerine variant entre un et cinq cc.: 2 cobayes avec 1 cc., 2 cobayes avec 2 cc., 2 cobayes avec 3 cc., 3 cobayes avec 4 cc. et 3 cobayes avec 5 cc.

Les cobayes inoculés avec 1 cc., 2 cc. et 3 cc. n'ont présenté aucun trouble pendant les dix jours d'observation ; l'autopsie n'a révélé rien d'anormal.

Les cobayes ayant reçu 4 cc. et 5 cc. se couchaient sur le côté très abattus, mais quelques heures après leur état semblait redevenir normal. Quatre animaux sur six sont sacrifiés cinq jours après ; l'autopsie n'a révélé rien d'anormal. Les deux autres cependant sont morts et à l'autopsie on a trouvé une congestion péritonéale et pulmonaire. Nous avons voulu vérifier ce fait. Pour établir si la symptomatologie observée et la cause de la mort étaient dues à la toxicité du produit ou à d'autres causes d'ordre banal, douze cobayes ont été encore inoculés dans le péritoine avec cinq cc. de Listerine pure. Un seul est mort de congestion pulmonaire. Sacrifiés, les autres ne présentaient aucune réaction péritonéale ; la séreuse était normale, sans lésions congestives, sans aucune ulcération, sans liquide péritonéal et sans fausses membranes. Il en était de même pour deux lapins inoculés de la même façon.

Pouvoir bactéricide in vitro de la Listerine. — Nous étant assurés de sa parfaite innocuité en tant que causticité et toxicité, nous sommes passés à l'étude du pouvoir bactéricide in vitro de la Listerine.

Expériences qualitatives. — Les essais furent faits avec les souches suivantes :
staphylococcus aureus,
staphylococcus albus,
streptococcus haemolyticus,
streptococcus viridans,
pneumococcus type I,
bacillus acidophylus odontolyticus.

Les souches avaient été isolées récemment de différents produits pathologiques.

Technique employée : à 5 cc. de Listerine pure on ajoute 0,5 cc. d'une émulsion bactérienne obtenue en partant d'une culture de vingt-quatre heures à 37° C., sur milieu solide. On laisse en contact pendant 10'', 15'', 20'', 25'', 30'', 40'', 50'' et une minute. Les prélèvements sont donc faits après 10'', 15'', 20'', etc., avec une anse de platine de 3 mm. de diamètre ; on ensemence ainsi 5 cc. du milieu approprié (bouillon nutritif additionné d'ascite pour les streptocoques et pneumocoques, bouillon au touraillon pour le bacillus acidophylus odontolyticus). Des ensemencements

(1) Formule donnée : essence de thym, eucalyptus, gaulthérie (wintergreen,) menthe et baptisie, une part. Solutions saturées d'acide borique (29 p.) et benzoïque (1 p.), alcool à 90° 250 p., eau distillée 1.000 p. Propriétés physiques : p*h* 3,9, poids spécifique 0,979 (t. 15° C), densité 13° Baumé, miscible avec l'eau dans toute proportion.

témoins sont faits en partant de suspensions bactériennes pour lesquelles on a remplacé la Listerine par de l'eau physiologique stérile. Les milieux ensemencés sont laissés quarante-huit heures à l'étuve à 37° C. Un contrôle est alors fait sur milieu solide.

Des essais répétés ont donné les moyennes suivantes :

Le staphylococcus aureus est tué après..	30″	de contact.
Le staphylococcus albus.................	30″	—
Le streptococcus viridans...............	10″	—
Le streptococcus haemolyticus...........	20″	—
Le pneumococcus (1).....................	10″	—
Le bac. acidophylus odontol.............	20″	—

Cet antiseptique détruisant facilement un grand nombre de bactéries, nous avons voulu évaluer quantitativement son pouvoir bactéricide.

Expériences quantitatives. — Numération des bactéries tuées après 15'' de contact.

Pour calculer le nombre d'organismes tués en 15'' on opère de la façon suivante :

A cinq cc. de Listerine pure on ajoute 0,5 cc. d'émulsion microbienne provenant d'une culture sur gélose de vingt-quatre heures à 37° C.

On laisse en contact pendant 15'' et on prélève un cc. du mélange qu'on dilue dans 99 cc. d'eau physiologique stérile ; de cette dilution au centième on prélève 2 cc., 1 cc. et 1/2 cc. pour les incorporer à de la gélose fondue coulée en boîte de Pétri ; ces boîtes restent à l'étuve à 37° C pendant quarante-huit heures. Les boîtes témoins sont faites en substituant à 5 cc. de Listerine 5 cc. d'eau stérile et en faisant des dilutions à un millième, un dix-millième, un cent-millième et un millionième.

On peut mettre ainsi en évidence par différence le nombre de bactéries tuées en 15''.

Voici les résultats de dix expériences :

BACTÉRIES	BACT. tuées après 15″	TÉMOINS sans List.
Staph. aureus.........	580 millions	598 millions
Staph. albus..........	620	632
Strept. viridans.......	820	827
Strept. haemol........	790	793
Bac. acidoph. odont...	720	733
Pneumococcus (2).....	850	851

Pouvoir antivariolique. — Le principal intérêt de la Listerine étant la désinfection de la gorge et du pharynx, nous aurions voulu établir l'action sur un virus neurotrope comme celui de la poliomyélite ou de l'encéphalite, mais vu la difficulté de l'expérimentation avec ces virus, nous nous sommes servis du virus vaccinal, virus présentant avec le virus poliomyélitique et encéphalitique un grand nombre de points communs.

La vaccine employée est celle de l'Institut de Vaccine de Paris, diluée à 15 pour cent dans l'eau physiologique.

Cinq lapins reçoivent dans la région abdominale trois inoculations intracutanées. La première inoculation est faite avec de la Listerine seule, la deuxième avec de la vaccine seule et la troisième avec le mélange vaccine plus Listerine. Le mélange est laissé en contact pendant des temps variables. On obtient les résultats suivants : après un contact de 15'', le virus vaccinal n'est pas détruit, il y a formation d'une pustule vaccinale lorsqu'on injecte le mélange. Après un contact de 30'', 60'', 120'' le virus vaccinal est toujours détruit, il n'y a jamais apparition de pustule.

	ÉMULSION vaccine 15 %	QUANTITÉ Lister.	TEMPS de contact	DOSE inoculée	POINT inoculé	RÉSULTAT
C34	1 p.	1 p.	15″	0,2 cc.	Abdomen	+
C35	Id.	Id.	30″	Id.	Id.	—
C36	Id.	Id.	60″	Id.	Id.	—
C37	Id.	Id.	120″	Id.	Id.	—
C38	Id.	2 p.	20″	Id.	Id.	—

	TÉMOIN LISTERINE		TÉMOIN VACCINE	
NUMÉRO	Région	Résultat	Région	Résultat
C34	Abdomen	—	Abdomen	+
C35	Id.	—	Id.	+
C36	Id.	—	Id.	+
C37	Id.	—	Id.	+
C38	Id.	—	Id.	+

La Listerine employée comme bactéricide buccal. — Il est très difficile de déterminer, même d'une façon relative, le pouvoir bactéricide d'un produit quelconque sur une flore bactérienne toujours variable, en nombre et en qualité, dans un milieu dont la composition peut changer sous les influences les plus diverses. Les résultats de nos expériences faites en employant un seul milieu de culture, la gélose nutritive, donnent une idée assez fidèle de l'influence bactéricide de la Listerine sur la flore buccale ; mais ces résultats n'ont pas toutefois de valeur absolue.

L'homogénéisation des produits de lavage était absolument nécessaire pour que l'expérimentation ait une valeur réelle.

Nous avons d'abord employé plusieurs artifices (filtration à travers des filtres stériles, agitation avec des perles de verre, etc.), mais toujours avec des résultats très inconstants, que nous ne croyons pas nécessaire de relater ici. La technique qui nous a enfin permis d'obtenir des résultats satisfaisants est la suivante : on centrifuge les eaux de lavage de la bouche pendant un temps assez long. Le liquide décanté est ajouté à 180 cc. d'eau physiologique stérile ; le culot de centrifugation broyé avec une quantité égale de sable est ensuite versé dans le même ballon d'eau physiologique.

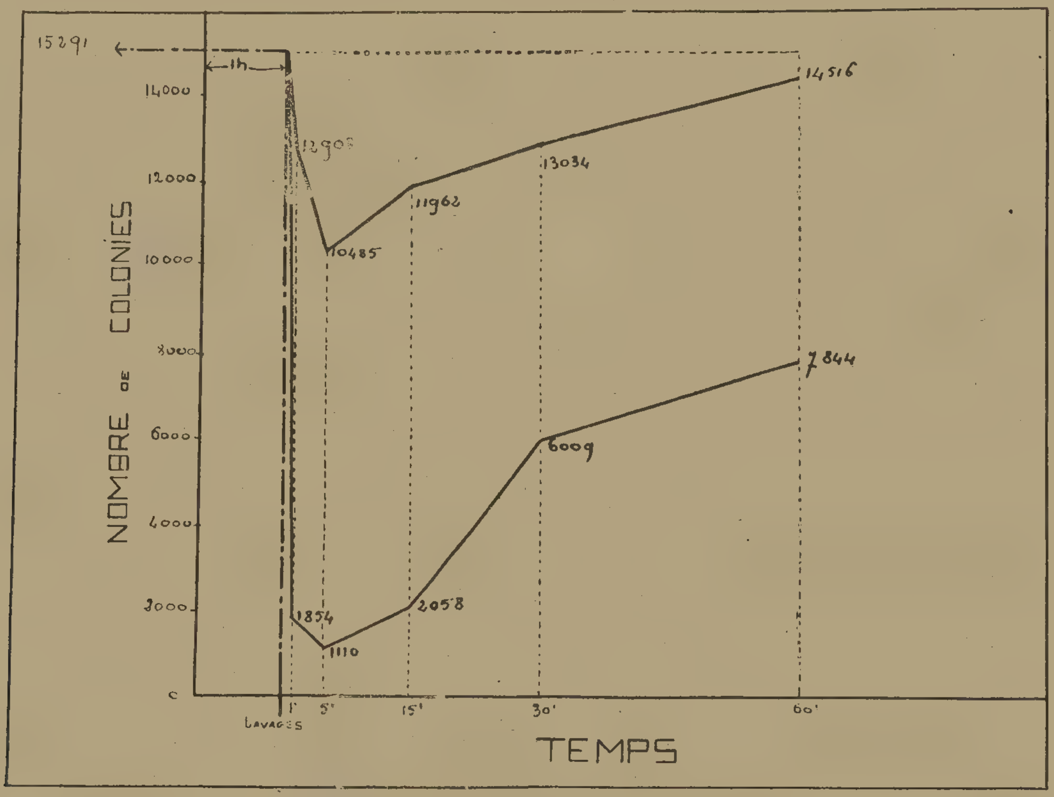
En suivant cette technique nous croyons avoir obtenu une homogénéisation que la régularité des résultats nous autorise à croire parfaite.

Voici les détails de l'expérience : la bouche est lavée avec 20 cc. d'eau physiologique stérile pendant 30'' ; ce liquide de lavage est laissé à la glacière pour éviter les pullulations bactériennes. Une heure après le lavage indiqué on fait le lavage antiseptique avec 20 cc. de Listerine pure pendant 30''. Après une minute d'attente on opère un nouveau lavage avec 20 cc. d'eau physiologique stérile. On pratique des lavages buccaux après 5', 15', 30' et une heure. Après chaque opération le liquide recueilli est mis à la glacière. Ces différents liquides sont centrifugés pendant 20' à qua-

(1) Pour le pneumocoque l'antiseptique est dilué de moitié, ces souches étant assez fragiles.

(2) Pour les pneumocoques la Listerine a été diluée au 1/3.

tre mille tours. Le liquide surnageant est décanté dans un ballon contenant 180 cc. d'eau physiologique stérile, le culot est broyé très soigneusement dans des mortiers avec du sable stérile. Ce broyage est ajouté à l'eau du ballon ; celui-ci contient alors la totalité des produits salivaires, le mélange est très soigneusement effectué. Les 20 cc. d'eau de lavage sont dilués au dixième dans ce ballon ; on prélève un cc., un demi cc., un dixième cc., qu'on ensemence dans de la géolose fondue qu'on répartit en boîtes de Pétri ; pour chaque dilution deux ensemencements sont pratiqués. Etant donné l'extrême diversité de la richesse en microbes des eaux de lavage (variant d'un minimum de 3.500 colonies par un dixième cc. à un maximum de 40.128 colonies dans nos seize essais) il est aussi nécessaire de faire des dilutions plus for-



tes ; nous avons employé la plus grande quantité possible de la dilution-mère afin d'éviter les causes d'erreur.

Les boîtes de Pétri sont placées à l'étuve à 37° C. pendant trois jours ; on numère ensuite les colonies.

Nous avons fait avec cette technique seize expériences dans des conditions strictement équivalentes sur quatre sujets et nous avons reporté les résultats sur des graphiques. Tous les chiffres ont été calculés sur la base de un dixième de cc. d'eau-mère, c'est-à-dire un dixième de cc. d'eau de lavage diluée à son tour au dixième.

Pour rendre les courbes plus significatives nous avons reporté le nombre initial des colonies de l'expérience témoin, au nombre des colonies constatées dans l'expérience faite avec la Listerine ; les autres chiffres ont été modifiés par un simple calcul de proportion.

En observant ces graphiques on peut facilement constater la diminution du nombre des bactéries due à l'action mécanique et la diminution due à l'action bactéricide du produit. Cette dernière action est de beaucoup la plus importante et la plus prolongée.

La courbe ci-jointe correspond aux résultats moyens des seize expériences. Elle montre d'une façon absolue l'action bactéricide de la Listerine sur le milieu salivaire. Ceci n'est pas pour nous étonner, puisque nous avons déjà constaté ces qualités antiseptiques in vitro.

Nous voulons rapporter aussi les constatations faites par un praticien.

Le Dr Lorenz a bien voulu essayer la Listerine comme antiseptique. Il s'en servi à l'état pur pour des plaise contuses et souillées de terre ou de matières grasses ; il l'a employée avec succès pour une stomatite consécutive à l'extraction d'une dent très infectée et qui avait provoqué une infection générale. De plus, il la recommande pour l'hygiène buccale ; à la dose d'une cuillerée à soupe dans un verre d'eau elle donne une impression de bien-être local et désodorise l'haleine.

Conclusions. — Nous venons d'envisager le pouvoir bactéricide in vivo et in vitro de la Listerine, nous avons vu comment elle se comporte, quelles sont ses qualités exceptionnelles antiseptiques sur les bactéries habituelles des cavités naturelles de l'homme, soit isolées de l'organisme, soit dans l'organisme.

Nous avons vu qu'elle n'est jamais irritante, ni caustique, ni toxique, même inoculée à des doses très fortes et dans des conditions expérimentales très dures.

Cet antiseptique atoxique est donc tout particulièrement recommandable pour l'hygiène habituelle de l'homme.

NOTES POUR L'INTERNAT

FACE INFÉRIEURE DU FOIE

C'est la face la plus intéressante de la glande hépatique, en raison : de ses connexions avec les organes viscéraux (face « viscérale »), des éléments nourriciers et fonctionnels qui l'abordent au niveau du *hile du foie*.

I. Configuration externe

a) *Forme* ovalaire à grosse extrémité étroite, à grand axe transversal.

b) *Limites :* en avant, le bord antérieur convexe du foie la sépare de la face antérieure ;

En arrière, le bord postérieur concave forme la limite avec la face postérieure (ces deux faces présentant d'ailleurs des connexions intimes).

c) *Direction :* la face inférieure regarde *en bas*, en *arrière et à gauche ;* elle regarde plus ou moins en arrière suivant l'état de réplétion du colon transverse qui, distendu, relève la partie antérieure du foie.

La face inférieure, beaucoup plus étendue à droite et à gauche qu'en son milieu, est divisée en quatre lobes par trois sillons :

Un sillon transversal au hile du foie ;

Deux sillons antéro-postérieurs (ces deux derniers appartiennent par leur moitié postérieure, ainsi que le lobe de Spiegel qu'ils circonscrivent, à la face postérieure).

d) *Sillon transversal* ou *hile du foie.* — Situé à la limite postérieure de la face inférieure ; oblique en arrière et à droite ; long de 5 à 6 cm., large de 1 cm. 1/2,

Est compris entre :

En avant : le lobe carré ;

En arrière : le lobe de Spiegel.

Son extrémité gauche est coupée par le sillon longitudinal gauche au point où le ligament rond se continue avec le canal fibreux d'Arantius.

Son extrémité droite semble se continuer avec le segment antérieur du sillon longitudinal droit, en s'élargissant pour former la fossette cystique.

e) *Sillon antéro-postérieur gauche.* — Etroit et profond. Commence en avant au bord antérieur, qu'il entame ; croise l'extrémité gauche du hile ; coupe le bord postérieur du foie et se continue directement avec le sillon gauche de la face postérieure.

Dans le fond de ce sillon : le *cordon fibreux de la veine ombilicale.*

f) *Sillon antéro-postérieur droit.* — Large et peu profond ; c'est plutôt une gouttière ; encoche le bord antérieur du foie ; s'arrête en arrière à l'extrémité droite du hile, avant d'atteindre le bord postérieur : c'est dans ce sillon que se trouve couchée la *vésicule biliaire.*

Ces trois sillons limitent entre eux *quatre lobes :*

g) *Lobe droit*, compris entre le pourtour du foie, le sillon longitudinal droit. Le plus étendu : 20 cm. d'avant en arrière, 10 cm. transversalement.

Les deux tiers postérieurs sont excavés en une large empeinte : *empreinte rénale.*

Le tiers antérieur présente l'empreinte quadrilatère de l'*angle colique.*

h) *Lobe gauche*, compris entre le pourtour gauche, le sillon longitudinal gauche ; concave, moulé sur la face antérieure de l'estomac.

Entre les deux sillons longitudinaux, le champ médian, petit, est subdivisé par le sillon transversal.

i) *Lobe carré*, ou champ antérieur médian, en réalité de forme rectangulaire.

j) *Lobe de Spiegel*, appartient à la face inférieure par son extrémité inférieure : celle-ci constitue un bourrelet situé en arrière du hile, renflé à ses deux extrémités :

A droite : *tubercule coudé*, qui se prolonge par une crête sur le lobe droit.

A gauche : *tubercule papillaire.*

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 75. — SAMEDI 17 SEPTEMBRE 1932. 105e ANNEE. SAMEDI 17 SEPTEMBRE 1932. — N° 75.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Écoles de médecine. — Grenoble. — Un concours pour un emploi de chef de travaux de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble s'ouvrira le jeudi 27 octobre 1932, au siège de ladite école.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Légion d'honneur. — Santé publique. — Est promu *au grade d'officier :* M. le Docteur Montlaur (de Paris).

Médaille de la prévoyance sociale. — La médaille d'or est décernée à M. le docteur Albigès (de Montpellier).

Ministère de la santé publique. — M. le docteur Petetin, licencié ès sciences, ancien chef de laboratoire à la faculté de médecine de Paris, assistant d'urologie à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, a été nommé médecin consultant du ministère de la santé publique (urologie).

École principale du service de santé de la marine. — Un décret en date du 5 septembre fixe à 8.000 fr. pour l'année scolaire 1932-1933 le montant de la somme à rembourser, en exécution de l'article 152 de la loi du 16 avril 1930, par les élèves de l'école principale du service de santé de la marine qui, pour une cause quelconque, autre que pour inaptitude physique reconnue, quittent l'école en cours d'études, ne satisfont pas aux examens de sortie ou ne restent pas, sauf le cas de réforme pour raisons de santé, au moins dix ans après leur sortie de l'école dans l'un des deux corps de santé (marine ou troupes coloniales) dans lequel ils seront admis à servir d'après leur rang de classement de sortie de l'école de Bordeaux.

Ces élèves auront également à rembourser :

1° La valeur du trousseau qui leur sera délivré d'après le taux fixé annuellement pour chaque année scolaire passée à l'école ;

2° Le montant des frais de scolarité payés par la marine pendant leur présence à l'école de Bordeaux, d'après les tarifs fixés par les décrets relatifs aux droits à percevoir en vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien.

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — Clinique thérapeutique médicale de la Pitié (Professeur : F. Rathery.) — *Cours de perfectionnement sur le diabète sucré* du 13 octobre au 29 octobre 1932. — Ce cours sera fait par M. le Professeur Rathery avec la collaboration du Professeur Terrien, professeur de clinique ophtalmologique à la faculté de médecine, du Professeur Jeannin, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine, de M. Plantefol, sous-directeur de laboratoire au Collège de France, du Docteur Thalheimer, chirurgien des hôpitaux, du Docteur Froment, ancien chef de clinique, médecin assistant du service, des Docteurs Boltanski, Dérot, Germaine Dreyfus-Sée, Kourilsky, Julien Marie, Mollaret, Maurice Rudolf, Sigwald, chefs de clinique à la Faculté de médecine et du Docteur Doubrow, chef de laboratoire.

Un diplôme sera délivré aux auditeurs à l'issue du cours.

Droit d'inscription : 250 francs.

Les inscriptions seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (Salle Béclard) tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Chaire de physiologie (Professeur : M. Léon Binet). — *Démonstrations pratiques de physiologie chirurgicale.* — Des démonstrations quotidiennes de physiologie seront faites par le Professeur Léon Binet, assisté du Professeur Jean Verne, de M. P. Chailley-Bert, agrégé, de MM. R. Gayet et P. Gley, A. Arnaudet et P. Gabriel, du 24 au 29 octobre 1932.

Elles seront essentiellement pratiques et s'adressent à MM. les candidats à l'*adjuvat* ou au *prosectorat.*

Elles auront lieu tous les jours, à 14 heures, au laboratoire de Physiologie de la Faculté de médecine.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de Pratique médicale (1), ouvrage couronné par l'Académie de Médecine (Prix Itard). (3e *édition entièrement remaniée*), par le docteur Paul SAVY, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, médecin de l'Hôtel-Dieu.

La troisième édition de l'ouvrage a été notablement remaniée et complétée. On y trouvera, mis au point d'après l'expérience personnelle de l'auteur et les travaux récents, tous les éléments nécessaires au diagnostic, au pronostic et au traitement des affections médicales.

La *première partie*, après un bref rappel des principes de déontologie, étudie les médicaments usuels, les régimes et les agents thérapeutiques en général, les opérations courantes à effectuer dans un service de médecine et les examens de laboratoire faciles à pratiquer extemporanément. En ce qui concerne les recherches plus compliquées, les conditions sont indiquées dans lesquelles il y a utilité ou nécessité, pour la clinique, à réclamer un complément d'information.

La *deuxième partie*, plus importante, est consacrée aux maladies des divers appareils. Partant de l'étude des symptômes capitaux, l'auteur s'efforce d'indiquer la voie la plus simple qui doit conduire à un diagnostic logique, à un pronostic rationnel, à une thérapeutique appropriée. Les renseignements fournis par la radiographie, et par telle ou telle recherche biologique, sont toujours signalés, mais en tenant rigoureusement compte de leur valeur réelle : pour si précieux que puissent être ces procédés d'investigation, ils ne doivent jamais prendre le pas sur les méthodes traditionnelles de l'observation directe du malade, et leurs résultats ne doivent jamais être considérés isolément.

Il s'agit en somme, et avant tout, d'un livre de Clinique médicale qui représente l'enseignement, aussi clair et aussi vivant que possible, d'un service hospitalier où sont journellement diagnostiquées et traitées les affections que le médecin aura le plus habituellement à reconnaître et à combattre.

L. G.

Précis de Radio-Diagnostic (2), par Paul LAMARQUE, professeur agrégé de Montpellier.

La grande importance de la radiologie dans les recherches diagnostiques ne saurait être contestée par personne aujourd'hui. Les nouvelles méthodes d'investigation par les rayons X s'étendent largement dans toutes les branches de la médecine. Elles intéressent au même titre le médecin, le chirurgien et le spécialiste.

Il existe de nombreux traités de radiologie, qui sont, pour la plupart, d'une documentation très riche et d'une valeur scientifique incontestable. Mais si cette richesse de détail devient un attrait pour le radiologiste ou le médecin déjà averti, elle reste une source de difficultés pour celui qui n'est pas préparé par une éducation spéciale ou par la pratique. Enfin, la plupart des ouvrages consacrés à l'étude de la radiologie ne traitent chacun qu'une question bien déterminée.

(1) In-8 de 1776 pages avec figures dans le texte et 4 planches en couleurs hors texte. — Prix : cartonné, 110 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(2) In-8 de 750 pages avec 374 radiographies hors texte et schémas explicatifs. — Prix : cartonné, 125 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Dans le précis que nous présentons, l'auteur a passé en revue toutes les questions intéressant aujourd'hui le radiodiagnostic. Bien qu'ayant condensé le texte à l'extrême, il a parcouru tout le domaine courant, celui qu'un médecin n'est plus en droit d'ignorer. Laissant une grande place à la *séméiologie radiologique*, il a pu ainsi montrer et laisser entrevoir très largement les *méthodes d'exploration*.

Mais un ouvrage de radiologie, même très réduit, ne saurait se concevoir sans image. Une très *importante illustration* accompagne le texte. Presque toutes les reproductions radiographiques sont accompagnées d'un schéma qui en facilite la lecture.

Cet ouvrage paraît donc bien conçu et bien complet ; de plus il vient à son heure. Le praticien spécialisé et l'étudiant seront heureux d'avoir en main, sous un volume réduit et à un prix modique, les renseignements encore bien épars d'une science en pleine évolution.

Ajoutons que l'ouvrage est tiré sur papier couché et que tous les clichés radiographiques, choisis avec soin parmi les plus typiques, sont particulièrement bien réussis.

L. G.

Anaphylaxie (1), par Auguste LUMIÈRE, correspondant de l'Institut, correspondant de l'Académie de médecine.

Après un aperçu historique résumé de la question, l'auteur étudie en premier lieu les phénomènes de choc, parce que leur intensité et leur importance donnent de grandes facilités pour analyser les processus dont ils relèvent. Il s'occupe ensuite des manifestations chroniques de l'anaphylaxie et de l'instabilité humorale qui paraissent s'y rattacher, ainsi que des traitements capables de remédier à leurs effets.

Il passe encore en revue quelques-uns des grands syndromes de cette anaphylaxie chronique, considérés en particulier.

Enfin l'étude de l'immunité qui est pour l'auteur l'une des conséquences de l'anaphylaxie, dans un grand nombre de cas, mais non dans tous, termine son travail. Il a allégé son texte de toutes les indications bibliographiques, en se contentant de rappeler, dans un index final, les principales sources auxquelles le lecteur pourrait s'adresser en vue de recueillir des renseignements plus détaillés sur des points déterminés du vaste domaine de l'anaphylaxie, qui pourraient l'intéresser plus spécialement.

Le lecteur ne trouvera pas dans cet exposé, une compilation des œuvres antérieures, il n'y rencontrera pas que des idées orthodoxes, mais un ensemble paradoxal, qui si le mot « paradoxe » ne l'effraie pas, lui permettra de trouver quelque intérêt à cet ouvrage.

L. G.

(1) In-8 (14 × 21) de 158 pages avec 19 figures. — Prix : 18 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

REVUE GENERALE

LE PALUDISME LARVÉ

Par M. SOULEYRE (de Bône, Algérie).
Médecin des hôpitaux,
Membre correspondant de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

L'objet de ce travail nous a été suggéré par les nombreux cas de cette modalité malarique qu'il nous a été loisible d'observer ici. Bône et son hinterland sont connus, depuis la conquête, comme une des contrées de l'Algérie le plus impaludées. Bien que cette situation se soit, avec les progrès de la Colonisation, du bien-être et de l'hygiène préventive, quelque peu modifiée, de nombreux facteurs subsistent encore qui y maintiennent, atténuée, l'endémie palustre.

L'intérêt de cette question dépasse le cadre médical colonial en raison des nombreux déplacements ou séjours temporaires en France survenant dans la population d'outre-mer. Il est des éventualités pathologiques qui ne doivent pas être méconnues parce que inhabituelles dans la pratique courante — témoin, entre autres, le cas récent d'une fillette de deux ans qui, impaludée en Algérie, et rétablie, fut atteinte à Paris d'accidents diarrhéiques subfébriles ; traitée, malgré la déclaration de ses antécédents, comme pour une entérite ordinaire par la diète continue et la médication d'usage pendant un mois, son état déclina au point qu'on dut faire appel à un autre consultant. Un examen de laboratoire, prescrit aussitôt, décela le plasmodium Falciparum et de nombreuses altérations hématologiques caractérisant une anémie déjà sérieuse. Le traitement quininé, avec ses adjuvants, mit une fin rapide à cet état de choses.

***

D'après Grall (30), le paludisme larvé est constitué par deux ordres de fait :

1° D'une part, ceux qui sont occasionnés par la localisation étroite des phénomènes congestifs et réactionnels à une région ou à un organe splanchnique ;

2° De l'autre, ceux qui consistent dans des phénomènes aberrants.

Les accès réellement larvés se traduisent donc : soit par des fièvres locales, soit par des manifestations substituées ; dans certaines formes, ces phénomènes s'associent.

Ils se différencient des formes frustes en ce sens que celles-ci sont une atténuation plus ou moins poussée des manifestations régulières ; d'ailleurs, les deux modalités peuvent se combiner. Un accès larvé peut être également fruste ou présenter une intensité normale. On les observe surtout dans les phases secondaires de la malaria.

A l'encontre du paludisme chronique, caractérisé par ses lésions viscérales constituées, durables et permanentes, par une persistance plus ou moins accentuée, mais constante, de l'élément toxique infectieux et enfin par le fléchissement organique consécutif, les accès larvés constituent le plus souvent un phénomène épisodique, passager, généralement sans trace durable et pouvant survenir malgré un état de santé excellent en apparence ; la première infestation ayant disparu depuis longtemps ou étant passée inaperçue.

Parfois aussi, ils apparaissent chez des paludéens, sinon chroniques, du moins sévèrement touchés par leurs atteintes antérieures et restés débiles. Dans ces cas, la marge de séparation clinique entre les deux formes, larvée et chronique, paraît se réduire jusqu'à une certaine intrication possible ; la première se montrant alors un mode d'expression localisé et passager de la seconde.

***

La notion de Paludisme larvé n'est pas acceptée par tous les malariologues ; elle éveille le scepticisme de certains par l'emploi abusif de ce terme, appliqué à une symptomatologie touffue ; par un défaut de discrimination avec les autres affections tropicales ; par une carence trop fréquente de la mise en évidence de l'hématozoaire dans le sang, exigée comme le seul critère valable.

A vrai dire, même dans les pays exotiques, ces formes sont rares ; elles revêtent les masques cliniques les plus inattendus et ne font pas toujours leur preuve parasitaire. Souvent on ne peut les identifier que par les antécédents malariques, la périodicité des accidents et la netteté de l'action de la quinine. En Colombie, elles ont pu être décrites par Pena Trejo grâce à la réaction d'Urriola. Au Brésil, elles sont signalées par Mello Franco dans son remarquable ouvrage « Ensaio sobre las Febres » ; par Sigano, par le Professeur Torres Homem, Paula Candido, Martin Costa, Peçanha da Silva, Feital, Moniz de Aragao, dans leurs ouvrages ou publications.

En France, admises par les uns (Grall, Billet, Henri Aimé et Jos Lochelongue, Paul Sainton, Hébert Bloch, Prat, etc...) elles sont rejetées par Marchoux et Rieux (53). Ce dernier, rompant avec la tradition classique, s'est fait le protagoniste d'une doctrine très stricte, formulée en ces deux propositions : 1° L'infection malarique disparaît en un an et demi après la dernière impaludation chez les malades rapatriés, donc échappant à une nouvelle inoculation ; d'où pas de pérennité latente de l'hématozoaire et pas de paludisme chronique ; 2° Il n'y a d'infection palustre qu'autant que l'on peut déceler le plasmodium dans le sang périphérique. Cette doctrine a suscité de nombreuses controverses : à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, en 1922 ; au Congrès du Paludisme d'Alger, en 1931. Récemment encore, Dumolard et Aubry (d'Alger) (20), Tanon (63), Bonin (14), l'ont très judicieusement contestée, soulevant des objections fondamentales qui l'infirment singulièrement en en démontrant la fragilité.

Faisant nôtres les conclusions de Bonin, nous admettrons que les périodes de latence ou de présence cryptique du plasmodium excèdent rarement deux ou trois ans après retour en pays sain ; que la recherche de l'hématozoaire, même très correctement faite, réserve des surprises et qu'un examen négatif, s'il n'est pas confirmé par le résultat des autres investi-

gations cliniques, hématologiques et sérologiques, n'a aucune valeur.

Quelle que soit la durée de la latence chez les rapatriés, — et certains cas la démontrent parfois très longue —, elle peut être une cause de poussées larvées, dont certaines ont été rapportées par Tanon (63). En pays d'endémie, la question de la limite temporaire de la latence ne se pose pas puisque les possibilités de réinoculations successives sont constantes.

***

Le paludisme étant une infection de tout l'organisme, il n'est pas d'organe qui échappe à ses déterminations localisées ; il y aura donc lieu d'envisager les accès larvés frappant les voies digestives, respiratoires, les systèmes nerveux, hémo-poiétiques, endocriniens, les sens, etc...

***

Formes gastro-intestinales. — DYSPEPSIE. — C'est la forme larvée qui s'est offerte le plus souvent à notre observation. Elle s'annonce au début par l'anorexie et un état saburral, légèrement nauséeux ou diarrhéique auxquels s'ajoute bientôt une légère douleur épigastrique. Le foie et la rate peuvent être sensibles à la pression.

En période confirmée, elle se caractérise surtout par la douleur épigastrique fixe, type coelialgique, spontanée ou augmentée par la pression au point solaire, d'acuité variable, avec sensation de crampe ou de pesanteur. Il n'y a, en général, pas ou peu d'irradiations vers l'estomac. L'intensité de la douleur varie chez le même malade, soit suivant un type périodique avec un maximum horaire, soit suivant un type évolutif avec alternances de répit ou d'accalmies. Elle n'est pas influencée par l'alimentation et les phases du nychtémère. L'appétit est diminué ou absent, la langue saburrale. Il y a quelquefois des vomissements alimentaires, précoces ou tardifs et de la diarrhée. A l'exploration de l'abdomen, le foie et la rate sont souvent normaux. Parfois l'aorte abdominale est un peu sensible avec battements et on trouve du clapotement gastrique. Pas de points douloureux vésiculaire, appendiculaire ou pancréatique. A l'examen radiologique aucun signe de lésion organique, de rétention ou de trouble d'évacuation persistant. On constate à la pression un point douloureux extra-gastrique, pré-vertébral, sous-xiphoïdien. L'estomac présente une forme hypotonique et quelquefois un léger rétrécissement médiogastrique du type atonique. Il existe un retard notable du péristaltisme et du passage pylorique ; souvent une dilatation prépylorique. Il s'agit là d'un type moteur et sécrétoire hyposthénique avec coelialgie. Le transit total est régulier. La température est normale ou subpyrétique, mais peut évoluer très vite vers l'accès franc en cas d'insuffisance du traitement quininé, comme nous l'avons constaté maintes fois. Cette médication associée aux antispasmodiques agit là rapidement.

COLIQUES. DIARRHÉE ET TROUBLES DYSENTÉRIFORMES. — Ces accidents s'annoncent souvent par des crampes douloureuses dans la région hypogastrique paraissant localisées au côlon transverse. Ils peuvent être les seuls symptômes de la crise malarique et surviennent de préférence en cas d'antécédents intestinaux. Les coliques peuvent ne pas s'accompagner de diarrhée et leur acuité simuler le péritonisme. Sourdes aux heures de rémission, elles se réveillent dans la seconde moitié de la nuit, empêchant tout sommeil. Il y a peu ou pas d'embarras gastrique ; les selles sont normales ou peu différenciées. Parfois des épreintes ou du ténesme augmentent la fréquence des garde-robes. Très vite apparaissent les accès francs et la diarrhée.

Cette dernière peut débuter d'emblée. Les selles sont ocreuses ou bilieuses, en bouse de vache ou liquides, avec coliques vives, et augmentées de fréquence.

En cas d'évolution dysentériforme il s'y adjoint des déjections de mucus sanguinolent ou de sang, soit pur, soit en caillots, des débris membraniformes à la fin de la défécation. Les selles sont abondantes, volumineuses, ce qui n'existe pas dans la vraie dysenterie.

Leur grande fréquence déprime l'état général jusqu'à la prostration, la somnolence et même l'état comateux. Parfois, au contraire, dominent une violente céphalée, de l'agitation, des soubresauts tendineux suivis d'adynamie, le tout entrecoupé de répit et de reprises. Ces troubles cèdent rapidement à un traitement quininé intensif (30).

HÉMORRAGIE INTESTINALE. — C'est une modalité des accès à localisation intestinale. Les évacuations sanguines forment toute la selle et peuvent être extrêmement abondantes, jusqu'à un litre en 24 heures. Si un arrêt rapide n'est pas provoqué, les suites peuvent être graves ou même mortelles. L'hémorragie est parfois précédée ou suivie de poussée congestive. bilieuse ou séro-bilieuse (30).

HÉMATÉMÈSE. — L'observation suivante de Vialatte, résumée, confirmera cet accident, extrêmement rare : « Il s'agit d'un légionnaire de 24 ans hospitalisé d'urgence à l'hôpital Guichot à Fès, pour hématémèse abondante. Antécédents : paludisme en Algérie deux ans auparavant. Pas de syphilis, d'alcoolisme ou de passé gastrique antérieur. Toute supercherie possible par substances toxiques ou caustiques est écartée. Toute cause d'infection possible hémorragipare, autre que le paludisme, est éliminée par une observation prudente, minutieuse et prolongée.

L'examen du sang décèle en moyenne abondance, des schizontes de Pl. vivax aux divers stades de développement. Le malade guérit par le traitement à la quinine » (66).

ALGIES ABDOMINALES. — Ce sont des crises fébriles, subfébriles ou apyrétiques simulant l'appendicite (Bressot, de Constantine), la perforation gastrique ou tubaire, la cholécystite, au point d'inciter à une intervention chirurgicale. Une température très élevée, contrastant avec la conservation d'un état général relativement satisfaisant, commandera un examen hématologique qui lèvera les doutes. Costantini et Conniot attribuent ces crises à une affinité sympathicotrope du virus malarique plutôt qu'à un spasme artériel douloureux (16). La question d'une appendicite réelle paludéenne est controversée. « Pour Demjanow, l'appendice réagit au paludisme comme aux autres in-

fections ; les crises aiguës et les rechutes sont en relation avec les manifestations de l'infestation ; la Malaria peut causer des coliques appendiculaires ». Ce déterminisme n'est pas admis par Le Roy des Barres qui concède seulement à l'hématozoaire le rôle d'une cause occasionnelle. Il émet les mêmes réserves en ce qui concerne la pancréatite hémorragique d'origine paludéenne, admise par White ; la cholécystite hémorragique, de même origine, rapportée par Fignéiredo, avec présence de corps en croissants dans le sang; et les péritonites paludéennes, dont il attribue le syndrome algique soit à des douleurs spléniques propagées, soit à des poussées congestives du pancréas (42).

Formes pulmonaires. — DYSPNÉE. — Dans un cas cité par Crespin (Précis du Paludisme, page 51), le début de la crise s'annonce par une vive douleur dans la région de la rate, prodrome habituel d'un accès. Celui-ci fait défaut, mais après quatre jours de souffrance, les douleurs de l'hypochondre gauche s'intensifient, irradiées au thorax, aux régions sus-claviculaires et au bras gauche, empêchant la respiration.

Le malade angoissé, couvert de sueur, est secoué par un hoquet violent ; température normale ; rien à l'examen des poumons. Pas d'hystérie. On trouve à la ponction de la rate des corps sphériques et en croissant. Le lendemain, à la même heure, accès avorté. Rémission, puis guérison par la quinine (30).

PSEUDO-ANGINE. — Un ancien paludéen anémié, avec subictère, mais sans hépatomégalie ni lésion cardiaque, présente de la pleurite sèche, adhésive, aux deux bases (pneumo-paludisme des bases). Points pleurodyniques à droite. Accès frustes bornés à de l'asthénie et de la céphalée gravative, malgré un séjour en France de 4 ans. Une nuit, réveil en sursaut par une sensation d'angoisse précordiale donnant l'impression d'une mort possible. L'accès dure 45 minutes et se termine par une crise de polyurie et de sudation. Le traitement quininé n'apporta au début qu'une atténuation des crises qui ne cédèrent qu'à des doses intensifiées (30).

SYNDROMES HÉMOPTOÏQUES, BRONCHITIQUES ET PSEUDO-TUBERCULEUX. — On observe parfois une expectoration plus ou moins teintée de sang avec température subfébrile et absence de bacilles de Koch. Cette poussée disparue, l'examen des poumons et des crachats ne justifie pas la tuberculose.

L'ensemble simule la granulie, mais sa durée est très brève. Quelques jours après, le malade est sur pied. L'hémoptysie peut être l'unique symptôme, sans congestion appréciable, mais avec état subfébrile. Elle est souvent le prodrome d'un accès proche avec localisations pulmonaires (30).

Sachs rapporte des cas de bronchite liés à une infection malarique antérieure et prodromiques d'accès francs. Elle est tantôt isolée, tantôt accompagnée de subictère, de spléno-hépatomégalie douloureuse, avec présence fréquente de plasmodes dans le sang. Il l'attribue à l'accumulation du parasite et des pigments dans les capillaires alvéolaires (56).

Une observation, entre autres (résumée), de Aimé et Lochelongue, caractérise les formes communes pseudo-tuberculeuses : « Bonin. 415e R. I., cl. 1910, évacué à diverses reprises pour « Courbature fébrile » ; « Induration du sommet droit », bronchite, etc... A l'examen, pas de signes nets d'induration, à peine un peu de submatité, une inspiration plus accentuée à droite, mais surtout des signes de bronchite subaiguë. Pas de bacilles de Koch dans l'expectoration. A la radioscopie, sommets légèrement embrumés. Depuis le 1er août, le malade aurait certains matins des frissons, du tremblement généralisé et parfois des sueurs... Depuis le 31 août, il est manifeste que le tremblement est symptomatique d'une affection aiguë. Il s'accompagne d'hyperthermie. Prises de sang le 5 septembre, hémocultures négatives pour Ebert, Para et Pfeiffer ; par contre, sur frottis, présence d'hématozoaires.

Le 6 septembre, disparition de tous signes pulmonaires. Guérison après 5 injections de quinine (51). »

Enfin, Senevet a signalé des cas asthmatiformes qu'il attribue à la crise hémoclasique plasmodiale (57) (1).

Formes nerveuses. — ASTHÉNIE. — Elle se traduit par une sensation de fatigue imprévue, invincible, et d'inaptitude à l'effort physique ou intellectuel habituel. Le sommeil est lourd, prolongé, avec réveil difficile. L'idéation est lente et pénible, à tendances amnésiques. L'entrain et l'activité réguliers ne peuvent être réalisés. Parfois, c'est la narcolepsie. « J'ai observé, dit Moniz de Aragao (de Bahia), un autre cas de paludisme larvé chez un de mes enfants (une petite fille âgée de 4 ans). Tous les après-midi, à cinq heures, l'enfant tombait assoupie, prise d'un sommeil irrésistible que rien ne pouvait interrompre. Il fallait la mettre au lit tout de suite. Ce sommeil, qui était très calme, se prolongeait jusqu'à la journée suivante (8 heures du matin). Pas la moindre élévation de température. Cet accident se répétait tous les jours. Dans les intervalles, la petite malade se portait très bien. Les fonctions gastro-intestinales étaient normales. L'appareil hépatique ne présentait rien d'extraordinaire. La rate, au contraire, était un peu tuméfiée et douloureuse à la pression. Anémie très peu prononcée. L'examen du sang ne révéla aucun hématozoaire. Urines normales. La périodicité des accès me fit songer au paludisme, mais avant d'employer la quinine, j'administrai à la petite malade des toniques et des ferrugineux sans aucun résultat. Ces phénomènes disparurent avec l'administration de l'arrhénal et du sulfate de quinine, d'une manière rapide et définitive » (46).

---

(1) Cette étude était déjà rédigée et envoyée lors de la parution de l'article de Mouradian « Les broncho-pneumonies paludéennes » dans *Paris Médical*, n° 17, 23 avril 1932. L'auteur y décrit des manifestations localisées à mono-syndrome, donc rentrant par définition dans le cadre larvé, présentées en formes aiguës : bronchitique simple, grippale simple, grippale à répétition ; et en formes chroniques : bronchitique, pseudo-tuberculeuse, asthmatique et rhino-trachéite. Elles sont authentifiées par la présence d'hématozoaires dans le sang et souvent dans l'expectoration, leur évolution périodique, leur curabilité par la quinine et l'absence d'autre élément réellement pathogène. Il est intéressant de les rapprocher des formes pulmonaires décrites par Grall, in « Traité de pathologie exotique » : congestive, broncho-pneumonique et pleurétique.

Neurasthénie. — A la dépression physique extrême s'ajoute un état mélancolique persistant avec participation des fonctions végétatives : insomnie, anorexie sans état gastrique accusé, amaigrissement progressif; puis fatigue cérébrale, dépression morale, hypochondrie, modifications du caractère, irritabilité maladive. Ces symptômes peuvent varier notablement du jour au lendemain ou dans la même journée, avec phases passagères de vivacité et de validité. Ils s'atténuent et disparaissent par un déplacement associé au traitement quininé (30).

Névralgies. — *N. Orbitaire.* — Elle se manifeste par une congestion turgescente de l'œil, de la conjonctive et des paupières ; par des douleurs spontanées s'exagérant à la pression du nerf sus-orbitaire, par du larmoiement, des troubles variés de la vision, de la photophobie et souvent une migraine généralisée. Les trois phases, début, acmé et régression, se reproduisent suivant une périodicité assez régulière, quotidienne ou tierce. Dans l'intervalle des crises persiste un empâtement douloureux avec teinte ecchymotique et douleur obtuse qui peut se compliquer d'herpès (30).

Névralgies communes. — Les plus fréquentes intéressent le trijumeau, les nerfs dentaires (sans lésions des dents), les intercostaux, le sciatique, les rameaux céphaliques ; parfois ce sont des migraines, des douleurs simulant le rhumatisme ou à localisations osseuses, épigastrique, cardiaque, ou même de simples sensations de froid aux extrémités inférieures ou dans le dos. Les névralgies intercostales peuvent exister sans hépato-splénomégalie et sans lésions de péri-hépatite ou péri-splénite.

Les migraines évoluant avec fièvre peuvent simuler un accès pernicieux méningitique avec vomissements, délire passager, prostration. Elles surviennent et disparaissent aussi brusquement qu'un accès. Les céphalées avec points douloureux frontaux ou occipitaux, apparaissent le plus souvent l'après-midi à la même heure. Elles résistent à tous les médicaments sauf la quinine. A ces névralgies s'ajoutent parfois, surtout aux membres et au tronc, un empâtement œdémateux du tissu cellulaire voisin, des poussées ortiées, herpétiques ou zostériformes sur le trajet nerveux. Mais ces œdèmes, ainsi que d'autres efflorescences cutanées peuvent évoluer sans douleur (30).

Névrites. — Elles débutent d'une façon insidieuse par des sensations légères d'engourdissement, de fourmillement, de la parésie musculaire, de l'anesthésie cutanée tactile ou de l'hypoesthésie à la piqûre, ou au contraire de l'hyperesthésie. Puis surviennent des douleurs, fulgurantes ou obtuses, souvent localisées par le malade dans le système osseux. Aux jambes il en résulte de l'incertitude de la marche, un léger steppage avec parésie fréquente du quadriceps-fémoral (30). « Elles sont l'aboutissement de névralgies résultant d'une atteinte palustre plus profonde et plus durable, particulièrement rebelles à la thérapeutique et généralement douloureuses, car ce sont en réalité des radiculo-névrites quinino et arséno-résistantes avec douleurs permanentes et exacerbations correspondant à des accès malariques larvés. » On peut éliminer l'intoxication alcoolique, puisque on les rencontre avec une égale fréquence chez les femmes musulmanes, tenues par leur religion à ne boire que de l'eau. La sciatique névrite est la plus fréquente (Trabaud, de Damas) (62).

Troubles cérébraux, médullaires et divers. — Les premiers constituent des manifestations dégradées et partielles du syndrome pernicieux dit « ataxique ». Elles sont passagères dans le courant de l'accès larvé ou le précèdent. Ce sont des accidents épileptoïdes, avec absences et fugues, des parésies limitées, des troubles vertigineux ou de l'idéation, avec aberration des sensations ou des sentiments, de l'anxiété avec angoisse dépressive et souvent amnésie des mots (30) ; des poussées de délire et de confusion mentale avec asthénie, obtusion psychique, automatisme, apathie affective et émotionnelle ou des crises convulsives, pendant l'accès (62).

On a attribué au paludisme des accidents d'origine cérébrale ou médullaire organiques tels que paralysies, aphasies, paraplégies, etc...

D'après Le Roy des Barres, « s'ils existent, ils sont extrêmement rares et ne paraissent devoir se rencontrer qu'à l'occasion des manifestations aiguës graves. Le cerveau, le cervelet, le bulbe, la moelle peuvent être le siège d'hémorragies localisées surtout dans la substance blanche » (62).

Trabaud admet l'origine malarique d'un syndrome de Parkinson d'après « une observation roumaine probante avec vérification microscopique mettant à jour des embolies plasmodiales dans les capillaires du cerveau » (62). Les réactions méningées pouvant simuler une méningite légère sont moins rares. Nous en avons observé plusieurs cas.

Observation résumée (Tanon). — Pendant la guerre, dans un hôpital du front, un soldat marocain est soigné pour une affection fébrile (39° le matin, 38° le soir), avec douleurs dans la région cervicale et contracture de la nuque. Il est envoyé avec le diagnostic de méningite cérébro-spinale à contrôler. Il existe, en effet, des troubles délirants, une raideur de la nuque très marquée, de l'exagération des réflexes tendineux. Le liquide céphalo-rachidien ne montre que quelques polynucléaires sans méningocoques. Il est clair et son ensemencement reste négatif. Une hémoculture est négative. L'examen du sang ne révèle pas d'hématozoaires. Toutefois, le lendemain, le malade se plaignant d'une très vive douleur dans les muscles de la nuque qui sont contracturés et de névralgies dans les épaules ; considérant, d'autre part, que sa rate s'est augmentée de volume, on essaie le traitement quinique pensant qu'il pourrait s'agir de névrites paludéennes ; guérison en quelques jours par la quinine en piqûres (63).

Les accès malariques peuvent déclencher des crises d'hystérie, de manie, ou de psychasthénie (Trabaud) (62).

Enfin, on a signalé, comme caractérisant les formes larvées, divers troubles tels que hoquet, tics spasmodiques, tremblements diffus, syncopes, tétanie, crises épileptiformes et tétaniformes. Observation résumée d'après Moniz de Aragao :

Un jeune homme de 24 ans, robuste, sans tare morbide héréditaire ou personnelle, habitant une région très pa-

ludogène, est pris subitement à table d'une attaque épileptiforme. Pas de cri initial, face vultueuse et injectée, respiration stertoreuse, lèvres violacées, veines du cou gonflées, pouls petit et fréquent. Convulsions classiques prédominant à gauche, bouche remplie d'écume blanche, insensibilité absolue, hyperthermie 39°. Durée de l'attaque, 4 heures. On diagnostique : hystéro-épilepsie. Les attaques se renouvellent tous les mois. Dans les intervalles pas de fièvre. Rien au foie et à la rate. Pas d'hématozoaires à l'examen. Echec du bromure et de la belladone. Persistance des attaques pendant deux ans en même séjour. Un traitement arsenical et quinique, à titre d'essai, amena une guérison complète et rapide (46).

Formes hépatiques, spléniques. — Il faut éliminer du cadre de cette étude la lithiase biliaire (admise par Garin, Léger, Tamalet et Cignozzi) ainsi que la cirrhose hépatique hyper ou atrophique, type Laennec, qui ressortissent plutôt des suites du paludisme chronique.

Nous avons observé des poussées hémorroïdales liées à un réveil d'infection malarique chez d'anciens paludéens, dues probablement à une hypertension portale par congestion du foie. Elles s'atténuaient et disparaissaient par la quinine.

Parfois, ces phénomènes congestifs s'accompagnent de subictère ou d'ictère ; le foie est gros et douloureux à la pression ; il peut y avoir de la splénomégalie ; des troubles gastro-intestinaux tels que acidités, nausées, vomissements bilieux. L'urine contient des pigments biliaires et les selles de l'urobiline. Le coefficient de Maillard est augmenté. La température est souvent normale ou peu élevée. L'infection plasmodiale sanguine, lorsqu'elle n'apparaît pas, peut être mise en évidence par l'une des méthodes de provocation.

Plus rarement il peut s'agir d'un de ces syndromes ictéro-hémorragiques signalés par Tanon (68) simulant la fièvre jaune, ou l'ictère grave. On a encore attribué au paludisme certains cas d'ictère hémolytique. Ces formes peuvent s'apparenter au groupe larvé en ce sens qu'elles sont étroitement localisées à un organe et que la prédominance de leurs symptômes masque la nature de leur origine.

En ce qui concerne la rate, ses poussées congestives sont généralement silencieuses, à peine marquées par une douleur obtuse, à l'hypochondre gauche.

Hémorragies. — C'est un accident fréquent dans les formes larvées, même sans hémophilie et à titre de symptôme unique. Telles sont les hémorragies intestinales, rétiniennes, l'épistaxis, l'hémoptysie, le purpura, l'hématurie, l'hémoglobinurie, la métrorragie. On les a expliquées par des ruptures congestives des capillaires, par des hémolyses locales, sous l'influence d'une toxine hémolytique, par une diminution de la coagulabilité sanguine. Pour Le Roy des Barres « c'est par l'intermédiaire d'une lésion hépatique que la coagulabilité du sang se trouve modifiée ; les paludéens qui saignent sont des hépatiques, le foie étant troublé dans ses fonctions au cours du paludisme » (42).

Anémie et altérations plasmatiques. — Ebauchée, épisodique et transitoire, l'anémie précède souvent le stade d'accès francs dont elle constitue alors un symptôme prémonitoire, caractéristique d'une infection sub-latente, sans fièvre ou avec fébricule, mais déjà destructrice d'hématies. Il s'y joint de la céphalée, de l'asthénie et un léger état saburral.

A une phase plus avancée, qu'elle soit pure ou accompagnée d'autres manifestations atténuées de la série malarique qu'elle domine, elle revêt un caractère plus sévère. Diminution du nombre des hématies oscillant entre 3 à 4.000.000, décoloration des téguments et des muqueuses ; amaigrissement et léger œdème malléolaire le soir ; asthénie, essoufflement à l'effort, tachycardie, souffles extracardiaques et veineux ; abaissement de la tension artérielle, surtout la maxima ; modification du caractère avec irritabilité ; céphalées à l'effort intellectuel ; éblouissement, vertiges, myodésopsie, bourdonnements d'oreille, avec troubles de la menstruation chez les femmes, tels en sont les principaux signes cliniques. La valeur globulaire est abaissée ou augmentée, suivant le taux de la déficience hématique. Les altérations les plus habituelles des globules rouges sont variables ; les hématies granuleuses et les érythrocytes en sont les plus fréquentes. L'évolution est bénigne avec le traitement approprié (11). Il est d'autres types d'anémies : grave, pernicieux ou syndrome de Biermer qui se rencontrent surtout dans les suites des formes intensives ou chroniques. Cependant, Blanchard et Toullec (11) citent un cas mortel d'anémie pernicieuse chez un paludéen de première invasion où le tableau des troubles hémo-poiétiques domine toute la scène dès le début, et s'apparente aux formes larvées, telles qu'elles ont été définies.

Il est d'autres symptômes sanguins, satellites de l'infection malarique, qui ne se révèlent qu'à l'examen et qui méritent d'être mentionnés en raison de leur valeur diagnostique. Outre la mononucléose, il y a inversion du rapport sérine-globuline, abaissement du taux des albumines totales ; ces dernières modifications étant durables même après guérison apparente (24) ; augmentation des lipoïdes totaux (21), de la bilirubinémie (8), abaissement de la réserve alcaline (5) du nombre des plaquettes sanguines (6), hypotension artérielle avec atteinte élective de la minima au cours de l'accès (4), des modifications de la teneur du sérum en matières minérales, azotées et cholestérine (44).

Quant aux altérations du cœur et des gros vaisseaux, myocardies, artérites ou athéromes, d'origine d'ailleurs discutée, pour ces dernières, elles se classent dans les suites éloignées des formes chroniques que nous n'avons pas à envisager (1).

(A suivre.)

---

(1) Depuis la rédaction de cette étude, Guyomarc'h, Toullec et Allain ont rapporté l'observation d'un militaire européen, rapatrié du Maroc, qui a présenté, avec de la dépression mentale et un état démentiel pendant trois mois, une gangrène des extrémités ayant nécessité l'amputation d'orteils (épisode démentiel et gangrène symétrique des extrémités au cours d'une infestation palustre à plasmodium prœcox. Soc. de pathol. exotique, 13 avril 1932).

ACTUALITÉS

ANÉMIE DE VON JACKSCH-LUZET ET SPLÉNECTOMIE

Depuis qu'elle fut décrite pour la première fois en Allemagne par von Jacksch et en France par Luzet (1889-1891) les caractères cliniques de l'anémie pseudoleucémique du jeune enfant ont rapidement été précisés par les observateurs, en sorte que jusqu'à l'avènement de modes de recherche nouveaux, il ne semble pas qu'on doive s'attendre à joindre aucun détail important à ce qui est connu jusqu'ici. En ce qui concerne les limites de l'affection on peut toutefois discuter encore sur la légitimité qu'il peut y avoir à rattacher à la maladie de von Jacksch-Luzet certaines formes pourvues de traits un peu spéciaux et certains types cliniques constatés chez l'adulte.

Dans sa forme la plus habituelle, l'anémie pseudoleucémique frappe de jeunes enfants ; on ne la rencontre guère après 3 ans et c'est en général vers 6 mois qu'elle se montre, chez un nourrisson aux antécédents parfois mais non toujours grevés de paludisme, de tuberculose, ou de syphilis, présentant parfois des signes de rachitisme modéré que l'on doit plutôt considérer comme effets des mêmes causes générales qui favorisent l'anémie que comme le résultat de l'anémie elle-même, mais surtout nourrisson vivant dans des conditions sociales et hygiéniques défectueuses, nourri au biberon et de façon imparfaite presque toujours.

Le début de la maladie est insidieux : un peu de pâleur et de bouffissure, de l'augmentation de volume du ventre, quelques troubles digestifs, surtout anorexie. Le poids reste stationnaire ou diminue.

Cette évolution subaiguë est la plus habituelle pendant toute la période d'état. Les téguments ont pris définitivement une pâleur cireuse. Le ventre n'a cessé de grossir, dans sa partie gauche et supérieure surtout. Il n'y a en effet pas d'ascite, l'hypertrophie du foie n'est jamais qu'accessoire et tardive, c'est la rate qui distend l'hypochondre gauche ; elle peut atteindre des dimensions considérables et rappeler ce qu'on trouve dans certaines leucémies myéloïdes. C'est une rate très grosse, dure, lisse, sans déformation notable, indolente ou peu s'en faut, et mobile, en l'absence de toute périsplénite.

Les ganglions sont faiblement hypertrophiés et sans caractères spéciaux ; les souffles vasculaires se rencontrent ici comme dans toute anémie grave. Quelques symptômes de rachitisme, quelques modifications urinaires de caractère banal, de temps à autre une poussée thermique — habituellement ni trouble digestif ni hémorragies.

On assiste à une évolution habituellement subaiguë ou chronique en 6 à 24 mois, aboutissant à la mort dans 1/3 à 1/2 des cas, selon les auteurs. Il est quelques cas, heureusement plus rares, où l'évolution est plus brève et mène à la mort en quelques semaines avec fièvre, hémorragies, œdèmes.

La maladie de von Jacksch-Luzet n'est pas moins nettement caractérisée par ses caractères hématologiques que par son facies clinique.

L'examen hématologique est ici comme dans toutes les affections sanguines le pivot du diagnostic.

Il est des formes légères, considérées autrefois fréquemment comme dues à l'hérédosyphilis ou au rachitisme ; les globules rouges diminuent en nombre de façon modérée, ainsi que le taux de l'hémoglobine. Mais certains caractères hématologiques viennent même dans ces formes donner à la formule sanguine un cachet particulier : leucocytose qui pour n'atteindre que 10 à 20.000 par mm³ n'en attire pas moins l'attention et porte surtout sur les éléments granuleux et comporte la présence de quelques myélocytes ; surtout apparition d'hématies nucléées à un taux de 2-3 0/0, élément cardinal ici de la formule hématologique.

Tous ces traits se retrouvent plus complets et surtout plus intenses dans les formes graves. L'abaissement du nombre des hématies est profond, puisqu'il peut atteindre 3.000.000 par mm³ ou moins encore. Un bon nombre d'entre elles présentent de plus les anomalies de dimension, de forme, de colorabilité accoutumées dans les anémies graves. Le taux de l'hémoglobine tombe à 60 ou même 40 0/0. La résistance globulaire est conservée, mais on peut voir toutes les variations de la valeur globulaire et du taux des plaquettes.

La leucocytose est plus prononcée que dans les formes légères, sans pourtant jamais dépasser 100.000 par mm³, semble-t-il. Mais les proportions relatives des variétés leucocytaires sont bouleversées. Les lymphocytes et les grands mononucléaires et certaines formes de transition marquent une certaine tendance à l'augmentation. Les polynucléaires neutrophiles tendent au contraire à s'abaisser au moins de façon relative (50 0/0-30 0/0), tandis que les éosinophiles ont une tendance inverse. La formule leucocytaire prend le plus souvent un caractère myélémique très prononcé par la présence d'assez nombreux myélocytes, habituellement neutrophiles (jusqu'à 10 0/0) moins souvent d'autre réaction colorée et surtout par la présence de très nombreuses hématies nucléées de toute forme et de toute taille. On peut en dénombrer jusqu'à 10.000 et plus par millimètre cube avec toutes les figures connues de division nucléaire, régulière ou non.

Les examens sanguins en série montrent naturellement des variations en divers sens, selon les moments, mais l'allure générale demeure fixe ; Weill et Clerc ont décrit des splénomégalies avec anémie et lymphocythémie, Labbé et Aubertin des formes avec éosinophilie qui semblent bien avoir parenté avec la maladie de von Jacksch-Luzet tant par leur évolution que par leur terminaison.

Ces caractères permettent habituellement un diagnostic d'autant plus aisé que les affections graves de l'appareil sanguin sont assez peu nombreuses chez le jeune enfant. Les grosses rates syphilitiques ne comportent guère de syndrome sanguin aussi accentué, mais s'accompagnent d'autres symptômes plus ou moins importants de spécificité. Le diagnostic peut

être plus délicat avec une leucémie myéloïde dans les formes frustes, avec certaines formes d'anémie palustre, plus habituellement fébriles cependant que la maladie de von Jacksch-Luzet ; il a pu l'être surtout avec le Kalaazar en des temps où les médecins étaient moins en éveil vis-à-vis d'une affection rare ; la formule sanguine, l'ensemble clinique, la courbe thermique, la constatation de leishmania et l'épreuve du traitement stibié coopèrent à lever les incertitudes.

Il faut citer enfin la maladie de Gaucher ; mais son début est moins précoce, la rate atteint — lentement il est vrai — des dimensions plus considérables encore, la formule sanguine surtout est tout à fait différente. Enfin l'évolution est habituellement plus lente.

***

Si nos connaissances directement cliniques sont assez satisfaisantes, ce que nous savons de la pathogénie et surtout de l'étiologie de la maladie de von Jacksch-Luzet est bien faible comme directive thérapeutique.

S'agit-il d'une affection réellement autonome ou seulement d'un syndrome et dans ce cas de quelle cause relève-t-il ? Il n'est encore de réponse que d'impression ; il semble qu'il soit plus sage en l'état actuel de nos connaissances de tabler sur un syndrome secondaire et — mot commode — cryptogénétique.

Au point de vue étiologique nos connaissances actuelles ne nous permettent guère, parce que trop générales, d'orientation particulière. Les conditions du milieu, d'hygiène générale sont les mêmes dans la genèse d'autres affections très différentes ; de même en ce qui touche l'influence des troubles digestifs, des lésions pulmonaires chroniques, des fièvres éruptives qui sont des causes générales de débilitation sans plus, semble-t-il. Parmi les antécédents, le paludisme semble rare ; l'hérédosyphilis et la tuberculose le sont un peu moins, dans les statistiques tout au moins, mais 37 0/0 de spécifiques ou 8,8 0/0 de bacillaires parmi les anémiques spléniques infantiles ne sont pas une proportion telle que la conviction s'établisse. Le rachitisme paraît bien un phénomène concomitant — et peut-être de cause commune.

Quant aux erreurs diététiques, rien ne nous explique encore pourquoi c'est dans certains cas et non toujours la maladie de von Jacksch qui en résulte alors que le lait de chèvre ni surtout le lait de vache ne sont des aliments absolument exceptionnels ; on a incriminé la carence en fer, la carence en vitamine C dans les laits ingérés, mais la preuve manque encore.

L'expérimentation n'a guère encore mené loin ; Ribadeau-Dumas et Courcoux par inoculation de filtrats de fèces ont reproduit la maladie, mais il s'agit d'un succès encore exceptionnel et qui nécessite interprétation.

En réalité, il semble que l'action de la cause en jeu par sa puissance et une durée notable d'une part, l'état physiologique de l'organisme au point de vue hématopoïèse à l'âge où l'on voit se produire la maladie d'autre part, soient des conditions favorisantes importantes. En ce qui concerne l'hématopoïèse il est compréhensible que toute affection qui comme l'hérédosyphilis est susceptible de revivifier dans un organe le tissu hématopoiétique, puisse par le fait même favoriser indirectement l'éclosion de la maladie de von Jacksch-Luzet.

Notre ignorance étiologique nous confine donc au territoire de la pathogénie, toujours favorable à la logique même simpliste, et à l'imagination. C'est pourtant actuellement le seul guide qui oriente la thérapeutique.

Nous négligerons certaines explications formulées pour les divers symptômes. Pour expliquer l'hypoglobulie on ne peut guère attacher d'importance aux parasites, aux microbes hémolysants dont on a trop peu encore prouvé la présence habituelle ; ni attribuer de rôle notable aux hémorragies qui sont justement dans la maladie de von Jacksch-Luzet un symptôme inconstant et tardif. Il semble préférable d'incriminer un hypofonctionnement des organes sanguiformateurs (moelle osseuse en particulier) ou une déviation de leur fonctionnement normal. L'étude de la formule hématologique ferait pencher du côté de la déviation fonctionnelle ; à côté des anomalies tinctoriales des globules rouges il faut en effet laisser toute leur valeur aux anomalies de taille qui, si l'on admet les idées d'Ehrlich, témoignent de l'orientation anormale de la stimulation hématopoiétique et du retour des organes, profondément altérés, à une forme embryonnaire de leur activité. La présence d'hématies nucléées est un argument d'égale importance en ce sens, de même que la leucocytose et surtout la myélocytose.

La splénomégalie, ainsi qu'en témoignent les examens histologiques, témoigne à la fois d'une réaction myéloïde intense de la pulpe splénique bourrée d'hématies anormales et de débris globulaires en cours d'hémolyse et d'une sclérose accentuée de sa trame réticulaire.

Il est donc logique actuellement de donner la première importance à cette déviation anatomique et fonctionnelle des tissus hématopoiétiques et hématolytiques, rate principalement, moelle osseuse et foie accessoirement.

***

Jusqu'à ce que ces notions se fussent acquis droit de cité, la thérapeutique dut se contenter d'être symptomatique et accessoirement étiologique de la façon la plus générale. On ne saurait contester l'intérêt pratique de cette façon d'agir, mais il n'en est pas moins désirable de pouvoir agir plus efficacement. Traiter la syphilis, la tuberculose, le paludisme si on les trouve en cause, améliorer l'hygiène générale, restituer si possible l'allaitement au sein sont des mesures à ne point négliger ; administrer du fer de même. Il conviendra de s'abstenir d'arsenic et de ne manier qu'avec prudence les rayons X dont on sait actuellement la nocivité pour certains tissus sanguins fragiles. L'opothérapie médullaire et surtout les rayons ultra-violets sont des armes moins dangereuses ; de même l'hépatothérapie lorsqu'elle peut être réalisée.

L'hémothérapie, l'injection de sérums animaux par voie sous-cutanée ont pu rendre des services, mais

la transfusion, et surtout la transfusion de sang pur non citraté semble souvent des plus recommandables.

C'est vers 1906 que l'étude de la formule sanguine et de l'histologie splénique firent prêter une attention plus grande au rôle qu'en raison de son importance pondérale et de la possibilité de son abord chirurgical pouvait jouer le parenchyme splénique. Dans une affection qui nous trouvait désarmés il était logique d'essayer au niveau de la rate une amputation, fût-elle partielle, du tissu hématopoiétique au seul lieu chirurgicalement abordable.

Le premier cas de splénectomie fut publié par Wolff en 1906, mais le succès immédiat aboutissait à une récidive au bout d'un an. Depuis lors d'autres essais ont eu lieu que nous ne citerons ni ne commenterons en détail. Dans tous les cas de cette période, si le bénéfice immédiat fut digne d'attention, le recul manque pour juger de la solidité des progrès apparents.

En 1923 Vogel, pour la première fois, rapportait un succès de la splénectomie se maintenant après 1 an. Le cas favorable de Soutter et Mac Kendrick (1914) n'avait que 9 mois d'ancienneté lors de sa publication. Le cas heureux rapporté en 1926 par Ashby et Southam est par ailleurs d'interprétation plus délicate puisque Rayons X et transfusion avaient été concurremment mis en œuvre et que la splénectomie ne remontait qu'à 3 mois quand les auteurs publièrent leur observation.

D'autres auteurs mentionnés d'après Aubertin par Tapie au Congrès français de Médecine de 1927 auraient observé des faits du même ordre et s'en trouvaient prévenus en faveur de la splénectomie ; par contre, Aubertin lui-même, Michels montraient a cette même époque de la réserve et Silvestrieri beaucoup plus que de la défiance.

En sorte qu'en 1927 l'opinion médicale régnante était l'utilité possible de la splénectomie, mais une utilité d'autant moins certaine que l'opération n'agissait que sur une portion limitée du tissu à traiter. La splénectomie pourrait donc être pratiquée lorsque tout aurait échoué et après préparation du terrain par transfusion et radiothérapie.

En 1930, Mamerto Acuna abordait à nouveau le problème et apportait 2 observations nouvelles de splénectomie pour maladie de von Jacksch d'étiologie demeurée obscure. Dans ces 2 cas, dès les premiers jours qui suivirent une intervention aisément supportée, les forces avaient reparu, la croissance pondérale et staturale avait repris, l'appétit avait augmenté, la fatigue avait disparu. Simultanément l'examen du sang montrait une ascension considérable du nombre des hématies et une décharge simultanée d'hématies nucléées (passant de 28 à 66.000 dans un cas et de 40 à 10.000 dans l'autre). Quelles que fussent les réserves pour l'avenir que commandait l'un de ces cas ancien seulement de 3 mois, on ne pouvait que se féliciter dans l'autre d'un succès persistant depuis 15 mois.

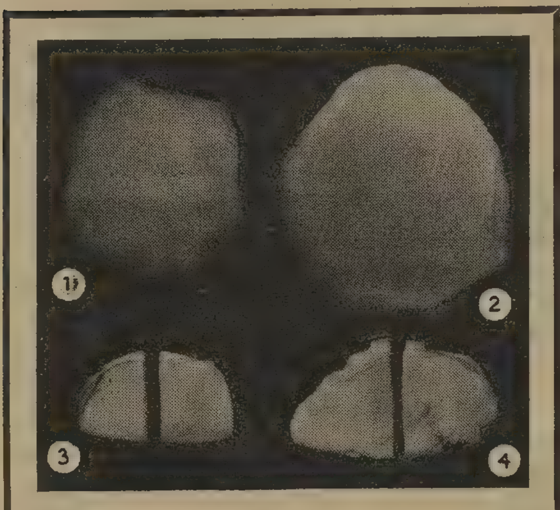
DES CAILLOTS LÉGERS ET DIFFLUENTS...

●

Le lait maternel constitue incontestablement pour le nouveau-né le plus digestible des aliments. Le lait maternel forme, en effet, dans l'estomac du nourrisson des caillots légers et diffluents très perméables à l'action des sucs gastriques.

Le lait de vache, au contraire, qu'il soit cru, bouilli ou pasteurisé caille en masse compacte; les sucs gastriques de l'enfant ne peuvent donc exercer leur action que sur la surface de cette masse.

Examinez la photo ci-contre : vous y verrez que le lait concentré non sucré Gloria présente en caillant toutes les caractéristiques particulières au lait de femme, ce qui lui confère son incomparable digestibilité. Cet avantage est dû :



Comment le lait caille :

1) *Lait maternel* 2) *Lait concentré dilué avec de l'eau*
3) *Lait de vache cru* 4) *Lait de vache bouilli une minute*

1° A ce que, seul, un lait rigoureusement frais est chimiquement en état de supporter les diverses phases de la préparation du lait non sucré Gloria.

2° A ce que la concentration dans le vide enlève exclusivement le superflu d'eau naturelle, tout en respectant l'intégralité des principes nutritifs.

3° A ce que l'homogénéisation sous forte pression fragmente les globules gras infinitésimalement et les répartit uniformément dans toute la masse liquide comme dans le lait maternel.

4° A ce que la stérilisation en boîtes closes, scientifiquement conduite, offre une garantie absolue de l'absence de tout germe.

Stérile, digestible et nutritif, le lait non sucré Gloria s'impose à la confiance du pédiâtre. En outre, le lait Gloria n'étant pas sucré, la richesse du biberon en éléments nutritifs du lait peut être accrue sans modifier la teneur en hydrates de carbone; la fluidité du lait Gloria, tel qu'il sort de la boîte vient encore faciliter ce dosage.

Enfin, le lait Gloria, n'ayant subi l'adjonction d'aucune substance étrangère, est pur et peu coûteux. Recommandez-le : il vous rendra d'indéniables services.

GLORIA



● Provenant des troupeaux sélectionnés vivant au pâturage en plein cœur du pays normand, le lait non sucré Gloria est concentré, homogénéisé et stérilisé sur place à Carentan (Manche).

● Il est en vente partout. La petite boîte de 170 grammes se recommande spécialement pour l'alimentation infantile, sa contenance étant facilement consommée dans une journée, et ne laissant ni perte ni déchet.

LAIT GLORIA, Sté Anme 48, RUE AMPÈRE, PARIS (17e)

A ces 2 cas, il convient de joindre les 2 autres cas favorables rapportés par L.-E. Tixier et où l'opération fut pratiquée in extremis.

La splénectomie semble de ce fait en passe de retrouver quelque faveur, puisqu'en 1931, Mouchet, Babonneix et Miget faisaient à leur tour subir la splénectomie à une enfant de 16 mois, dont l'affection évoluait depuis plusieurs mois et avait en dépit de tous les traitements abouti à une cachexie susceptible de faire refuser l'intervention.

L'ablation d'une rate de 250 grammes aboutit à la convalescence malgré une bronchopneumonie intercurrente et 3 mois après, en dépit d'un nombre de globules rouges encore très déficitaire, l'état clinique général se maintenait très satisfaisant. Le nombre des globules blancs avait diminué, mais sans retour à un équilibre leucocytaire normal.

Dans ce cas, comme dans les observations de Mamerto Acuna, il est à souligner qu'après l'intervention — et sauf un fléchissement passager — le nombre des hématies nucléées se maintint plus élevé qu'avant l'intervention.

Une récente communication des mêmes auteurs a montré le bien-fondé des espoirs qu'avaient fait concevoir les premiers mois écoulés. Au bout de 20 mois après son opération, le sujet est vivant et dans un état de santé assez bon pour continuer de faire bien augurer de l'avenir. La formule sanguine est redevenue en tous points normale.

Ce dernier trait clinique souligne et confirme l'opinion antérieurement exprimée par L.-E. Tixier touchant la valeur pronostique de la poussée normoblastique qu'on peut voir chez de tels malades après la splénectomie.

Encore qu'il y ait, tout au moins en apparence, exagération d'un symptôme de la période critique de la maladie, on n'en doit, bien au contraire, en aucune façon conclure à des troubles irrémédiables ; la poussée normoblastique est pour L.-E. Tixier fréquente et d'un pronostic favorable.

Des divers traits cliniques de ces observations récentes, on ne peut que conclure que quelque chose est sinon transformé du moins amélioré dans le pronostic de la maladie de von Jacksch-Luzet du fait de la splénectomie. C'est donc un moyen auquel, en cas d'insuccès des méthodes médicales, on doit recourir sans hésiter et d'autant plus que l'état de cachexie ne semble pas à lui seul une contre-indication à l'opération, ni de nature à en compromettre les résultats.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(SÉANCE DU 3 JUIN 1932)

Histochimie des composés à fonction phénolique. — M. L. LISON (de Bruxelles).

Epithélioma spinocellulaire métatypique de la cornée. — MM. H. VILLARD, Ch. DEJEAN et J. TEMPLE.

(SÉANCE DU 10 JUIN 1932)

La forme aiguë de la dilatation des bronches chez l'adulte. — MM. PUECH, VIDAL et RIMBAUD relatent les observations de trois malades, adultes jeunes, indemnes de toute affection respiratoire antérieure, qui, après une pneumopathie aiguë banale, ont été atteints de dilatations bronchiques du côté correspondant. Ces dilatations se sont développées en quelques semaines et ont été constatées dans des délais variant de 1 à 7 mois après l'épisode aigu initial. L'absence de tout antécédent pathologique, si minime soit-il, ne permet pas de supposer que la bronchectasie préexistait et qu'elle avait été seulement révélée récemment ; d'ailleurs, le type cylindrique qu'affectaient les dilatations indiquait le peu d'ancienneté des lésions ; enfin la facilité inattendue avec laquelle le pneumothorax peut être réalisé plaide dans le même sens.

Essai de traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intrapleurales de tuberculine. — M. R. AMAT.

(SÉANCE DU 17 JUIN 1932)

Syndrome commotionnel après traumatisme cranien avec signe d'Argyll-Robertson post-traumatique. (*Présentation de malade.*) — M. Ch. DEJEAN.

Aplasie congénitale des 2 muscles droits externes. — M. Ch. DEJEAN.

Leucémie myéloïde et radiothérapique (*Présentation de malade.*) — M. L. RIMBAUD, Mme LONJON et M. G. ANSELME MARTIN.

Un cas de névrite ascendante du membre supérieur. — MM. VIALLEFONT et LAFON.

Résultats de quelques essais thérapeutiques dans la fièvre de Malte. — MM. PUECH, VIDAL et P. RIMBAUD.

A propos d'un cas d'hydronéphrose. — MM. JOURDAN, TRUC et SAUVY.

A propos d'un cas de rein polykystique. — MM. TRUC et SAUVY.

(SÉANCE DU 24 JUIN 1932)

Les néoformations osseuses dans les goitres. — MM. TERRACOL et JOYEUX.

Traitement des cataractes secondaires par l'extraction associée systématiquement au recouvrement conjonctival. — M. VILLARD.

Un cas d'hémianopsie binasale. — MM. J. TEMPLE et H. VIALLEFONT.

Insuffisance hépato-rénale. Ictère grave et anurie. — MM. E. TRUC et W. ARNAL.

Urémie nerveuse chez un tuberculeux rénal traité par les sels d'or. — MM. E. TRUC et W. ARNAL.

De la nécessité de radiographier d'abord l'appareil urinaire en totalité dans les syndromes abdominaux douloureux chroniques. — M. E. TRUC.

Atrophie optique par angiospasmes rétiniens au cours de crises d'angine de poitrine. — M. DEJEAN.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 76. — MERCREDI 21 SEPTEMBRE 1932. 105e ANNEE. MERCREDI 21 SEPTEMBRE 1932. — N° 76.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — NIMES. — M. le docteur Dufoix a été nommé, après concours, médecin adjoint des hôpitaux de Nîmes.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. le docteur Jean Cabanac est nommé prosecteur à la Faculté de médecine de Montpellier.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Perret, médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), est nommé médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés d'Armentières (Nord), en remplacement de M. le docteur Carriat, appelé à un autre poste.

— Le poste de médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne) est vacant par suite du départ de M. le docteur Perret, appelé à un autre poste.

HÔPITAL ET DISPENSAIRE FRANÇAIS DE LONDRES. — Une vacance de médecin résident à cet hôpital se produira le 1er octobre 1932. Les nominations sont faites par concours sur titres. Les principales conditions à remplir sont les suivantes : être âgé de moins de trente ans, docteur en médecine, célibataire, parler français, signer un engagement d'au moins un an.

Les fonctions sont sensiblement celles des internes des hôpitaux français. Traitement en espèces (100 livres sterling par an), logement, éclairage, nourriture. Il y a deux médecins résidents prenant la garde de vingt-quatre heures à tour de rôle.

Pour tous renseignements, écrire soit au docteur Robert Pierret (La Bourboule, Puy-de-Dôme), soit au secrétaire de l'hôpital et dispensaire français de Londres, 172, Shaftesbury Avenue, Londres W. C., 2.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — HISTOLOGIE. — Une série de travaux pratiques supplémentaires aura lieu au laboratoire des travaux pratiques, du 6 au 19 octobre 1932. Les séances auront lieu tous les jours, de 13 h. 1/2 à 16 h.

Le programme comportera une revision complète et rapide de toute l'histologie : Cytologie, tissus et organes.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h , jusqu'au 5 octobre 1932.

Le droit d'inscription est de 150 francs.

— CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — *Cours pratique et complet de syphiligraphie et de vénéréologie*, du 2 au 26 novembre 1932, sous la direction de M. le professeur Gougerot.

Le cours aura lieu du mercredi 2 novembre au samedi 26 novembre 1932, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 11 h., 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 h., à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée ou au laboratoire.

Les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire; recherche du tréponème; examens bactériologiques; réactions de Wassermann; ponction lombaire.

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours, tous les matins, de 9 h. à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 à 12 h. et de 2 à 5 h. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Le droit à verser est de 350 fr.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au docteur Burnier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 à 11 h. et de 14 à 17 h. (sauf le samedi).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Adrien Michel, ancien député de la Haute-Loire, décédé à l'âge de 88 ans; Maurice Gaubert, préparateur à la Faculté de médecine de Montpellier; Henri Vulliet, professeur ordinaire de clinique chirurgicale à l'Université de Lausanne, où il avait succédé au professeur César Roux; le docteur Decroly (de Bruxelles); sir Henry Simson, chirurgien de la famille royale d'Angleterre, décédé subitement à Londres.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES INFIRMES SERONT-ILS EXCLUS DES ÉTUDES CLASSIQUES ?

Le doctorat en médecine subira-t-il une nouvelle atteinte ?

La circulaire de Monzie appliquant la doctrine de l'*Ecole unique*, — mot vide de sens, comme beaucoup d'expressions politiques, — vient de soulever l'indignation des anciens élèves des lycées et collèges, des pères de famille, des syndicats médicaux et de nombre de professeurs de l'Université. A Paris, les lycées sont proprement fermés depuis juin dernier aux futurs élèves de 6e, les inscriptions tardives n'ayant pu être acceptées, parce que la gratuité de l'enseignement secondaire a créé une pléthore de candidats. Je sais que certains professeurs de lycée — et je pourrais citer des noms, — ont dû placer leurs enfants dans des établissements libres ou religieux.

Pour limiter l'afflux insolite des élèves de 6e, M. de Monzie, par circulaire en date du 26 juin 1932, a exigé que les enfants désirant entrer en 6e soient munis d'un certificat médical spécifiant qu'ils ne sont atteints d'aucune maladie contagieuse et d'aucune infirmité. Et le ministre de l'Instruction publique précise que ce certificat devra être établi par un médecin assermenté, un médecin de lycée, un médecin de l'état civil ou un médecin-inspecteur des écoles. Ainsi le certificat d'un grand Maître de la médecine infantile qui n'exerce aucune des fonctions plus haut citées ne sera pas valable !!!

Quelle valeur a donc désormais le diplôme de docteur en médecine ? Le ministre croit-il qu'un médecin assermenté est plus capable qu'un bon praticien, comme il y en a heureusement beaucoup, ou qu'un médecin des hôpitaux ? *Légalement*, tout docteur en médecine a le droit de délivrer un certificat médical.

Les syndicats médicaux, qui se sont du reste occupés de la question à la suite de réclamations véhémentes, défendent actuellement toutes les prérogatives attachées au diplôme de docteur en médecine qui est *unique*.

Sinon, nous aurions vu se renouveler l'affaire du « certificat supérieur » de douloureuse mémoire qui provoqua il y a 20 ans un siège en règle à la Faculté de Paris. Ne réveillons pas cette période si sombre de l'histoire de la médecine française que beaucoup d'entre nous ont vécue. *Tout médecin a le droit de délivrer un certificat valable légalement.*

Au Syndicat des Médecins de la Seine, la discussion, fin juillet, fut parfois houleuse sur la légitimité des prétentions ministérielles, et le ministre ne fut pas toujours approuvé. Les médecins de Marseille ont publié dans la presse marseillaise et parisienne un ordre du jour très net *contre l'attaque brusquée dirigée par le ministre de l'Instruction publique contre les droits des familles et contre le libre choix du médecin, cependant reconnu par la loi.* Dans le cas qui nous occupe particulièrement, il faut défendre le principe du libre choix, car au ministère on serait très heureux de cette nouvelle tendance qui favoriserait les buts démagogiques poursuivis.

Cependant, nous avons reçu les doléances de nombreux confrères qui ne tiennent pas du tout à ce que des confidences sur les tares familiales de leurs enfants soient communiquées à des proviseurs et à des principaux.

La maladie héréditaire doit rester le secret de la cellule-famille.

Or que poursuit-on en haut lieu ? On cherche à faire une classification de toutes nos tares et à interdire ensuite à nos enfants le choix de telle ou telle carrière. Mon vieil ami Ducos, sous-secrétaire d'Etat à l'Enseignement technique, ne vient-il pas d'écrire dans un livre sur l'Ecole Unique préfacé par M. Herriot : « *l'Enfant n'appartient pas à ses parents ?* »

Si donc nous nous laissons faire, les orienteurs auront la prétention de *fermer* ou *d'ouvrir* à nos enfants, *très souvent malgré nous*, la porte de telle ou telle profession.

Le certificat De Monzie est le préambule de cette mesure tyrannique qui veut dès l'âge de 10 ans diriger tous les enfants de France. Contre de telles prétentions, le corps médical doit lever l'étendard de la révolte, s'il tient encore à cette liberté si chèrement acquise et que des hommes dits de gauche voudraient nous enlever, obéissant, comme le dit M. le Professeur Marfan, « *à un certain manichéisme albigeois* ».

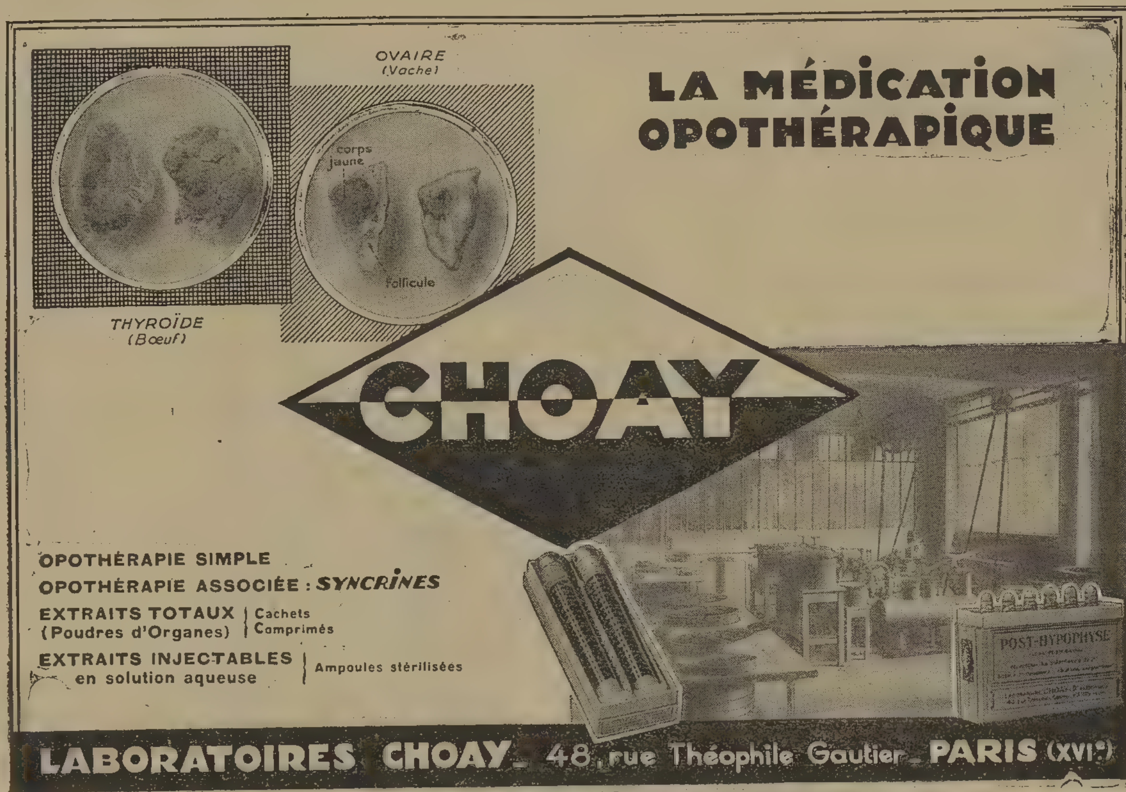
Ce qu'il y a de plus pénible en cette affaire, c'est que les médecins officiels, seuls accrédités auprès de l'Administration de l'Enseignement secondaire, décideront sans appel du sort intellectuel de nos enfants, après un examen médical sommaire que la science moderne se refuse à admettre. Il y a des diagnostics qu'on ne pose plus en cinq minutes ! Pourquoi, du reste un pied bot, une coxalgie bien consolidée à Berck par exemple, une scoliose, une luxation de la hanche, une tumeur blanche du genou ankylosé, barreraient-ils à nos fils infirmes, parfois plus intelligents que de petits hercules, l'accès de la Maison du Savoir ?

Elevé dans de vieux principes d'un républicanisme romantique, je n'admets pas l'ukase de M. de Monzie, et j'engage vivement le corps médical à prouver au Ministre de l'Instruction publique que la caserne et le lycée n'ont aucune similitude.

MAURICE MORDAGNE.

P. S. — Nos amis Fedel et Suran, professeurs agrégés de l'Université, membres du Conseil Supérieur de l'Instruction publique, viennent de déposer au Conseil d'Etat une requête contre l'illégale circulaire ministérielle, dont nous venons d'exposer les buts tyranniques, mais si mes renseignements de dernière heure sont exacts, celle-ci serait sur le point d'être modifiée à la suite de la campagne menée par les Universitaires et les syndicats médicaux, grâce à une collaboration que nous avons favorisée. Nous reparlerons de cet événement.

M. M.


OVAIRE
(Vache)
corps jaune
follicule
THYROÏDE
(Bœuf)
LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées
POST-HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY - 48, rue Théophile Gautier - PARIS (XVIe)

RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES SUBLUXATIONS DOULOUREUSES DE LA HANCHE CHEZ L'ADULTE [1]

Par M. LANCE,

Assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades.

Si la réfection ostéoplastique d'un cotyle dans le traitement des luxations congénitales irréductibles de la hanche a été accueillie en France comme « une des plus belles conquêtes de la chirurgie réparatrice moderne » (Lasserre) (2), elle est au contraire fort discutée dans les pays de langue allemande, en Italie, en Angleterre : on lui reconnaît des indications fort restreintes. lui préférant la reposition sanglante, l'arthrodèse, et surtout l'ostéotomie sous-trochantérienne.

Laissons de côté ici cette discussion pour la luxation. Mais il nous semble que pour la subluxation congénitale douloureuse la discussion ne soit pas possible et qu'on ne puisse proclamer que la réfection ostéoplastique du cotyle ne constitue la seule méthode de traitement rationnelle et efficace.

Et cependant elle a soulevé des critiques.

On lui reproche : 1° de n'être pas toujours efficace, il y a des cas dans lesquels l'opération ne supprime pas la douleur, le malade n'en tire aucun bénéfice ; 2° quand elle est efficace, de donner parfois un résultat temporaire, les accidents se reproduisant après quelques mois ou années ; 3° d'exposer à l'ankylose de la hanche, à l'enraidissement du genou.

Aucun de ces reproches ne peut être adressé à la méthode. Nous voulons démontrer ici que si de tels faits ont été observés, par nous comme par les autres, c'est qu'il y avait eu de la part de l'opérateur ou erreur d'indication, ou erreur technique.

Sur plus de 160 cas de butées de la hanche de plus d'un an, nous comptons 75 hanches atteintes de subluxation — c'est ce matériel d'observation qui a servi de base à ce travail.

***

La principale *erreur d'indication* que l'on puisse commettre, c'est une *erreur de diagnostic :* prendre pour une subluxation congénitale une arthrite primitive déformante de la hanche avec expulsion progressive de la tête fémorale par prolifération du fond du cotyle. Nous avons insisté suffisamment sur ce diagnostic différentiel, absolument capital, dans un article antérieur (3) pour n'avoir pas à y revenir ici. Nous avons fait une butée chez 3 malades atteints de subluxation dont l'origine congénitale était douteuse. Nous ne nous y sommes décidé que parce que les malades refusaient l'arthrodèse extra-articulaire proposée. Ils tenaient à conserver à tout prix les mouvements de leur hanche. Deux de ces malades ont été améliorés, ne ressentant plus que de légères douleurs passagères. Chez la troisième, l'origine inflammatoire de la lésion a paru certaine puisque quelques semaines après l'opération elle faisait, avec élévation de température, une poussée d'arthrite de la hanche opérée, des genoux et d'un poignet ; mais depuis lors 5 années se sont écoulées, et elle n'a plus souffert de sa hanche.

On peut rapprocher de ces cas un des 3 malades (obs. XX de la thèse de Padovani) chez lesquels nous avons pratiqué une arthrodèse extra-articulaire de la hanche pour arthrite déformante de la hanche. Chez cet opéré, malgré la non-soudure du greffon au niveau de son implantation trochantérienne et en réalité la formation d'une butée mal faite, trop haut située pour servir d'appui à la tête fémorale, la guérison obtenue s'est maintenue depuis 4 ans. Il semble donc qu'il existe des arthrites chroniques de la hanche chez lesquelles le fait d'avoir taillé un volet dans l'os iliaque à proximité du cotyle suffise à amener la sédation des douleurs, la disparition de la contracture.

Quoi qu'il en soit, il serait prématuré d'ériger ceci en mode de traitement. Jusqu'à nouvel ordre il est prudent de réserver la butée aux subluxations d'origine congénitale certaine, aux accidents vraiment statiques.

D'autres erreurs d'indication dépendent de l'âge du sujet. A notre avis, il ne faut pas opérer les subluxations chez les jeunes enfants. On tombe sur un sourcil formé sur une grande épaisseur de fibro-cartilage, et malgré la technique spéciale indiquée par le professeur Nové-Josserand les résultats des opérations faites avant 5 ans nous ont paru médiocres. Comme il n'y a pas de péril à attendre, — car à cet âge la subluxation n'est pas douloureuse et se traduit par un peu de boiterie et de fatigue à la marche, nous conseillons d'attendre l'âge de 7 ou 8 ans pour opérer dans de bien meilleures conditions.

De même il ne faut pas faire de butée aux sujets âgés présentant des déformations secondaires telles qu'il ne persiste que quelques mouvements, peu utiles et toujours douloureux. On aura beau appuyer la tête fémorale, celle-ci absolument irrégulière ne peut se déplacer sans occasionner des traumatismes articulaires avec réactions douloureuses. Si la subluxation est unilatérale il vaut mieux faire une arthrodèse extra-articulaire avec ostéotomie si celle-ci est indispensable à supprimer l'adduction. On ne pratiquera la butée que si la lésion est bilatérale, mais en sachant bien que le résultat sera médiocre : on supprimera les douleurs provenant de l'insuffisance de l'appui, on ne pourra empêcher celles résultant de la non-congruence des surfaces en contact.

***

Nous arrivons maintenant aux *erreurs de technique.*

La plus fréquente, la plus difficile à éviter, car tous les opérateurs le constatent, c'est de *placer la butée trop haut.* On découvre la capsule, on taille le volet iliaque, on le fait basculer au contact semble-t-il de

(1) Cet article fait suite à un article paru dans la *Gazette des hôpitaux* du 14 septembre 1932.

(2) Ch. LASSERRE. Les Butées ostéoplastiques de la hanche, technique, résultats, indications, *Gaz. Hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 9 et 16 mars 1930.

(3) Voir *Gaz. des Hôpitaux*, n° 98, 9 décembre 1931, pp. 1840 à 44, 17 fig.

la capsule ; quelques jours après. la radiographie montre que le volet est situé 2 centimètres et plus au-dessus de la tête fémorale.

Deux faits expliquent cette erreur.

Tout d'abord dans la subluxation, le cotyle est très agrandi vers le haut ; si on a mis le membre en abduction forcée la tête fémorale s'abaisse et toute la partie supérieure du cotyle est déshabitée. L'insertion capsulaire n'est plus au contact de la tête, mais très au-dessus. Il faut la décoller à la rugine jusqu'à ce qu'on arrive à l'emplacement de l'ancien et véritable sourcil cotyloïdien — et le volet iliaque doit être taillé jusque-là ; sa base, servant de pivot, doit faire partie du plafond du cotyle. Ce repérage est assez difficile pour que Mathieu, en cas d'hésitation, préfère ouvrir la synoviale pour s'orienter et la refermer ensuite ; Spitzy enfonce avant l'opération un fil d'acier au-dessus du col, regarde à la radiographie la distance du plafond du cotyle, et le laisse pour servir de guide pendant l'opération.



FIG. 1 et 2. — Butée faite trop haut.
FIG. 3. — La même trois ans après. La tête a remonté au contact de la butée. La malade ne souffre plus.

La deuxième difficulté est celle-ci : chez l'enfant et l'adolescent lorsqu'on abaisse le volet iliaque il ne se brise pas à sa base, mais fait ressort, se relève. Il faut le mater sur la tête fémorale avec un coin spécial, ou l'attacher à la capsule par 2 points de catgut.

D'ailleurs, lorsque la butée a été faite trop haut, la partie n'est pas toujours absolument perdue.

Dans un cas où j'avais commis cette faute (fig. 1, 2, 3) la malade a continué à souffrir pendant 2 ans environ, puis s'est améliorée peu à peu : la tête avait continué à remonter en se déformant ; au bout de 3 ans elle était coiffée par la butée et les douleurs avaient disparu.

Très fréquentes aussi sont les erreurs dans le *volume et orientation de l'appui fémoral*. Il y a 3 ans j'ai vu une jeune femme qui avait été opérée à l'étranger, « selon la méthode du Dr Lance », disait la lettre de son médecin, et qui n'en avait tiré aucun bénéfice. La radiographie (fig. 4) montrait qu'on avait implanté dans l'os iliaque, au-dessus du cotyle, un greffon tibial, comme un clou. On comprend qu'un tel appui ne serve à rien. Il n'empêche pas la tête fémorale de continuer à se subluxer soit en arrière, soit surtout en avant. Quel que soit le titre dont on la décore, une telle technique ne peut que discréditer la méthode, car ces malades ayant été opérés sans résultat refusent, bien entendu, toute nouvelle opération et leur exemple sert à décourager malades et médecins de l'emploi des « butées ».

Chez d'autres malades, en général des subluxations



FIG. 4. — Butée trop étroite. Simple greffon tibial implanté. Ne peut servir à rien, la tête continuant à glisser en avant ou en arrière.

âgées avec grosses déformations, voici ce qu'on observe. Au moment de l'opération, le malade endormi, on essaye de mettre le membre en abduction, on obtient péniblement 15°, 20°, les adducteurs sont rétractés. On opère dans cette position ou bien par section ou dilacération des adducteurs on obtiendra une position opératoire à 40°, 60° d'abduction. Les malades

font une convalescence normale, ne souffrent plus pendant 1 an, 2 ans, puis remarquent que leur membre « se raccourcit » et peu à peu les douleurs reviennent. Que s'est-il passé ? L'adduction qui existait avant l'opération s'est reproduite peu à peu, s'exagère même progressivement — et appuyant sur leur butée en porte-à-faux la tête fémorale tend à glisser à nouveau, tiraillant la capsule. Il ne suffit pas chez ces malades, comme nous l'avons essayé au début, de faire une abduction forcée sans anesthésie générale avec plâtre ou celluloïd pendant longtemps : l'adduction se reproduira à nouveau. Le seul moyen de remédier à cette adduction progressive est l'ostéotomie sous-trochantérienne avec mise en abduction de 15° du bout inférieur (fig. 5, 6, 7). Il est difficile chez un malade qui a déjà été opéré d'une butée, et qui a refait de l'adduction douloureuse de faire accepter une ostéotomie secondaire. Aussi chez les subluxés adultes avec grosses déformations, lorsque l'abduction n'atteint pas à l'examen 45°, nous pratiquons systématiquement la section du fémur à la fin de l'opération ; — quinze jours plus tard quand les greffons sont déjà fixés par



FIG. 5 et 6. — Appui ostéoplastique correctement fait, mais adduction progressive. Reproduction des douleurs au bout d'un an.
FIG. 7. — Ostéotomie correctrice.

des adhérences et ne risquent plus de se déplacer, nous mettons sous le contrôle de la radio le bout inférieur à 15° d'abduction.

***

On a aussi reproché aux « butées » d'exposer à l'*ankylose* de la hanche. Cet enraidissement ne peut résulter que d'une faute opératoire.

Tout d'abord l'opération doit rester entièrement extra-articulaire. Il n'y a aucun inconvénient, Mathieu l'a montré, à ouvrir l'articulation pour repérer exactement l'emplacement du sourcil, à condition de refermer exactement la synoviale ; — sinon l'hématome, inévitable avec la taille du volet de l'aile iliaque, risque de se vider dans l'articulation et d'y créer des adhérences.

L'infection de la plaie opératoire peut aussi être une cause d'enraidissement articulaire. Mais la cause principale des raideurs post-opératoires est un appareillage trop strict et trop prolongé. Si chez l'enfant et l'adolescent on peut laisser la hanche 6 semaines, 2 mois sans créer des raideurs articulaires sérieuses, il n'en est pas de même chez l'adulte et surtout l'adulte âgé avec une hanche très déformée. Si, comme nous l'avons vu, on laisse le malade strictement immobilisé dans un plâtre pendant 3 mois, il est presque sûr que le malade sortira de là avec une hanche et un genou enraidis. En pratique nous immobilisons pendant 6 semaines chez l'enfant, 1 mois chez l'adolescent et l'adulte. Nous employons toujours notre appareil à articulations blocables inclus dans le plâtre. Ceci nous permet dès le quatrième ou cinquième jour de donner de légers mouvements à l'articulation. La mobilisation au lit commence dès la sortie de l'appareil. Les débuts de cette mobilisation sont parfois pénibles. Il faut lutter contre la pusillanimité de certains malades pour obtenir cette mobilisation précoce indispensable.

***

Ces obstacles étant évités et l'intervention correctement exécutée, quels résultats est-on en droit d'en attendre ? Nous allons essayer de le démontrer en nous appuyant sur les 75 hanches subluxées que nous avons opérées depuis 1921 jusqu'en 1931.

Voyons les modifications apportées par l'opération sur chacun des symptômes de la subluxation.

Le *raccourcissement* est ici minime : 1 cent. à 2 cent. 5 maximum. L'opération peut le réduire à 0 chez les sujets jeunes chez lesquels la tête a pu être remise en place, et les déformations secondaires inexistantes. Chez l'adulte la reposition est exceptionnellement totale, et même si elle a été obtenue il reste toujours le raccourcissement dû au tassement de la tête et du col fémoral ; comme il reste autour de 1 cent. il est négligeable et facilement corrigeable par une talonnette.

La *boiterie* est due à 3 facteurs d'importance inégale : le raccourcissement, l'ascension du grand trochanter entraînant l'insuffisance du moyen fessier, en-

fin et surtout la douleur qu'occasionne l'appui au sol. Les deux premiers facteurs sont ici d'importance minime : petit raccourcissement, insuffisance musculaire peu marquée. La diminution de la boiterie sera conditionnée par celle de la douleur : pratiquement, s'il ne souffre plus le malade ne boitera plus.

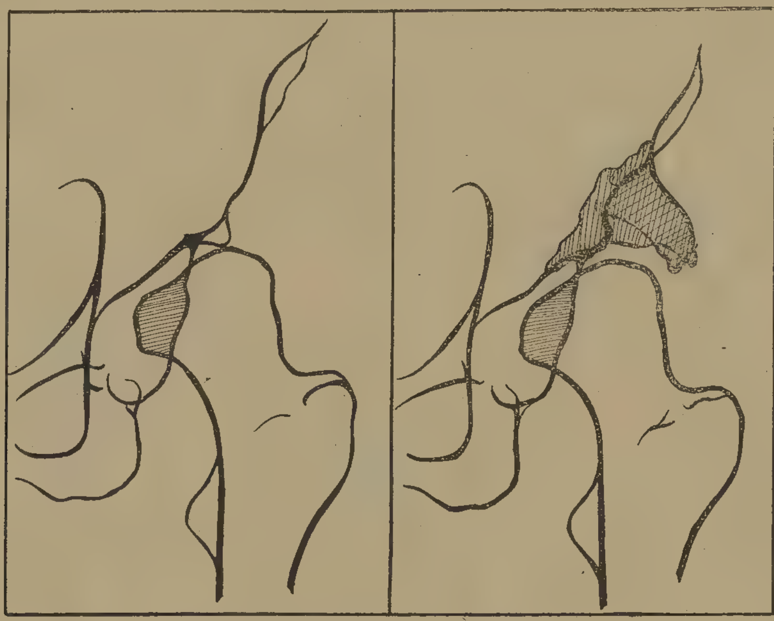


FIG. 8 et 9. — Appui ostéoplastique supérieur, seulement suffisant chez un sujet jeune sans antéversion marquée et surtout de la coxa valga (exceptionnel).

La *limitation des mouvements* est due soit à la contracture musculaire fonction de la douleur, soit aux déformations osseuses, ou à l'association des deux. Si la radiographie montre des déformations minimes on peut prédire que la limitation des mouvements sera très améliorée par l'opération qui fera disparaître la contracture. S'il y a des déformations étendues cette amélioration est bien plus aléatoire : l'antéversion diminue ou supprime la rotation interne, l'abduction reste parfois si limitée que chez une jeune fille atteinte de subluxation double nous avons pratiqué une ostéotomie secondaire ; la flexion reste au contraire libre

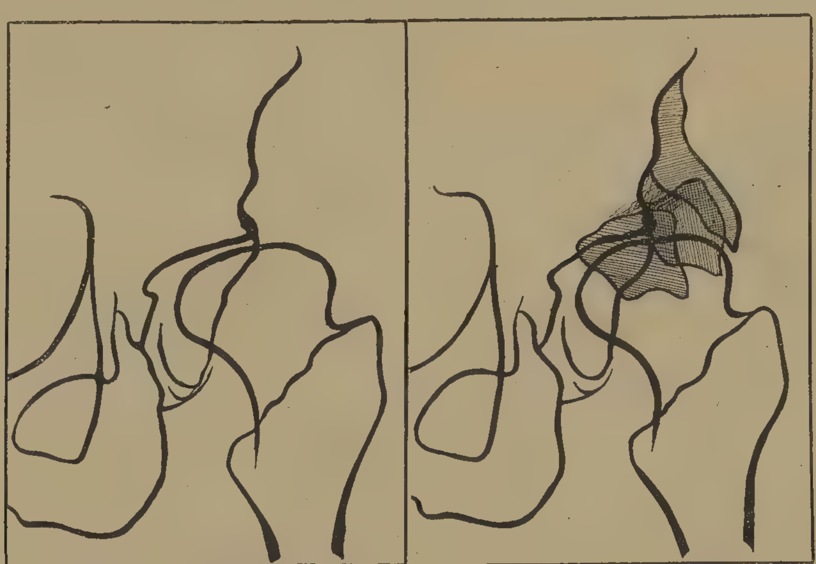


FIG. 10 et 11. — Appui ostéoplastique complet postérieur, supérieur et surtout antérieur, chez un sujet âgé. Antéversion marquée, c'est la règle. Opération type.

aux environs de 90°, la marche n'est donc pas gênée par la limitation des mouvements.

La diminution de la capacité de marche est frappante chez les subluxés doubles et même chez certaines subluxations unilatérales qui en arrivent à ne plus faire que quelques pas et pratiquement à ne plus marcher. Elle est uniquement due à la douleur. Celle-ci agit soit directement par l'impossibilité de faire porter le poids du corps sur le membre, soit indirectement par la contracture musculaire qui empêche la progression et favorise les positions vicieuses.

La presque totalité des troubles fonctionnels sont donc le résultat de LA DOULEUR.

Celle-ci se présente au début sous forme de crises

passagères, de plus en plus violentes et rapprochées, entorses ligamentaires disparaissant par le repos ; plus tard s'y ajoutent les douleurs permanentes, persistant au repos, avec maximum nocturne à la chaleur du lit, douleurs osseuses résultant du travail de remodelage articulaire. Au total la douleur est fonction de l'insuffisance et mauvaise orientation de l'appui coxal. Une fois la tête bien appuyée, emboitée en tous sens, ces douleurs disparaissent entièrement dans tous les cas.

Et cependant la hanche n'est pas toujours indolore. Voyons pourquoi.

Tout d'abord, dès que le malade est debout il se plaint que sa hanche est « sensible » quand il appuie dessus, mais « ce n'est plus du tout la même douleur qu'auparavant ». L'os iliaque a été entaillé, fracturé, et la pression sur le cal reste « sensible » pendant quelque temps, peut même redevenir sensible aux changements de temps, après une grande fatigue. Mais ceci ne persiste en général que 2 ou 3 mois, et au maximum 8 mois, en s'atténuant peu à peu.

Cette sensibilité a disparu, le malade est satisfait, mais au bout d'un ou 2 ans il se plaint que les douleurs reviennent et que son membre se « raccourcit » peu à peu. Il s'agit alors d'adduction progressive avec marche en porte-à-faux : une ostéotomie secondaire est indispensable. Chez d'autres, c'est seulement au bout de 3, 4 ans que les douleurs apparaissent à nouveau sans adduction marquée du membre. Dans certains cas il s'agit de butées mal faites, n'appuyant la tête qu'en haut et en arrière et pas assez en avant. L'antéversion a continué son évolution et la tête s'est subluxée de plus en plus en avant, dans le triangle de Scarpa. Nous n'avons pas à revenir sur ces données que nous avons déjà exposées.

Chez deux opérées en excellent état pendant plusieurs années, nous avons vu vers la cinquantaine apparaître de petites crises douloureuses en même temps que la radiographie montrait des troubles dystrophiques nets. La radiothérapie profonde a bien calmé ces douleurs.

Enfin il faut savoir que lorsque le malade présente déjà au moment de l'opération des déformations considérables de la tête fémorale il y aura persistance de petites crises douloureuses. Cette tête rugueuse, carrée, ne peut tourner sans heurts et réactions articulaires. Chez 2 malades opérées de subluxations doubles avec grosses déformations, nous avons calmé ces douleurs en injectant sous pression dans l'articulation de l'huile d'œillette stérilisée (1). La persistance ou la réapparition de la douleur après l'opération résulte donc de trois choses : 1° l'acte opératoire, douleur normale et passagère ; 2° des erreurs de technique : butée trop haute ou ne couvrant pas la tête en avant, omission d'une ostéotomie indispensable ; l'expérience nous a montré comment on pouvait éviter ces erreurs; 3° des malades opérés trop tard, présentant déjà de grosses déformations ou à la veille des troubles dystrophiques de la cinquantaine. La plupart ont été soignés pendant de longues années pour coxalgie, sciatique, rhumatisme, etc., erreurs de diagnostic qu'on eût évitées si l'existence et les signes des subluxations de la hanche étaient mieux connus des médecins.

(1) C'est la technique ancienne de Rovsig (de Copenhague) et Delagénière (du Mans) qui avait été abandonnée à cause des réactions résultant des impuretés de l'huile employée. Nous n'avons rien observé de semblable avec l'huile très purifiée dont nous nous servons.

Nous avons opéré 58 malades atteints de subluxation de la hanche, dont 17 doubles, soit 75 hanches subluxées. Voici les résultats obtenus :

1° avant 10 ans, 9 opérés dont 5 doubles, 14 hanches : 3 avant 5 ans ont donné des résultats imparfaits, 6 après 5 ans dont 4 doubles, 10 hanches, la guérison complète ;

2° de 10 à 20 ans, 12 opérés dont 2 doubles, 14 hanches : 8 guérisons avec retour à la normale ; 4 dont 2 doubles, résultat très bon, disparition de la douleur, possibilité de longues marches, mais persistance de limitation des mouvements ;

3° de 20 à 30 ans, 12 opérés dont 3 doubles, 15 hanches : 2 désaxations (1), retour à la normale ; 7 très bons résultats, pas de douleur, longues marches sans canne ; 2 résultats assez bons chez des doubles, pas de douleur, mais marche limitée avec canne, mouvements restreints ; 1 ré-opéré au bout de 8 ans pour appui insuffisant en avant ;

4° de 30 à 40 ans, 7 opérés, 2 doubles, 9 hanches : 2 très bons résultats, mais mouvements limités ; 3 assez bons dont 1 double, pas de douleurs, marche 1 heure sans appui ; 2 médiocres, dont 1 double, grand soulagement, mais petites crises, marche avec canne ;

5° de 40 à 50 ans, 11 opérés dont 5 doubles, 16 hanches : 2 résultats bons, marche prolongée sans canne ; 3 assez bons dont 1 double, un refait une crise douloureuse 6 ans après à 56 ans ; 1 adduction progressive, ostéotomie secondaire ; 1 infection de l'hématome, ankylose presque complète, mais bonne marche indolore ; 4 médiocres doubles, cependant amélioration assez notable pour que les malades soient revenus spontanément réclamer l'intervention sur la deuxième hanche ;

6° 50 à 60 ans, 3 opérés : 2 assez bons, cessation des douleurs, 1 adduction progressive, ostéotomie secondaire ;

7° 4 subluxations associées à une luxation du côté opposé traitée ou non : 1 excellent résultat (26 ans), 2 assez bons (43 et 45 ans), 1 médiocre (50 ans).

Il résulte de ces chiffres que le résultat de l'opération est d'autant plus satisfaisant qu'elle a été faite chez un sujet jeune, avant les déformations secondaires.

On peut dire qu'entre 5 et 20 ou 25 ans l'opération donne la guérison ; — plus tard elle ne donne plus qu'une amélioration, souvent encore considérable.

Il est à remarquer que les subluxations par réduction complète d'une luxation traitée dans l'enfance se font opérer de bonne heure parce que là il n'y a pas eu d'hésitation sur l'origine des crises douloureuses : 16 reluxations dont 5 doubles, soit 21 hanches, ont

(1) Nous avons montré (*Congrès d'orthopédie* 1926) qu'il existait des malades présentant des crises très violentes chez lesquels la tête fémorale a conservé ses rapports normaux avec le cotyle malformé ; c'est le col qui s'est redressé sur la tête, il y a *désaxation* et non glissement.

été opérées entre 5 et 27 ans et la guérison toujours obtenue.

Au contraire, il faut signaler la gravité particulière, à cause de la précocité et de l'étendue des déformations, des subluxations doubles ou associées à une luxation du côté opposé. Ici entre 20 et 30 ans on trouve déjà des déformations osseuses telles que le résultat sera très incomplet.

***

Nous tirerons de cette étude les conclusions suivantes :

Il vaut mieux ne pas opérer les subluxations avant l'âge de 5 ans. Après cet âge le résultat sera d'autant meilleur que les déformations secondaires seront peu marquées. Si la technique employée a été correcte jusqu'à 20 ou 25 ans l'opération donnera la guérison. Au-dessus de cet âge on n'obtient en général que des améliorations considérables, mais plus de guérison absolue. La gravité des subluxations doubles ou associées à une luxation du côté opposé impose chez elles une opération précoce. Dans le cas de déformations importantes avec limitation de l'adduction au-dessous de 45° il vaut mieux compléter l'opération par une ostéotomie sous-trochantérienne d'emblée, pour éviter la rechute par adduction progressive.

Il importe donc pour avoir de bons résultats : que le chirurgien emploie une bonne technique chez un sujet jeune. Il faut donc que le médecin fasse le diagnostic des subluxations congénitales douloureuses chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte jeune : en cas de crises douloureuses passagères disparaissant par le repos il ne faut pas se contenter du diagnostic de vagues rhumatismes, sciatique, arthrite, il convient de faire radiographier les deux hanches et de dépister par un interrogatoire serré des antécédents l'origine congénitale des accidents.

REVUE DES THÈSES

Les abcès de la langue (1), par Raphaël ABOULKER.

Les abcès de la langue comprennent les collections purulentes survenues au cours d'un épisode aigu dans l'épaisseur du corps de la langue.

Nous les distinguerons en abcès de la pointe siégeant dans le tissu musculaire de la pointe de la langue et en abcès ou phlegmons de la base qui siègent dans les interstices cellulaires de la base de la langue.

Les premiers sont d'origine traumatique par blessure de l'organe, soit par un agent extérieur de nature très variable, soit par une aspérité dentaire.

La riche défense lymphatique et la vascularisation de l'organe expliquent leur rareté et ils doivent pour être produits profiter d'une recrudescence de la virulence des nombreux microbes saprophytes de la bouche ou d'une faiblesse passagère ou constitutionnelle de l'organisme.

Les phlegmons de la base surviennent le plus souvent à la suite d'infections aiguës du voisinage (angines) ou à la suite de maladies graves et anergisantes. Ils apparaissent au début de la maladie (scarlatine) et d'autres fois au décours (variole). Ils peuvent plus rarement compliquer un abcès de la pointe. Dans l'ensemble, ils apparaissent comme produits par la propagation lymphatique d'une lésion de voisinage.

Tous les microbes banaux de la suppuration ont été retrouvés dans le pus de ces collections. Leur symptomatologie est bruyante, quelquefois dramatique à cause des troubles fonctionnels (dysphagie, dyspnée, douleur) qui s'installent rapidement. Le signe capital qui les fait distinguer des lésions du plancher de la bouche et des autres lésions suppurées du voisinage est la perte de la protustion de la langue, c'est-à-dire de la faculté pour le malade de tirer la langue hors de la bouche.

Cette immobilisation de la langue fixée par l'inflammation aiguë suffit pour faire le diagnostic. Le traitement de choix est l'incision par les voies naturelles. Une ponction exploratrice précise le siège de la collection, une boutonnière au bistouri sur la muqueuse anesthésiée par badigeonnage livre passage à une pince de Kocher ou de Lubet-Barbon qui va au-devant de la collection et qui, retirée ouverte, livre facilement passage au pus.

Une mèche de gaze maintient les lèvres de la plaie ouverte pendant quarante-huit heures. Les mouvements de la langue revenus très vite facilitent le drainage. La guérison en quatre ou cinq jours est la règle.

La vaccinothérapie, encore qu'elle n'ait pas été employée systématiquement, semble donner de bons résultats.

(1) *Th. de Paris*, 1932.

Les convulsions essentielles du nourrisson et leur pronostic (1), par Françoise LÉVY, ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'étude de l'auteur sur les convulsions essentielles du nourrisson l'a amenée à les diviser, avec M. Robert Debré, en quatre groupes :

1° *Convulsions spasmophiliques* caractérisées par leur association quasi constante au rachitisme ; la constatation d'un signe de Chvosteck et d'une hypocalcémie, stigmate sanguin caractéristique de l'état spasmophile ; la gravité du pronostic immédiat, la possibilité d'une syncope naturelle au cours d'un accès d'apnée paroxystique. Cette éventualité, toujours à redouter, commande un traitement immédiat par le chlorure de calcium, les rayons ultra-violets ou les stérols irradiés dont l'action est véritablement spécifique et même dans les cas de crises répétées, où l'on peut craindre un accident mortel, il est nécessaire de recalcifier d'urgence l'organisme en faisant ingérer par tubage une dose élevée de 4 à 6 gr. de chlorure de calcium. Par contre, le pronostic lointain est toujours favorable.

2° *Convulsions hyperpyrétiques*, liées à une brusque ascension thermique, se reproduisant chez un même sujet, à l'occasion de toutes les affections où la fièvre s'élève rapidement, n'apparaissant jamais en période d'apyrexie. Elles surviennent chez des nourrissons indemnes de toute tare et disparaissent spontanément vers la seconde ou troisième année, exceptionnellement au delà. Elles sont sans aucune gravité, proche ou lointaine.

3° *Spasme du sanglot*, apparaissant toujours à l'occasion d'une crise de sanglots, en réalité, simple exagération d'un phénomène physiologique normal : le nourrisson qui perd le souffle en pleurant ; survenant chez un enfant par ailleurs bien portant, il est d'un pronostic immédiat bénin, malgré l'aspect souvent dramatique des accès. Il disparaît spontanément au cours ou à la fin de la seconde année, exceptionnellement plus tard, sans aucune séquelle.

(1) *Th. de Paris*, 1932.

Cependant, une réserve est à faire quant à la bénignité du pronostic lointain : il est exceptionnellement possible de voir se succéder, chez un même enfant, spasme du sanglot et mal comitial.

4° *Epilepsie du nourrisson :* crises convulsives survenant sans cause apparente, sans prodrome, souvent nocturnes ; elles peuvent revêtir tous les aspects cliniques, le plus souvent tonico-cloniques, suivies d'une phase de torpeur post-paroxystique prolongée. Elles peuvent, parfois, s'accompagner de petit mal : d'absences, de modifications du caractère, très exceptionnellement de troubles du développement intellectuel ou neurologique.

Si le pronostic immédiat est bénin, par contre, le pronostic lointain est toujours sombre. Le passage à la chronicité, à l'épilepsie de la seconde enfance, ou la récidive à la puberté après une rémission plus ou moins longue, est l'éventualité la plus habituelle.

Il est nécessaire de poser un diagnostic très précis avant d'établir les bases du pronostic suivant la variété de convulsions en cause.

Les caractères cliniques de la crise elle-même ne fournissent aucun élément de diagnostic ni de pronostic, et ce sont les phénomènes concomitants :

Etat spasmophilique caractérisé par le signe de Chvosteck et l'hypocalcémie ;

L'apparition des convulsions à l'occasion d'une brusque ascension thermique ;

Le déclenchement de l'accès par une crise de sanglots, ou, au contraire, l'absence complète de toute cause provocatrice ou de prodrome, qui nous permettront d'identifier les convulsions bénignes, en opposition au mal comitial du nourrisson.

Nous avons suivi, avec notre maître M. le professeur agrégé Robert Debré, pendant une période de 7 ans, s'étendant de 1924 à 1931, 69 enfants atteints de convulsions essentielles de la première enfance.

Il est intéressant de noter le pourcentage relatif des diverses catégories de convulsions que nous avons observées:

18 cas de convulsions spasmophiliques, soit .. 2,5 p. 10.
13 cas de convulsions hyperpyrétiques, soit.... 2 p. 10.
14 cas de spasme du sanglot, soit............ 2 p. 10.
24 cas d'épilepsie du nourrisson, soit........ 3,5 p. 10.

Nous insisterons sur deux faits : l'importance du spasme du sanglot qui est pourtant si souvent méconnu ; la fréquence relative de l'épilepsie dans la première enfance.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

(SÉANCE DU 24 JUIN 1932)

Présentations :

Présentation de radiographies de calculs salivaires intraglandulaires par incidence transbuccale oblique. — M. LANDAIS propose d'abandonner les incidences classiques pour faire passer le rayon parallèlement à la table interne à l'intérieur de la bouche ; la plaque posée sous la mandibule.

Communications :

Considérations radiologiques et anatomiques sur la branche montante du maxillaire inférieur. — M. LANDAIS propose diverses incidences permettant de localiser les projectiles par rapport à la mandibule.

A propos de deux cas de nécrose des maxillaires survenue à la suite d'un traitement par thorium X. — MM. Ch. RUPPE et L. LEBOURG apportent trois observations et concluent que les nécroses observées doivent être attribuées à l'état général et ne doivent pas faire abandonner le traitement.

Un cas mortel de pyohémie d'origine dentaire. — MM. Ch. RUPPE et CAUHEPE communiquent l'observation d'un malade mort d'un abcès du foie consécutif à un ostéophlegmon guéri d'origine dentaire.

Deux observations d'épithéliomas du maxillaire supérieur. Considérations étiologiques et thérapeutiques. — M. DECHAUME pense que les kystes paradentaires peuvent dégénérer et donner lieu à des épithéliomas du maxillaire supérieur. Au point de vue thérapeutique il pense que la technique d'Hautand et Monod est la meilleure.

SOCIETE DE MEDECINE D'ALGER

(SÉANCE DU 24 JUIN 1932)

Paralysie du phrénique droit. — M. ARGENSON. Malade présentant des douleurs dans l'hémithorax droit; à l'auscultation, diminution du murmure vésiculaire à la base droite. Bacilloscopie négative ; à la radioscopie, surélévation considérable de la coupole diaphragmatique droite.

Discussion. — M. AUBRY. La radiographie semble montrer un diaphragme fixé mais non paralysé. Cet aspect peut être dû à un épanchement interlobaire, ou à une tumeur limitée par une réaction interlobaire, ou à une lésion sous-diaphragmatique qui refoulerait en haut l'hémidiaphragme droit.

Le traitement des crises du tabès par le somnifène. — MM. AUBRY, BERTRAND, SANTUCCI.

Six pièces anatomiques curieuses. — MM. RIBET et CURTILLET.

L'acrodynie infantile à Alger. — MM. GILLOT et MACHUEL.

Tumeur du cerveau. — MM. AUBRY, SALLE et CASTAGNIER.

Endocardite infectieuse compliquée d'hémorragie cérébrale chez un indigène. — MM. AUBRY, BERTRAND et MOLANDRE.

Dilatation bronchique et nanisme respiratoire. — MM. LEVI VALENSI et CIXOUS. Apparition de cette affection chez un garçon de 19 ans, à la suite d'une suppuration pleurale putride survenue à l'âge de 12 ans. Infantilisme consécutif. Appareil génital normal, de même que les glandes endocrines. Les auteurs incriminent les altérations chroniques de l'appareil respiratoire.

Tuberculose pulmonaire et cancer latent du poumon. — MM. LEVI VALENSI, CIXOUS, MISES. Observation anatomo-clinique d'un cancer pulmonaire latent chez un tuberculeux pulmonaire aigu et décelé seulement par la radiographie.

Deux cas d'endocardite à staphylocoque. — MM. G. LEMAIRE et GARES.

Nodules cutanés développés au niveau d'une ponction pleurale. Biopsie diagnostic d'un cancer viscéral profond. — MM. MONTPELLIER, LAVILLAT, CATTOIR. Il s'agit de nodosités sous-cutanées, fermes et douloureuses apparues au point de ponction d'un épanchement pleural hémorragique assez abondant ; l'examen histologique d'un nodule permit de reconnaître un épithélioma atypique. Les différents symptômes présentés par la malade n'ont pas permis de préciser le siège de la tumeur primitive.

Syncope chloroformique et adrénaline (note complémentaire). — MM. TOURNADE, J. MALMEJAC et A. DJOURNO.

Le diagnostic du bouton d'Orient. — MM. MONTPELLIER

et L. CHIAPPONI. Deux signes permettent de le différencier du lupus vulgaire.

a) Le lupus s'étale en nappe, le bouton d'Orient fait une saillie.

b) Présence sur le bouton d'Orient d'une squame croûte, en herse, qui n'existe pas sur le lupus vulgaire.

LE JEUDI 20 OCTOBRE 1932

à 14 h. 1/2, il sera procédé publiquement, Salle des Concours de l'Administration générale de l'Assistance Publique, 49, rue des Saints-Pères, à l'adjudication de la fourniture d'*articles de coucher, linge, habillement et pansements* nécessaire au service des hôpitaux et hospices civils de Paris pendant l'année 1933.

La dite fourniture, divisée en 88 lots, comprend les articles suivants : couvertures de laine et de coton, langes de laine et de coton, laine blanche, crin, plume, duvet, toiles diverses et étoffes de fil, cotonnades blanches et écrues, cotonnades de couleur, draperies, molleton, étoffes de laine et de laine et coton, toile imperméable caoutchoutée, bonneterie, chapellerie, sabots, chaussons et espadrilles, coton hydrophile et coton cardé, gaze mousseline apprêtée et sans apprêt.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, 3, avenue Victoria, bureau n° 8, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures. Les échantillons-types sont déposés au Magasin Central des Hôpitaux, 89, boulevard de l'Hôpital.

Dépôt des demandes jusqu'au vendredi 7 octobre 1932.

LIVRES NOUVEAUX

Diagnostic et Thérapeutique des affections du cuir chevelu (1), par R. SABOURAUD.

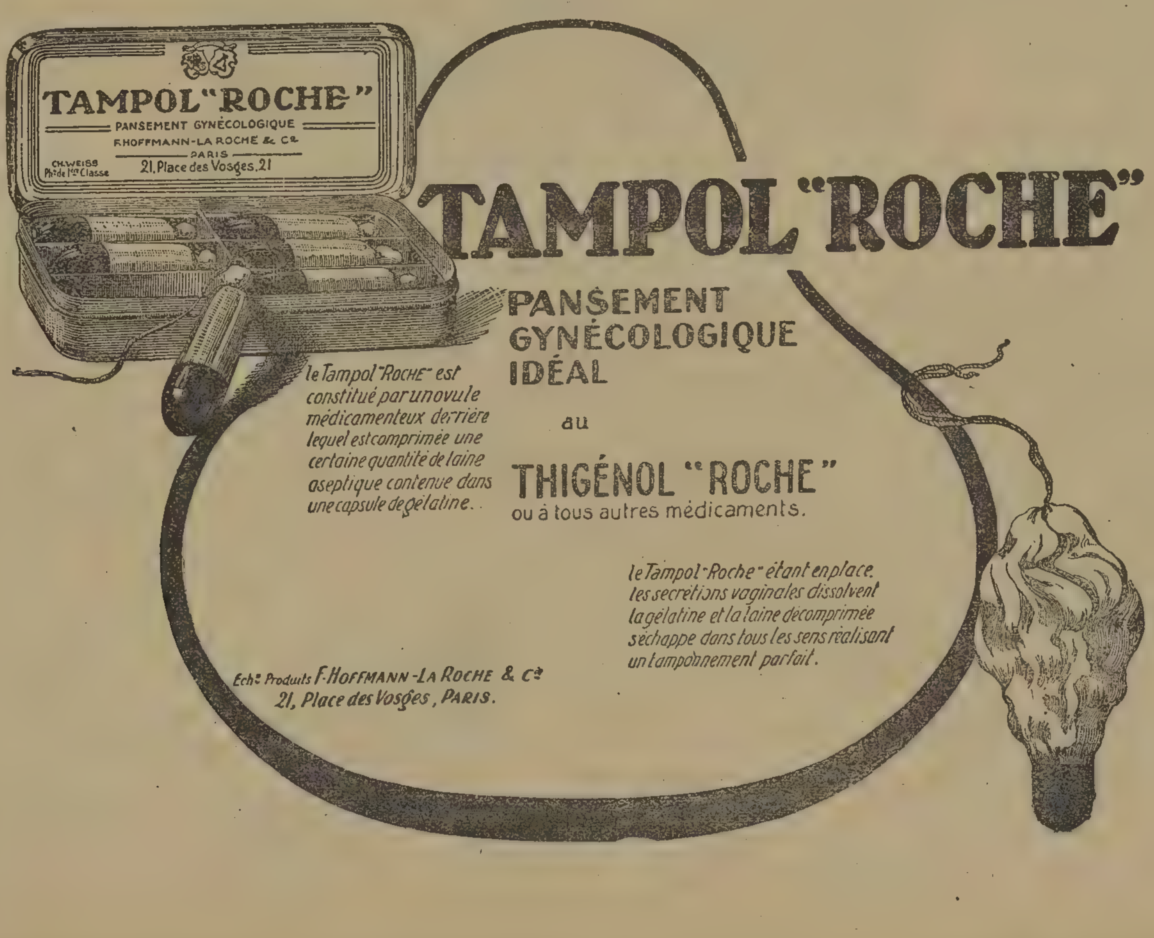
Les cinq volumes du *Traité des maladies du cuir chevelu*, dont les trois premiers, épuisés, sont devenus introuvables, étudient l'un après l'autre les cinq types morbides principaux qu'offre le sujet : la séborrhée, les pityriasis, les mycoses externes, les folliculites et l'impétigo et enfin la pelade. Mais, d'une part, ces livres sont consacrés chacun, non pas seulement à la clinique, mais à l'étude scientifique et expérimentale de leur sujet ; ils ne peuvent toucher tous les médecins et servir à leur pratique journalière. D'autre part, les cinq livres qui constituent cet ouvrage délaissent entre eux une foule de types morbides secondaires, que le médecin peut rencontrer.

Il y avait donc place dans l'œuvre du Dr Sabouraud pour un livre plus simple : un livre de pratique, résumant tous les précédents et les complétant par la présentation des types morbides secondaires qui n'ont pu y être étudiés.

Afin de demeurer dans la vérité clinique, l'auteur a divisé son livre par périodes : *maladies du nourrisson, de l'âge scolaire, de l'âge adulte, de l'âge mur et de la vieillesse.*

L. G.

(1) Un volume de 580 pages avec 200 figures. — Prix : 85 fr. — Paris, Masson et Cie.


TAMPOL "ROCHE"
PANSEMENT GYNÉCOLOGIQUE
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS
21, Place des Vosges, 21
TAMPOL "ROCHE"
PANSEMENT
GYNÉCOLOGIQUE
IDÉAL
au
THIGÉNOL "ROCHE"
ou à tous autres médicaments.
le Tampol "Roche" est constitué par un ovule médicamenteux derrière lequel est comprimée une certaine quantité de laine aseptique contenue dans une capsule de gélatine.
le Tampol "Roche" étant en place, les sécrétions vaginales dissolvent la gélatine et la laine décomprimée s'échappe dans tous les sens réalisant un tamponnement parfait.
Echns Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges, PARIS.

NOTES POUR L'INTERNAT

FACE INFÉRIEURE DU FOIE[1]

II. Rapports avec le péritoine

La totalité de la face inférieure du foie est recouverte de péritoine.

En avant, le péritoine remonte sur la face antérieure.

En arrière, le péritoine ne tapisse pas la face postérieure, qui est dépéritonisée, mais se continue avec le péritoine pariétal postérieur (cette réflexion se fait d'ailleurs un peu au-dessus du bord postérieur).

Ces rapports péritonéaux, éminemment simples, sont compliqués par l'existence d'une formation péritonéale qui va relier le hile du foie à la portion initiale du tube digestif : c'est le *petit épiploon.*

LE PETIT ÉPIPLOON : méso composé de deux feuillets unissant l'estomac et la première portion du duodénum au foie.

De forme quadrilatère, il présente : un bord gastro-duodénal, un bord vertical libre.

Deux bords hépatiques coudés l'un par rapport à l'autre à angle droit : bord hilaire transversal ; bord aranzien antéro-postérieur.

a) *Insertion hilaire.* — Les deux feuillets s'insèrent sur les deux lèvres du hile se continuant de la façon suivante :

A droite : s'unissent l'un à l'autre pour former la partie initiale du bord libre du petit épiploon ;

En avant : avec le péritoine recouvrant le lobe carré ;

En arrière : avec le péritoine du lobe de Spiegel.

A l'extrémité gauche du hile, les deux feuillets se dirigent d'avant en arrière le long de la partie postérieure du sillon longitudinal gauche.

b) *Insertion aranzienne* sur les deux lèvres du sillon du canal d'Aranzius, s'arrêtant en arrière sur le diaphragme et la petite courbure de l'estomac.

c) *Aspect du petit épiploon.* — Rappeler qu'il présente une pars densa, une vasculosa, une flaccida comprise entre les deux précédentes.

III. Rapports avec les éléments contenus dans les sillons

a) *Sillon transverse :* c'est le hile du foie, où arrivent les éléments du pédicule hépatique qui ont cheminé dans le bord libre du petit épiploon et s'épanouissent en arrivant au hile : d'arrière en avant :

1° *La veine porte,* très volumineuse, bifurquée au ras du hile suivant un angle obtus :

Sa branche droite, courte, volumineuse, continue la direction du tronc ;

Sa branche gauche, plus grêle, parcourt presque toute la longueur du sillon.

En avant de ce plan veineux :

2° *L'artère hépatique :* bifurquée en bas et à gauche, *à distance du hile :*

Sa branche gauche suit le bord inférieur de la branche gauche de la veine porte ;

Sa branche droite croise la bifurcation portale et chemine sur la face antérieure de la veine droite ; se bifurque en deux ou trois rameaux avant d'atteindre le hile.

Elle a donné auparavant l'*artère cystique,* qui se dirige en dehors et en bas vers le col de la vésicule.

3° *Canal hépatique :* constitué au devant de la branche droite de la veine porte, à 7 cm. environ du hile, par *la réunion des deux canaux hilaires principaux.*

La branche droite de l'artère hépatique s'insinue entre la veine en arrière, le canal hépatique (avec ses deux canaux d'origine) en avant.

4° *Eléments accessoires* représentés surtout par quelques ganglions, des filets nerveux.

b) *Sillon longitudinal droit :* contient dans sa moitié antérieure (la seule qui appartienne à la face inférieure), la *vésicule biliaire :* allongée d'avant en arrière sur 8 à 10 cm.

Le fond répond à l'échancrure du bord antérieur du foie.

Le corps, aplati de haut en bas, adhère par sa face supérieure à la capsule de Glisson.

Le col coudé sur le corps, auquel il fait suite, se continue par le canal *cystique,* qui va descendre dans le bord libre du petit épiploon pour rejoindre la voie hilaire principale.

Deux faits à retenir :

L'artère cystique (quelle que soit sa variété, courte ou longue), atteint toujours la vésicule au niveau du col ; une traction opérée sur le fond de la vésicule permettra d'écarter le col de la partie droite du hile (où sont groupés tous les organes dangereux au point de vue chirurgical).

C'est également à ce niveau qu'elle se bifurque en :

Artère cystique supérieure, qui chemine entre le foie et la face supérieure de la vésicule ;

Artère cystique inférieure sous-vésiculaire.

c) *Sillon longitudinal gauche :* occupé par le ligament rond (reliquat de la veine ombilicale).

IV. Rapports viscéraux

Ces rapports se font par l'intermédiaire du péritoine ; il convient d'étudier successivement les rapports des quatre lobes :

a) *Lobe droit :* il forme le couvercle d'une région très profonde de la cavité abdominale, dont le fond est constitué par le péritoine sautant de la face inférieure à la face antérieure du rein :

Les deux tiers postérieurs recouvrent la face antérieure du rein droit ;

Le tiers antérieur, l'angle droit du côlon (angle sous-hépatique).

b) *Lobe gauche :* répond à la face antérieure de l'estomac ; il peut être assez étendu quelquefois pour gêner l'abord de cet organe.

Les deux lobes du champ moyen de la face inférieure répondent à deux régions totalement différentes de la cavité abdominale :

c) *Le lobe carré* préhilaire retombe comme un couvercle sur le bord libre du petit épiploon, le vestibule pylorique, et la première portion du duodénum. C'est ce lobe qu'il faut relever fortement au cours de toutes les interventions portant sur les voies biliaires.

d) *Le lobe de Spiegel* rétro-hilaire est en arrière du petit épiploon, et fait partie de l'arrière-cavité des épiploons ; il forme le plafond de la petite bourse épiploïque.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 74, p. 1366.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 77. — SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1932. 105e ANNEE. SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1932. — N° 77.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CONSEIL DE PERFECTIONNEMENT DES ÉCOLES SOCIALES. — Par arrêté du ministre de la Santé publique, M. le professeur Léon Bernard, délégué de la Faculté de médecine de Paris, est désigné comme membre de droit pour faire partie du Conseil de perfectionnement des écoles sociales.

GUERRE. — Le *Journal officiel* du 19-20 septembre publie la liste des candidats ayant obtenu le brevet de préparation militaire supérieure du Service de santé.

LIGUE NATIONALE FRANÇAISE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN. — *Cours de service social antivénérien* pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes (sixième session, novembre 1932, 13 leçons, du 14 au 19 novembre 1932, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe) et à la Clinique Baudelocque).

Le cours est gratuit.

Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe), le plus tôt possible.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — HISTOLOGIE. — *Enseignement spécial de la technique histologique élémentaire*, sous la direction de M. Champy, professeur. — Cours pratiques destinés aux médecins et étudiants désireux de se familiariser avec la technique histologique.

Les séances auront lieu tous les jours, de 14 à 17 h., au laboratoire d'histologie (salle Ranvier) de la Faculté de médecine, à partir du lundi 3 octobre jusqu'au 22 octobre 1932.

S'inscrire les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 h., au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4). — Le nombre des élèves est limité à 20.

Droit d'inscription : 250 fr.

— CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — *Cours pratique et complet de thérapeutique dermato-vénéréologique*, du 28 novembre au 17 décembre 1932, sous la direction de M. le professeur Gougerot.

Le cours aura lieu du lundi 28 novembre au samedi 17 décembre 1932, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 11 h., 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 h.. à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée ou au laboratoire.

Les cours seront accompagnés de démonstrations de thérapeutique (radiothérapie, radiumthérapie, photothérapie, électrolyse, haute fréquence, neige carbonique, scarifications, frotte, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours, tous les matins, de 9 h. à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 à 12 h. et de 2 à 5 h. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Le droit à verser est de 350 fr.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au docteur Burnier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 à 11 h. et de 14 à 17 h. (sauf le samedi).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Taty (de La Tour-de-Salvagny), Morlet (d'Anvers), Decroly (d'Uccle).

CHRONIQUE

LA PREMIÈRE JOURNÉE DU CONGRÈS DE LA LITHIASE BILIAIRE A VICHY

Le congrès international de la lithiase biliaire s'est ouvert lundi à Vichy, sous la présidence de M. Justin Godart, ministre de la Santé publique.

Plus de douze cents médecins se sont inscrits à ce congrès ; parmi eux se trouvent des savants illustres, dont la présence augmente encore l'éclat de la réunion.

Ce succès sans précédent est dû, certes, à l'heureux choix des questions à l'ordre du jour, il est dû surtout à la sympathie et à l'estime dont jouit son président, M. Paul Carnot, il est dû, aussi, aux efforts remarquables du comité d'organisation. Rien, enfin, n'aurait pu être réalisé sans le puissant concours de la Société fermière de Vichy. Dans le plus beau des cadres, elle a apporté à tous les détails de l'exécution ce souci de la perfection, de l'élégance et du bon ton qui sont de tradition dans la Reine de nos stations thermales.

La *séance inaugurale* a eu lieu dans la salle de théâtre du grand Casino.

Aux côtés du ministre avaient pris place M. le professeur Paul Carnot, président du congrès ; M. le Dr Ray. Durand-Fardel, M. Léger, maire de Vichy, M. le préfet de l'Allier, puis les membres du bureau : MM. les professeurs Pierre Duval, Loeper et Villaret, le Dr Belot et le secrétaire général, le Dr Aimard, qui fut l'animateur dévoué et souriant du comité d'organisation. Les délégués étrangers représentant 41 nations entouraient le ministre ; parmi eux figuraient la plupart des présidents d'honneur du congrès : les professeurs von Bergmann (de Berlin) ; Chas Gordon Heyd (de New-York) ; Hijmans Van den Bergh (d'Utrecht) ; Marañon (de Madrid) ; notre ami le professeur Sanarelli (de Rome) ; les professeurs Achard et Hartmann.

Dans la nombreuse assistance, je note, au hasard des rencontres MM. J.-V. Donnet (de New-York) ; D.-P.-D. Wilkie (d'Edimbourg) ; F. Umber (de Berlin) ; Pavel (de Bucarest) ; J. Dieryck (de Louvain) ; R. Gilbert (de Genève), les professeurs Rathery, N. Fiessinger, Lenormant, Lemierre (de Paris) ; le médecin général Oudart, du ministère de la Marine ; les professeurs Giraud, Rimbaud, Paul Delmas (de Montpellier) ; Bérard, Pic, Piéry, Cade (de Lyon) ; Lambret (de Lille) ; Cornil (de Marseille) ; Serr (de Toulouse) ; les docteurs Lenoir et Zimmern, membres de l'Académie de médecine ; Fredet, Labey, D. Petit-Dutaillis, de Martel, Devraigne, Abrami, Chiray, Brulé, Harvier, Félix Ramond, Caroli, Gatellier, Etienne Chabrol, Ockinczyc, Baumgartner, Maingot, Henri Béclère, Delherm, Dausset, Buizard, Gaston Lion (de Paris) ; les professeurs Perrin (de Nancy) ; Merklen (de Strasbourg) ; David et Langeron (de Lille) ; Chassavent et Lebon (d'Alger) ; MM. Petit (de Niort) ; Vernejoul, de Luna et Porcheron (de Marseille).

Enfin tous nos confrères de Vichy, et, groupés autour de leur éminent président M. Fére, les dirigeants de la Compagnie fermière.

M. le président Carnot ouvre la séance, il salue le ministre et rappelle le grand rôle qu'il joua dans le redressement du service de santé pendant la guerre. Il souhaite la bienvenue aux délégués étrangers et définit le rôle important du congrès de la lithiase biliaire.

M. le docteur Durand-Fardel parle ensuite au nom du corps médical de Vichy.

M. le professeur Hartmann, au nom des présidents d'honneur, félicite le comité d'organisation de sa parfaite réalisation, il le félicite surtout d'avoir eu l'idée de consacrer un congrès à la lithiase biliaire et de permettre ainsi de faire « le point » sur cette importante question.

Puis les délégués étrangers prennent tour à tour la parole. M. le professeur von Bergmann (de Berlin) ; les professeurs Wilkie (Grande-Bretagne) ; Glaessner (Autriche) ; Weil (Belgique) ; Molloff (Bulgarie) ; Araujo (Brésil) ; Lepage (Canada) ; Calderon (Colombie) ; Nogueiras (Cuba) ; Abbas (Egypte) ; Marañon (Espagne) ; Gordon Heyd (Etats-Unis) ; Bensis (Grèce) ; Van den Bergh (Hollande) ; Cukor (Hongrie) ; Sanarelli (Italie) ; Matsuo (Japon) ; Narciso (Portugal) ; Danielopolu (Roumanie) ; Rystetd (Suède) ; de Miéville (Suisse) ; Pelnar (Tchécoslovaquie) ; Akil Moukhtar (Turquie) ; Risquez (Vénézuéla) ; Michaïlovitch (Yougoslavie).

Le ministre de la Santé publique salue enfin les délégués étrangers : « Je suis persuadé, dit-il, qu'ils pourront dire aussi, après avoir vu notre peuple dans le calme fécond du labeur quotidien, après avoir senti, au cours des discussions de ce congrès, le charme de la confraternité scientifique, que règne en France une ferme et tranquille volonté de paix et de progrès ».

En terminant son discours, le ministre retrace l'histoire de Vichy. « Depuis Mme de Sévigné, dit-il, des millions de baigneurs et de buveurs ont vérifié la vérité de l'origine du nom de Vichy que les linguistes tirent d'une racine celtique qui exprime l'idée d'un « pouvoir » au service du bien et d'une « vertu » particulièrement favorable ».

Un magnifique banquet de 1.200 couverts a eu lieu le soir dans les Salons du Grand Casino, sous la présidence de M. Justin Godart, assisté de M. le professeur Carnot et de M. Fére, et ce fut pour les congressistes une nouvelle occasion d'apprécier l'élégance et le goût raffiné que les dirigeants de Vichy savent donner à toutes leurs réceptions et d'acclamer les organisateurs de ce congrès.

— Dans quelques jours nous donnerons le compte rendu des travaux scientifiques du congrès. Mais nous ne voulons pas attendre pour remercier nos amis Paul Carnot, Aimard et Descomps pour l'amabilité avec laquelle ils ont facilité notre tâche. Que M. Fére et M. Baugnies, les éminents président et vice-président de la Compagnie fermière ; que M. Normand et le commandant Feuillade, toujours sur la brèche depuis six mois, reçoivent l'expression de notre gratitude pour toutes les prévenances dont avec tant de bonne grâce ils ont bien voulu entourer les congressistes.

F. L. S.

REVUE GENERALE

LE PALUDISME LARVÉ [1]

Par M. SOULEYRE (de Bône, Algérie),
Médecin des hôpitaux,
Membre correspondant de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Formes rénales. — Les néphrites malariques sont plutôt des complications secondaires. Elles sont peu ou pas signalées dans les accidents larvés, soit pour cette raison, soit parce que s'imposant moins à l'attention elles sont moins souvent dépistées. Il est des indices à surveiller. C'est ainsi que pour Rousseau, le blocage rénal est facteur d'oligurie. Les quantités d'urines diminuées présagent un accès (55). Lagoanère et Arène mentionnent des « céphalées rebelles, liées au paludisme, fréquemment observées et qui paraissent en dépendre par le mécanisme pathogénique de l'hyperazotémie ». Il s'agissait de très nombreux soldats (Maroc) se plaignant de violentes céphalées, sans fièvre. Après élimination de toute cause réflexe mécanique, toxique ou infectieuse, l'examen somatique restant négatif, ainsi que très souvent les antécédents, le dosage de l'azotémie apportait seul une solution ; le taux de l'urée sanguine avoisinait ou dépassait, parfois très sensiblement 50 centigrammes, chose anormale chez un jeune homme vivant dans de bonnes conditions d'hygiène. Malgré le résultat, le plus souvent négatif, de la recherche de l'hématozoaire, et de la formule sanguine, la quinine ou le quinquina faisait disparaître azotémie et céphalée (51).

Le syndrome rénal peut-il être plus accusé en tant que manifestation larvée ? Les hématuries signalées à ce titre en soulignent la probabilité et commandent de rechercher alors le pigment mélanique dans les cylindres urinaires, l'albuminurie, peu marquée, souvent intermittente, constituée par la sérinurie, bénigne, ou l'albuminurie, plus grave, l'oligurie, les troubles cardio-vasculaires.

Ces cas de néphrite aiguë initiale avec hémorragie sont très favorablement influencés par la quinine qui agit là non seulement sur la malaria, mais sur la néphrite elle-même (23). Celle-ci paraît due soit à l'élimination des déchets toxiques, soit suivant Benhamou et Levy-Valensi, au blocage du système réticulo-endothélial par le pigment malarique (7).

Formes lymphatiques et génitales. — On a observé aux Antilles et à la Guyane des congestions passagères localisées au testicule, à l'épididyme et aux ganglions de l'aine ou des aisselles, liées au paludisme et indépendantes de toute filariose (30). Ces manifestations, bien que mises en doute par Le Roy des Barres, paraissent cependant réelles si l'on en juge par les observations de Valeris et Roma et celles plus récentes de Joannidès. (Obs. résumée.)

« L'ouvrier des Mines M... (en Asie Mineure) entre à l'hôpital le 16 août 1929 parce que, après un accès de fièvre, il voit ses testicules enflés, avec douleurs intolérables irradiées au ventre. Il s'agit d'un homme de trente ans, sans aucun antécédent héréditaire. Le lendemain, nouvel accès de fièvre avec présence de l'hématozoaire à l'examen du sang. Les testicules sont augmentés de volume et douloureux. Aucun écoulement uréthral. Pas de hernie, pas d'épidémie d'oreillons. Il s'agit donc d'une orchite paludéenne, qui a cédé aux injections de quinine. Le malade quitte l'hôpital le 30 août complètement guéri » (37).

On a objecté que la présence d'une orchite chez un paludéen ne confirmait pas cette origine. C'est incontestable. Mais lorsque l'évolution est, comme ici, intimement liée à celle de l'accès, que l'unique infection mise en évidence est malarique, que l'ensemble guérit et très vite par la quinine, ce sont là des présomptions quasi probantes.

On a également mentionné des cas de mammite paludéenne chez les deux sexes (Carnot et Bruyers, De Brun, Hostalrich), avec présence du parasite de la tierce, et des troubles menstruels tels que dysménorrhée, et ménorragie (42).

Formes cutanées. — Des érythèmes rubéoliques et scarlatiniformes, des poussées d'urticaire, d'eczéma de lichen plan, peuvent se manifester avec des températures subfébriles et masquer l'accès. Chez les enfants, il s'agit souvent de purpura d'aspect pseudo-rubéolique avec macules sombres, ecchymotiques ne disparaissant pas sous le doigt. Chez les jeunes filles ou jeunes femmes apparaît de préférence un érythème noueux accompagné de migraine, courbature généralisée et fébricule (30). Observ. résumée de Moniz de Aragao (Bahia).

« J. A., ouvrier. — Erythème noueux récidivant mensuellement, avec migraines violentes et courbature. Poussées mensuelles de nodosités localisées aux jambes et aux pieds. Arthropathies intenses. Pas de fièvre. Pas d'hématozoaires à l'examen du sang. Le sulfate de quinine guérit avec une remarquable rapidité tous ces accidents. Age du malade 26 ans. Engorgement douloureux de la rate. Foie normal. Constipation rebelle. Anorexie, anémie prononcée » (46).

Formes sensorielles. — Yeux. — Les accès frustes et plus spécialement ceux localisés aux centres nerveux déterminent à la longue une fatigabilité de ces organes et une faiblesse de la vue qui s'accentuent après chaque crise. Il s'ensuit un état d'irritabilité parétique, de photophobie, une diminution de l'acuité visuelle et en définitive une symptomatologie très voisine de l'héméralopie pour un éclairage diminué. Tout rentre dans l'ordre quand la santé se refait. C'est une amaurose sine materia (30). Le Roy des Barres l'attribue aux lésions secondaires, hépatiques et sanguines (42). D'autres fois, l'accès se traduit par une poussée hypérémique conjonctivale précédée de larmoiement, avec fébricule, céphalée, malaise général et souvent épistaxis, herpès labial ou de la cornée, ce dernier plus fréquent chez les enfants du deuxième âge. L'évolution en est paroxystique suivant des heures fixes.

Plus rarement ce sont des crises d'hypercrinie lacrymale avec vaso-dilatation périphérique du côté droit de la tête et amblyopie d'une durée d'un quart

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 75, p. 1373.

d'heure, disparaissant ainsi que la fièvre par la quinine (30).

Les paralysies oculaires, fort rares, sont passagères, exceptionnellement permanentes (Motais). Les kératites interstitielles, les iritis et les cataractes paludéennes ne reconnaîtraient cette origine qu'à titre de cause prédisposante. Le glaucome paludéen ne paraît pas devoir être admis. Il n'en est pas de même pour les hémorragies brusques du vitré et l'hyalite séreuse décrite par Siely, Sulzer, dont l'origine malarique est vraisemblable. « Les lésions du fond de l'œil (névrite optique, neuro-rétinite, chorio-rétinite, hémorragie rétinienne) sont admises par presque tous les auteurs ; elles sont souvent passagères, mais peuvent aboutir à des lésions définitives. Ce que nous savons des hémorragies au niveau des centres nerveux et des embolies capillaires par les globules parasités ou par les pigments à leur niveau explique ces diverses localisations morbides » (42).

Nez. — L'épistaxis est la manifestation la moins contestée du paludisme larvé : elle est commune chez les enfants du deuxième âge nés et élevés aux colonies. Elle est souvent précédée de poussée fébrile avec turgescence du visage, des yeux, du nez et céphalée gravative ; ou bien elle alterne avec des accès frustes selon une certaine périodicité, pyrétique ou non ; le seul symptôme paludéen revient tous les 4 à 5 jours. Elle peut nécessiter le tamponnement, mais cède facilement à la quinine (30).

***

Le tableau de l'état général commun à toutes ces formes est variable, mais dans certaines limites. Tantôt la fièvre est nulle. Ce fait n'a rien de surprenant depuis la mise en évidence, par quantité d'auteurs de tous pays, de nombreux cas de malaria absolument latente et silencieuse, mais prouvée par la présence de plasmodes dans le sang. En général, il y a une hausse de température plus ou moins marquée que décèle une observation bien faite et répétée plusieurs fois dans la journée. Elle est le plus souvent sans allure classique, réduite à de fugaces et légères modifications thermiques, n'étant plus qu'un élément secondaire, mais caractéristique par sa périodicité, quotidienne, tierce ou quarte. La défervescence peut être accompagnée de sueurs froides. Le plasma sanguin et les urines renferment le pigment noir, mélanique, pathognomonique associé au pigment bleu et au pigment ocre. Dans la presque totalité des cas larvés, les tares du paludisme sont inexistantes ou peu accusées : soit légère anémie sans hépato-splénomégalie, soit rate simplement percutable, ou foie sensible et lourd, ou névralgies variables d'intensité et de localisation. L'imprégnation malarique est ancienne, mais réduite à des ébauches en raison de la protection que les malades ont pu s'assurer. L'examen du sang n'y décèle pas maintes fois l'hématozoaire ; fait commun avec bien des accès classiques les plus avérés.

« Le petit paludisme n'est pas toujours la conséquence du paludisme aigu ; souvent, il apparaît d'emblée et présente dès le début les mêmes symptômes et signes qui lui sont propres » (64).

Dans l'étiologie on retrouve toujours les mêmes causes occasionnelles des réveils de cette infection : refroidissements, coups de chaleur, surmenage physique ou moral, changement de climat, influences cosmiques et météorologiques, excès de boissons ou alimentaires, troubles gastro-intestinaux, traumatismes, chocs émotionnels, opératoires, médicamenteux, infections pyrétiques, etc... Les deux sexes sont atteints et à tout âge ; le cas rapporté au début de ce travail en est un exemple ; il semble que les sujets d'origine européenne y soient plus sensibles que les indigènes, peut-être parce que se protégeant mieux et échappant ainsi aux formes normales ou chroniques dans une plus grande mesure, à l'avantage des formes larvées. Des diverses variétés de plasmodium, prœcox, vivax, malariae, il ne paraît pas pouvoir être attribué un rôle prédominant à l'une d'elles. En pays infesté, elles peuvent s'associer ou se succéder. En pays sain, le plasmodium prœcox disparaît assez vite ; des récidives larvées survenant à très longue échéance seront donc plutôt le fait des deux autres plasmodes en tenant compte de la rareté de la quarte.

La durée des manifestations larvées lorsqu'elles sont correctement traitées est brève, sauf pour certains accidents nerveux tels que les névrites ; non soignées, elles ne tardent pas à revêtir le type franc classique.

Le pronostic immédiat est, dans les mêmes conditions de soins, généralement bénin. Il peut cependant affecter une allure plus sérieuse pour certaines formes : hémorragique, nerveuse, rénale, oculaire, suivant l'intensité de la crise, les lésions constituées et définitives avant l'intervention du traitement. En ce qui concerne le pronostic éloigné, il peut s'établir par divers tests biologiques. La sérofloculation d'Henry a une grande valeur.

« Sa persistance (en dépit de la guérison apparente) s'accompagne souvent de reprise de la fièvre. Sa disparition peut être définitive ou passagère. La constatation de l'index sérologique, malgré l'absence de fièvre, incitera à une thérapeutique active faute de laquelle la guérison clinique apparente risque de ne pas se maintenir. Dans la race blanche un paludisme à séro-réaction positive a avantage à recevoir un traitement. La réaction pouvant disparaître, réapparaître ensuite, la surveillance sérologique est donc indiquée. Dans certains cas... il a fallu deux ans pour arriver à une négation définitive » (34). Chez les spléno-mégaliques, Benhamou a signalé le rôle pronostique de la contractibilité splénique par injection d'adrénaline. « Tant que la rate est contractile chez les paludéens, le pronostic reste favorable ; dès qu'elle cesse de se contracter, faites un traitement d'épreuve et si elle continue de rester inerte, pensez à une lésion associée » (10). Le même auteur a montré l'intérêt pronostique indiscutable de l'azotémie, très grave, lorsqu'elle dépasse 1 gr. Mais ceci vise plutôt les atteintes sévères du cadre classique. Enfin, il a souligné le rôle de la bilirubinémie par excès dans le même sens, le traitement quininé devant être poursuivi utilement tant qu'elle n'est pas revenue à la normale (7.8.10).

Quant à l'anatomie pathologique, elle s'identifie avec celle des phases paludéennes secondaires de début, exposée dans les ouvrages appropriés.

Le processus pathogénique qui préside à l'éclosion du paludisme larvé soulève différentes questions qui méritent d'être envisagées dans la mesure où elles peuvent servir à l'élucider.

Le caractère généralement fruste, simplement esquissé des symptômes généraux et surtout de la fièvre, peut être attribué chez l'adulte acclimaté à un état relatif d'immunité ou d'allergie. Le premier peut être naturel, bien qu'ici dégradé ; les exemples n'en sont pas rares. Il peut être aussi acquis par la constitution progressive d'un état allergique. C'est un fait bien connu que l'immunité malarique pour une même race et un même pays est plus grande chez les adultes que chez les enfants où elle n'existe pour ainsi dire pas.

Elle s'acquiert dès le bas âge après les premières atteintes et dépend surtout de la précocité de l'acclimatement. Son mécanisme s'explique d'autant mieux qu'on tend de plus en plus, avec Le Dantec, Manson, Grall, Monnier-Vinard, Paisseau, Lemaire, Noc, à admettre l'existence d'une toxine palustre à laquelle s'ajoute le rôle toxique des produits de désintégration des organismes infectés (hématies parasitées et leucocytes mélanifères). Il y aurait ainsi, d'après Henry et le Bourdelles, une double intoxication, d'origine externe par le parasite et d'origine interne par les déchets de l'hématie plasmodiée ; c'est-à-dire apport d'exo-endogènes qui provoquerait la formation d'anticorps correspondants et un état d'immunité ou de résistance d'autant plus marqué que l'hypersensibilité endogénique serait plus atténuée. L'un de ces poisons solubles est une substance hémolysante. La condition première pour favoriser la constitution de cet état d'immunité est l'atténuation des apports toxiques par un traitement approprié, et leur renouvellement espacé, qui situe le résultat bénéficiaire aux environs de l'âge adulte.

Chez les enfants (ou les adultes nouveaux venus) à défaut de résistance acquise généralement inexistante, il faut admettre, indépendamment d'une sensibilisation nulle, ou un apport infectieux diminué soit en qualité (virulence) soit en quantité, ou encore une atténuation de l'infection par un traitement insuffisant, qui laisserait subsister les déterminations locales. La première hypothèse suggérerait un rapprochement de ces cas avec ceux de malaria latente et silencieuse malgré la présence d'hématozoaires.

Pour ce qui est des localisations organiques, il faut envisager plusieurs éléments : le terrain avec ses systèmes organiques de moindre résistance, les affinités sympathicotropes du virus malarique, l'action des substances hémolysantes, des toxines solubles et des déchets de désintégration hématiques.

Les défaillances organiques respectives du terrain, préalablement latentes, s'affirment et se renouvellent à chaque atteinte. Elles sont un point d'appel des localisations sur tel ou tel viscère, soit qu'il s'agisse d'une action toxique humorale ou de blocage des éléments réticulo-endothéliaux par infarctus plasmodiaux et pigment mélanique.

Les hémorragies peuvent dépendre des hémolysines, qu'elles soient d'origine directement plasmodique ou hépatique, de la diminution des plaquettes sanguines, de la rupture mécanique des capillaires sous l'afflux des parasites.

Les affinités nerveuses toxiniques, d'ordre courant en pathologie, justifient les névralgies et névrites.

Les déterminations cutanées, le pseudo-asthme, sont vraisemblablement conditionnées par l'hypersensibilisation endogénique, véritable anaphylaxie pour les albumines provenant des désintégrations globulaires (57).

Enfin, il faut tenir compte des modifications chimiques du sérum sanguin en calcium, potassium, magnésium, urée, acide urique, cholestérine (44), de celles du Ph, et des altérations fonctionnelles ou même organiques des organes endocriniens dont la thyroïde, les parathyroïdes, les surrénales sont ici les plus sensibles et qui contribuent à imprimer leurs modalités aux manifestations cliniques.

En définitive, il apparaît que la forme larvée est caractérisée par une atténuation de la principale cause fébrigène, le choc hémoclasique dû à la libération des mérozoïtes (Abrami et Senevet, Noc), soit par immunité relative, soit par déficience de l'infection en virulence (moindre vitalité des sporozoïtes ?) ou en quantité. Ces hypothèses sont légitimées par l'absence apparente ou le petit nombre des hématozoaires à l'examen sanguin. Mais la production des toxines solubles ou des hétéro-albumines subsiste, plus ou moins forte, avec ses conséquences, eu égard au degré d'hypersensibilisation.

Le diagnostic clinique, positif ou différentiel, des différents aspects du paludisme avec toutes les infections, d'ordre général ou local, qui peuvent le simuler est suffisamment mentionné dans de récents travaux pour nous dispenser de l'exposer (30, 14, 53). Nous nous bornerons ici à l'énumération des tests biologiques susceptibles d'en apporter la signature ou tout au moins la confirmation probable. La présence constatée d'hématozoaires dans le sang en est le plus haut critère. Mais c'est un truisme que la quasi unanimité des malariologues confirme les nombreux échecs de cette recherche même dans les cas les plus francs et les plus avérés, et avant toute absorption de quinine.

« MM. Epaulard, Hernus et Delpy rapportent un cas de première invasion dont la confirmation bactériologique ne fut obtenue qu'au bout de vingt-six jours et après deux insuccès, montrent combien souvent sont nécessaires des examens de laboratoire minutieux et répétés ». Il faut parfois refaire « trois, quatre ou cinq examens successifs. Or, en pareil cas, au moment même où le succès couronne un effort méritoire, l'on ne peut manquer d'être frappé par l'extrême rareté des parasites enfin entrevus : quelques corps amiboïbes, un ou deux schizontes..., et lorsque les recherches restent définitivement négatives, la cessation des accès, obtenue par le traitement quinique, apporte une très solide présomption en faveur du rôle étiologique de l'hématozoaire ». (Lagoanère et Arène, 51).

En pareil cas, la ponction de la rate peut mettre ce dernier en évidence, mais cette manœuvre n'est pas toujours possible ou inoffensive. On lui substitue souvent des procédés dits de provocation, pour mobiliser

les plasmodes dans le courant circulatoire. Tels sont l'injection d'adrénaline, de strychnine, de substances leucopoiétiques, l'irradiation ou la douche froide spléniques, les efforts musculaires ; certaines cures thermales comme celles d'Encausse (Haute-Garonne) présentent la même action. Les injections d'arsénobenzènes à petites doses agissent de même d'après Orazza ; mais ce résultat serait contesté pour d'autres auteurs, malgré l'apparition d'accès typiques.

La séro-floculation d'Henry est certainement, ensuite, l'appoint diagnostic le plus précieux. Elle est très généralement négative chez les sujets sains et les non paludéens atteints d'affections diverses. Elle est utilisable à toutes les périodes du paludisme et peut servir au contrôle du traitement. C'est un guide thérapeutique et un index sémiologique. Dans les infections associées, elle peut opérer les discriminations respectives. Elle permet de prévoir en période de latence des poussées malariques prochaines, ou de démasquer des formes camouflées, larvées. La formule leucocytaire est un appoint non négligeable. On notera « de la monocytose avec augmentation du nombre des grands mononucléaires et parfois dans ceux-ci des inclusions mélaniques. Mais des inflammations même légères peuvent altérer la formule (angines, bronchites)... Les réactions des globules blancs sont choses labiles » (Henry 36). Il faut tenir compte de ces réserves.

Pour Mochkovski, « ce qui importe pour penser au paludisme en l'absence de plasmodes dans le sang, c'est moins le déséquilibre de la formule leucocytaire indiquant de la mononucléose que le *profil leucocytaire* ».

Il faut, en effet, tenir compte et du nombre absolu et du nombre relatif des diverses variétés de globules blancs. Sur des schémas préparés d'avance, il n'y a qu'à pointer dans les colonnes des cinq variétés leucocytaires le niveau de chacune de celles-ci pour avoir un profil instructif. Celui du paludisme latent a une forme tronquée caractéristique (49). Aimé et Lochelongue attachent une certaine importance à la réaction de Bordet-Wassermann qui, toujours positive, au cours des accès francs, peut servir ainsi à dépister les formes larvées, comme ils l'ont constaté (2).

Mais son emploi ne permet pas d'éliminer la syphilis. Urriola a décrit une réaction qui consiste à rechercher dans les urines « le pigment hématique caractéristique du paludisme, pigment noir, encre de Chine, qu'il est impossible de confondre avec aucun corps étranger de l'urine » et le pigment bleu plus rare, mais non moins pathognomonique. Dans les formes larvées, le pigment est très abondant parce que ces malades sont, en général, traités tardivement (64). A ces divers tests il y a lieu d'ajouter la bilirubinémie, accompagnée souvent d'hyperazotémie ou d'abaissement de la réserve alcaline, la diminution des albumines sanguines avec inversion du rapport S/G et augmentation des lipoïdes totaux, les variations, suivant les phases, de la teneur du sérum sanguin en matières minérales, azotées et en cholestérine, la diminution du nombre des plaquettes sanguines.

L'arsenal des méthodes diagnostiques ne manque donc pas de ressources, autorisant une décision précise. A défaut, l'épreuve du traitement a une valeur indéniable. Les propriétés thérapeutiques de la quinine dans les affections autres que la malaria sont infimes en comparaison et d'une valeur infiniment moins spécifique.

Mais un paludéen peut aussi présenter une autre affection associée, tous les symptômes présentés ne ressortissant pas forcément de la même origine. Dans ces complexes le sens clinique reprend ses droits et prime le laboratoire.

***

Le traitement des formes larvées ne diffère en rien de la technique habituelle d'autant qu'elles sont presque toujours le prélude d'accès francs. Il doit être aussi précoce que possible, même dans le doute, et comporter une dose de quinine suffisante avec un rythme d'application approprié à l'allure et aux périodicités fébriles.

L'adjonction de préparations martiales, arsenicales et opothérapiques, la créno et climatothérapie y trouvent les mêmes indications.

***

L'étendue et la variété des formes larvées, l'insuffisance fréquente de leur identification obtenue trop souvent par le seul traitement quininé, ont fait mettre en doute par certains, sinon leur existence même, du moins un grand nombre de leurs modalités. Il convient cependant d'accorder quelque crédit à ceux qui les ont observées et décrites, médecins généralement bien avertis. Les progrès techniques des méthodes de diagnostic permettront, à l'avenir, plus de précision et de certitude et confirmeront, nous en avons l'impression, la plupart des données antérieurement acquises dans ce cadre nosologique. Nous n'en voulons pour preuves que l'affirmation d'Henry qui a pu déjà authentifier comme paludéens, par la séro-réaction « certains troubles oculaires, certains états aigus intestinaux, nerveux, psychiques » (36).

BIBLIOGRAPHIE

1. ADVIER. Deux cas d'infection malarique sans manifestation clinique, *Marseille méd.*, n° 9, 25 mars 1931.
2. AIMÉ et LOCHELONGUE. Paludisme larvé et réaction de Bordet-Wassermann, *Bull. et Mém. Soc. Méd. d. Hôp. de Paris*, 1918, 3 s. XL 968-972.
3. AUDAIN et MATHON. Paludisme larvé, *Bull. Soc. path. exotique*, Paris 1911, IV, 688-691.
4. BENHAMOU et ASSAN. La tension artérielle au cours du paludisme, *Congrès de l'Avancement des Sciences*, 1930, et *Algérie méd.*, oct. 1930.
5. BENHAMOU et GILLES. La réserve alcaline dans le paludisme, *Congrès d'Alger*, 1930 et *Algérie Méd.*, 1930.
6. BENHAMOU et NOUCHY. Les plaquettes sanguines dans le paludisme, *Congrès d'Alger*, 1930, et *Algérie méd.*, oct. 1930.
7. BENHAMOU et LÉVY-VALENS. L'azotémie dans le paludisme, *Congrès d'Alger*, 1930, et *Algérie méd.*, oct. 1930.
8. BENHAMOU, GILLES, ASSAN et MUNARET. La bilirubinémie dans le paludisme, *Congrès d'Alger*, 1930 et *Algérie méd.*, oct. 1930.

9. Benhamou, Marchioni, Assan et Surmely. Nouvelles recherches sur le cœur des paludéens, *Congrès d'Alger* 1930, et *Algérie méd.*, oct. 1930.
10. Benhamou. Les épreuves de spléno-contraction chez les paludéens, *Algérie méd.*, n° 35, 1930.
11. Blanchard et Toullec. *Les grands syndromes en pathologie exotique.*
12. Boinet. Le paludisme et sa prophylaxie, *Marseille méd.*, n° 27, 1931.
13. Bordes et Ngugen Van Lienq. Note sur les albumines et la cholestérine du sérum sanguin chez les paludéens chroniques de race annamite, *Soc. de Path. exot.*, 1931.
14. Bonin. L'avenir des paludéens rapatriés en pays non impaludé, *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, n° 16, 1931.
15. Brumpt. *Précis de parasitologie.*
16. Costantini et Couniot. Paludisme et chirurgie, *Congrès d'Alger*, 1930.
17. Decourt. Récidive de paludisme à 9 ans de distance ; transfusion du sang ; transmission du paludisme au donneur ; danger des transfusions de sang aux colonies, *Soc. de méd. et d'hyg. tropicales*, 30 oct. 1930, *Presse méd.*, n° 99, 10 déc. 1930.
18. Decourt. Réactivation thérapeutique par spléno-contractions adrénaliniques répétées dans le traitement des paludismes anciens, *Soc. de méd. et d'hyg. tropic.*, 2 juillet 1931.
19. Dumolard, Aubry, Sarrouy, Thiodet et Ribierre. Considérations sur la pathologie générale du paludisme, *Congrès d'Alger*, 1930.
20. Dumolard et Aubry. A propos du paludisme chronique, *Soc. de méd. d'Alger*, et *Algérie méd.*, fév. 1931.
21. Dumolard et Aubry. Présentation d'un paludéen chronique, *Soc. de méd. d'Alger*, et *Algérie méd.*, 1931.
22. Dumolard et Aubry. Comment il faut concevoir le paludisme chronique, *Revue de méd.*, n° 8, 1931.
23. D'Engel. Sur la néphrite du paludisme, *Congrès d'Alger*, 1930.
24. Dumolard, Aubry, Thiodet, Mechali. A propos des anémies paludéennes, *Congrès d'Alger*, 1930.
25. Filardi. Formas clinicas del paludismo larvado, *Rev. de méd. y cirug. de la Habana*, 1908, XIII, 368-374).
26. Fitch. Latent and masked estivo-autumnal malarial fevers, suscontinued estivo-automnal malarial fevers and the combined infections, *Med. mirror*, Saint-Louis, 1903, XIV, 386-392.
27. Froes. Un caso de impaludismo quartao simples larvado sob a aspecto de urticaria, *Ibid.*, 1930, XXXIV, 807.
28. Ghiron. Sulla malaria latente. *Policlin. Roma*, 1919, XXVI, *Sez. prat.*, XXVI, 1107-1110.
29. Goyena. Un caso de anemia grave pot paludismo larvado, *Semana méd.*, Buenos-Aires, 1924, XXXI, pt. 2, 833-837.
30. Grall et Marchoux. *Traité de pathologie exotique.*
31. Grumaun et Bontemps. Larviete Form einer Malaria in malaria freier Gegend, *Deut. med. Wch.*, Leipzig et Berlin, 1914, XL, 1113.
32. Hagen. Ein Beitrag zur latenten Malaria, *Münch, med., Wch.*, 1919, t. LXVI, 159).
33. Hebert-Bloch. Paludisme à masque de tétanie (accès palustres méconnus déclenchés par refroidissement, *Bull. et mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris* 1920, 3 s. XLIV, 169-173.
34. Henry. Sero-floculation palustre (Malaria floculation). *Congrès d'Alger*, 1930.
35. Hederer. Trois cas d'anémie paludéenne traités par l'opothérapie splénique, *Soc. de Thérap.*, Paris 12 nov. 1930.
36. Henry. La séro-floculation et l'examen des frottis sanguins dans le diagnostic et le traitement du paludisme, *Congrès d'Alger*, 1930.
37. Joannidès. Orchite paludéenne, *Le Monde méd.*, n° 803, 1932.
38. Le Bourdelles. Sur la pathogénie du paludisme, *Congrès d'Alger*, 1930.
39. Le Bourdelles et Liégeois. La séro-floculation du paludisme (réaction de Henry). Les résultats cliniques, *Congrès d'Alger*, 1930.
40. Le Dantec. Précis de pathologie exotique.
41. Lemoine. Unrecognised forms of Malaria. *Med. press et Circ.* Lond., 1910 ; u. S. XC, 111-113).
42. Le Roy des Barres. Paludisme et Chirurgie, *Rev. de méd. et d'hyg. tropi.*, n° 3, 1930.
43. Marcel Léger. Le déterminisme de la guérison des paludéens, *Bull. de la Soc. de Pathol. exotique*, n° 8, 1930.
44. Marcel Léger, Pierre Vassal, Fauconnier. Teneur du sérum sanguin des paludéens en matières minérales, azotées et en cholestérine, *Soc. Pathol. exotique ;* in *Presse méd.*, n° 14, 1931.
45. Mayer. Ueber latente Malaria, *Med. Klin.*, Berlin, 1920, XVI, 119-122.
46. Moniz de Aragao. Trois cas curieux de paludisme larvé, *Rev. de méd. et d'hyg. des Hôp. de Paris*, 1911, VIII, 81-87.
47. Musone. Il Concetto della Malaria larvata, *Gazz. d. osp. Milano*, 1909, XXX, 642-645.
48. Meersseman, Coumel et Rouvier. Paludisme et syndromes endocrino-sympathiques, *Soc. de méd. des Hôp. de Lyon*, et *Presse méd.*, n° 35, 1931.
49. Mochkovski. Critérium leucocytaire de la persistance de la malaria, *Soc. Pathol. exotique*, 8 juill. 1931 et *Presse méd.*, n° 69, 1931.
50. Morphow. Contribution à l'étude des néphrites paludéennes, *Th. de Lyon*, 1903.
51. Lagoanère (de) et Arène. Considérations sur le paludisme, *Arch. de méd. et de pharmac. militaires*, nov. 1931.
52. Prat. Les formes larvées du paludisme, *Marseille méd.*, 1923, LX, 1167-1169.
— Patrick Manson. *Maladies des pays chauds.*
53. Rieux. Paludisme et pseudo-paludisme, *La pratique médicale illustrée.*
54. Randolph. Latent and atypical malaria, with special reference to children. Report of Cases, *Wash. m. ann.*, 1908, VII, 7-22.
55. Rousseau. Le paludisme méconnu, *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, Paris, 1917, XXXI, 51-56.
56. Sachs. Einige symptome der latenten Malaria tropica, *Deuts. med. Wch.*, Leipzig et Berlin, 1918, XLIV, 1073-1075.
57. Sénevet. Mécanisme de l'accès paludéen par le choc hémoclasique, *Congrès d'Alger*, 1930.
58. Surger. Réactions rénales et néphrites malariques observées aux Indes orientales néerlandaises, *Congrès d'Alger*, 1930.
59. Sainton. Les formes légères et méconnues du paludisme, *Bull. Acad. de méd.*, Paris, 1915, 3 S. LXXIV, 700-703.
60. Tamalet. Paludisme et lithiase biliaire, *Congrès d'Alger*, 1930.
61. Ter Grigoriantz. Ueber die Behandlung der larvieten Malaria mit atoryl., *Therap. monasth.*, Berlin, 1909, XXIII, 488-491.
62. Trabaud. Complications nerveuses et mentales du paludisme, *La Médecine*, N° 17, 1931.

63. TANON. Les manifestations cliniques du paludisme chez les rapatriés, *Gaz. méd. du Languedoc Méditerranéen et de l'Afrique du Nord*, N° 15, 1931.

64. URRIOLA. Petit paludisme, paludisme larvé, *Paris méd.*, 1912-13, XI, 465-470.

65. VELASCO. Contributio alla studio della malaria larvato, *Pensiero. Med. Milano*, 1918, VIII, 217.

66. VIALATTE. Hémorragies gastro-intestinales au cours d'un accès de paludisme, *Arch. de l'Institut Pasteur d'Algérie*, IX, N° 2, Alger, juin 1931.

67. VIVALDI. Rara forma di larva malaria curata mediante il tannato di chinino, *Med. nuova Roma*, 1910, I, 145-147.

68. TANON. Les syndromes ictéro-hémorragiques en pathologie tropicale, *Gaz. des Hôp.*, n° 48, 17 juin 1931.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 AOUT 1932)

Sur les hémoglobines musculaires. — M. Jean ROCHE.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 24 MAI 1932)

Anophtalmie bilatérale. (*Présentation de malade*). — M. LESCAUX.

Tumeur de l'angle interne de l'œil, d'origine caronculaire. — M. DESPRETS.

Un cas de tuberculose mammaire. (*avec présentation de pièce*). — M. CAMELOT.

Tétanie de l'adulte. — MM. DEREUX et LE BRAZ.

Un cas de kyste du prépuce. — M. DELEZENNE.

Considérations sur le lavement électrique dans l'occlusion intestinale. — M. D'HALLUIN.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 3 JUIN 1932

(A l'occasion des Journées médicales de la Faculté libre de Lille.)

Pneumectomie partielle pour grand abcès gangréneux chronique. (*présentation de malade*). — MM. LANGERON, D'HOUR et DESBONNETS. Un malade de 49 ans est trouvé porteur d'une cavité droite suspectée d'abord d'origine bacillaire, mais rapportée ultérieurement à un abcès du poumon gangréneux. Cet abcès diminue progressivement et la cavité n'est plus visible radiologiquement, après traitement médicamenteux et bronchoscopie. Ultérieurement, rechute *in situ* : formation d'une cavité étendue et profonde. En raison de sa chronicité, elle est justiciable d'une intervention chirurgicale. Après repérage radiologique précis, costectomie partielle, production d'une symphyse pleurale et mise en place d'un repère métallique. Seconde intervention, qui consiste en une cunéo-résection parenchymateuse, type Coquelet, et excision des parois externe et latérales de l'abcès. Guérison clinique ultérieure et disparition radiologique de toute image lésionnelle.

L'argyrie généralisée d'origine thérapeutique (à propos de deux cas : *présentation d'un des malades*). — M. A. DAVID présente un malade (26 ans) atteint de pigmentation argyrique, consécutive à l'absorption de collargol, poursuivie pendant trois ans et demi, dans le but de traiter une T. P. le sujet a pris 10.600 pilules environ, soit 530 gr. de collargol.

Coloration ardoisée, prédominant au visage qui est comme passé à la mine de plomb. Pas de liséré gingival. Pas de troubles généraux.

La seconde malade (47 ans) n'était pas transportable. Le cas est analogue. Durant trois ans, elle a pris 7.800 pilules contenant chacune 0,05 de collargol, soit au total 390 gr. Teinte ardoisée du visage et des mains. A fait en outre, l'an dernier, un épisode aigu d'entérite, avec diarrhée abondante, qui a duré près de cinq mois.

L'auteur fait un historique rapide et une revue générale de l'argyrie, affection fréquente au siècle dernier, quand on traitait les tabétiques par le nitrate d'argent, aujourd'hui devenue exceptionnelle. La recrudescence que nous observons actuellement dans le Nord tient à la vogue passagère d'une méthode de traitement de la T. P. qui faisait intervenir *sine die* le collargol à hautes doses.

L'auteur précise les éléments du diagnostic différentiel avec la cyanose et la maladie d'Addison. Il souligne le caractère indélébile de cette pigmentation argyrique.

Tuberculome primitif du cavum (*présentation de malade*). — M. LAVRAND a observé cette lésion chez une jeune fille de 17 ans. La guérison obtenue par l'électro-coagulation se maintient sans récidive depuis huit mois. Cette tumeur proviendrait d'une tuberculisation post-opératoire : la malade a été adénotomisée au moment où sa sœur, auprès de qui elle vivait, mourait de tuberculose pulmonaire ; elle n'a jamais présenté d'autre foyer tuberculeux et semble actuellement indemne de toute bacillose en évolution.

Glandes parathyroïdes (*présentation de dissections*). — MM. BILLET et BATTEUR. Pièces particulièrement démonstratives, préparées par voie humide.

Les auteurs insistent : 1° sur l'unicité du pédicule artériel des parathyroïdes ; 2° sur la situation de la glande dans la capsule thyroïdienne ; 3° enfin sur l'éloignement du nerf récurrent, qui est distant de plus d'un centimètre, séparé de la glande par les branches de division de l'artère thyroïdienne inférieure.

La voie d'accès, anatomiquement la plus directe, est donc la voie latérale ; elle permet, sans section d'aucun muscle, d'arriver droit sur l'organe recherché, avec le minimum de risques pour le récurrent.

Achondroplasique naissant (*présentation de radiographies*). — MM. FAVREAU et KLEIN. Achondroplase mort-né du sexe masculin. Père et mère d'apparence saine, avec B. W. négatif. Mais le coefficient fœto-placentaire est anormal : gros placenta de 630 gr. pour un enfant de 2.750 gr.

L'enfant présente un crâne énorme avec une ensellure nasale et de la micromélie rhizomélique.

Réflexions sur quatre cas d'achondroplasie. — M. FAVREAU. Il s'agit d'une affection qui apparaît brusquement dans une famille et qui peut se transmettre par hérédité.

Il y a des formes pures et d'autres atypiques, qui ont été classées par certains auteurs sous d'autres dénominations, mais qui, à notre avis, doivent rentrer dans le grand cadre des achondroplasiques.

Le rôle de la folliculine cristallisée. — M. NIEGER. C'est seulement depuis l'époque récente où le déterminisme de l'évolution génitale chez la femme a été mieux précisé qu'il a été possible de tenter une thérapeutique rationnelle des

déficiences ovariennes. D'après Courrier, on peut résumer la physiologie de l'ovaire à quatre propositions :

L'ovaire sécrète alternativement deux hormones distinctes (folliculine, progestine) ;

Pour exercer une action efficace, ces deux hormones doivent se suivre dans un ordre rigoureux ;

Mises en présence l'une de l'autre, dans un organisme, ces deux hormones sont antagonistes quand elles y existent en certaines proportions ;

La préhypophyse est le moteur de la fonction ovarienne. La folliculine semble jouer un rôle prépondérant dans l'évolution du tractus génito-mammaire pendant le cycle œstral. La progestine, sécrétion du corps jaune, a un rôle éphémère et préside seulement aux modifications de l'utérus en vue de la gestation.

Les auteurs dosent la folliculine en unités-rat, soit la quantité d'hormone nécessaire et suffisante pour ramener chez une rate castrée (Doisy), de 120 gr., le flux cataménial ou œstrus.

La folliculine cristallisée agit efficacement à haute dose (500 unités-rat par jour) sur l'aménorrhée, la dysménorrhée, le syndrome adiposo-génital, les vomissements incoercibles de la grossesse, les séquelles de la castration chirurgicale, les troubles de la puberté, etc...

Traitement des eczémas et des prurits par l'extrait aqueux de rate, à forte concentration. — M. DHOMONT.

Etude du métabolisme du calcium par la méthode des bilans. — MM. LANGERON, PAGET et CORDONNIER. L'étude de la calcémie ou de la calciurie ne peut fournir aucune donnée certaine sur les modifications du métabolisme calcique dans un organisme sain ou malade. Seule, la méthode des bilans peut suppléer à l'insuffisance des déterminations analytiques précédentes.

Les auteurs précisent une technique et donnent les premiers résultats de leurs recherches :

1° L'indépendance absolue de la calcémie et du bilan calcique est incontestable ;

2° L'interprétation des résultats n'est correcte que si la ration calcique du patient se trouve dans les limites des rations dites « d'équilibre » ;

3° Ces rations sont comprises entre 0,70 et 0,90 de calcium ;

4° L'insuline semble avoir une action décalcifiante chez le diabétique, mais ne modifierait pas le métabolisme des non diabétiques.

Encéphalites de la rougeole. — M. DEREUX et Mlle SENELLART.

Radiothérapie des régions surrénales. Gangrènes et prurits diabétiques. Glycosurie et glycémie. — MM. LANGERON et DESPLATS.

De la cellule photo-électrique et de ses merveilleuses applications. — M. D'HALLUIN.

(SÉANCE DU 21 JUIN 1932)

Ulcus gastrique, comparaison de radiographies et de la pièce anatomique. — MM. LANGERON et CORDONNIER.

Tumeur du cervelet. (*Présentation de pièce.*) — MM. LANGERON et CORDONNIER.

Arthrite blennorragique de diagnostic délicat. — M. DIDIER. Jeune femme de 27 ans, souffrant de l'oreille gauche, avec fièvre légère, envoyée par son médecin pour paracentèse du tympan.

En réalité, c'est l'articulation temporo-maxillaire qui est intéressée : il s'agit d'une arthrite, d'origine blennorragique. La preuve en a été donnée par la présence de gonocoques dans les sécrétions vaginales.

Malformations anales du nouveau-né. — MM. BILLET et DELEZENNE. 1° Enfant de 4 jours, amené à l'hôpital pour constipation opiniâtre. Imperforation. Opération immédiate. Guérison.

2° Enfant de six semaines, présenté parce que, depuis sa naissance, il a des difficultés pour aller à la selle. Imperforation ; mais pseudo-anus, constitué par un trajet fistuleux laissant passer un mince filet de matières liquides. Intervention décidée pour le lendemain. L'enfant meurt subitement la nuit qui précède l'opération, probablement de stercorémie. La vérification anatomique n'a pu être faite.

Les auteurs insistent sur la nécessité de procéder systématiquement et minutieusement à l'examen de l'orifice anal chez tous les nouveau-nés.

Du reflux vésico-urétéral. — M. LEPOUTRE présente quelques observations nouvelles : un reflux congénital, chez une fillette de 10 ans, entraînant une rétention d'urine très accusée et une pyélite ; divers reflux acquis.

L'auteur insiste sur le mécanisme du reflux « accident », dont il apporte des exemples chez certains malades, atteints d'hypertrophie de la prostate, de tuberculose vésicale, etc..., — sur la nécessité de traiter rapidement la lésion causale pour éviter un reflux définitif, un reflux « maladie », en tout comparable au reflux congénital.

L'auteur étudie, d'autre part, le phénomène si caractéristique de la douleur lombaire à la miction, et il envisage les données modernes du traitement.

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1932)

Splénectomie pour ictère hémolytique congénital ; résultat au bout de trois ans. (*Présentation de malade.*) — MM. COURTY et BERNARD.

Epingle-broche avalée par un nourrisson de quatre mois. (*Présentation de la pièce et de radiographies.*) — M. BARBRY.

Image micro-nodulaire du type alvéolo-hémoptoïque (*Apparition et disparition des images vérifiées radiologiquement*). (*Présentation de radiographies.*) — M. D'HOUR.

A propos du dosage du fer sanguin, considérations biochimiques. — MM. LANGERON, PAGET et J. LAMBLIN. Dans la plupart des cas, il y a parallélisme entre les chiffres d'hémoglobine colorimétrique et ferrométrique.

Dans certains cas, il y a dissociation entre ces deux chiffres : il semble qu'à une augmentation de l'hémoglobine calculée en fonction de la teneur en fer, corresponde un effort de régénération sanguine ; l'étude du rapport fer-couleur présente donc certainement un grand intérêt.

Cette dissociation peut trouver une explication dans l'existence d'un fer non hémoglobique inclus dans les G. R., les G. B., ou le plasma, et s'y trouvant en excès ; la conception de diverses variétés d'hémoglobine, pour expliquer cette dissociation, ne s'accorde pas avec la notion bien démontrée de l'individualité chimique de l'hémoglobine.

Syphilis récidivant au cours d'un traitement d'entretien. — MM. P. DAVID et LANGRAND. Jeune fille de 24 ans, ayant contracté la syphilis en août 1931. Soignée d'abord par des injections mercurielles, puis — en janvier 1932 — par des injections alternées d'acétylarsan et de cyanure de Hg.

En dépit de ce traitement, apparaissent en mai 1932 des syphilides papulo-squameuses, qui cèdent rapidement au bismuth.

Il s'agit d'une de ces formes de syphilis, arséno-récidivantes, bien décrites par Gougerot, qui s'est manifestée comme d'ordinaire par une éruption papulo-squameuse.

A propos de deux cas de mastoïdites scarlatineuses graves. — M. Didier.

Les fausses mastoïdites de l'enfant ; diagnostic différentiel de la mastoïdite et des suppurations péri-mastoïdiennes. — MM. Billet et Desorgher.

De la lithiase urinaire survenant chez les malades longtemps immobilisés pour diverses affections osseuses et articulaires. — M. Lepoutre.

REVUE DES THÈSES

Sur quelques difficultés de diagnostic des ulcères duodénaux (1), par Monique Lannegrace-Parturier, Interne à l'Hospice Paul-Brousse.

La clinique permet souvent d'affirmer l'existence de la lésion ; elle ne peut qu'exceptionnellement la localiser. D'où la nécessité de recourir à l'examen radiographique.

Mais, sous l'écran, l'ulcère se traduit par une série d'images dont les unes, classiques, n'ont peut-être pas l'importance qu'on leur a accordée, et dont les autres, considérées d'ordinaire comme peu significatives et moins constantes, sont en réalité d'une fréquence et d'une valeur considérables. C'est ainsi, en particulier, que la niche de Haudeck, niche des bords, visible dans 50 % des cas, n'a pas une signification diagnostique comparable à la « niche de face » qu'on observerait plus souvent si l'on savait la mettre en évidence.

Et l'auteur indique la technique susceptible d'en révéler la présence dans tous les cas.

Quand la clinique et la radiographie ne laissent place à aucun doute, il faut opérer.

La lésion n'apparaît pas toujours d'emblée. Il convient d'explorer spécialement la face postérieure de l'organe. Il y a des ulcères purement muqueux qu'on ne découvre qu'après incision du duodénum.

Ce travail plein d'intérêt se termine sur des considérations quant à l'origine des hématémèses. Elles constituent, pour bon nombre de cliniciens, un signe pathognomonique de l'ulcère. Il n'en est rien ; elles traduisent souvent l'existence d'une appendicite ou d'une duodénite latentes.

Dariau.

(1) *Th. de Paris*, 1932.

Formulaire Bouchardat. Trente-septième édition entièrement refondue, par A. Desgrez, professeur de chimie minérale et organique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, et F. Rathery, professeur de clinique thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, Alcan.

NOTES DE PRATIQUE

ARYTHMIES

Pour lutter contre la déficience de la circulation — que celle-ci soit conditionnée par la défaillance du cœur ou par l'insuffisance artérielle, ou par un obstacle viscéral (rénal généralement), — un vaste arsenal thérapeutique est à la disposition du praticien. Mis à part les deux chefs de file qui sont digitale et strophantus, l'extrait total d'adonis ou Diurène agit avec netteté, il renforce l'énergie contractile du myocarde défaillant et régularise le rythme devenu pathologique. De plus, c'est un diurétique puissant qui active l'élimination de l'eau, des chlorures et des déchets azotés.

LIVRES NOUVEAUX

Traité d'anatomie humaine (1), nouvelle édition entièrement refondue, publiée sous la direction de A. NICOLAS, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine. Tome premier, 1er fascicule (1re division), quatrième édition refondue : *Introduction*, par L. MANOUVRIER ; *Anatomie générale*, par J. VERNE ; *Développement des os*, par J. VERNE ; *Constitution générale du squelette*, par M. AUGIER ; *Squelette céphalique*, par M. AUGIER.

Si, à côté de Traités plus concis, publiés depuis quelques années, le *Traité d'Anatomie* de Poirier et Charpy a conservé une place de choix auprès des étudiants, des médecins et des chirurgiens, c'est qu'il contient une documentation considérable qu'on chercherait en vain ailleurs, une part importante ayant toujours été réservée dans ce Traité à l'anatomie comparée, à la physiologie, à l'embryologie et à l'étude des variations.

Cette richesse de détails explique aussi le succès qu'a toujours rencontre cet ouvrage auprès des anthropologistes et dans les milieux où l'étude de l'être humain est envisagée sous toutes ses formes.

Tous les fascicules du *Traité d'Anatomie humaine* sont indépendants les uns des autres ; le volume qui vient de paraître est presque entièrement consacré à l'ostéologie de la tête. Il comprend une Introduction par L. Manouvrier et un exposé sur l'Anatomie générale et sur le développement des os par J. Verne, une étude sur la constitution générale du squelette par M. Augier.

Sur 667 pages et 393 figures que comporte l'ouvrage, l'étude du *Squelette céphalique*, entièrement refaite par M. Augier, comprend 584 pages et 305 figures, soit la presque totalité du volume.

Craniogénèse, *Craniologie*, *Craniométrie*, forment les trois parties principales de ce travail. L'auteur part d'une conception morphogénétique (« in Constitution générale du squelette ») différente par certains côtés de celle de bien des Traités.

La *Craniogénèse* comprend principalement : 1° la mise au point de nos connaissances actuelles sur le *Chondocrâne;* 2° une étude du *Développement des os*, étude personnelle, détaillée, d'après un abondant matériel ; de nombreux faits nouveaux sont mis en évidence ; les figures ont été dessinées par l'auteur, à la chambre claire, d'après des préparations réalisées par lui avec la méthode de Spalteholz, dans les laboratoires des professeurs A. Nicolas et H. Rouvière,

(1) Grand in-8 de 668 pages avec 393 figures. — Prix : 130 fr. — Paris, Masson et Cie.

A la *Description des os* adultes fait suite une étude, aussi complète que possible, de leurs *Variations ;* au lieu de classer topographiquement ces anomalies ou de les présenter comme un catalogue alphabétique de curiosités, l'auteur les a groupées suivant un plan génétique qui sépare nettement son ouvrage de l'ancien compendium de Le Double et de ce qui existe par ailleurs. Sans chercher la cause initiale des variations, l'auteur a surtout tenté d'établir leurs conditions de formation, d'où ses divisions en : Variations d'origine blastémale, chondrogénétique, ostéogénétique, de causes musculaire, encéphalique, vasculaire, etc. Plus encore que dans la morphologie adulte, l'auteur montre ici la subordination du tissu osseux aux tissus mous adjacents et sa passivité.

Ensuite est envisagé le *Crâne dans son ensemble*, à tous les âges, dans les deux sexes, à l'état normal, dans ses variations.

La *Craniométrie* représente l'étude des variations surtout quantitatives et est sommairement exposée (30 pages).

L'*Index bibliographique* compte un choix de plus de 1.200 mémoires. Une *Table analytique* méthodiquement construite termine ce travail.

L. G.

Visages et caractères (1), par Louis CORMAN, avec la collaboration de Gervais ROUSSEAU.

Le visage trahit le caractère. Un grand nombre de personnes douées d'intuition, savent deviner d'un seul regard ce que vaut leur interlocuteur et elles en tirent des règles de conduite vis-à-vis de celui-ci. Cette divination intuitive du caractère est départie aux hommes très inégalement. Chez certains, elle est un don inné, devenu par la pratique un art véritable ; chez d'autres elle n'est qu'ébauchée, mais se montre susceptible d'éducation. Chercher à systématiser de telles connaissances, à découvrir les lois cachées de ces mystérieuses relations a été un problème de tous les temps. Les auteurs de ce livre montrent dans leur introduction qu'ils ont puisé aux œuvres les plus anciennes sur ce sujet. Mais, forts surtout de leur propre expérience, ils estiment qu'on peut aujourd'hui tenter l'esquisse d'une véritable science des relations de la forme et du caractère. Introduisant dans les connaissances antiques les données les plus récentes de la morphologie et de la psychologie, ils ramènent l'infinie variété des types humains aux alliages de huit types simples qui sont analysés rigoureusement et figurés par des dessins d'une précision rare. Quel lecteur, à la vue de ces derniers, ne reconnaîtra des personnages qui se sont souvent présentés à son observation ?

Chacun de ces types est défini psychologiquement par la tendance affective qui dirige sa conduite ; point d'analyses abstraites et subtiles, mais une vue synthétique qui situe l'individu là où l'on s'adresse communément : dans la société. Des pages bien importantes sont également consacrées aux aptitudes professionnelles ; on y trouvera abordés certains problèmes qu'a toujours étudiés la psychologie classique, par exemple celui du Sens des valeurs commerciales. Cette connaissance des rapports des traits du visage avec ceux du caractère trouve des applications nombreuses ; elle aide à l'éducation des enfants ; plus tard, elle aide à guider leur vocation. Elle sert à tous ceux que leur profession appelle à diriger d'autres hommes. A un point de vue plus spéculatif, elle permet une compréhension à la fois large et précise de cette diversité de l'espèce humaine qui est un de ses traits les plus marquants.

L. G.

(1) In-8 carré sur alfa avec 31 gravures dans le texte et 4 hors texte. — Prix : 30 fr. — Paris, librairie Plon.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 78. — MERCREDI 28 SEPTEMBRE 1932. 105e ANNÉE. MERCREDI 28 SEPTEMBRE 1932. — N° 78.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. Violle, professeur sans chaire à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille, est nommé, à compter du 1er janvier 1933, professeur d'hygiène générale et coloniale à ladite Faculté.

M. Chauvin, chargé de cours à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille, est nommé, à compter du 1er janvier 1933, professeur de clinique des maladies des voies urinaires à ladite Faculté.

JUBILÉ DU PROFESSEUR PIERRE DELBET. — Une cérémonie aura lieu le mercredi 5 octobre 1932, à 10 h du matin, à l'amphithéâtre de la clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin (27, rue du Faubourg Saint-Jacques), pour la remise d'un livre jubilaire au professeur Delbet.

CONGRÈS DE LA SEMAINE PROCHAINE. (PARIS, 3 octobre.) — *XLIe Congrès français de chirurgie*. Président : M. Pierre Duval; secrétaire général : M. Grégoire, 20, rue de l'Université, Paris (VIIe).

Rapports. — « Chirurgie du cœur (traumatismes exceptés). » — MM. Lenormant et Leriche.

« Traitement opératoire des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche. » — MM. Cunéo et Rocher.

« Traitement chirurgical des maladies du sang. » — MM. Jean Quénu et Santy.

Paris, 4 octobre. Congrès français d'urologie. Président : M. Papin; secrétaire général : M. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris (VIIe).

Paris, 5 octobre. Congrès français d'orthopédie. Secrétaire général : M. Paul Mathieu, 74, rue Vaneau, Paris (VIIe).

Paris, 7 octobre. IIIe Congrès de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique (grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris). Présidence d'honneur du professeur Sébileau; vice-présidence d'honneur des professeurs Eastman Sheehan (de New-York), Ricardo Horno Alcorte (de Saragosse), Manna (de Rome), Burian (de Prague), Corachan (de Barcelone), Jiano (de Bucarest). Président du Congrès : M. Dartigues; secrétaire général : M. Claoué, 1, rue Singer, Paris (XVIe).

LE XXIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE se tiendra à Paris du lundi 10 au mercredi 12 octobre 1932, sous la présidence du professeur Fernand Bezançon.

PROGRAMME. — Trois questions seront l'objet des travaux du Congrès : 1° *La lymphogranulomatose maligne*; 2° *Les acrocyanoses*; 3° *Le traitement médico-chirurgical des abcès du poumon.*

La séance solennelle d'ouverture se tiendra au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris le lundi 10 octobre, à 9 h. 1/2 du matin, sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique Les autres séances auront lieu les matins à 9 h. 1/2, les après-midi, à 3 h., à la Faculté.

Lundi 10 octobre, à 10 h. 1/2, première question. Rapporteurs : MM. Maurice Favre, P. Croizat et A. Guichard (de Lyon) : « Caractères anatomo-cliniques de la granulomatose maligne; ses formes anormales »; MM. R. Gilbert (de Genève) et F. Sluys (de Bruxelles) : « La radiothérapie de la lymphogranulomatose maligne »; MM. R. Weissmann-Netter, J. Delarue et V. Oumansky (de Paris) : « Les résultats de l'expérimentation dans la lymphogranulomatose maligne. »

Lundi 10 octobre, à 15 h. Discussion des rapports et communications sur la première question.

Mardi 11 octobre, à 9 h. 1/2, deuxième question. Rapporteurs : MM. Maurice Villaret, Justin-Besançon et R. Cachera (de Paris) : « Physiologie pathologique des troubles vasculaires périphériques »; MM. May et Layani (de Paris) : « Etude clinique de l'acrocyanose essentielle. »

Mardi 11 octobre, à 15 h. Discussion des rapports et communications sur la deuxième question.

Mercredi 12 octobre, à 9 h. 1/2, troisième question. Rapporteurs : MM. Emile Sergent et Kourilsky (de Paris), avec la collaboration chirurgicale de MM. Baumgartner et Iselin (de Paris) : « Indications thérapeutiques, médicales et chirurgicales dans les abcès du poumon »; M. G. Lardennois (de Paris) : « Les séquelles des abcès du poumon; chirurgie complémentaire et réparatrice »; MM. Lemierre, L. Kindberg et Soulas (de Paris) : « Les méthodes bronchoscopiques et les suppurations pulmonaires »; M. Etienne Bernard (de Paris) : « L'émétine dans le traitement des abcès du poumon. »

Mercredi 12 octobre, à 15 h. Discussion des rapports et communications sur la troisième question.

Réceptions. — Lundi 10 octobre, séance d'ouverture, à 9 h. 1/2, Faculté de médecine, sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique; — Mardi 11 octobre, à 17 h., réception à l'Hôtel-de-Ville offerte aux congressistes et à leur famille par M. le président du Conseil municipal (audition musicale); — Mardi 11 octobre, à 21 h. 1/2, réception offerte par M. le président du Congrès (salle Hoche, 9, avenue Hoche); — Mercredi 12 octobre, à 20 h., banquet par souscription.

Secrétariat. — Le secrétariat du Congrès se tiendra à la Faculté de médecine, salle Béclard, rue de l'Ecole-de-Médecine, où les congressistes pourront retirer les enveloppes contenant les invitations et les documents divers ainsi que la correspondance les concernant. — Secrétaire général : M. le docteur Abrami, 9, rue de Lille, Paris; secrétaires adjoints : MM. les docteurs Mathieu-Pierre Weil, 60, rue de Londres, Paris (VIIIe) et René Moreau, 9, rue de Prony, Paris (XVIIe); trésoriers : M. le professeur Noël Fiessinger, 16, boulevard Raspail, Paris; M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

CRÉATION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROPYREXIE. — A la suite de la séance consacrée à l'électropyrexie, qui a eu lieu le 15 juin dernier au château de la Muette, il a été décidé la formation de la Société française d'électropyrexie.

Celle-ci aura pour but de grouper et de faire connaître tous les travaux scientifiques et les résultats thérapeutiques obtenus, au moyen de la fièvre artificielle et en particulier de l'électropyrexie.

Après chaque séance, paraîtra un bulletin qui sera largement diffusé. Le programme de la séance suivante sera envoyé en même temps que les convocations à tous les membres de la Société.

Le siège social de celle-ci, ainsi que la salle de réunion, est fixé à « La Muette », rue André-Pascal, Paris (XVIe).

M. Justin Godart, ministre de la Santé publique, a bien voulu accepter la présidence d'honneur de la Société française d'électropyrexie. Celle-ci comprendra des membres d'honneur élus par le Comité, et des membres actifs.

ÉCOLE DE SÉROLOGIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Fondation de la Ligue nationale française contre le péril vénérien.) — Enseignement donnant lieu à l'attribution du diplôme de sérologie de l'Université de Paris. — La direction scientifique de l'Ecole est confiée à un conseil composé de MM. le professeur V. Balthazard, les docteurs Louis Queyrat, H. Gougerot, Tanon, Couvelaire, Nobécourt, Cavaillon, G. Milian, Marcel Pinard et Sicard de Plauzoles.

Des conférences et travaux pratiques auront lieu du lundi 20 février au samedi 18 mars 1933, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe) : *A.* 17 conférences d'application à la clinique; *B.* 22 séances de travaux pratiques de sérologie; *C.* 7 séances de travaux pratiques de microbiologie.

Les cours de l'Ecole de sérologie sont ouverts aux étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions, aux médecins français et étrangers, et à toutes personnes agréées par le Conseil de l'Ecole, tous régulièrement immatriculés à la Faculté de médecine de Paris.

Les élèves, après avoir satisfait aux examens, pourront recevoir un diplôme universitaire de sérologie appliquée à la syphilis, décerné par la Faculté de médecine (décret du 2 juin 1927).

Le nombre des élèves devant être limité, les demandes d'inscription doivent être adressées à M. le directeur de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, à Paris (VIIIe), avant le 15 janvier 1933.

Faire connaître exactement : nom, prénoms, lieu et date de naissance, titres universitaires, hospitaliers ou autres et adresse.

Les demandes d'inscription sont soumises à l'examen du Conseil de direction de l'Ecole.

Les élèves admis recevront un avis et devront alors s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine et payer les droits suivants :

1° Immatriculation (si elle n'est déjà effectuée)....	100 fr.
2° Scolarité, leçons théoriques A................	200
3° — travaux pratiques B...............	250
4° — travaux pratiques C...............	100
5° Droits d'examen............................	100
6° Diplôme......................................	p. m.
Total.......	750 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Sicard de Plauzoles, directeur général de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — — Chaire de clinique thérapeutique chirurgicale. (Hôpital de Vaugirard. Professeur : M. Pierre Duval.) — *Conférences d'endoscopie gastrique.* — Le docteur P. Porcher, radiologiste des hôpitaux, chargé de la consultation de gastrophotographie de la Clinique, fera une série de dix conférences d'endoscopie gastrique, avec le concours de M. le docteur Fr. Moutier, MM. les agrégés Chailley-Bert et Leroux, de M. le docteur Godard-Monod.

Ces conférences auront lieu tous les jours, du vendredi 21 octobre au vendredi 28 octobre, à l'hôpital de Vaugirard, à 10 h. et à 17 h. 30. Elles seront suivies de démonstrations de technique gastroscopique (docteur Fr. Moutier) et gastrophotographique (docteur P. Porcher), de 11 h. à 12 h., avec examens de malades.

Droit d'inscription : 150 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 h., ou au laboratoire n° 1.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henri Ludger, médecin en chef de la marine en retraite, décédé à Paris; Mlle le docteur Madeleine Girardeau (de Paris); M. le docteur Butterlin, ancien maire de Besançon, ancien sénateur du Doubs.

* *

LIVRES NOUVEAUX

L'armée d'Orient délivrée du paludisme (1); par Edmond et Etienne SERGENT. Préface du Dr ROUX, Directeur de l'Institut Pasteur.

En novembre 1916, dans une lettre adressée au ministre de la Guerre, le général Sarrail écrit : « *Mon armée est immobilisée dans les hôpitaux.* »

De fait, la situation de l'armée d'Orient est grave : du mois de juin au mois de décembre 1916, on compte au moins 60.000 cas de paludisme : c'est la moitié de l'effectif.

Déjà 20.000 soldats ont dû être rapatriés. En automne, il n'y avait pas plus de 20.000 hommes en ligne.

La difficulté de réussir était moins dans la résistance de l'ennemi et dans l'énormité du travail que dans le danger des piqûres d'un insecte. Ceux qui connaissaient l'histoire savaient que l'endémie palustre régnait dans la vallée du Vardar. Cette partie de la Macédoine est célèbre par son insalubrité.

Ce petit livre raconte comment en souffrit l'armée d'Orient en 1916, et comment, par des mesures bien simples, elle fut préservée du fléau dès que ses chefs, convaincus de l'efficacité des moyens qu'on leur proposait, les imposèrent à leurs subordonnés.

Avant toute entreprise mettant en jeu des existences humaines, il faut prendre l'avis des hommes qui savent comment on peut atteindre le but proposé avec le moins de sacrifices. C'est l'enseignement à tirer de ce récit très agréablement écrit par deux médecins, deux savants dont les conseils furent d'abord méconnus et auxquels on eut ensuite la sagesse de recourir.

Ce livre est illustré de nombreux croquis, lettrines et ornements très variés et pris sur le vif.

L. G.

(1) Un volume de 92 pages avec nombreuses reproductions en deux tons de dessins et croquis originaux. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les Troubles vaso-moteurs des extrémités (1), par le Dr L. LANGERON, professeur de clinique médicale à la Faculté libre de médecine de Lille.

Les troubles vaso-moteurs des extrémités désignent l'ensemble des manifestations pathologiques dépendant d'une perturbation de la circulation artérielle et artériolo-capillaire de ces extrémités et possédant une autonomie clinique suffisante ; leur constatation est fréquente, leur importance pratique non négligeable.

L'auteur en fait une étude physio-pathologique et clinique ; il en analyse les symptômes et le mode de production, puis en décrit les principaux groupements et formes cliniques, pour terminer par la thérapeutique qui doit leur être appliquée ; le tout en se plaçant sur un terrain avant tout pratique.

On trouvera donc dans cet exposé une mise au point d'une question assez complexe et touffue qui permettra au médecin de se reconnaître dans ces diverses manifestations pour être à même de les diagnostiquer et de les traiter.

L. G.

(1) In-8 de 70 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.
Professeur : M. A. Gosset.

QUELQUES RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS DE LA THYROIDECTOMIE SUBTOTALE DANS LA MALADIE DE BASEDOW

PAR MM.
D. PETIT-DUTAILLIS, Chirurgien des hôpitaux. et Ibrahim AHMET, Assistant étranger.

Bien que le traitement chirurgical du goitre exophtalmique ait réalisé depuis plus de dix ans des progrès inouïs, grâce à l'emploi du traitement iodé dans les phases pré et post-opératoires, alors qu'à l'étranger, tant en Europe qu'aux Etats-Unis, on a couramment recours à la chirurgie, comme traitement de choix de cette affection, il est curieux de constater qu'en France, nous restons en retard à ce point de vue. Il semble que, malgré les beaux résultats publiés par le Professeur Bérard et tout récemment la belle statistique de MM. Duval et Welti, nombre de médecins continuent à rester sous l'impression fâcheuse des morts opératoires que nous n'avons que trop connues autrefois et qui nous avaient fait pour longtemps abandonner la thyroïdectomie dans le traitement de cette affection. A condition d'une connaissance précise des soins pré et post-opératoires et aussi d'une bonne technique, grâce à l'emploi systématique de l'anesthésie locale, grâce enfin aux opérations en deux temps judicieusement appliquées, on peut dire que l'opération est devenue tout à fait bénigne actuellement. On peut dire aussi que, faite largement, la thyroïdectomie donne un pourcentage remarquable de guérisons. C'est précisément parce que ces deux points de vue, mortalité opératoire et fréquence des guérisons éloignées, sont encore mis en doute par certains, qu'il nous a paru utile de rapporter ici notre statistique personnelle basée sur 25 cas (20 cas de maladie de Basedow vraie et 5 cas d'adénomes toxiques). Le seul mérite de cette série, trop modeste, nous le savons, réside dans le fait qu'elle est due au même chirurgien et que la plupart des malades, sauf deux dont l'opération est trop récente, ont été rigoureusement suivis depuis l'intervention, autant au point de vue clinique qu'en ce qui concerne les variations du métabolisme basal.

Aussi bien n'avons-nous nullement la prétention d'apporter ici une contribution nouvelle à une question qui sous d'autres latitudes paraît définitivement jugée. Notre but en publiant ces premiers résultats obtenus par nous est simplement de montrer les résultats remarquables que peut donner la chirurgie dans cette maladie et cela avec un risque opératoire pratiquement nul.

1° Adénomes toxiques. — Notre statistique comprend cinq cas d'adénomes toxiques. Il s'agissait de goitres nodulaires basedowifiés, avec tachycardie, variant de 90 à 120 au repos, tremblement, nervosité, sans exophtalmie notable. Le métabolisme basal, mesuré seulement chez trois de ces malades avant l'opération, était augmenté de 15 pour 100 dans un cas, de 18 pour 100 dans le second, de 54 pour 100 dans le troisième. Ce dernier s'accompagnait de signes toxiques particulièrement accusés : arythmie, amaigrissement de douze kilogs en six mois. Ces malades ont été traitées trois fois par l'hémithyroïdectomie et deux fois par l'énucléation simple des noyaux goitreux. Le résultat opératoire a été très satisfaisant dans l'ensemble. Trois de ces malades opérées depuis une période variant de un an à trois ans sont cliniquement guéries de leur goitre et de leurs troubles fonctionnels. Le métabolisme est normal chez deux d'entre elles. On note la persistance d'une légère augmentation à 15 pour 100 chez la troisième. Les deux derniers cas sont opérés depuis trop peu de temps (1 mois et demi) pour que l'on puisse juger de la solidité de la guérison. Il n'en est pas moins vrai que le résultat est excellent actuellement et qu'un mois après l'opération le métabolisme était retombé à la normale ; il est intéressant de souligner que parmi ces deux malades figure le cas le plus grave de la série (K : +54 p. 100 avant l'opération, tachyarythmie). Il est à noter que le cas pour lequel on note après l'opération la persistance d'un métabolisme un peu supérieur à la valeur normale, avait été traité par énucléation simple.

Nous croyons l'hémithyroïdectomie préférable à l'énucléation dans les goitres nodulaires toxiques, du moins dans certains cas ; c'est la seule façon, bien qu'on en ait dit, d'être sûrement à l'abri des récidives. Si l'on ne fait pas l'hémithyroïdectomie, au moins convient-il de faire l'ébarbage du parenchyme au pourtour de l'adénome, à la manière de Sébileau, pour être sûr d'enlever toute la zone hyperplasiée, cause de la toxicité. Cette manœuvre est particulièrement recommandée aux cas d'adénomes uniques ou peu nombreux répartis des deux côtés. La technique en somme est sujette aux mêmes exigences variables suivant le nombre et le siège des adénomes que dans le goitre simple. Tous ces malades ont subi un traitement iodé avant l'opération (X à L gouttes de la solution de Lugol dans les vingt-quatre heures, suivant la gravité des cas). Même dans ces formes le traitement iodé a sa raison d'être avant l'opération. C'est la meilleure façon de prévenir à coup sûr les accidents de thyro-toxicose post-opératoire qui, pour rares qu'ils soient, n'en revêtent pas moins parfois une extrême gravité. L'un de nous a le souvenir d'un adénome toxique opéré par un maître éminent, sans préparation iodée préalable, qui est mort dans les quarante-huit heures de thyrotoxicose suraiguë.

2° Maladies de Basedow vraies. — C'est avant tout sur cette série que nous voulons nous étendre ici. Notre statistique comporte, *sur 20 malades* (*18 femmes et 2 hommes*), 6 *cas graves*, 10 *cas d'intensité moyenne*, 4 *cas légers*. Tous ces malades présentaient une exophtalmie plus ou moins accusée, un amaigrissement variant de 6 à 16 kilogrammes, du tremblement, une nervosité souvent impressionnante, une tachycardie dont la fréquence variait de 90 à 140 au repos. Il est à noter que 7 malades présentaient depuis plus ou moins longtemps une diarrhée quotidienne : sur 18

femmes, cinq présentaient un arrêt des règles depuis plusieurs mois. Ajoutons que deux de nos malades avaient des signes d'atteinte cardiaque (signes de fibrillation auriculaire avec arythmie). L'un de ces deux malades était en état d'hyposystolie au moment de son entrée.

Enfin, tous ces malades présentaient une augmentation marquée du métabolisme basal, variant de +35 p. 100 à +90 p. 100 (augmentation moyenne de 54,4 p. 100).

Nous nous sommes inspirés pour le traitement de ces malades des expériences des dernières années ainsi que des notions pratiques recueillies par l'un de nous auprès du Dr Lahey (de Boston) dont il a pu suivre le service pendant plusieurs semaines.

Soins pré-opératoires. — Tous ces malades, avant de nous être adressés, avaient subi un traitement médical pendant une durée de un à six ans. La plupart, tout en ayant retiré de ce traitement un réel bénéfice, n'avaient éprouvé cependant qu'une amélioration temporaire et tous présentaient au moment de leur admission une hyperthyroïdie plus ou moins accusée. Tous ces malades sans exception ont été soumis à un *traitement iodé pré-opératoire*, soit par nous, soit par leur médecin. Pour chacun d'eux nous avons contrôlé l'effet de ce traitement sur le métabolisme, en répétant au besoin la mesure des échanges respiratoires, avant d'intervenir. De même, ces mesures étaient renouvelées après l'intervention à échéances variables.

La durée d'application du traitement iodé avant l'intervention a varié de dix jours à deux mois, suivant la gravité du cas. Les doses de lugol ont varié avec chaque cas entre XXX, LXXX gouttes et plus. A ce traitement préparatoire essentiel nous avons adjoint naturellement le repos au lit le plus absolu, l'usage fréquent de la quinine à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme et parfois des opiacés. Dans les formes fébriles avec irritation nerveuse particulièrement accusée, l'usage des enveloppements froids nous a rendu les plus grands services. Enfin dans les formes thyro-cardiaques, avec ou sans hyposystolie, nous avons associé à ces différents moyens une cure digitalique.

La *psychothérapie* n'a pas été négligée. Nous pensons, comme beaucoup d'autres, qu'il est capital de passer quelques minutes chaque jour au chevet de ces malades pour les calmer en leur donnant confiance et en les habituant très doucement à l'idée de l'opération.

Nous estimons que chaque détail a son importance dans ces soins donnés avant l'intervention. Un traitement pré-opératoire bien conduit permet sans conteste, d'éviter les accidents autrefois si redoutés de la thyroïdectomie. Et avant de conclure que telle forme est opérable et que telle autre ne l'est pas, il faut savoir prolonger ses efforts et attendre un temps suffisant. Même dans les formes graves, avec grande instabilité cardio-vasculaire, avec arythmie et pâleur de la face, si redoutables à cause de l'imminence d'une syncope au cours même de l'intervention, formes sur lesquelles MM. P. Duval et Welti attiraient récemment l'attention, nous pensons qu'il y a lieu de poursuivre très longtemps le traitement médical avant de poser une contre-indication opératoire. C'est ainsi que nous avons pu obtenir la guérison d'une forme de ce genre par thyroïdectomie après trois mois de traitement préalable.

De tous les éléments de ce traitement, il n'est pas douteux que l'*iode* est le fait le plus important. La plupart des médecins semblent d'accord pour reconnaître avec le Professeur Marcel Labbé que « l'iode n'a qu'une action palliative, préparatrice et adjuvante ». Il ne saurait permettre à lui seul, même suffisamment prolongé, l'obtention d'une guérison. Et si certains malades ont pu être maintenus grâce à l'usage persévérant et ininterrompu de cette médication, en équilibre de santé pendant plusieurs années, il est certain que pour la plupart l'iode n'a qu'une action temporaire ; au delà d'un certain laps de temps, variable avec les individus, le médicament agit moins bien et même n'agit plus. Aussi n'est-il pas indifférent d'en prolonger l'emploi ; *du jour où l'on se décide pour l'intervention après épuisement des effets de l'iodothérapie, on prive par cela même le chirurgien d'un adjuvant précieux et l'on expose le malade à tous les aléas d'une thyrotoxicose aiguë post-opératoire.*

Indications opératoires et choix du moment de l'intervention. — Comme l'ont si bien précisé MM. Bérard, Marcel Labbé, P. Duval et Welti, il est un moment optimum qu'il faut choisir, chez un malade soumis au lugol, pour intervenir. Ce moment est d'ailleurs variable suivant chaque patient. Pour apprécier ce moment optimum, c'est-à-dire celui où le traitement iodé est arrivé à son effet culminant, lequel risque de ne pas se prolonger si l'on venait à attendre davantage, les uns, avec la plupart des auteurs américains, M. Labbé en France, accordent une valeur primordiale au métabolisme basal, d'autres, dont M. Bérard, MM. Pierre Duval et Welti, ne lui reconnaissent qu'une valeur toute relative. Ces derniers auteurs préfèrent dans beaucoup de cas se baser surtout comme Crile, sur la courbe du poids pour décider l'intervention. Sans nullement vouloir ici ouvrir une discussion sur ce point particulier, nous tenons à dire que pour notre part nous estimons que la mesure du métabolisme est un élément indispensable d'appréciation, mais sa valeur est toute relative et dépend des cas. Il y a des malades, le fait est rare, dont le métabolisme reste immuable malgré le traitement iodé le plus intensif, contrastant en cela avec l'élévation du poids, le relèvement de l'état général, l'atténuation manifeste des autres symptômes, notamment de la tachycardie et des signes nerveux. Dans ces cas il s'agit en général de métabolismes élevés et de formes invétérées. Malgré l'amélioration clinique, nous préférons systématiquement chez ces malades la thyroïdectomie en deux temps, à dix ou quinze jours d'intervalle, car nous estimons que le métabolisme laisse ici une incertitude pronostique toute relative peut-être, mais dont on doit pourtant tenir compte. Nous comptons deux malades de ce genre, l'un avec un métabolisme à +76 0/0, le second à +68 0/0. Pour les autres, nous avons exceptionnellement obtenu un retour du métabolisme à la normale (un seul cas

avec métabolisme initial à +35 0/0). Mais chez tous, nous avons observé une chute du métabolisme d'importance variable (en moyenne de 15 0/0). Dans tous ces cas c'est en nous basant sur le moment où le métabolisme restait immuable à deux examens successifs, que nous avons décidé d'intervenir. Enfin, nous avons toujours tenu compte de la valeur élevée du métabolisme à ce stade, pour choisir l'opération en deux temps. En somme, sans lui reconnaître aucune valeur mathématique, nous avons cependant accordé une valeur appréciable au métabolisme pour le choix du moment de l'intervention autant que pour décider de sérier ou non les temps opératoires. Et cela ne nous a pas empêchés d'intervenir malgré la persistance d'un métabolisme très élevé, dans deux cas. C'est dire que tout en accordant peut-être plus de valeur encore au métabolisme que M. Bérard, nous tenons aussi largement compte de l'amélioration des





FIG. 1 et 2. — *Forme grave de maladie de Basedow.* — Thyroïdectomie subtotale en deux temps. Guérison complète.

signes cliniques pour le choix du moment opportun de l'intervention. Nous pensons seulement que la mesure du métabolisme constitue un élément d'appréciation de plus et, quelles que soient les causes d'erreur inhérente à cette méthode, quelles que soient les bizarreries, d'ailleurs rares, de ses réponses, on ne saurait pour cela négliger ses données pour la conduite thérapeutique.

ANESTHÉSIE. — Bien que d'aucuns opèrent encore à l'anesthésie générale, que d'autres soient de chauds partisans de l'anesthésie à l'avertine, nous restons fidèles, pour notre part, à l'anesthésie régionale ; nous nous contentons, chez les malades particulièrement émotives, de faire prendre en outre XL ou L gouttes de somnifène per os une demi-heure avant l'opération.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — Nous pensons que toute technique est bonne qui enlève largement. Pour notre part nous commençons par la section de la thyroïdienne supérieure entre deux ligatures au-dessus du pôle glandulaire. Cette ligature, faite à la soie, ne risque jamais de déraper et la ligature faite en ce point a l'avantage de ne pas laisser de tissu thyroïdien au niveau de ce pédicule. Nous ne laissons qu'une mince bande de tissu glandulaire au contact des parathyroïdes et des récurrents. Nous ne lions jamais la thyroïdienne inférieure, sauf cas d'absolue nécessité, nous contentant de circonscrire par des pinces la zone à supprimer. Nous nous efforçons d'opérer avec le maximum de sécurité, avec le souci constant d'éviter toute perte de sang et tout tiraillement. Nous ne cherchons nullement à gagner de la rapidité dans l'acte opératoire. Nous nous appliquons à être aussi larges que possible dans l'exérèse, en attachant toute notre attention à l'ablation complète de la partie du lobe latéral qui est au contact du cartilage thyroïde, dont on a tendance parfois à laisser le bord postérieur, de même qu'à l'ablation de la pyramide de Lalouette quand elle existe, toutes causes non négligeables de récidives. Nous n'avons enfreint ce principe général qu'une seule

fois. Il s'agissait d'une malade qui présentait au point de vue clinique, malgré un métabolisme à +54 %, des signes rappelant ceux du myxœdème surajoutés à des signes d'hyperthyroïdie. Nous avons été plus économes dans l'exérèse de la glande et le résultat nous a donné raison, car malgré cette précaution le métabolisme est tombé chez cette malade à —11 %. Nous croyons donc qu'il faut dans certains cas particuliers savoir se limiter plus que dans les autres dans le sacrifice de la glande. Lahey, dans un article tout récent, insiste sur ce point. On ne saurait toutefois pour le moment donner des indications précises à ce sujet. Il s'agit là de cas d'exception et dans la règle nous considérons avec les auteurs américains qu'il faut opérer très largement, quitte à obtenir un degré léger d'hypofonctionnement glandulaire, ainsi qu'y ont insisté Crile, M. Marcel Labbé et d'autres auteurs. Nous drainons systématiquement durant quarante-huit heures.

Soins post-opératoires. — Il est capital de n'interrompre le traitement iodé ni le jour de l'opération, ni les jours suivants. Or on se heurte ici à quelques difficultés du fait de la gêne de la déglutition et même des vomissements qui peuvent survenir dans les 48 premières heures. Aussi avons-nous coutume de faire prendre à la malade sa dose d'iode en une fois une heure avant l'opération. Si l'administration est impossible per os le lendemain, nous donnons le lugol par voie rectale. Nous avons soin de donner du sérum rectal continu durant les premières heures. Nous n'avons jamais observé d'accidents sérieux après l'intervention. Si la malade a tendance à l'hyperthermie, nous instituons aussitôt des enveloppements froids. Enfin, nous ne ménageons pas l'usage des opiacés durant les deux premiers jours.

Nous avons soin de faire pratiquer un nouveau métabolisme le jour de la sortie de l'hôpital. Si le métabolisme est normal, tout traitement iodé est suspendu. Sinon le lugol est continué à petites doses. C'est au médecin traitant qu'il appartient de décider, d'après de nouveaux examens, à partir de quel moment la médication peut être supprimée. De toutes façons, nous nous astreignons à revoir périodiquement nos opérés et n'hésitons pas à faire pratiquer de nouveaux métabolismes pour vérifier si la guérison est vraiment consolidée.

Complications opératoires et post-opératoires. — Nous n'avons jamais eu de difficultés insurmontables au cours de l'exérèse. Toutefois dans 5 cas, antérieurement traités par les rayons X, l'exérèse a été rendue très laborieuse du fait des adhérences de la glande aux parois de sa loge et de la friabilité anormale des vaisseaux. Sur ces 5 cas, nous notons un hématome au 15e jour et quatre désunions de la plaie, alors que dans les autres la cicatrisation s'est faite normalement. Ce sont là des ennuis qui ne touchent sans doute que l'esthétique mais qui n'en sont pas moins regrettables. Ces goitres adhérents sont ceux qui exposent le plus l'opérateur, tant les rapports anatomiques se trouvent modifiés, tant les adhérences masquent les pédicules vasculaires, à la blessure du récurrent. Cet accident nous est arrivé une fois. Le récurrent gauche du fait des adhérences, sous l'influence de la traction exercée sur le lobe par la pince, s'est trouvé attiré au niveau même de la face latérale de la trachée et s'est trouvé pris dans un pédicule vasculaire. Le nerf a été aussitôt réparé à la soie floche.

Nous n'avons jamais observé d'accident de thyrotoxicose aiguë post-opératoire. Par contre, nous avons observé deux cas de tétanie ; l'un survenu au 2e, l'autre au 3e jour. Il s'est agi d'accidents légers et transitoires qui ont cédé en quelques jours à l'administration de chlorure de calcium per os. De pareils accidents trouvent sans doute leur explication dans une poussée d'œdème post-opératoire au niveau des parathyroïdes, car nous vérifions toujours avec soin au cours de nos exérèses que les glandules ont été respectées.

Résultats. — *Sur 20 cas de maladie de Basedow opérés, nous ne comptons pas de mort opératoire.* Dix-neuf de ces malades ont subi la thyroïdectomie subtotale dont 7 en deux temps, et 12 en un temps. Aucun de ces malades n'a subi de ligature préliminaire. C'est dire que, grâce au lugol, nous avons pu éviter ce temps spécial, même dans les formes graves (7 cas). Un seul cas a été traité par simple ligature des artères thyroïdiennes. Nous n'en tiendrons pas compte car la malade a été perdue de vue. Nos dix-neuf malades thyroïdectomisés ont été par contre régulièrement suivis. L'opération date respectivement de 21 mois (un cas), de 20 mois (un cas), de 17 mois (un cas), 16 mois (un cas), 5 à 10 mois (sept cas), moins de 3 mois (six cas).

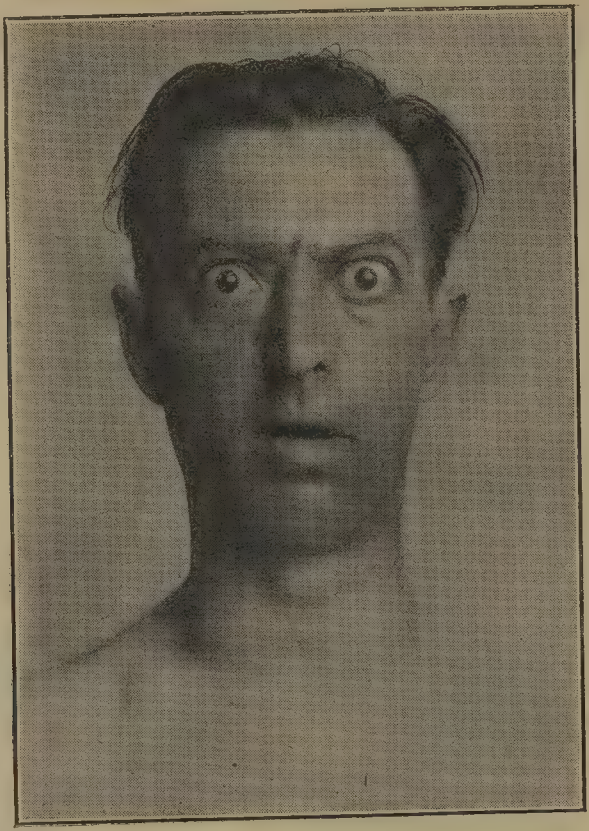
D'une façon générale, les résultats obtenus chez ces malades sont en tous points satisfaisants, et cela qu'on se contente d'envisager la disparition des signes cliniques comme beaucoup d'auteurs ou que l'on veuille satisfaire, avec M. Marcel Labbé, aux exigences de l'examen moderne et qu'on adopte comme critère absolu de la guérison la valeur du métabolisme basal. Si nous mettons de côté deux opérés trop récents (un mois), du *point de vue clinique,* nous constatons que 17 malades ont engraissé de 4 à 13 kgs depuis l'opération. Tous ont vu disparaître ou s'atténuer considérablement, non seulement les signes qui, selon M. Marcel Labbé, ressortissent à l'hyperthyroïdie, mais encore ceux qui relèvent de l'hypersympathicotomie, c'est-à-dire l'exophtalmie et la tachycardie. Dans les deux cas où l'on notait de l'arythmie avant l'opération, le rythme est devenu absolument normal et notre cas compliqué d'hyposystolie est actuellement complètement guéri. Les 5 malades atteints d'aménorrhée ont actuellement des règles normales.

Du point de vue du *métabolisme basal,* nous constatons lors des derniers examens pratiqués le mois dernier que 15 *malades présentent un métabolisme normal* (en tenant compte des variations entre —10 p. 100 et +10 p. 100), 2 *malades présentent un métabolisme un peu au-dessous des variations physiologiques* (—14 p. 100 à —20 p. 100). Leurs métabolismes avant tout traitement étaient respectivement de +75 p. 100 et +35 p. 100. Ils ne sont opérés que depuis cinq mois pour le premier, neuf mois pour le second. Au point de vue clinique on ne note chez eux aucun signe particulier. Il est à noter que ces deux cas à tendance

d'hypofonctionnement glandulaire, avaient tous deux été soumis à des séances réitérées de radiothérapie.

Le retour du métabolisme à la normale s'est produit en général dans le mois qui suivait l'opération, sauf dans un cas où le métabolisme n'est redevenu normal qu'au bout de trois mois de traitement iodé à doses réfractées.

Ainsi donc, si nous essayons de grouper nos résultats en tenant compte et de la clinique et des chiffres du métabolisme, nous pouvons dire : 1° *que quatorze malades sur dix-sept paraissent guéris, au sens le plus strict que l'on puisse donner à cet égard au mot guérison* avec M. Marcel Labbé, c'est-à-dire : « reprise de poids, métabolisme retombé à la normale, cessation de la tachycardie, disparition de l'hyperémotivité, reprise d'une vie normale ». Il est à noter que sur ces quatorze malades, il est une femme qui a eu un enfant depuis son opération et a très bien supporté sa grossesse ainsi que les suites de couche ; 2° *que trois autres malades que nous classons pour satisfaire à toute exigence dans la catégorie des grandes améliorations, sont pratiquement guéris.* Chez l'un, malgré un métabolisme normal, persistent quelques signes d'hypersympathicotomie (pouls à 95, quelques palpitations, persistance d'un certain degré d'exophtalmie à prédominance unilatérale). Ce résultat n'en est pas moins très satisfaisant si l'on tient compte du degré considérable de l'exophtalmie et des signes associés avant l'opération et de ce fait que ce cas avait résisté à tous les traitements avant de venir entre nos mains. La thyroïdectomie en deux temps, en déterminant une guérison rapide en deux mois, a permis à ce malade, sur le point d'être congédié par sa compagnie, de reprendre son métier de garçon de bureau. Chez deux autres malades de cette catégorie, à l'inverse du précédent, tous les symptômes cliniques ont disparu, mais le métabolisme chez eux est un peu abaissé, marquant ainsi une tendance à l'hypothyroïdisme. Encore est-il juste de remarquer que l'hypothyroïdisme reste chez eux sans expression clinique et que bien des auteurs les compteraient, non sans raison, avec les résultats parfaits, surtout si l'on remarque avec Crile que ce résultat est plutôt à rechercher bien qu'à un degré un peu moindre pour être plus sûr de la stabilité de la guérison.



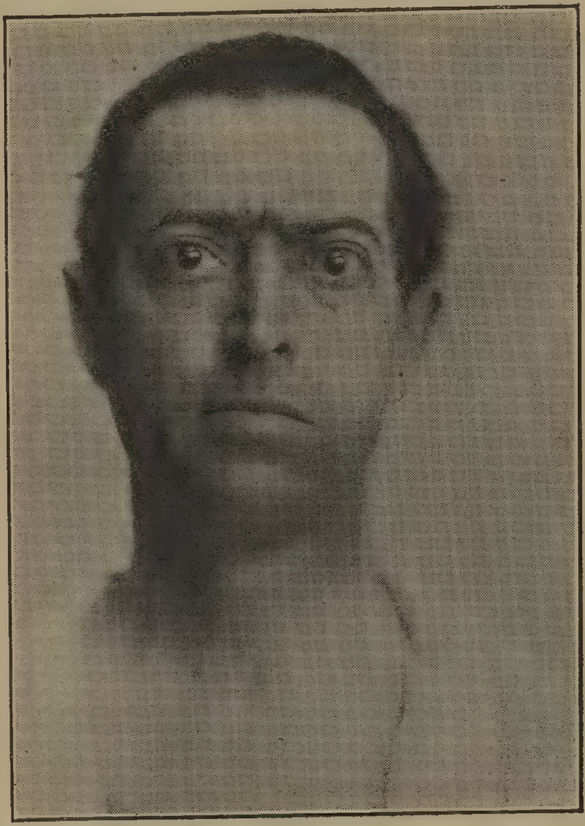


FIG. 3 et 4. — *Forme grave de maladie de Basedow.* — Thyroïdectomie subtotale en deux temps. Disparition de tous les signes d'hyperthyroïdisme. Résultat considéré comme incomplet en raison de la seule persistance d'un degré léger d'exophtalmie prédominante à droite.

Il n'est donc pas exagéré de conclure que par la thyroïdectomie subtotale nous avons obtenu 14 guérisons parfaites sur 17 cas, au sens le plus strict du terme, soit 82,3 p. 100, 11,7 p. 100 de grandes améliorations équivalant pratiquement à des guérisons, et une guérison incomplète. Dire que nous comptons 94 p. 100 de succès sur cette courte série n'est donc pas déraisonnable.

Nous voilà exactement dans les chiffres qu'annoncent la plupart des statistiques américaines qui, elles, portent sur des centaines d'observations. Nous voilà aussi en accord avec MM. Pierre Duval et Welti quand ils annoncent sur 20 malades revus de quelques mois à cinq ans après l'intervention, 17 guérisons complètes (85 p. 100), deux guérisons incomplètes et un seul échec (1).

(1) Dans un article paru depuis que le nôtre est à l'impression Welti (*Presse méd.*, 13 juillet 1932) note, sur 37 cas suivis, 33 résultats parfaits et 4 incomplets.

Nos résultats nous confirment dans l'impression si favorable que l'un de nous avait gardée des malades opérés par Lahey à Boston et qu'il allait voir tous les matins à la consultation des anciennes opérées si bien organisée par ce chirurgien et ses assistants.

Nous étions frappés de la qualité du résultat obtenu. Sur une cinquantaine de malades que nous avions eu l'occasion de voir défiler, plusieurs restaient guéries après huit ou dix ans. Les récidives paraissaient exceptionnelles.

Si nous avons cru bon d'apporter ici nos premiers résultats opératoires, après quelques-uns de nos collègues, c'est pour contribuer à répandre une fois de plus la notion de l'efficacité remarquable de la chirurgie dans le traitement de la maladie de Basedow et aussi de son innocuité en l'état actuel des expériences acquises. Cet effort n'est peut-être pas inutile, étant donné que, malgré les beaux succès obtenus par le Professeur Bérard qui s'est fait en France le champion de ce mode thérapeutique, malgré les résultats excellents publiés par MM. P. Duval et Welti, beaucoup de médecins restent encore sceptiques sur l'utilité de l'intervention ou en redoutent encore les dangers.

Quels que soient les résultats non douteux que peut donner la radiothérapie dans certains cas, les statistiques publiées jusqu'ici nous laissent dans l'incertitude sur l'efficacité réelle des rayons X et surtout sur la fréquence réelle des guérisons obtenues. Nous attendons encore la statistique précise qui fera la discrimination entre goitres toxiques et vraies maladies de Basedow, qui nous montrera, avec résultats cliniques à l'appui et contrôle du métabolisme basal avant et après le traitement, le pourcentage réel des guérisons obtenues.

Jusqu'à preuve du contraire, nous ne pensons pas que la formule encore actuellement adoptée par de nombreux médecins, de recourir à la radiothérapie avant la chirurgie soit une bonne formule. La supériorité de la chirurgie est dans la rapidité de la guérison. Avec la radiothérapie il faut des mois, souvent des années. On reproche au chirurgien sa cicatrice, on oublie qu'elle est souvent moins visible et moins disgracieuse que les pigmentations ou les varicosités, rançon habituelle des rayons. On reproche au chirurgien sa mortalité opératoire et on ne lui réserve souvent que des cas graves ou ceux qui ont résisté à toutes les thérapeutiques. A cet égard on ne saurait trop insister avec M. Bérard, M. Santy entre autres, sur les difficultés opératoires que crée pour le chirurgien la radiothérapie. Les adhérences de la glande à sa capsule, la friabilité des vaisseaux compliquent dans ces cas l'opération, au point de la rendre parfois presque impraticable. Les rayons, enfin, en modifiant la vitalité des tissus, exposent souvent le malade à des désunions de la plaie, voire à des nécroses extensives dont M. Bérard rapportait tout récemment un exemple frappant. On parle trop des avantages de cette méthode sans en jamais reconnaître les risques, les échecs ou les aggravations.

Aussi, après les résultats que nous avons vus aux Etats-Unis, après ceux déjà obtenus en France par d'autres ou par nous, estimons-nous que l'on doit recourir de plus en plus à la chirurgie dans les formes moyennes ou graves de la maladie de Basedow. Nul autre traitement ne donne des résultats aussi constants et aussi complets. La question de la mortalité opératoire n'est plus un argument qui doive faire reculer le médecin devant cette thérapeutique, la mortalité étant pratiquement nulle actuellement, entre les mains de tout opérateur qui a consenti à se plier aux disciplines un peu particulières de cette chirurgie.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

QUELQUES TYPES D'ORDONNANCES POUR UNE CONSULTATION DE MÉDECINE INFANTILE (1)

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher).

ENTÉRO-COLITE AIGUE

1° Appliquer, le jour, sur le ventre de l'enfant, des compresses humides et chaudes et les remplacer, la nuit, par une feuille d'ouate sèche.

2° Lui donner, le matin à jeun, et *seulement s'il n'y a pas de douleurs de ventre*, une cuillerée à café d'

Huile de Ricin.

3° Les jours suivants, lui faire prendre, une semaine de suite, une heure avant chacun des deux principaux repas, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Solution de Bourget

Phosphate de soude		0,50 grammes
Sulfate		1 —
Bicarbonate		1 gr. 50
Eau distillée	Q. s. p.	250 cc.

M.

4° Mettre l'enfant au lit. Lui faire boire pendant toute la période aiguë (24 heures au plus) des infusions chaudes (thé léger, tilleul), puis du bouillon maigre. Essayer ensuite les purées légères, les pâtes alimentaires (macaroni, nouilles) cuites longtemps à l'eau salée et additionnées, lorsqu'on les sert sur la table, d'un tout petit peu de beurre frais, les compotes bien passées. Si ces aliments passent, y ajouter, au bout de deux à trois jours, des entremets compacts (gâteaux de riz ou de semoule), des œufs pochés, à la coque ou brouillés, un peu de viande rôtie ou grillée, des poissons maigres (merlan) cuits au court-bouillon et additionnés d'un peu de citron au moment de les servir.

Le lait est interdit, sauf pour la préparation des purées et des entremets.

ERYTHÈME FESSIER

1° Changer l'enfant dès qu'il se sera souillé et bien veiller à l'extrême propreté des langes. Sécher le plus possible.

2° Passer une couche de :

Glycérolé d'amidon .... 60 grammes

3° Poudrer, par-dessus, avec de la poudre de talc.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 60, p. 1128; n° 65, p. 1208; n° 72, p. 1326.

4° Régler l'alimentation. Donner quelques jours de suite, avant chaque repas, une pincée à sel de la poudre suivante :

Poudre

Bicarbonate de soude...........	4 grammes
Craie préparée..................	6 —

M. (Provision.)

FRICTIONS EXCITANTES

A faire sur les membres, le matin, à jeun, en utilisant la formule suivante :

Liniment pour frictions

Essence de térébenthine.........	5 grammes
Huile d'olive....................	30 —

GASTRO-ENTÉRITE AIGUE DES NOURRISSONS

1° Appliquer sur le ventre des compresses humides et chaudes, renouvelées toutes les trois heures.

2° Bains chauds (à 38°), en cas de tendance au refroidissement, tièdes (35°-36°), en cas de fièvre. Dans un cas comme dans l'autre, les bains seront donnés toutes les trois heures, s'il est nécessaire ; sinon, on en donnera deux : un, le matin, un, le soir. Pendant toute leur durée, mettre sur le front de l'enfant un mouchoir trempé dans de l'eau fraîche.

3° Donner, matin et soir, avec une poire en caoutchouc, de petits lavements tièdes, à base d'eau de camomille ou de tilleul, ou encore de petits lavements d'amidon cuit, préparés ainsi qu'il suit :

Lavement

Amidon...............	une cuillerée à café
Eau bouillie froidie....	30 gr. (une cuillerée à soupe et demie)

Délayer et ajouter :

Eau bouillante...........	deux cuillerées à soupe

Remuer quelques instants, laisser refroidir et administrer.

Amidon..........	60 grammes

(Provision.)

4° Mettre l'enfant à l'eau bouillie pendant 12 heures au plus. Durant tout ce temps, supprimer toute espèce d'alimentation ou de boisson autre que l'eau bouillie fraîchement préparée, donnée à intervalles réguliers et de façon à en administrer des doses équivalentes aux doses de lait que prenait le bébé ; ensuite, essayer prudemment :

Soit le *babeurre*, si l'on peut s'en procurer ;

Soit le *bouillon de légumes frais* (renouvelé tous les jours) ;

Soit la *décoction de riz :* mettre deux cuillerées à soupe de riz dans un demi-litre d'eau froide pendant quelques heures ; ajouter un demi-litre d'eau bouillante, puis faire bouillir le mélange, filtrer et passer. La reprise du *lait* aura lieu au bout de deux jours. Elle s'effectuera avec prudence. Les premières doses seront très faibles, suffisamment espacées, et encore, coupées d'un tiers d'eau de Vichy.

5° Empêcher, par tous les moyens, les mouches de se poser, soit sur le visage du bébé, soit sur ses langes souil-





CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Pour vos séjours de fin de saison dans les stations thermales et climatiques. — Les séjours de fin de saison dans les stations thermales et climatiques des Alpes, du Jura, de l'Auvergne, des Cévennes, sont des plus agréables. Au mouvement de la pleine saison succède une vie plus calme et plus douce, propice aux bonnes cures. Mais vous craignez que les frais de voyage ne soient trop élevés. Ne savez-vous donc pas qu'il est délivré pour ces stations des billets d'aller et retour à prix réduit valables 33 jours? Ces billets comportent une forte réduction et ils permettent de revenir au point de départ par un itinéraire différent de celui du voyage d'aller.

Pour des indications plus détaillées, veuillez vous renseigner auprès des gares.

lés ; enfermer ceux-ci, dès que possible, dans un sac de toile fermant hermétiquement et les désinfecter. Se laver les mains soigneusement après les avoir touchés. Ecarter les autres enfants. Avoir soin que les récipients à lait qui servent, soit au bébé, soit aux autres personnes, soient toujours bien bouchés.

(*A suivre.*)

PRATIQUE MÉDICALE

L'ADONIS VERNALIS REMPLAÇANT ET AUXILIAIRE DE LA DIGITALE (1)

Par le docteur J. SASSARD,
Ancienne externe des hôpitaux de Lyon.

Dans tous les cas où la digitale est inutile ou nuisible, il faut utiliser l'adonis, qui présente une constance et une fixité d'action remarquables ; depuis les travaux du professeur Mercier, on possède, dans l'adoverne, un mélange des deux glucosides isolés de l'adonis dont l'activité pharmacodynamique a été standardisée : adonidoside et adonivernoside.

L'action de l'adoverne est immédiate et se fait sentir dans les quelques heures qui suivent l'ingestion du produit sous la forme d'un renforcement, d'un ralentissement, d'une régularisation du cœur et du pouls et d'une augmentation immédiate de la tension artérielle ; l'accumulation du produit est presque nulle et son action ne s'épuise pas.

L'action diurétique de l'adoverne est surtout différente de celle de la digitale. Celle-ci n'est, en effet, pas diurétique chez l'individu sain et l'action diurétique est secondaire à l'action cardiovasculaire. D'après MM. Mercier, l'adoverne posséderait, outre cette action indirecte, une action diurétique directe analogue à celle de la scille ; enfin, et ce sont deux propriétés singulièrement appréciables chez les cardiaques, l'adoverne est un eupnéique de premier plan et un sédatif indirect du système nerveux.

Très schématiquement et par rapport à la médication digitalique, les indications de l'adoverne sont de deux sortes : 1° les unes lui seront en quelque sorte propres, dans les néphrites chroniques, cirrhoses, les bronchites avec emphysème, au cours des pyrexies, avant ou après une intervention chirurgicale ; 2° les autres naissent en quelque sorte des contre-indications de la digitale et, dans tous les cas, quand la médication digitalique est contre-indiquée ou mal supportée, quand elle s'avère impuissante, ou bien, entre deux cures digitaliques, quand le thérapeute veut un tonicardiaque d'entretien, c'est à l'adoverne qu'il doit s'adresser. Il peut y avoir recours en toute tranquillité d'esprit, certain de prescrire un produit éprouvé, puissant, peu toxique, régulier, ne nuisant en tout cas jamais au traitement de fond par la digitale qu'il réactive même dans la plupart des cas.

(1) *Bull. méd.*, Paris, 21 fév. 1931.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. INDICATIONS OPÉRATOIRES.

C'est le cancer le plus fréquent chez la femme.

C'est aussi le plus précoce.

Il atteint surtout la femme de 40 à 50 ans, mais il est loin d'être rare entre 30 et 40 ans, et même de 20 à 30 ans.

En gros : 50 % des cas avant 40 ans ; 75 % avant 50 ans.

C'est un cancer longtemps localisé et contre lequel la chirurgie et les radiations donnent d'excellents résultats, lorsqu'il est pris au début ; mais son extrême indolence l'expose à n'être dépisté qu'à une période déjà trop avancée.

Il existe deux grands types anatomiques :

Le cancer du museau de tanche. — Le plus fréquent, à type végétant, interstitiel, ou ulcéreux.

C'est un épithélioma pavimenteux, spinocellulaire ou basocellulaire (radium sensible), rarement un adénocarcinome.

Le cancer du canal cervical qui demeure longtemps intra-cervical.

C'est un épithélioma cylindrique.

Le cancer du col envahit d'abord le vagin, le paramètre, s'étend aux ganglions pelviens.

C'est un cancer assez peu métastatique, mais très infectant : pyométrie, salpingite, adénopathies.

Cette triple extension locale, ganglionnaire, métastatique servira de base à la thérapeutique.

ÉTUDE CLINIQUE

Elle échappe à toute règle : certaines femmes paraissant en excellente santé présentent un cancer déjà inopérable.

D'autres au contraire, quoique déjà un peu anémiées, ont un cancer très localisé et extirpable.

Insistons à nouveau sur l'extrême indolence du cancer du col.

Assez schématiquement, nous distinguons deux phases évolutives.

Phase de début. — C'est presque toujours pour une hémorragie que la femme vient consulter. Cette hémorragie, si elle survient entre les règles ou après la ménopause, amène la malade assez précocement.

C'est une hémorragie :

— faible ;
— capricieuse ;
— provoquée (canule, coït) ;
— s'accompagnant parfois de leucorrhée.

Ce sont moins des pertes blanches que des pertes rosées laissant sur le linge, qu'elles empèsent, des taches cerclées d'un liseré jaunâtre, d'odeur fade, parfois irritante.

Aucun autre symptôme, naturellement pas de douleur, ni de troubles de l'état général.

Pourtant, l'examen gynécologique va faire le diagnostic.

— *Au toucher*, le doigt décèle :

1° Une petite ulcération, indurée, saignante ;
2° Une saillie végétante, friable, saignante ;
3° Parfois un noyau induré dans l'épaisseur d'une des lèvres sur laquelle la muqueuse glisse mal ;
4° Soit rien.

Le spéculum va préciser :

— La tumeur bourgeonnante, mamelonnée ou
— l'ulcération à bords rongés, à fond grisâtre et suintant.

Il faut la déceler :

— lorsqu'elle est noyée par un col métritique déjà ulcéré ou masquée par une déchirure du col. Il permet la dilatation du col, ce qui montre une petite cavité remplie de bourgeons friables.

Dans tous les cas, néo soupçonné ou constaté par l'examen clinique, il faut pratiquer une

Biopsie. — Elle affirme le cancer ; elle précise sa nature histologique.

Il faut savoir la renouveler.

Phase d'état. — Elle se différencie moins de la phase précédente par des troubles fonctionnels et généraux, que par des caractères physiques : le cancer est alors évident, toute la difficulté sera de régler la thérapeutique à appliquer.

C'est une malade qui vient consulter tardivement, parce que ses pertes sanglantes survenaient au moment de ses règles ou à la ménopause, et ne l'avaient pas alarmée. Cependant, ces pertes devenant à peu près continues, l'obligent à se faire examiner.

Ce sont des hémorragies mêlées de sérosité roussâtre, d'odeur fade, puis fétide ; obligée d'être constamment garnie, la malade accuse du prurit et des érythèmes périvulvaires ; mais elle ne souffre pas, tout au plus pesanteur du bas ventre.

L'état général est peu ou pas touché, un peu d'anémie parfois due aux hémorragies.

Le toucher, affirme le diagnostic du cancer ; la femme s'y prête avec appréhension, sachant qu'il va provoquer une recrudescence de l'hémorragie.

Le doigt peut tomber sur :

— Une forme végétante, chou-fleur friable, reposant sur une base indurée, masquant l'orifice du col.

Le doigtier revient taché de sang.

Une ulcération, large, irrégulière, à bords épais, formée par le col lui-même ou par le dôme vaginal confondu avec lui.

Parfois, une forme infiltrée en masse.

Bref : induration, friabilité, saignement.

Le néoplasme est évident ; reste à préciser le degré d'opérabilité.

Terminaison. — La malade peut ne venir consulter que tardivement, pour une complication.

1° *D'extension.* — Cystite, rectite, sciatique. Ailleurs, troubles digestifs, vomissements, diarrhée, torpeur par urémie digestive liée à la compression uretérale.

2° *D'infection.* — Pyométrie avec poussées fébriles.
— Périmétro salpingite.
— Phlegmatia.

3° *Enfin, généralisation* viscérale, péritonéale, ganglionnaire, osseuse, surtout lors d'un épithélioma cylindrique.

L'évolution se fait en 12 à 18 mois.

Formes cliniques. — *Le cancer endocervical* se rapproche du cancer du corps par la pauvreté des signes physiques.

Le spéculum le découvre, éversant les lèvres du col, faisant bâiller son orifice, montrant la muqueuse en ectropion avec une ulcération irrégulière, saignante, et dont un curettage explorateur ramène un fragment pour biopsie.

Le cancer aigu des jeunes femmes est mou, encéphaloïde, douloureux, hémorragique, récidivant, il tue en trois mois.

Le cancer des vieilles femmes est dur, squirrheux.

Peu douloureux, peu hémorragique, il abrase le col ; son évolution est de 8 à 12 ans.

Les cancers associés à un fibrome, une salpingite.

L'utérus fixé entraîne des erreurs d'opérabilité.

Le Wertheim est plus difficile, le radium contre-indiqué.

Cancer et grossesse. — La grossesse donne un coup de fouet au cancer.

Le cancer entraîne un accouchement prématuré. Possibilité de déchirure du col, de rupture utérine.

Dans le post partum, inertie utérine, hémorragies abondantes.

L'infection puerpérale est à peu près fatale.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — Jury : MM. les docteurs Weissmann, Paraf, Debray, Boulin, médecins; Sénèque, Leibovici, Welti, chirurgiens; Huet, oto-rhino-laryngologiste; Digonnet, accoucheur.

— Concours de l'adjuvat (amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux). — MM. les docteurs Robineau, juge d'office; N.... professeur désigné par la Faculté de médecine; Basset, Gouverneur, chirurgiens; Bernard (Etienne); médecin.

Agrégation des facultés de médecine. — Le tirage au sort des membres des jurys des concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré) ouverts en novembre 1932, aura lieu le mardi 4 octobre 1932, à 11 h., à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Hôpitaux de province. — Lyon. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Piaget, Jeune, Gonnet, Cuche, Mathieu, Francillon, Gignoux, Gonin, André, Morel, Vincent, Mlle Barral, MM. Chanial, Violet, Colas, Dauvergne, Revol, Lavabre, Sprécher, Montagard, Marmet, Rivollier, René Blanc, Racouchot, Ballivet, Gayet.

Admis en suppléance d'internes : MM. Chapuis, Doucet-Bon, Mlles Rebatel, Bourgeois, MM. Henri Blanc, Roman, Dedru, Didierlaurent, Piquet, Bertrand, Charvet, Truchet, Guiran, Bérard, Reynaud, Perrin, Leclerc, Roulet, Fumoux, Latarjet, Thomasset, Joly, Vansteemberghe, Cornut, Damidot, Lecuire.

Légion d'honneur. — A l'occasion du Congrès international de la lithiase biliaire à Vichy, la croix de chevalier de la Légion d'honneur a été décernée à MM. les docteurs Chas. Gordon Heyd et J. Victor Donnet (de New-York); la remise des croix a été faite par MM. les professeurs Achard et Hartmann.

— M. le docteur Gaston Doin, éditeur à Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur. Nous sommes heureux d'adresser nos très vives félicitations à notre excellent confrère et ami.

Asiles publics d'aliénés. — Un quatrième poste de médecin chef de service est créé à l'asile public d'aliénés de Bron (Rhône).

Inspection médicale scolaire. — Un concours aura lieu à la Préfecture de la Seine le 12 décembre prochain en vue du recrutement de 50 médecins inspecteurs d'écoles de banlieue (indemnité annuelle : 6.000 fr.).

Une notice sur les conditions d'inscription à ce concours ainsi que le programme sont envoyés sur demande adressée au service administratif de l'inspection médicale scolaire, 2, rue Lobau (IVe).

Union nationale du commerce extérieur. — L'Union nationale du commerce extérieur, Association d'industriels patronnée par le gouvernement, dispose parmi ses membres de nombreuses situations diverses en France et à l'étranger pour les personnes des deux sexes et de tous âges. Les candidats capables peuvent avoir de suite des situations lucratives; les débutants peuvent faire un stage à l'école professionnelle de l'Association, tout en travaillant pour augmenter leur valeur et leur gain.

Pour tous renseignements, écrire en indiquant ses antécédents à la direction, 3 *bis*, rue d'Athènes, à Paris.

(*Voir la suite des* « Informations », *p. 1450.*)

CHRONIQUE

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MÉDITERRANÉENNE

Le premier Congrès International d'Hygiène Méditerranéenne s'est tenu à Marseille, du 20 au 25 septembre 1932, sous les auspices de la Faculté de médecine de Marseille. M. le professeur Marchoux (de l'Institut Pasteur) était le Président, ayant comme Présidents d'honneur M. le docteur Roux, Directeur de l'Institut Pasteur de Paris ; M. A. Honnorat, sénateur, ancien ministre, qui a pris part à toutes les séances. Les Vice-Présidents étaient : M. le professeur Imbert, doyen de la Faculté de médecine de Marseille ; M. le professeur Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Marseille ; M. le professeur Leblanc, doyen de la Faculté de médecine d'Alger.

Le cadre dans lequel s'est déroulé ce Congrès était merveilleux ; les séances se tenaient dans un amphithéâtre de la Faculté de médecine de Marseille, au Parc du Pharo, sur cette colline qui domine l'entrée du port de Marseille, et d'où la vue se porte d'une part sur toute la ville et le port, et d'autre part sur la mer, avec au premier plan le Château d'If et le Frioul.

Le 20 septembre au matin, M. Justin Godard, ministre de la Santé publique, était reçu à la Faculté de médecine par le doyen, M. le professeur Imbert, entouré des professeurs et chargés de cours de l'Ecole ; par M. le professeur Marchoux, par M. Honnorat. Etaient présents : le Directeur de l'Enseignement supérieur au ministère de l'Instruction publique, M. Cavalié ; M. le Préfet des Bouches-du-Rhône ; le Recteur de l'Université d'Aix-Marseille ; le doyen de la Faculté d'Aix-Marseille ; le maire de Marseille, le docteur Ribot ; les députés et sénateurs des Bouches-du-Rhône ; M. le médecin général, Directeur du Service de santé de la 15e région ; M. le médecin général, Directeur du Service de santé du 5e arrondissement maritime ; M. le médecin général Directeur de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales ; M. Tanon, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris ; M. Rochaix, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon ; M. Laffongue, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Toulouse ; M. J. Parisot, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy ; M. Besredka ; M. Mesnil, professeur à l'Institut Pasteur ; M. Lapicque (de l'Institut) ; M. Ch. Nicolle, professeur au Collège de France, etc...

Après une courte salutation de bienvenue du doyen et quelques mots de remerciements de M. Justin Godard, on a admiré la belle situation de la Faculté, dont la terrasse domine la mer ; puis, dans l'amphithéâtre des séances, M. Justin Godard a inauguré les travaux du Congrès. M. le professeur Marchoux a exposé l'ensemble du programme que les congressistes allaient étudier et a défini les buts du Congrès International d'Hygiène Méditerranéenne. M. Justin Godard et M. le professeur Marchoux ont été très applaudis.

Puis après le départ du Ministre, M. Sadi de Buen, délégué espagnol, a présenté son rapport sur la spirochétose espagnole.

Dans un prochain numéro, nous donnerons un résumé des quatre rapports qui ont été présentés et des diverses communications.

Les fêtes ont succédé aux fêtes et ce Congrès qui réunissait plus de 350 adhérents a non seulement discuté des questions fort intéressantes de première importance, mais a été aussi particulièrement réussi par ses réceptions, ses excursions. Le mardi, il y a eu le matin l'inauguration par M. le Ministre de la Santé publique, et à 16 heures, une réception à la Faculté par le doyen, M. le professeur Imbert. Un concert donné par des artistes distingués a charmé l'assistance, devant une vue incomparable. Le mercredi, réception par la Chambre de Commerce de Marseille ; le soir réception par M. le Maire et MM. les membres du Conseil municipal à l'Hôtel de Ville.

Le jeudi, M. de Monzie, ministre de l'Education nationale, est venu à son tour témoigner aux congressistes l'intérêt que le gouvernement de la République portait à leurs travaux. Il a été reçu par le doyen et les professeurs dans les salons du doyen, et il a annoncé la nomination à une chaire du professeur Chauvin (urologie) et du professeur Violle (hygiène). Puis il a été à l'amphithéâtre des séances du Congrès, où il a participé quelques moments aux travaux du Congrès. L'après-midi, visite du parc salubre à coquillages du Pharo, visite des îles du Frioul et du Château d'If. Le soir, grand banquet présidé par M. de Monzie.

Au cours de ce banquet, des discours furent prononcés par les délégués étrangers : MM. les prof. Georges-H.-P. Nuttal (de Cambridge) ; Dante de Blasi (de Naples) ; Sadi de Buen (d'Espagne) ; Stephanopoulo (de Grèce) ; Tihomir Simitch (de Belgrade) ; Husamettin Bey (de Turquie) ; Mohamed Zaki el Shafie (d'Egypte) ; Ricardo Jorge (du Portugal) ; Combiescu (de Roumanie). Le Préfet des Bouches-du-Rhône, le maire de Marseille, M. Marchoux, M. de Monzie prononcèrent également des discours. Tous furent très applaudis.

Le vendredi, excursion en auto-car à Aix ; visite de la ville, collation et soirée provençale à l'établissement thermal d'Aix-Sextius. Le samedi, visite à la Foire de Marseille et le soir, magnifique réception offerte aux congressistes par le prof. Marchoux, au Château du Pharo, illuminé par des réflecteurs qui donnaient un aspect féerique à ces lieux, une scène en plein air devant la mer avait été organisée. Cette réception fut le clou des fêtes du Congrès.

Le dimanche, grande excursion en auto-car en Provence.

Il faut adresser des compliments pour la bonne organisation du Congrès à tous ceux qui ont eu à donner leur concours, mais particulièrement au professeur Marchoux, le président, qui avait l'œil à tout, qui pensait à tout ; au professeur Violle et au docteur Broquet, secrétaire général et secrétaire adjoint, et aussi au comité local que présidait le doyen Imbert.

Dr GEORGES BAILLIÈRE.

REVUE GENERALE

LE NEURONE

ÉTUDE HISTOLOGIQUE, PHYSIOLOGIQUE ET PHYSIO-PATHOLOGIQUE

Par M. J.-O. TRELLES,
Interne des Asiles de la Seine.

Définition. — On désigne sous ce nom la cellule nerveuse avec l'ensemble de ses prolongements : dendrites et axone. Ainsi compris le Neurone est l'élément fondamental du système nerveux, dont l'unité embryologique a été démontrée par Hiss, l'unité anatomique par Waldeyer, l'unité physiologique par Cajal et Van Gehuchten.

Historique. — Nulle part ailleurs n'apparaît mieux qu'à propos du neurone, le rôle prépondérant de la technique dans l'acquisition des connaissances histologiques. A chaque amélioration de la technique correspond un progrès théorique et une plus juste appréciation de la réalité : « d'étape en étape, de conceptions frustes et partielles en conceptions plus précises et plus générales » (Cajal). On peut à ce point de vue diviser l'historique en 5 époques.

1° Pendant la première moitié du XIXe siècle, ce sont des techniques toutes primitives : dissociation du système nerveux à l'état frais, ou après macération. Elles permettent à Valentin d'entrevoir les cellules (en 1831) qu'il dénomme « globes », les fibres et les cellules sont réellement découvertes par Remak en 1833.

Vers 1850, Stilling découvre la méthode des coupes microscopiques (par congélation ou dans la gélatine) qu'il colore par les carmins, l'hématoxyline. C'est l'ère des travaux de Remak, de Stilling, de Schultze, Deiters, Kolliker, Ranvier, Flemming. C'est ainsi que l'on découvre les prolongements cellulaires, que Deiters différencie le cylindraxe (prolongement de Deiters) des prolongements protoplasmiques (dendrites); entre ces prolongements on décrit une substance amorphe leur servant de « ciment » et formant le « neuropilème », véritable fouillis où se perdent ces prolongements cellulaires et où se passent les phénomènes nerveux importants.

2° En 1870, Gerlach utilise une méthode d'imprégnation par le chlorure d'or, elle montre que la masse nerveuse intermédiaire paraît formée par un réseau très fin de prolongements richement anastomosés. Gerlach édifie ainsi la théorie du « réseau diffus » : les axones cellulaires sont moteurs, ils ne s'anastomosent pas ; quant aux dendrites, ils forment un réseau diffus (comparable au réseau capillaire) d'où partent des fibres, celles-ci sensitives. (Dans la moelle, par exemple, disait-il, « les fibres motrices naissent bien des cellules des cornes antérieures, les fibres sensitives du réseau de la corne postérieure ».)

3° Vers 1873, Golgi découvre la méthode qui porte son nom : imprégnation des coupes chromées dans le nitrate d'argent, elle permet de colorer nettement en noir sur un fond jaune paille quelques cellules seulement, mais ces cellules sont colorées intégralement jusque dans les plus infimes parties : c'est une véritable dissection histologique. C'est grâce à cette méthode qu'on a pu édifier la plus grande partie de l'histologie nerveuse. Golgi montra que : 1° Le réseau de Gerlach n'existe pas : les dendrites se terminent librement, ils ne s'anastomosent point ; 2° Mais trop imbu encore des idées régnantes, il décrit un autre réseau, celui-ci intercylindraxile. Il y a deux sortes de cellules : les unes motrices, avec un long axone, donnant quelquefois des collatérales mais ne s'anastomosant jamais (cellules de Golgi type I) ; les autres avec axone court (cellules de Golgi type II) se terminant par un panache d'arborisations anastomosées, formant un réseau diffus (de Golgi) d'où partent les axones sensitifs ; 3° Seuls les axones (courts ou longs) ont une fonction nerveuse, les dendrites ont un rôle dans la nutrition cellulaire. C'est vers 1875-1885 que Cajal, à l'aide de cette méthode et dans une série de travaux remarquables, montre qu'*il n'y a aucun réseau, que tous les prolongements se terminent librement, qu'ils n'ont que des rapports de contiguïté*. Il permet ainsi la maîtresse conception du neurone par Waldeyer (1891).

En 1886, Ehrlich, par la méthode de la *coloration vitale au bleu de méthylène*, permet à Cajal d'asseoir fortement ses conclusions.

Entre 1885-1890, Nissl, par sa méthode de coloration par les bleus basiques d'aniline — universellement et journellement employée en histopathologie — parfait les données sur la structure du cytoplasma.

4° Entre 1890-1900, de nouvelles méthodes : celle de Bethe (bleu de méthylène fixé par le molybdate d'ammoniaque), celles de Cajal et de Bielschowsky à l'argent réduit, celles d'Apathy, de Dogiel montrent à l'intérieur même du neurone, l'existence de *neurofibrilles* formant un réseau intra-cellulaire. Et ainsi est réouvert le débat sur le neurone, et il y a une ébauche de retour vers la théorie de Gerlach, rajeunie, il est vrai, par Bethe et Apathy.

Dans la première décade du XXe siècle il y a donc une critique serrée du neurone : arguments histologiques : existence d'un réseau péricellulaire et intercellulaire chez les animaux inférieurs (Apathy) ; arguments embryologiques : la théorie caténaire du système nerveux (théorie du Neurule de Durante) ; arguments physiologiques, expériences de Bethe (jamais reproduite, même par Bethe) et de Steinach.

5° Enfin, période contemporaine : étude du neurone à l'état vivant (Mott, Harrisson, Marinesco) ; expérience histopathologique de la guerre (Nageotte-Lhermitte). Culture du tissu nerveux (permet à Harrisson de prouver définitivement l'unité du neurone). Un faisceau de faits en faveur de la conception du neurone.

D'autre part, signalons la partie purement physiologique et l'importance qu'acquiert aujourd'hui le tissu de jonction (synapse de Sherrington, ultra-nerf de Langley) dont le rôle a été magistralement décrit par Sherrington. Les recherches admirables de Keith-Lucas, d'Adrian sur la fibre nerveuse ; la séduisante théorie chronaxique de Lapicque.

***

Phylogenèse. — Le système nerveux est un appareil de perfectionnement, « d'intégration » (Sherrington) ; mais il n'est pas indispensable au fonctionnement de la vie ainsi qu'on le voit chez les protozoaires et chez l'embryon d'animaux très élevés, même chez l'embryon humain (Minkowski). L'excitabilité (réaction matérielle à une excitation, soit la sensibilité), la conductibilité sont les fonctions fondamentales du système nerveux ; mais ces deux propriétés sont précisément les caractères basaux du protoplasma : c'est ainsi que l'on voit chez les Protistes des processus de défense et d'adaptation, alors qu'ils n'ont aucun rudiment de système nerveux ; il y a donc chez ces êtres du « mouvement sans nerfs ». L'on peut avec Cajal décrire plusieurs périodes de l'évolution philogénique du Système Nerveux.

Première époque ou phase d'excitabilité. — A ce stade (éponges) il n'y a aucune ébauche de système nerveux, et cependant ces êtres présentent des fonctions motrices : le système musculaire apparaît donc avant le système nerveux. Entre le récepteur épithélial et l'effecteur musculaire sous-jacent nul tissu n'est interposé : ici la réponse n'est que partiellement adaptée, il n'y a qu'une vague ébauche d'intégration.

Deuxième époque ou de l'apparition du récepteur spécialisé. — A un stade supérieur du développement (anémones de mer, coraux) certaines cellules épithéliales se différencient et se transforment en cellules réceptrices spécialisées (rudiment de cellules sensorielles) qui conduisent l'excitation par leurs prolongements profonds aux éléments contractiles sous-jacents et à ceux des segments voisins. Ici apparaît l'ébauche de l'arc réflexe simple : avec ses éléments récepteur et effecteur réunis au muscle par un synapse : soit aussi la plus démonstrative illustration du neurone (Lhermitte).

Troisième époque. — Apparition de l'arc réflexe, caractérisée par l'apparition d'une cellule nerveuse interposée entre le récepteur sensitif et le tissu contractile : les réponses aux stimuli sont mieux adaptées, coordonnées : l'élément nerveux interposé est un « ajusteur » (Bayliss), ou « connecteur ». Le système nerveux apparaît alors comme un véritable système d'intégration.

Epoque d'apparition des réflexes inter-segmentaires. — Plus haut dans l'échelle, la complication de l'organisme avec ses différents métamères impose la nécessité de relier les réactions de ces différents segments : l'on assiste ainsi (chez le ver de terre par exemple) au développement d'un appareil nerveux de liaison : c'est le *neurone d'association* qui relie le récepteur et l'effecteur d'un métamère avec ceux des segments sus et sous-jacents.

Époque de l'apparition des neurones supra-segmentaires. — L'adaptation biologique fait que chez les animaux plus élevés apparaît un neurone supérieur: de *régulation*, de coordination, d'intégration complète : il est localisé dans le ganglion cérébroïde. Il concentre en lui l'activité associative, réflexe et psychique : c'est la structure supra-segmentaire qui a toutes les autres sous son contrôle ; c'est le « neurone psycho-moteur » de Cajal.

***

Histogenèse. — Dès les premiers jours de l'embryon il se produit une dépression dorsale de l'ectoderme creusant une gouttière qui se ferme ultérieurement pour former le tube nerveux. A ce moment il n'est tapissé que d'un épithélium prismatique simple qui va subir des modifications : il s'allonge, présente une tendance à la stratification et différencie à chaque pôle cellulaire une cuticule, dont l'une est la limitante interne, l'autre la limitante externe. A un stade plus avancé, appelé par Hiss neurosponge, certaines cellules de l'épithélium se différencient, deviennent plus grandes, plus claires, leurs noyaux grossissent : ce sont les *cellules germinatives*. Les autres cellules s'allongent, s'étirent et forment les *spongioblastes de la première génération*. Au cours du développement, les spongioblastes formeront l'épendyme (Schaeffer considère que les spongioblastes donnent naissance à l'épendyme et à la névroglie).

Quant aux cellules germinatives, elles donnent naissance aux neuroblastes et aux spongioblastes de deuxième génération.

Les *spongioblastes de la deuxième génération* se libèrent peu à peu et donnent : 1) des astroblastes (Lenhossek) qui donneront la névroglie astrocytaire (macroglie) ; 2) d'autres émigrent plus tard et forment l'oligodendroglie et la microglie.

Mais pour Del Rio Hortega la microglie n'a pas une origine ectodermique ; elle ferait partie du tissu réticulo-endothélial, serait d'origine mésodermique et proviendrait des polyblastes émigrés de la trame vasculo-conjonctive.

Les *Neuroblastes* donnent les *neurones*. Ce sont des cellules arrondies, présentant bientôt des angles qui s'accroissent, se munissent de pointes ; parmi elles, l'une se détache plus nettement, c'est le « *cône d'accroissement* » (Kuppfer) qui s'allonge rapidement ; alors seulement apparaissent les dendrites. La cellule grossit, change de forme, des neurofibrilles se différencient très tôt ; les corps de Nissl apparaissent au 3e mois.

Enfin, l'axone et les prolongements grandissent, cheminent et vont s'articuler avec ceux des neurones déterminés. Ce n'est que plus tard qu'ils se recouvriront de myéline (Loi de Flechsig). Le cheminement des prolongements, l'émigration des cellules, leurs attirances réciproques obéissent à des lois mal connues ; Cajal a essayé d'en donner quelques aperçus pénétrants et est arrivé aux notions très séduisantes de la *Neurobio-taxis* développées également par Kappers.

Etude histologique du neurone. — I. Structure de la cellule nerveuse. — Si leurs formes et dimensions sont très variables, les cellules nerveuses ont une structure assez constante. Celle-ci peut être étudiée vivante, ou bien fixée, c'est-à-dire morte.

A. *Cellule nerveuse fixée.* — Nettement délimitées par une condensation du cytoplasma, la *membrane marginale*, les cellules renferment un gros noyau pourvu d'un *nucléole toujours très net.* A l'aide de techniques particulières on met en évidence diverses *enclaves* et figurations protoplasmiques : mitochondries, lipoïdes, pigment, enclaves d'une substance chromophile, neuro-fibrilles.

Du corps cellulaire partent des prolongements : les *dendrites* et l'*axone*, ils forment les fibres nerveuses et méritent une étude spéciale.

Le cytoplasma, plus ou moins abondant suivant la cellule, présente — dans les préparations au Nissl — une partie très colorée : les corps tigroïdes, corps de Nissl, substance chromidiale, et une partie non colorée : l'hyaloplasma, la substance achromatique des anciens auteurs ; une quantité plus ou moins grande de pigment, suivant l'âge ; enfin on perçoit dans la masse visqueuse du protoplasma des régions plus claires, formant une espèce d'appareil réticulaire : le *trophosponge* de quelques auteurs.

La substance chromophile. — Ce sont les corps de Nissl, dont l'agencement et la forme sont très variables suivant le type cellulaire et la région, mais ils sont assez constants pour une même cellule, disposés soit en bâtonnets, en corpuscules plus ou moins ronds, ou ovalaires, disposés en rangs serrés autour du noyau, ou bien périphériques, visibles sur les dendrites, jamais sur l'axone ni sur la naissance de celui-ci (moyen de le reconnaître). Ils ont une importance primordiale en histopathologie. *Leur ordonnancement* est différent suivant qu'il s'agit *d'élément moteur, sensitif* ou *sympathique* (Malone).

Le *pigment* est constant, il augmente avec l'âge. On en trouve de deux espèces. Le lipopigment, ou graisse pigmentée : verte ou jaune, apparaissant sous forme de granulations plus ou moins grandes. Le pigment noir, constitué par la mélanine. A l'état normal se trouvant seulement dans certaines régions : abondant dans le locus Niger, locus coeruleus ; moins dans le locus cinaereus ; donne lieu à certaines dégénérescences pigmentaires pathologiques encore mal connues.

Les *lipoïdes* sont en grande abondance. Nous venons d'en décrire sous la forme de lipopigment. Il y a de plus : les lipoïdes mitochondriaux ; les lipoïdes non pigmentés, très abondants dans les cellules sympathiques. Enfin, non visibles normalement, il y a les lipoïdes d'*imbibition.*

Mitochondries. — Visibles après fixation spéciale et application de techniques adéquates. Plus abondantes dans les cellules jeunes, se présentent sous forme de bâtonnets ou grains. Bien que nombre d'auteurs comparent la cellule nerveuse à une glande complète on ne constate aucun cycle sécrétoire apparent.

Les *neurofibrilles.* — Visibles seulement avec les méthodes d'imprégnation métallique. Elles forment un réseau cellulaire serré autour du noyau, plus lâche dans la périphérie. Maints auteurs, et cela exclusivement, leur attribuent le rôle de conduction de l'influx nerveux. Plus ou moins fines et grêles, elles se continuent dans les expansions protoplasmiques et dans l'axone. Rappelons que leur existence réelle est encore très combattue, que l'existence du réseau intracellulaire est certaine, par contre le réseau intercellulaire n'a jamais été démontré chez l'homme.

Canaux d'Holmgreen-Golgi. — Visibles aussi seulement avec les techniques d'imprégnation ; ce sont des galeries plus ou moins profondes qui parcourent et creusent le cytoplasma périnucléaire, formant comme un système circulatoire cytoplasmique. On leur attribue un rôle dans la nutrition de la cellule. En réalité, il faut distinguer ces deux appareils : a) *l'appareil canaliculaire d'Holmgreen*, identique à l'appareil réticulaire interne de Golgi, serait un système servant à la circulation des substances nutritives (?) ; b) *l'appareil réticulaire externe de Golgi*, dont la signification est discutée (microglique probablement).

Le noyau. — Très gros, vésiculeux, riche en suc, clair et peu colorable, apparaît dans les préparations au Nissl comme une plage claire centrée par un nucléole profondément coloré. C'est que, en effet, toute la chromatine est localisée, ramassée dans la masse nucléolaire.

Notons enfin l'absence de *centrosome* chez l'homme (Cajal, Tilney et Riley, Lhermitte), permettant de conclure à l'impossibilité de phénomènes de multiplication cellulaire.

B. *La cellule vivante* apparaît sous un aspect bien différent si l'on se réfère aux études de Mott, Marinesco, Harrisson.

« On ne reconnaît dans le cytoplasma ni neurofibrilles, ni corps lipoïdes, ni mitochondries, ni canaux de Holmgreen-Golgi, ni pigments.

« A l'ultramicroscope, le cytoplasma éclatant sur le fond noir, apparaît comme constitué par une accumulation de granulations très petites (1 μ) leur coalescence par les sels d'argent forme probablement ce que nous appelons neurofibrilles.

Le noyau optiquement vide, centre l'élément et apparaît comme une sphère noire dans la masse brillante du cytoplasma.

Le cytoplasma est un gel très visqueux, presque rigide, dont les granulations ne sont pas animées de mouvements browniens.

Aucun observateur n'a jamais constaté de mouvements ni la moindre trace d'amiboïsme.

Types cellulaires. — On peut décrire les cellules suivant plusieurs critères :

D'après leur topographie : cellules corticales ; de Purkinje ; radiculaires antérieures et postérieures ; ganglionnaires, etc.

D'après leurs prolongements : unipolaires (cellules des ganglions rachidiens) ; bipolaires ; multipolaires ; apolaires (chez l'embryon : stade de croissance).

D'après la substance chromatique, Nissl les classe en : Karyochromes et Somatochromes.

Les *cellules karyochromes* sont celles où la substance chromatique est toute concentrée dans le noyau.

Ce sont : les grains du cervelet ; les cellules de la substance gélatineuse de Rolando.

Cellules somatochromes sont celles qui possèdent un riche réseau chromatique dans le protoplasma. 4 sous-groupes :

Cellules arkyochromes, dont les corps de Nissl sont disposés en filet, en réseau : cellules pyramidales.

Cellules stichochromes, dont les corps de Nissl adoptent la forme de bâtonnets, de stries : cellules radiculaires de la corne antérieure.

Cellules arky-stichochromes : dont les corps de Nissl prennent une disposition en réseau et en bâtonnets : cellules de Purkinje.

Cellules gyrochromes, dont les corps de Nissl sont disposés en cercles concentriques : cellules des ganglions rachidiens et sympathiques.

Classification de Cajal. — Cellules étoilées à prolongements rayonnants (cellules des cornes antérieures) ;

Cellules à gros axone se terminant en panache de ramifications et émettant des collatérales (cellules pyramidales) ;

Cellules à panaches opposito-polaires et ramifiées (cellules de la corne d'Ammon) ;

Cellules à panache unipolaire et axone se détachant du côté opposé (cellules de Purkinje).

II. LA FIBRE NERVEUSE. — Que ce soient des dendrites ou des axones, les fibres forment : 1) la substance blanche des centres nerveux ; 2) les nerfs.

Leurs dimensions sont variables : des expansions protoplasmiques et des axones courts mesurant seulement quelques μ jusqu'aux longs axones des cellules giganto-pyramidales du lobule paracentral ou aux axones des cellules radiculaires de la moelle lombo-sacrée qui mesurent plus d'un mètre.

Structure. — Deux sortes de fibres à considérer :

a) Les fibres amyéliniques ou de Remak ;

b) Les fibres à myéline.

Il n'y a pas entre ces deux types de fibres de différences histologiques bien nettes, leur dissemblance réside dans la présence ou non d'une gaine enveloppant le neurite.

Nous les étudierons d'abord fixées, c'est-à-dire mortes, puis telles qu'elles se présentent à l'état vivant.

A. FIBRES FIXÉES. — 1. *Fibres amyéliniques*, découvertes par Remak (1833), apparaissent pâles et grises, assez fines et grêles, si on les compare aux autres.

Longtemps on a cru qu'elles étaient formées d'un neurite (cylindraxe ou axone) nu. On sait actuellement que si, tout à la naissance de l'axone, il y a une zone de passage, le *collet*, dans lequel le cylindraxe est complètement nu — disposition qui se retrouve aussi bien dans les fibres avec myéline — il s'enveloppe bientôt d'une gaine dont la nature névroglique est à l'heure actuelle reconnue par tous les auteurs. Pendant son passage dans l'axe cérébro-médullaire, cette gaine est formée par un syncitium de névroglie centrale. Dans les nerfs cette gaine est formée par un syncitium de névroglie à type périphérique, dit *gaine de Schwan* — que la plupart des auteurs considèrent comme d'origine microgliale — elle apparaît comme une mince membrane anhyste ; de place en place, au sein de ce protoplasma finement granuleux, apparaissent des noyaux.

En résumé donc : un cylindraxe avec une enveloppe syncitiale névroglique (gaine de Schwan).

La *gaine de Schwan* offre ceci de particulier qu'elle forme une série d'anastomes avec celles des fibres voisines, formant un treillage assez serré. D'où impossibilité de suivre les fibres et difficultés très grosses à vaincre dans leur étude topographique (grande importance en histopathologie).

Ces anastomoses n'intéressent que la gaine, jamais les neurites.

2. *La fibre myélinique* se distingue facilement par son aspect brillant, blanc-nacré, dû à l'existence d'une enveloppe d'une substance réfringente spéciale : la myéline.

Sur une coupe transversale, après coloration par une technique appropriée, on reconnaît trois parties :

Le neurite central (axone ou dendrite) ;

Tout autour la gaine de myéline ;

A la périphérie, la gaine de Schwan qui ne présente ici *aucune anastomose.*

L'axone, visible sur les coupes colorées avec des techniques spéciales (vitale d'Ehrlich ; imprégnation métallique, méthodes de Cajal, Golgi, Bielschonsky, etc., se présente comme une tige protoplasmique cylindrique, uniformément calibrée, droite ; elle renferme des *neurofibrilles* sur lesquels nous ne reviendrons pas.

Il est en réalité beaucoup plus gros qu'il n'apparaît, car les différentes manipulations (fixation, déshydratation) lui font perdre toute son eau de constitution.

Dans la fibre, l'axone est beaucoup plus gros qu'à l'émergence de la cellule ; dès sa naissance il augmente considérablement de volume (100 fois, Nageotte).

La gaine de Myéline se colore en *noir* par l'acide osmique (Méthode de Marchi), ou par la laque d'hématoxyline (Méthode de Weigert et ses dérivés).

Sur des coupes transversales la myéline se présente sous la forme de plusieurs (3 ou 4) couches lamellaires concentriques plus ou moins déformées au centre desquelles on reconnaît le cylindraxe rétracté. Sa disposition feuilletée, ses limites nettes sont dues à l'hydratation. L'épaisseur de la gaine myélinique est en rapport avec la grosseur du cylindraxe.

Sur des coupes longitudinales et avec des techniques fines on met en évidence des formations spéciales, particulièrement étudiées par Nageotte. Ce sont :

Les étranglements de Ranvier : de place en place, la fibre présente des étranglements annulaires au niveau desquels la myéline se recourbe en dedans pour s'insérer par l'intermédiaire d'un *double bracelet épineux* sur la partie amincie de l'axone central. Ce sont donc des étranglements interrompant complètement la gaine myélinique, au niveau desquels la gaine de Schwan vient en contact de l'axone. Entre deux étranglements est compris un segment interannulaire. De plus, à leur niveau l'axone s'amincit considérablement et présente une formation spéciale : le bracelet épineux.

Incissures de Schmidt-Lantermann. Ce sont des incissures obliques, très minces, entaillant la myéline

et la découpant en segments coniques, imbriqués les uns dans les autres. A leur niveau s'insère :

L'appareil de Rezzonico : un dispositif filamenteux, spirale, tendu et ordonné régulièrement autour des incissures de Schmidt-Lantermann.

Nature de la myéline. La myéline est en réalité une différenciation lipoïde de la couche superficielle de l'axone. C'est une graisse phosphorée constituée par un mélange complexe de lipoïdes (cholestérine, lécithine) et albuminoïdes.

Gaine de Schwan, c'est le même syncitium névroglique, mais ici pas d'anastomoses du syncitium.

B. Fibre nerveuse vivante. A l'état vivant, la fibre nerveuse myélinique se reconnaît à la double réfraction de l'axone et de la myéline (Ehrenberg-Ambroon).

L'axone apparaît comme un fil, clair, transparent.

La myéline se montre formée de cristaux liquides ordonnés sur des plans concentriques.

On ne retrouve nulle trace de neurofibrilles dans l'axone ni de structures spéciales dans la myéline.

Conception générale de la fibre. La myéline est une couche superficielle de l'axone différenciée en vue d'une meilleure conductibilité (les fibres amyéliniques sont plus lentes), elle fait partie de l'axone lui-même et non pas de la gaine de Schwan comme on l'a prétendu. Il s'ensuit que la différence qui existe entre les fibres de Remak et les fibres myéliniques ne tient pas tant à la présence de myéline qu'à la nature même du neurite.

Les différentes formations que présente la myéline, sur la nature réelle desquelles on discute beaucoup, ont peut-être une signification particulière : les étranglements de Ranvier seraient des zones d'absorption et rejet des déchets où le neurite prend un contact plus précis avec les sources de nutrition ; les incissures de Schmidt-Lantermann seraient une membrane spéciale de tension de l'appareil de Rezzonico, lequel aurait, à l'image d'un condensateur électrique, un rôle de renforcement dans la conduction de l'influx. Il faut considérer la fibre nerveuse comme un complexe histologique : axone-gaine de Schwan.

III. Les terminaisons nerveuses : la synapse. — Ce sont les « arborisations *terminales nerveuses* », dispositifs spéciaux qui se trouvent à l'extrémité de tous les prolongements. C'est le tissu de jonction (Langley), l'appareil synaptique (Sherrington) dont le rôle apparaît de plus en plus grand dans la physiologie du neurone.

Dans les centres, axones et dendrites s'arborisent par des filaments : groupés en corbeille ; renflés en boutons ; évasés en calice ; épineux.

Il y a 3 sortes de synapses centrales : axo-somatiques ; axo-dendritiques ; dendro-dendritiques.

Dans la périphérie. — L'arborisation nerveuse est libre dans le tissu épithélial (ectoderme), entourée d'une gaine névroglique dans les tissus mésodermiques où ils s'entourent en général d'une enveloppe conjonctive et forment un corpuscule.

Les terminaisons sont différentes suivant qu'il s'agit de fibres motrices ou sensitives.

Sensitives et sensorielles. — Epithéliales, 3 sortes de terminaisons :

1. *Boutons* (Conheim, 1868), renflement en bouton du neurite au sein ou au contact d'une cellule épithéliale.

Dans la cornée il y a un véritable plexus intra-épithélial superficiel.

Dans l'*épiderme* et dans les *muqueuses* les boutons n'atteignent jamais la surface.

Dans la *rétine,* dans le *labyrinthe,* dans les *papilles du goût,* dans la *pituitaire,* ces boutons se trouvent dans les cellules sensorielles.

2. *Les menisques :* arborisation en « nid » ou en « panier » dont le fond est occupé par une cellule épithéliale (menisques tactiles).

3. *Les terminaisons hédériformes.*

Mésenchymateuses. Ce sont les différents corpuscules de : Grandry, de Wagner-Meissner, de Krauss, de Dogiel, de Vater-Paccini, de Golgi-Manzoni, de Ruffini, et enfin le fuseau neuro-musculaire.

Motrices.

Epithéliales, dans les cellules glandulaires.

Dans le tissu conjonctif : au sein des cellules pigmentaires.

Dans le tissu musculaire. La jonction myo-neurale dont l'étude physiologique est de toute actualité, est la plaque motrice, dont la structure a été bien précisée: l'arborisation terminale nerveuse se fait dans une sole protoplasmique d'origine névroglique (fournie par la gaine de Schwan) appelée téloplasma. Au sein de ce téloplasme il y a un chondriome abondant formé de télosomes, témoins de l'activité catabolique de la synapse neuro-musculaire.

Nutrition du neurone. — C'est la névroglie qui est chargée d'assurer la fonction nutritive du neurone. Le tissu névroglique joue par rapport au tissu nerveux le rôle qui incombe dans d'autres organes au tissu mésenchymateux. Elle constitue donc un véritable système nutritif interposé entre les vaisseaux et les cellules, les échanges se font par son intermédiaire, elle apporte les substances nécessaires au métabolisme du neurone provenant du sang et charrie les déchets pour leur destruction.

De même la névroglie constitue la charpente sur laquelle reposent les neurones, c'est le tissu de soutien.

(*A suivre.*)

Annuaire médical Palissier, édition 1932 (Annuaire de la Région parisienne).

L'*Annuaire Palissier* comprend, par ordre alphabétique, les noms et adresses des Médecins de Paris, avec jours et heures de consultations ; un second classement divise ces Médecins par spécialités. Viennent ensuite les listes des Pharmaciens et Laboratoires, des Chirurgiens-Dentistes, des Sages-Femmes et des Vétérinaires. Une classification par rues termine la partie Paris.

On trouve ensuite les départements : Seine, Seine-et-Marne et Seine-et-Oise, et enfin les villes de Faculté.

Une partie administrative très au point nous fournit une importante documentation sur l'Académie de Médecine, les Facultés, les Hôpitaux et Asiles publics, les Maisons de Santé, de Retraite, les Cliniques, etc.

En vente, au prix de 15 fr., aux librairies médicales et chez l'éditeur, 14, rue Carpeaux, Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE 1932)

Transmission expérimentale de la lèpre humaine au rat blanc. — MM. Jean CANTACUZÈNE et S. LONGHIN.

Transmission de la fièvre boutonneuse au cobaye. — MM. Jean CAMINOTPETROS et B. CONTOS.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(JUILLET 1932)

Kyste hydatique du poumon. — MM. GUIBAL et LONJON présentent l'observation d'une enfant de 12 ans chez qui un examen radiologique découvrit un kyste hydatique silencieux, assez volumineux et superficiel. Opération en deux temps ; marsupialisation ; fistule broncho-cavitaire rapidement guérie. Les auteurs signalent que, malgré un tamponnement compressif iodé et une infection légère de la zone tamponnée, ils se sont trouvés en présence d'une plèvre absolument libre et qu'ils n'auraient pu éviter ni le pneumothorax opératoire, ni l'inondation hydatique de la plèvre, s'ils n'avaient pris la précaution d'amarrer le poumon à la paroi par quatre anses de catgut avant d'inciser.

Fracture de Monteggia ancienne non réduite. — Excellent résultat fonctionnel. — M. GUIBAL. Un examen radiographique pratiqué pour une contusion du coude, décela une luxation en avant de la tête radiale et une angulation de la diaphyse cubitale, séquelles d'une fracture de Monteggia non traitée et survenue trente ans auparavant. Les mouvements du coude et la force de l'avant-bras étaient intégralement conservés.

Infantilisme hypophysaire. — MM. VILLARD, VIALLEFONT et Mlle FOSSE présentent un malade atteint d'infantilisme d'origine vraisemblablement hypophysaire. A la radiographie, la selle turcique apparaît elliptique et de dimensions très réduites.

Ecoulement spontané par le nez de liquide céphalo-rachidien, au cours d'une tumeur ayant entraîné la cécité. Amélioration transitoire de la vision. — MM. EUZIÈRE et VIALLEFONT.

Kyste Wolffien du méso-colon ascendant. — MM. MASSABUAU, GUIBAL et MAS.

Patella bipartita. — MM. LAMARQUE et HÉRAN.

Chromaffinite et pseudo-chromaffinite. — M. LISON.

Gliome de la rétine à petites cellules. — MM. SEMPE, DEJEAN et HARANT.

Syndrome clinique et biologique de compression médullaire. Guérison spontanée. — MM. PUECH, VIDAL et ANSELME-MARTIN.

Syndrome typique cérébelleux de la ligne médiane. Tumeur vermienne. — MM. EUZIÈRE et VIALLEFONT.

Hyperglycorachie dans un cas de « delirium tremens ». — MM. EUZIÈRE, VIDAL et ZAKHAJM.

Déchloruration et vomissements dans les néphrites sèches. Disparition de vomissements incoercibles par une injection de sérum salé hypertonique. — M. A. PUECH.

Iléus post-opératoire 23 ans après une hystérectomie vaginale. — MM. AIMES et FAYOT.

Deux cas d'inondation péritonéale avec contracture abdominale. — M. LAPEYRE et Mlle LAFOURCADE.

Maladie de Basedow dissociée. — MM. VIALLEFONT et LAFON.

Typho-bacillose et granulie. — M. RIMBAUD, Mme LONJON et M. ANSELME-MARTIN.

Nouvelle technique de capillaroscopie sous-unguéale avec la lampe à fente et le microscope cornéen. — MM. VIALLEFONT et RAVOIRE.

A propos de deux abcès froids thoraciques. — MM. MASSABUAU, GUIBAL, HÉRAN et CAZALS.

Abcès du douglas après appendicectomie. Guérison par ponction. — MM. MASSABUAU, GUIBAL et HÉRAN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1931-1932

DOCTORAT D'ÉTAT. — 40. AZÉMAR. — L'innervation vaso-motrice du larynx.

35. BADEL. — Contribution à l'étude des modifications de la réserve alcaline à la suite de l'anesthésie.

17. BEC. — L'autotransfusion dans les inondations péritonéales.

1. BERTRAND. — La chromoptométrie paradoxale et ses applications pratiques.

11. BORY. — Le pneumothorax bilatéral artificiel et la chrysothérapie dans la tuberculose pulmonaire bilatérale.

52. BROUSSY. — Contribution à l'étude histologique et histophysiologique du gésier des oiseaux et d'un processus spécial de kératinisation qui se produit à son niveau.

9. CABANAC. — Etude anatomique et sympathique cervico-thoracique suivie d'une systématisation du sympathique viscéral.

38. CALAS. — Contribution à l'étude de la rachi-anesthésie à la percaïne.

50. CAMO. — Etude de la fonction protéique du foie chez les diabétiques.

41. CAUSSAT. — Le traitement du prolapsus rectal, par la méthode de Delorme et Juvara.

16. COLOMB. — L'anus soupape dans les colectomies.

6. COULANGE (Mlle). — Contribution nouvelle au traitement du Kala-azar.

42. COURTINE. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur le kyste hydatique fermé du poumon.

24. DARMON. — La réalisation pratique de l'immobilisation dans le traitement de la scapulagie.

21. DROUOT. — La période pré-opératoire dans la chirurgie des voies aériennes et digestives supérieures.

20. DUFOIX. — Les œdèmes avec déséquilibre lipido-protéidique de l'enfant.

47. ESCALAÏS. — Contribution à l'étude du traitement du pied bot congénital chez le nourrisson.

10. GONNET. — Myopathies et syphilis héréditaire.

44. GOURDON. — De la pyélographie dans les ruptures du rein.

43. GOURGAS. — Contribution à l'étude du traitement de la fièvre de Malte par les arsénobenzènes.

25. Grech. — Contribution à l'étude de l'influence de la fatigue sur le rendement du travail musculaire.

36. Guénoun. — Contribution à l'étude de la pyélographie intra-veineuse dans le diagnostic de la bacillose rénale.

30. Guilhaumon. — Contribution à l'étude de l'adénome diffus et bénin du corps de l'utérus.

3. Hallberg. — Contribution à l'étude des calculs de la prostate.

49. Janicot. — Psoriasis et tuberculose.

45. Jayle. — Les nerfs pneumogastriques. Essai d'interprétation anatomique et organo-végétative.

7. Julié. — Grossesse et dermatoses.

4. Khaiat. — Contribution à l'étude clinique et radiologique de quelques affections osseuses nouvellement décrites.

37. Lafourcade (Mlle). — Contribution à l'étude de l'étranglement isolé des lipomes pré-herniaires.

54. Lamoreux (Mlle). — Les épithéliomas sébacés et la différenciation sébacée des cellules épidermiques.

51. Lau. — Examen radiologique et chirurgie gastrique.

33. Marquès. — Contribution à l'étude des kystes paranéphrétiques.

5. Maupin. — L'épilepsie réflexe consécutive aux traumatismes des membres.

28. Maynard. — Contribution à l'étude de la tuberculose annexielle.

8. Montagnier. — Appendicite pelvienne.

34. Olschwang. — Appendicite et acidose chez l'enfant.

15. Peerbaye. — Contribution à l'étude de l'urémie sans hyperazotémie.

14. Pélissier. — La hernie diaphragmatique congénitale et spontanée.

19. Perrier. — La cure de travail chez les tuberculeux « chirurgicaux », à Leysin.

12. Pinelli. — Les troubles trophiques de la syringomyélie et leurs rapports avec les modifications sympathiques.

53. Poussielgues. — Contribution à l'étude de la méatotomie urétérale pour favoriser l'expulsion des calculs de l'uretère pelvien.

31. Renoux. — Contribution à l'étude des luxations récidivantes de l'épaule et de leur traitement par l'opération de Oudard.

22. Roques. — Contribution à l'étude des diverticules pharyngo-œsophagiens ou diverticules de pulsion de Zenker.

27. Sabatier. — Deux cas inédits de mycosis fongoïde.

2. Sabatier. — Contribution à l'étude de l'hémianopsie double avec conservation de la vision centrale.

29. Servel. — Les indications de la phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire.

13. Tiné. — Contribution à l'étude de la pancréatite hémorragique aiguë.

48. Trinh-Van-Dam. — Le paludisme en Indochine.

46. Tropini. — Considérations sur le diagnostic radiologique et le pronostic de la fracture de Monteggia chez l'enfant.

23. Valarakis. — Les déterminations nerveuses de la pellagre.

18. Vialleton. — Contribution à l'étude histologique de la prostate.

32. Vincens. — Contribution à l'étude du traitement de la coxa-vara par la résection du grand trochanter.

25. Warnery. — Tuberculose cavitaire torpide de l'adulte. Contribution à l'étude des cavernes solitaires d'emblée.

39. Ybanez. — L'anesthésie générale en oto-rhino-laryngologie.

Doctorat d'Université. — 10. Abbas-Mohamed. — Les kystes du larynx.

16. Breitbart. — Contribution à l'étude de l'extension au zénith (Technique du professeur Etienne).

17. Caraza. — L'hétérorécidive des kystes de l'ovaire.

6. Chilialis (Mme), née Tkatcheko. — Contribution à l'étude de l'emploi de l'acéthylcholine dans le traitement de quelques maladies nerveuses.

13. Feldman. — Le psoriasis arthropathique.

12. Gak (Mlle). — Trois années d'expérience de l'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire.

9. Hamouda. — L'amygdalectomie totale.

7. Hassenberg (Mlle). — Contribution à l'étude pathogénique de la myasténie (Syndrome d'Erb-Goldflam).

15. Kahan. — L'ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nourrisson.

2. Kamel. — Radiothérapie et kyste de l'ovaire.

1. Kayssi. — Contribution à l'étude de la maladie de Basedow familiale.

8. Landau (Mlle). — De la valeur sémiologique de l'extension permanente du gros orteil.

3. Orellana. — Diagnostic radiologique des kystes de l'ovaire.

14. Rizali. — La dengue méditerranéenne.

5. Schiff. — Les troubles paralytiques des nerfs craniens et du sympathique cervical dans les néoplases malignes du naso-pharynx.

11. Siwicka (Mlle). — Contribution à l'étude des kystes wolffiens rétro-péritonéaux.

4. Tarazona. — La lutte antilépreuse en Amérique du Sud.

18. Vassilef. — A propos du traitement des vomissements incoercibles par le sérum de jument en état de gestation.

PRATIQUE MÉDICALE

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DU LAIT ÉVAPORÉ DANS L'ALIMENTATION INFANTILE

Le lait maternel constitue incontestablement une nourriture satisfaisante pour le nouveau-né.

Cette affirmation est exacte en théorie ; dans la pratique, cependant, surgissent de nombreuses restrictions à ce principe général : certaines mères ne peuvent, en effet, donner du lait, d'autres ne peuvent en donner de bonne qualité.

Ainsi chaque enfant qui naît possède une chance sur deux d'avoir besoin, pour se développer normalement, d'une autre alimentation que celle du lait maternel.

La composition d'un lait de remplacement doit donc s'approcher autant qu'il est possible de celle du lait humain. C'est d'ailleurs la règle qui a toujours servi de base aux travaux médicaux relatifs à l'alimentation infantile. Il est, d'autre part, de tout intérêt que le lait de substitution puisse toujours et partout être trouvé prêt à l'emploi.

La vache a été choisie comme nourrice d'adoption du genre humain parce que son lait est aisément obtenable. Il ressemble cependant fort peu au lait humain, car il est approprié à l'estomac d'un veau et non à celui d'un enfant ; la nature l'a fait ce qu'il est en vue d'élever des veaux solides et non de satisfaire aux exigences de nos estomacs plus délicats.

Modification du lait de vache. — En ce qui concerne sa composition chimique, la modification la plus importante à y apporter consiste à accroître sa teneur en hydrates de

carbone, et à réduire le pourcentage de la plupart de ses autres composants. Bien que le résultat de cette altération ne donne pas un liquide possédant exactement la même composition chimique que le lait humain, elle tient déjà largement compte des réactions gastriques de la plupart des bébés.

Les propriétés physiques du lait doivent être également prises en considération : la nature de la caséine du lait de vache, particulièrement, est de première importance, lorsqu'elle entre en contact avec l'estomac de l'enfant. C'est à ce moment que la pepsine du suc gastrique précipite la caséine, exactement de la même manière que lorsqu'on prépare un fromage.

Dans le cas du lait de vache, une masse solide de caséine caille dans l'estomac de l'enfant, ce qui ne se produit pas avec le lait humain. La caséine de ce dernier se précipite, en effet, en flocons légers et diffluants qui sont beaucoup plus aisément tolérés.

Les travaux médicaux anciens et récents ont continuellement attiré l'attention du pédiâtre sur l'importance qu'il y a, en cas d'allaitement artificiel, à ce que la caséine du lait de vache se comporte exactement comme celle du lait humain. Pour arriver à ce résultat, le lait de vache a fréquemment été décaséiné, par addition d'ammoniaque, d'acides de dextrine, d'albumine, d'amidon ou de gélatine. De récentes découvertes ont établi que la caséine contenue dans le lait évaporé non sucré est la forme qui se précipite de la manière la plus voisine de celle du lait humain. D'autre part, rien n'a été ajouté au lait destiné à la préparation du lait évaporé ; le processus d'évaporation, d'homogénéisation et de stérilisation auquel il a été soumis, a modifié le caractère colloïdal de la caséine de telle manière que celle-ci ne se coagule plus en masse lorsqu'elle arrive au contact du suc gastrique. D'autre part encore, la graisse du lait de vache cru se présente sous la forme de globules plus grands que ceux du lait humain. Le procédé d'homogénéisation réduit la taille de ces globules dans le lait évaporé, et en même temps, en accroît la surface totale, en sorte que les « lipolytic enzymès » réagissent en sa présence d'une manière plus active.

Ce ne sont là que quelques-unes des raisons pour lesquelles le lait évaporé est maintenant très largement employé par les pédiâtres lorsqu'ils ont à préparer une formule d'alimentation infantile. Les autres considérations qui militent en faveur de son emploi sont : sa stérilité, l'uniformité de sa composition, la possibilité de l'avoir partout prêt à l'emploi, enfin la commodité et l'économie qui résultent de son utilisation.

Il y a longtemps déjà que des études ont été publiées dans la littérature médicale, pour mettre en lumière les avantages du lait évaporé dans l'alimentation infantile et spécialement dans celle d'enfants considérés comme difficiles à nourrir.

Entre autres, notons les résultats de certaines expériences particulièrement concluantes : l'augmentation de poids, la croissance, l'état général, l'époque de la première station assise, celle du premier pas, la pousse des dents, avaient été soigneusement notés pour deux groupes de bébés dont l'un était nourri au lait évaporé et l'autre au lait ou au biberon.

Les résultats obtenus avec le lait évaporé égalaient ceux du groupe nourri au sein et au biberon, dans le cas des enfants normaux. En ce qui concerne les enfants débiles ou prématurés, l'alimentation au lait évaporé a donné des résultats sensiblement meilleurs. Ceci paraît résulter, tout au moins partiellement, du fait qu'il est possible d'employer un lait évaporé d'un degré de concentration supérieur à celui d'un lait normal, en raison de sa meilleure assimilation. Dans d'autres cas, il a été établi que ce lait est si aisément digéré qu'il devient inutile d'adjoindre au régime l'alimentation complémentaire classique administrée sous forme d'huile de foie de morue en vue de prévenir le rachitisme.

De même dans certains cas de sténose du pylore, il est essentiel que le régime alimentaire comporte un grand nombre de calories, tout en demeurant aisément assimilable et sans cailler dans l'estomac. Dans certains cas, le lait évaporé, mélangé à du lait humain ou à de l'eau représente le régime de choix. Des résultats satisfaisants ont également été enregistrés avec l'emploi du lait évaporé dans certains cas de spasmes du pylore, ceci pour des raisons analogues. D'autres recherches ont établi que le processus d'homogénéisation du lait de vache en lait évaporé dote sa protéine et sa graisse de qualités physiques identiques à celles que possèdent la protéine et la graisse du lait humain. C'est précisément la tenue de ces produits qui rend le plus souvent l'alimentation infantile artificielle si délicate.

C'est cet ensemble de faits, résultant d'observations cliniques nombreuses et répétées, qui a contribué à mettre en lumière aux yeux des pédiâtres de tous les pays que, tant par ses propriétés physiques que par certaines modifications apportées à sa composition chimique, le lait évaporé non sucré constitue l'aliment de choix qui, à défaut de lait maternel, répond le mieux à toutes les conditions de l'idiosyncrasie alimentaire des nourrissons.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE AU MINISTÈRE DE LA GUERRE

J'ai accompagné, le 23 septembre 1932, une délégation de l'Association Corporative des étudiants en médecine auprès de M. le directeur du cabinet du Ministre de la Guerre pour lui exprimer les doléances des étudiants qui n'ont pas été nommés élèves-officiers de réserve du Service de Santé. 245 candidats seulement viennent d'être nommés à ce titre au lieu des 500 promus les années précédentes. « Mesure d'économie budgétaire », nous a déclaré avec force M. le Directeur ! — « Victimes de M. Germain-Martin ! ai-je répondu ; dans de telles conditions, pourrait-on charger des fonctions de médecin auxiliaire les candidats malheureux jusqu'au jour où ils pourront en passer l'examen, soit cinq mois après leur arrivée au corps ? ai-je demandé par la suite, attendu qu'il a fallu la note $\frac{14,80}{20}$ pour être reçu. » Quoi qu'il en soit, on nous a promis d'étudier les mesures de compensation qui seront prises en faveur des victimes des compressions budgétaires, afin de leur tenir compte de l'effort fourni pour suivre les cours de la P. M. S.

MAURICE MORDAGNE.

INFORMATIONS

(SUITE)

MARINE MARCHANDE. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Bordeaux le 29 octobre 1932.

S'inscrire auprès du directeur de l'inscription maritime à Bordeaux.

CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE (3-5 octobre 1932). — La séance d'ouverture du Congrès français de gynécologie sera présidée par M. le professeur S. Recasens, professeur de Clinique gynécologique, doyen de la Faculté de médecine de Madrid. Elle aura lieu à 14 h., à la Faculté de médecine.]

VIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE STOMATOLOGIE. — Le VIIe Congrès français de stomatologie se réunira à la Faculté de médecine de Paris (petit amphithéâtre) le lundi 3 octobre, à 10 h. 30, sous la présidence d'honneur de M. Edouard Herriot, président du Conseil, ministre des Affaires Etrangères.

Les rapports présentés sont : 1° *Les ostéites non spécifiques du maxillaire supérieur*, par les docteurs Cadenat et Vilenski ; 2° *Les mycoses cervico-faciales*, par le docteur Dechaume.

Composition du bureau : docteur Bozo, président ; docteurs Bercher et Cadenat, vice-présidents ; docteur A. Lattès, secrétaire général ; docteur Dufieux, secrétaire général adjoint ; docteur Boutroux, trésorier.

DÉMONSTRATIONS. — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot (de Berck) fera le vendredi 7 octobre, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2, dans sa Clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstrations techniques avec présentation de malades et de sujets guéris.

1° Réduction de plusieurs luxations congénitales de la hanche.

2° Le traitement des tuberculoses des os, articulations, ganglions (adénites, abcès froids, tumeurs blanches, fistules, mal de Pott, coxalgie, orchi-épididymites, etc.). Supériorité des méthodes conservatrices avec injections modificatrices et ponctions sur les méthodes sanglantes.

3° Pièces et documents originaux sur la rénovation de la pathologie de la hanche par les travaux français d'après-guerre.

4° Pied bot et autres affections orthopédiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
RACHITISME AFFECTIONS HÉPATIQUES ASTHÉNIE ETC
DRAGÉES DE
CHLORURE DE MAGNESIUM
ADRIAN
LE MEILLEUR PRÉVENTIF DES NÉOPLASMES
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE. PARIS (3e)

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

INTERNAT EN MÉDECINE DES ASILES DE LA SEINE. — Un concours s'ouvre annuellement pour huit à dix places d'internes dans les Asiles de la Seine. Avantages : traitement et indemnités diverses (800 à 1.000 fr. par mois), logement, nourriture. Débouchés : médecins des Asiles, clinicat des maladies mentales, médecin assistant à l'hôpital Henri-Rousselle, etc.

Les épreuves comprennent une composition écrite d'anatomie et de physiologie du système nerveux et trois épreuves de pathologie : compositions écrites de pathologie interne et externe, question orale d'urgence.

MM. Masquin, chef de clinique, et O. Trelles, interne à l'hôpital Henri-Rousselle, traiteront à partir du 15 octobre les questions d'anatomie et de physiologie du système nerveux.

En ce qui concerne la préparation aux épreuves de pathologie, les candidats sont invités à les poursuivre dans les conférences organisées pour l'internat des hôpitaux.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — M. le docteur Despin a été nommé stomatologiste titulaire à l'hôpital-hospice des Enfants, en remplacement de M. le docteur Delguel, atteint par la limite d'âge.

— Toulon. — Le lundi 14 novembre 1932, à 8 h., il sera ouvert un concours pour la nomination d'un médecin chef du laboratoire de biologie médicale des hôpitaux-hospices de Toulon.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hôpitaux-hospices civils de Toulon.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Un décret fixe ainsi les cadres du personnel du service sanitaire maritime :

L'article 1er du décret du 15 octobre 1926 est modifié comme suit :

« Les cadres du personnel du service sanitaire maritime se composent de : 5 emplois de directeurs de circonscriptions ; 2 emplois d'agents principaux (médecins); 9 emplois de médecins de la santé ; 14 emplois de capitaines ; 13 emplois de lieutenants ; 2 emplois de mécaniciens ; 4 emplois de gardes principaux ; 30 emplois de gardes ; 1 emploi de patron marinier ; 11 emplois de mariniers.

Ces emplois sont répartis entre les diverses circonscriptions suivant les besoins du service, par décisions ministérielles. »

Cette nouvelle répartition sera effective à compter du 1er janvier 1933.

GUERRE. — (Active.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Worms et Paitre (du Val-de-Grâce), Lemoine (Tunis), Gruié (Saint-Etienne).

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Malard (La Rochelle), Touzet (Saint-Brieuc), Bloch (Colmar), Delahousse (Marseille), Truchetet (Dijon), Jacques (19e C. A.), Badie (camp de Châlons).

Au grade de médecin commandant. — MM. Adelus (18e rég.), Férot (Le Mans), Morel (Reims), Souges (Casablanca), Pintard (Tunis), Martinet (Paris), Faure (Clermont-Ferrand), Guibert (Montpellier), Lazerges (Riom), Testas (Caen), Dupuy (Pau).

— M. Costedoat, médecin commandant, professeur agrégé au Val-de-Grâce, est désigné pour accomplir un stage d'un an à l'Ecole supérieure de guerre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM les docteurs Hubert Chaufour, électro-radiologiste adjoint des hôpitaux de Paris, chef des services radiologiques de l'hôpital Saint-Joseph, décédé à l'âge de 46 ans à Arc-en-Barrois, victime du devoir professionnel ; Henri

Blanc (de Douai) ; sir Ronald Ross, l'éminent directeur de l'Institut et de l'hôpital des maladies tropicales à Londres. Son nom restera indissolublement lié à l'histoire de la lutte contre le paludisme. Il avait reçu en 1902 le prix Nobel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UNE NOUVELLE CIRCULAIRE DE MONZIE

A la suite des protestations soulevées par la circulaire sur l'admission des élèves aux classes de sixième et de cinquième (1), M. de Monzie, ministre de l'Education nationale, vient d'adresser aux recteurs une nouvelle circulaire dont voici quelques passages :

« ...Préoccupé de substituer un essai de sélection à l'admission en cohue des précédentes rentrées, il ne me déplaît pas de mettre à profit les indications de l'expérience ou le concours des grandes associations de maîtres, de médecins, de pères de famille qui me fut, dans cette période, libéralement accordé.

Certificat médical. — Je réponds d'abord à la critique suscitée par l'exigence d'un certificat médical. Cette exigence a été inspirée tout à la fois par la volonté d'assurer une scolarité normale et le souci d'appliquer l'article 79 de l'arrêté du 18 août 1893, modifié par l'arrêté du 1er février 1924, et qui tend à éloigner de l'école tout enfant atteint d'une maladie contagieuse.

Informé des difficultés d'interprétation auxquelles donnait lieu la référence aux médecins assermentés par qui devait être établi ce certificat, je vous écrivais, le 7 juillet :

« J'approuve la suggestion qui a été faite d'accepter les certificats médicaux, qu'ils soient délivrés par le médecin du lycée ou du collège, par un médecin assermenté, par un médecin de l'état civil, par un médecin inspecteur des écoles dans les villes qui ont organisé les inspections scolaires, ou par les médecins des offices publics d'hygiène sociale. »

Tout en confirmant ce texte du 7 juillet, j'ajoute, après avoir consulté la Confédération des syndicats médicaux français, une mise au point technique destinée dans ma pensée tant à rassurer les susceptibilités des familles qu'à apaiser les scrupules professionnels.

L'entrée en classe de sixième reste subordonnée à un examen médical. Les parents devront joindre à la demande d'admission soit un certificat médical établi comme il est prévu dans la circulaire du 7 juillet, soit un certificat donné par le médecin de famille. Ce dernier certificat répondra expressément aux questions ci-après :

— L'audition est-elle normale ?

(Epreuve de la voix haute qui doit être entendue à un minimum de 5 mètres, et de la voix chuchotée, à un minimum de 0 m. 75.)

— La vision est-elle normale ?

(A l'échelle d'acuité visuelle établie pour trois ou cinq mètres.)

— L'enfant présente-t-il des signes cliniques de tuberculose évolutive, pulmonaire, osseuse, ganglionnaire, ou autre ?

Le certificat établi par le médecin de famille devra être remis sous pli fermé au médecin du lycée, qui convoquera, s'il y a lieu, l'élève à examiner.

J'aurais pu me croire dispensé de compléter sur ce point la circulaire du 21 juin, en raison du nombre infime d'élèves écartés de la sixième pour des motifs physiologiques et médicaux, mais il m'a paru nécessaire d'adapter mes recommandations à toutes les nobles inquiétudes des parents... »

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 76, p. 1386. — M. MORDAGNE. Les infirmes seront-ils exclus des études classiques? Le doctorat en médecine subira-t-il une nouvelle atteinte?

UNE ENQUÊTE SUR LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

La Confédération des Syndicats médicaux a eu l'idée judicieuse de faire, sur cette réforme, une enquête auprès des professeurs des Facultés et Ecoles de médecine. D'une façon générale, les résultats concordent avec les conclusions adoptées par les groupements médicaux.

Il en est ainsi, en particulier, pour le baccalauréat latin-grec, A, qui se trouve avoir réuni à la fois d'abord l'unanimité du corps médical, puis dans cette enquête, le plus grand nombre de suffrages, 130. D'autre part, 119 proposent que l'étudiant ait le choix entre le latin-grec et le latin-sciences, A'.

On peut donc dire que l'ensemble du corps enseignant considère les humanités comme indispensables pour les études médicales.

Il y a bien 69 suffrages qui se sont égarés dans des combinaisons plus ou moins heureuses entre A, A' et B, ou bien qui défendent le principe de la liberté absolue du baccalauréat ; mais la diversité même des idées émises leur enlève toute portée pratique.

Ce qui est important, c'est de pouvoir constater que les études classiques l'emportent haut la main : si certains, même, ne s'étaient pas laissé impressionner par les arguments inexacts que n'ont cessé de répandre les opposants aux humanités, certainement le latin-grec aurait réuni un nombre de suffrages encore plus élevé. Et on ne saurait trop souligner l'importance de la manifestation en corps des agrégés de Lyon qui, à l'unanimité moins deux voix, se sont prononcés pour son obligation.

Ainsi donc, il apparaît bien que le corps médical doit demeurer ferme sur la position qu'il a adoptée : elle a d'ailleurs été sanctionnée par la Commission du Sénat qui a introduit à nouveau le baccalauréat latin-grec dans la loi Armbruster.

En fait, il n'est pas discutable que les études qu'il comporte soient la meilleure préparation à la médecine et surtout à sa partie la plus essentielle, la clinique ; on objecte qu'il représente une difficulté : c'est possible, mais c'est une raison de plus pour l'exiger.

Si, dans une profession quelconque, il y a pénurie de personnes pour l'exercer, on conçoit très bien que des facilités momentanées puissent être accordées pour permettre un recrutement suffisant. Mais, en est-il ainsi dans la Médecine ? Evidemment non, puisque, avec les promotions de ces dernières années, nous allons à grands pas vers un nombre de praticiens qui sera presque le double du chiffre actuel. Que fait-on d'ordinaire lorsque, dans une profession, se produit une telle pléthore ? Partout on en profite pour sélectionner. Il n'y aurait donc que pour la médecine qu'on laisserait la porte ouverte à tout venant ?

A. HERPIN.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS
HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

L'ÉRYSIPÈLE PENDANT LES TROIS PREMIERS MOIS DE LA VIE [1]

Par P. NOBÉCOURT,

Professeur de Clinique médicale des enfants à la Faculté de médecine de Paris.

Je voudrais vous raconter aujourd'hui l'histoire du petit malade que je vous ai montré, il y a trois semaines environ, à la salle Husson.

René a un père bien portant ; sa mère est de santé délicate ; elle aurait présenté une adénite tuberculeuse ; elle tousse fréquemment ; cependant la radiographie du thorax ne montre rien de particulier. Pendant la gestation, elle a été opérée de l'appendicite et aurait présenté quelques hémorragies.

René est né un peu avant terme, le 3 mai 1932. Au moment de l'accouchement, sa mère avait, depuis quelques jours, un érysipèle de la face. L'accouchement est normal. L'enfant pèse 3 kg. 400.

Jusqu'à 15 jours, il est au sein maternel ; ensuite, il reçoit du lait condensé.

Il pousse mal. A 2 jours, apparaît du pemphigus sur la face, du coryza, de l'ictère. Le pemphigus persiste et s'étend. Une conjonctivite double se développe.

René nous est amené le 21 mai. Il est âgé de 18 jours.

Il mesure 53 cm. et pèse 3 kg. 500. Sa température est de 37°6-37°1. On voit de nombreux éléments de pemphigus, notamment sur le cuir chevelu, le dos, dans l'aisselle gauche, sur la face antérieure du bras droit. Les selles sont bonnes.

Le 22 mai, la température s'élève à 39°4, le matin, 39°6, le soir, le lendemain, elle se maintient à 39°1-39°.

Le 22, on constate l'apparition sur la face d'une plaque rouge qui s'étend. Le 23, deuxième jour, il existe plusieurs plaques rouges sur la face : une sur le front, une sur la joue gauche, en avant de l'oreille, une sur le nez, qui revêt la forme d'un papillon.

Chaque plaque est bien limitée ; ses bords sont polycycliques ; sa couleur est rouge vif ; la peau n'est pas chaude ; la palpation provoque peut-être de la douleur, mais l'enfant crie lorsqu'on l'examine.

On ne constate pas de bourrelet saillant, sauf pour la plaque du front.

Somme toute, ce sont les caractères d'un *érysipèle erratique*.

Par ailleurs, l'examen reste négatif.

Le 24 mai, troisième jour de la maladie, la température du matin est de 39°1. L'enfant est abattu, ne réagit que faiblement.

L'érysipèle est étendu à toute la face et à la partie antérieure du cuir chevelu ; il commence à pâlir au centre ; l'oreille gauche est rouge, très œdématiée ; les paupières gauches sont tuméfiées.

L'abdomen est tendu, météorisé, peut-être douloureux ; nous pensons à la possibilité d'une péritonite.

Le foie, la rate sont normaux. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

L'enfant refuse ses biberons.

Dans l'après-midi, la température n'est que de 38°8. Vers dix-neuf heures, l'enfant meurt en quelques minutes, sans présenter de convulsions.

Le 26 mai, le Dr Pretet pratique l'autopsie. Le cadavre est en état de putréfaction avancée.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une sérosité grisâtre, visqueuse ; on trouve le même liquide dans le péritoine et le petit bassin.

Le foie est gros, rouge foncé ; il pèse 167 gr. La rate est molle ; elle pèse 11 gr. Les reins, les capsules surrénales, le péricarde, le cœur, les poumons ne présentent rien de particulier.

Des examens bactériologiques sont pratiqués. La culture du sang prélevé seize heures après la mort par ponction du cœur donne, à l'état de pureté, de très nombreux streptocoques. La sérosité péritonéale, examinée sur frottis, contient quelques rares leucocytes et des streptocoques très abondants, en chaînettes de 6 à 20 éléments. Dans le foie, on trouve quelques streptocoques ; dans la rate, ces microbes sont très abondants.

Le streptocoque isolé du sang du cœur noircit la gélose-sang, mais ne donne pas d'hémolyse complète avec décoloration ; il est donc sans action marquée sur l'hémoglobine.

* * *

L'ÉRYSIPÈLE est une maladie de tous les âges ; on le rencontre aussi bien chez les adultes que chez les enfants.

On l'observe dans la petite, la moyenne et la grande enfances. Mais il présente des caractères différents chez des enfants de moins de 3 mois et chez ceux de plus de 3 mois.

Je désire aujourd'hui étudier l'ÉRYSIPÈLE DU NOUVEAU-NÉ ET DU NOURRISSON DE MOINS DE 3 MOIS.

Le *nouveau-né* est, pour la plupart des auteurs, l'enfant depuis la naissance jusqu'à l'achèvement de la chute du cordon ombilical, c'est-à-dire jusqu'à 7 ou 8 jours, ou encore jusqu'à la formation de la cicatrice ombilicale, qui s'effectue vers le quinzième jour.

Mais, pour d'autres auteurs, cette période est plus longue : pour Depaul, elle se termine à 20 jours, pour Porak à un mois, pour quelques-uns à 3 mois ; c'est la période de transition, d'adaptation du bébé à la vie extra-utérine ; celle-ci ne se fait que peu à peu.

Pour l'étiologie de l'érysipèle, la cicatrisation de l'ombilic clôt une période importante ; jusque-là, en effet, les streptocoques peuvent facilement pénétrer dans l'organisme par la plaie ombilicale ; il s'agit alors de l'érysipèle à point de départ ombilical.

En ce qui concerne les modalités symptomatiques et évolutives de l'érysipèle, il n'y a pas, quel que soit son siège, de différence essentielle depuis la naissance jusqu'à 3 mois. Il en est d'ailleurs ainsi pour la plupart des maladies et des affections. Il est donc légitime de réunir dans une même étude l'érysipèle du nouveau-né et du nourrisson de moins de 3 mois.

(1) Leçon du 11 juin 1932.

L'érysipèle du jeune nourrisson a été connu d'Hippocrate. Mais la DESCRIPTION CLINIQUE n'a guère été précisée qu'au XIXe siècle par Billard, Bouchut et surtout Trousseau.

Le *siège initial* de l'érysipèle diffère suivant les malades. On le voit apparaître dans la région de l'ombilic, avant sa cicatrisation, à la face, en divers points des téguments.

L'érysipèle se traduit par des symptômes locaux et des symptômes généraux.

Voyons tout d'abord les *symptômes locaux*.

Le type est l'*érysipèle à point de départ ombilical*. La description donnée par Trousseau est classique.

Il débute assez loin de l'ombilic, au-dessus du pubis. On voit apparaître une plaque rouge vif, à contours plus ou moins nets ; son extension est rapide. Il s'étend tout d'abord sur les régions inférieures du corps ; le deuxième jour, il atteint le bas-ventre, le scrotum ou la vulve, et bientôt les cuisses, les jambes et les pieds. Alors commence l'extension vers les régions supérieures ; il envahit la région sus-ombilicale, le thorax, les membres supérieurs, quelquefois même la face.

Pendant qu'il s'étend à des régions nouvelles, l'érysipèle s'éteint sur celles qui ont été les premières atteintes ; il reparaît à nouveau, sur ces mêmes régions : c'est un *érysipèle ambulant, serpigineux*.

Quelquefois l'érysipèle suit une marche inverse ; il est d'abord ascendant, puis descendant.

La plaque érysipélateuse présente quelques caractères particuliers. En comparaison avec l'érysipèle classique, qu'on observe chez des sujets ayant dépassé 3 mois, la plaque est d'un rouge moins vif, un peu violacé, la tuméfaction moindre, la peau plus dure, le tissu cellulaire sous-cutané plus empâté, le bourrelet peu visible et appréciable seulement au toucher.

L'œdème est plus ou moins important. Assez souvent, on constate un œdème blanc au niveau de l'abdomen, des organes génitaux, des membres inférieurs. Il n'y a pas de rougeur érysipélateuse ; et c'est tout au plus si un examen attentif fait découvrir, en un ou plusieurs points, un petit liseré rosé, polycyclique, qui est la signature de l'érysipèle. Cet œdème fait penser, au premier abord, à un œdème rénal.

Assez souvent, on voit quelques petites taches ecchymotiques, lenticulaires ou linéaires.

La pression même légère des parties atteintes provoque des cris ; ils révèlent que les plaques sont douloureuses.

Dans certains cas, apparaissent plusieurs plaques qui deviennent confluentes ; on parle alors d'*érysipèle erratique*.

L'érysipèle peut aussi siéger à la *face ;* tel est le cas de notre malade. Il débute par l'angle interne de l'œil, les narines, une commissure labiale ou derrière l'oreille. Son extension est rapide ; il envahit la face d'un côté, puis de l'autre, le cuir chevelu, les joues. La plaque est rouge vif, luisante, chaude, plus ou moins saillante, limitée par un bourrelet, douloureuse ; les paupières sont gonflées.

L'érysipèle, qui siège en diverses parties du corps, a pour point de départ une bulle vaccinale, une érosion, une bulle de pemphigus, etc...

Pour vous donner une idée plus précise de ces érysipèles, voici une observation personnelle, qui a été publiée, en 1899, dans la thèse de M. Alexis Chevé, sur l'*érysipèle des enfants nouveau-nés et à la mamelle.*

Marie est née le 1er janvier 1898. Elle entre à l'hospice des Enfants assistés, dans le service du Prof. Hutinel, le 11 février 1898. Elle est atteinte du muguet et d'une affection gastro-intestinale légère ; elle pèse 3 kg. 250. Elle est apyrétique. Au niveau des fesses, on trouve de l'érythème.

Le 4 mars, Marie a alors 2 mois, la température monte à 38°4 le matin, à 39°5 le soir ; il y a de la diarrhée ; on trouve un petit abcès de la fesse droite.

Le 5 et le 6 mars, la température reste élevée et atteint, le soir, 40°.

Le 7 mars, quatrième jour de la fièvre, la température est de 39°7-39°9. On constate, le matin, un érysipèle étendu à toute la fesse et à la moitié de la cuisse droite ; le bourrelet est net.

Le soir, l'érysipèle a gagné la jambe droite, la fesse gauche, la vulve.

Le 8 mars, la température est de 38°2-39°2, l'érysipèle s'est étendu à la région lombaire droite.

Le 9 mars, la température est de 39°-38°6, l'état est stationnaire.

Le 10 mars, septième jour de la fièvre, quatrième jour de l'érysipèle, celui-ci s'atténue sur les parties qui ont été atteintes les premières, la température reste encore élevée, 39°-38°6.

Les jours suivants, la température baisse graduellement, l'érysipèle s'efface. Le 16 mars, il a disparu.

Les 17 et 18 mars, apparaît un érythème morbiliforme et ortié sur tout le corps, dû aux injections de sérum.

Marie a en effet été traitée par des injections de sérum antistreptococcique de Marmorek ; du 8 au 12 mars, elle a reçu au total 58 cc. de sérum.

L'enfant guérit.

Les *symptômes généraux* sont très variés.

Assez souvent, la température, pendant deux, trois ou quatre jours, reste normale ou ne dépasse pas 38° ; puis elle s'élève graduellement ou brusquement jusqu'à 40°. Alors la mort peut survenir rapidement, ou bien la fièvre persiste avec le type continu ou le type rémittent. Quelques heures avant la mort, on observe souvent une chute brusque de la température à 37° ou au-dessous.

Dans d'autres cas, la température reste à 38°-38°5. Parfois elle est normale. Parfois il se produit de l'hypothermie pouvant atteindre 34°.

Il n'y a pas de relation entre la courbe thermique et la gravité de la maladie. Il faut, pour expliquer les modalités de la température, tenir compte de l'état de l'enfant, de sa vigueur ou de sa débilité, du mode d'allaitement naturel ou artificiel.

Le pouls est généralement petit et très rapide.

Au début, l'enfant est agité, pousse des cris ; puis bientôt ses forces se dépriment.

L'enfant a de l'anorexie, des nausées, des vomissements, souvent une diarrhée fétide.

Les urines peuvent contenir des petites quantités d'albumine.

A l'examen du sang, on constate un nombre normal ou diminué d'hématies, une augmentation plus ou moins forte, mais inconstante, des leucocytes, qui peuvent atteindre 20 à 30.000, une légère polynucléose.

Le tableau clinique peut être différent. Il existe des FORMES CLINIQUES.

Il y a des *formes légères ;* elles sont rares et se rencontrent dans les érysipèles autres que l'érysipèle ombilical.

Il y a des *formes sévères* entraînant la mort dans le collapsus, en deux, trois, sept jours.

Rarement l'érysipèle *se prolonge,* comme chez un malade de Trousseau, qui n'est mort qu'au bout de vingt-trois jours.

La guérison de l'érysipèle ombilical est rare ; les autres localisations guérissent plus souvent. Souvent alors l'enfant s'athrepsie.

Voici quelques *statistiques* qui établissent la proportion des cas qui guérissent.

M. Chevé, sur 12 érysipèles, note 3 guérisons, soit 25 0/0.

MM. Hutinel et Darré, en 1909, dans *Les maladies des enfants,* sur 14 érysipèles soignés pendant le premier mois, ont 4 guérisons, soit 28,5 0/0. Parmi ces cas, il y a 8 érysipèles de l'ombilic avec 2 guérisons, 5 érysipèles de la face avec une guérison et un seul érysipèle vaccinal qui guérit.

M. Léon Delhomme, en 1914, dans sa thèse de Paris, sur *L'érysipèle du nouveau-né,* rapporte la statistique de la Clinique Tarnier au cours de douze années, de 1901 à 1912. Tous les enfants sont âgés de moins d'un mois. Sur 38 cas, il y a 4 guérisons, soit 10,5 0/0.

Si nous réunissons ces statistiques, nous relevons la mortalité suivante :

D'après MM. Hutinel et Darré, 71,4 0/0 ;
D'après M. Alexis Chevé, 75 0/0 ;
D'après M. Delhomme, 89,4 0/0.

Au total, pour 66 érysipèles, il y a 53 décès, soit une mortalité de 80,3 0/0.

Cette gravité s'oppose à la bénignité bien connue de l'érysipèle chez les enfants de plus de 3 mois.

Pendant l'évolution de l'érysipèle peuvent survenir des COMPLICATIONS.

L'*abcès* est une complication assez fréquente, notamment dans l'érysipèle ombilical. Tantôt c'est un abcès localisé, qui se constitue rapidement, en deux ou trois jours. Tantôt, et le plus souvent, ce sont des abcès multiples, qui peuvent se reproduire pendant quatre à six semaines, sans provoquer de fièvre.

Le pronostic des abcès est relativement favorable. Trousseau, Bouchut, en 1857, Frédet, en 1874, et d'autres ont insisté sur la curabilité des abcès même étendus. On a pensé que la suppuration arrêtait l'évolution de l'érysipèle et comparé son action à celle des abcès de fixation. Cette interprétation mériterait d'être discutée ; il est aussi vraisemblable d'admettre que l'abcès se produit parce que la virulence du streptocoque s'atténue.

La *gangrène* apparaît surtout au niveau des grandes lèvres et du scrotum ; elle peut siéger partout et survient plus ou moins tôt, pendant les huit premiers jours de la maladie. Les phénomènes généraux sont sévères, la gravité est très grande. Elle est presque toujours mortelle ; mais elle peut guérir. Voici un exemple de guérison.

M. Josef Friedjung, dans *Archiv für Kinderheilkunde* de 1898, rapporte le cas d'un nouveau-né atteint d'un érysipèle à l'âge de 7 jours. L'érysipèle se généralise ; il se produit une gangrène étendue du scrotum et des abcès. Le malade est guéri au bout de deux mois.

La *péritonite* est fréquente. Dans l'érysipèle ombilical, elle survient, d'après Lorain, dans 10 cas sur 40 ; elle est due alors à la phlébite de la veine ombilicale. Elle apparaît également dans les autres localisations, dans l'érysipèle de la face par exemple, comme chez André.

Souvent, la péritonite reste occulte et n'est découverte qu'à l'autopsie.

Dans d'autres cas, elle se révèle par un syndrome clinique. Les symptômes se manifestent vers le cinquième jour : ce sont des vomissements répétés, verts, porracés, un ventre ballonné, douloureux, tendu, contracturé, sur lequel se dessinent des veines sous-cutanées dilatées. La mort survient très rapidement, souvent en vingt-quatre heures.

L'*ictère* se voit surtout dans les érysipèles à point de départ ombilical. Il est dû à une hépatite infectieuse par phlébite de la veine ombilicale. Il est généralement précoce.

Les *broncho-pneumonies* ont été étudiées notamment par M. Wibault, en 1901. Elles sont dues soit à la septicémie streptococcique, soit à une infection à pneumocoques. Elles restent souvent ignorées. Quelquefois elles se révèlent par de la dyspnée, de la toux, par la constatation de quelques râles ronflants et sibilants ou de petits foyers de râles sous-crépitants.

On peut observer d'autres complications, la *pleurésie* et la *péricardite purulentes,* la *thrombo-phlébite des sinus cérébraux.* Ce sont généralement des découvertes d'autopsie.

MM. Lesné et Françon ont relaté à la *Société de pédiâtrie de Paris,* le 11 juin 1912, deux observations d'érysipèle compliqué d'*insuffisance surrénale.*

Le premier malade est un enfant de 15 jours, qui pèse 3 kg. 200. Il est atteint d'un érysipèle périombilical, qui s'étend au dos, aux cuisses, s'accompagne d'une température très élevée, à 40°, de diarrhée verte, d'excitation. Le cinquième jour, la température tombe brusquement à 37°, puis à 36°, sans qu'on remarque d'amélioration ; l'érysipèle persiste et prend une teinte livide, violacée. L'enfant est dans un état d'asthénie accentuée, vomit à toutes les prises de liquide, a de la diarrhée verte. Le septième jour, s'installe le coma et l'algidité, la température tombe à 35°6 et l'enfant meurt.

Le second malade est une fille de 16 jours, qui pèse 2 kg. 900. Elle est atteinte d'un érysipèle périvulvaire, qui s'étend, en même temps qu'apparaissent d'autres plaques; c'est un érysipèle erratique. La température est élevée, à 39°. Le quatrième jour, surviennent des vomissements, de la diarrhée verte, de la rétractation du ventre ; la température descend à 35°5-36°. Le sixième jour, l'enfant est dans le coma et meurt.

A l'autopsie de ces deux malades, on ne trouve pas de lésions appréciables, sauf une « hémorragie massive des deux capsules surrénales, ayant détruit la totalité de la substance médullaire et presque toute la corticale réduite à une membrane très mince ».

Les complications sont, pour la plupart des cas, le résultat d'une *septicémie streptococcique*.

Cette septicémie est fréquente avant 3 mois, tandis qu'elle est rare après cet âge.

Somme toute, l'érysipèle avant trois mois est caractérisé par l'extension de la plaque qui envahit tout le corps et par la fréquence des streptococcémies.

***

L'étude des LÉSIONS complète les données de la clinique et donne l'explication des caractères particuliers de l'érysipèle des nouveau-nés et des jeunes nourrissons.

Les lésions de la *peau* sont surtout particulières dans l'*érysipèle à point de départ ombilical*. Comme l'a montré Achalme, elles présentent deux caractères importants.

Le premier est l'absence presque complète de réactions histologiques. L'épiderme est intact, les couches superficielles du derme sont peu modifiées ; c'est seulement dans les couches profondes du derme et surtout dans le tissu sous-cutané qu'on constate quelques modifications : les espaces interstitiels sont élargis, infiltrés par de la sérosité albumineuse ; il n'y a pas de leucocytes, pas de réaction des cellules fixes du tissu conjonctif. Les lymphatiques contiennent peu de leucocytes. Les ganglions sont petits.

Le second caractère est l'abondance des streptocoques dans le tissu sous-cutané, tandis qu'ils sont rares dans la profondeur du derme et manquent au niveau des corps papillaires.

Dans le tissu sous-cutané, les streptocoques forment des traînées et des amas volumineux, bourrant les travées conjonctives ; ils sont amassés dans les gaines lymphatiques des vaisseaux sanguins, mais ne pénètrent que rarement dans l'intérieur de ceux-ci.

Les troncs lymphatiques sont remplis de streptocoques. Dans leurs parois, ils infiltrent surtout la tunique externe ; la paroi est envahie de dehors en dedans.

Dans les érysipèles autres que l'érysipèle de l'ombilic, les lésions occupent le derme et accessoirement le tissu sous-cutané ; il y a de l'infiltration par de la sérosité, mais en outre de nombreux leucocytes polynucléaires et des phagocytes. Dans le derme les streptocoques sont nombreux et disposés autour des vaisseaux sanguins.

Ces lésions sont celles que l'on rencontre chez les enfants de plus de 3 mois. En réalité, chez les très jeunes nourrissons, les lésions se rapprochent plus ou moins de celles qu'on observe dans l'érysipèle ombilical.

Au niveau des *viscères*, les lésions plus ou moins importantes et étendues sont celles qu'on rencontre dans les septicémies.

Il y a des *streptocoques* partout.

Somme toute, on remarque qu'il n'y a aucun obstacle à la pullulation des streptocoques, que ces derniers envahissent les voies lymphatiques, puis le sang, et réalisent facilement une septicémie.

Le facteur pathogénique réside dans le peu d'activité des réactions de défense chez les nouveau-nés et les bébés de moins de 3 mois.

Intervient, en outre, dans certaines circonstances étiologiques, la virulence particulière des streptocoques.

Etudions maintenant l'ÉTIOLOGIE.

L'érysipèle est une infection de la peau par le streptocoque.

Chez les nouveau-nés l'érysipèle est généralement causé par le streptocoque de l'infection puerpérale de la mère.

Les relations entre l'infection puerpérale et l'érysipèle du nouveau-né ont été démontrées par Trousseau, Lorain, Hervieux, Meynet, Maurice Raynaud, etc.

Cette notion a été confirmée par les recherches bactériologiques de Winckel, de Doyen et surtout de Fernand Widal, en 1889.

Dans les maternités, la fréquence de l'érysipèle a diminué en même temps que la fréquence de l'infection puerpérale à streptocoques.

La *contagion* peut être réalisée de plusieurs façons.

La contagion peut être intra-utérine.

Lorsqu'une mère est atteinte d'une septicémie strepcococcique, on observe quelquefois une septicémie streptococcique du fœtus ; celle-ci n'est pas constante et, en tout cas, ne cause pas d'érysipèle. Lorsque la mère a un érysipèle, elle avorte ou accouche prématurément dans 27 0/0 des cas seulement, d'après MM. Hutinel et Darré ; le fœtus n'a pas d'érysipèle, même si la mère accouche en plein érysipèle. On peut conclure avec MM. Hutinel et Darré : « Les documents que nous possédons actuellement sont insuffisants pour établir l'existence d'un érysipèle congénital ».

La *contagion pendant l'accouchement* est très rare.

La *contagion après la naissance* est la modalité habituelle. Généralement il s'agit d'une contagion indirecte ou médiate, par les mains, les instruments, les objets de pansement ou de toilette, etc...

Le plus souvent, le streptocoque pénètre par la plaie de l'ombilic ; mais il peut pénétrer également par les plaies et les excoriations de la peau ou des muqueuses, au niveau des lèvres, des conjonctives, du nez, de l'anus, ou encore au niveau d'une pustule de vaccin.

L'*érysipèle de la mère* est rarement contagieux pour l'enfant.

Le professeur Henri Roger écrit à ce sujet, en 1902, dans *Les maladies infectieuses* : « L'érysipèle de la mère ne semble pas bien redoutable pour l'enfant. Les nouveau-nés, qui étaient à terme, ont tous survécu et se sont fort bien développés. Un seul contracta la maladie. Né le 29 mai d'une femme atteinte depuis cinq jours d'un érysipèle de la face et allaité par sa mère, il fut pris le 4 juin d'un érysipèle de la joue. La température monta à 38°5 ; elle se maintint au même chiffre le jour suivant, puis elle retomba à 37°, tandis que l'érysipèle rétrocédait rapidement. Cette évolution favorable et bénigne est tout à fait exceptionnelle, comme on sait, chez le nouveau-né. On peut donc se demander si le lait maternel ne contenait pas des substances qui ont conféré à ce nourrisson une immunité relative, suffisante en tout cas pour lui avoir permis de résister à une infection presque toujours mortelle à cet âge. »

MM. Hutinel et Darré relatent un cas analogue. « Un enfant né à terme et bien constitué, qui était allaité par sa mère atteinte d'érysipèle, fit un érysipèle localisé à la face qui guérit en quelques jours. »

MM. Lesné et Françon insistent également sur la rareté de la contagion de l'érysipèle. Dans un service d'érysipélateux, « une seule fois, écrivent-ils, un enfant d'un mois fut contaminé par sa mère... ».

Chez les nouveau-nés et les nourrissons, l'érysipèle peut être causé par une infection streptococcique non puerpérale.

Quant à l'auto-infection, qui joue un grand rôle dans l'étiologie de l'érysipèle des grands enfants et des adultes, on ne sait rien de précis à son sujet pour le nouveau-né et le jeune nourrisson.

***

Je ne m'arrêterai pas sur la PROPHYLAXIE. Elle dérive de l'étiologie. Il faut éviter les contacts directs ou indirects de la mère atteinte d'une infection puerpérale avec son enfant.

Je dirai seulement quelques mots sur *l'allaitement par la mère atteinte d'érysipèle*.

Le professeur Roger constate que cet allaitement ne cause aucun trouble à l'enfant et que la contagion peut être évitée. M. Lechat, en 1912, dans une thèse de Bordeaux, M. Delhomme arrivent à la même conclusion. Je pense moi-même que la mère peut allaiter son enfant, mais qu'il convient de prendre les précautions nécessaires pour éviter une contagion toujours possible.

Par contre, pour MM. Hutinel et Darré, il faut donner à l'enfant une nourrice ou « séparer la mère de l'enfant pendant que la plaque érysipélateuse est en évolution ; l'enfant pourra ensuite reprendre le sein ».

Des TRAITEMENTS nombreux ont été proposés.

On continue l'allaitement maternel.

Si le nourrisson est à l'alimentation artificielle, on modifie le régime en tenant compte des troubles digestifs ; au besoin, on le met passagèrement à l'eau sucrée.

Pour le *traitement local*, on a conseillé des applications d'onguent napolitain, des badigeonnages de la plaque avec de la teinture d'iode dédoublée, avec une solution de collargol à 1 pour 100. M. Lesné préfère une solution d'acide picrique à 5 pour 1.000. J'emploie une solution de bleu de méthylène à 5 pour 100, traitement que j'ai préconisé pour l'érysipèle de la face à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, le 19 novembre 1915. M. Raoul Labbé et Mme de Larmina ont conseillé, à la *Société de Thérapeutique*, le 8 décembre 1920, les badigeonnages larges de la plaque, toutes les quatre heures, jour et nuit, avec une solution aqueuse de nitrate d'argent à 4 p. 100.

D'autres médecins prescrivent des compresses tièdes imbibées, soit de liquides émollients, tels que l'eau de guimauve, l'eau de sureau, soit de solutions antiseptiques, eau boriquée, sublimé à 4 pour 100, etc.

M. Montel (de Saïgon), puis M. Boisserie-Lacroix, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* du 25 janvier, préconisent les pansements imbibés de sérum antistreptococcique chaud.

On a aussi employé les pulvérisations d'éther sublimé à 1 p. 100, suivant la méthode de Talamon.

En réalité, tous ces traitements locaux se valent. Ils peuvent calmer la douleur et atténuer l'inflammation, mais ils ne paraissent pas avoir d'influence appréciable sur le processus infectieux lui-même.

Le *traitement général* comprend, tout d'abord, comme dans les autres maladies infectieuses, la balnéation.

On prescrit, s'il y a de la fièvre, des bains tièdes, s'il y a de l'hypothermie, des bains chauds.

En outre, on donne de l'extrait surrénal ou de l'adrénaline, on injecte du camphre, des solutions physiologiques de chlorure de sodium et de glycose, dans la mesure où le permet l'état de la peau.

Le sérum antistreptococcique a été employé par Charrin et Roger, en 1893 ; avec un sérum préparé par eux, ils ont obtenu la guérison d'un nouveau-né atteint d'érysipèle de la face.

En 1899, dans sa thèse, M. Chevé rapporte que, sur 12 érysipèles du nouveau-né, 3 ont guéri, dont 2 traités avec le sérum de Marmorek ; un des malades guéris est celui dont j'ai raconté l'histoire tout à l'heure.

Dix ans plus tard, en 1909, MM. Hutinel et Darré écrivent : « Aux Enfants Assistés, nous avons injecté du sérum antistreptococcique à plus de 30 enfants ; 2 seulement ont guéri, les autres sont morts et, chez quelques-uns d'entre eux, la maladie a été plutôt aggravée qu'atténuée par le fait de l'injection »... Ils conseillent toutefois d'injecter du sérum, dans les cas graves, à la dose de 10 à 20 cc. chez le nouveau-né, de 30 à 40 cc. après un an ; la dose peut être renouvelée au bout de trois ou quatre jours.

Il semble que le sérum n'a pas jusqu'ici donné de résultats très favorables.

Les injections de bouillons de Delbet, ou Propidon, ont été préconisées par MM. Boidin et Tierny, dans une communication à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, le 11 février 1921.

Des bébés, pesant de 2 kgs 500 à 3 kgs, âgés de moins de 30 jours, ont reçu tous les deux jours une in-

jection, à la dose de 1 cc. puis d'un cc. et demi, trois injections au plus.

Sur 12 érysipèles traités, 7 ont guéri. Parmi ces bébés, 8 avaient des érysipèles de l'ombilic, dont 3 ont guéri ; 2 avaient des érysipèles de la face et ont guéri ; 2 avaient des érysipèles vaccinaux et ont guéri.

Sur 12 bébés non traités, 8 érysipèles de l'ombilic et 4 de la face, un seul a guéri de son érysipèle de l'ombilic.

On a encore utilisé l'hémothérapie, réalisée soit par des injections intra-musculaires de sang de convalescents d'érysipèle, suivant la méthode proposée par M. Kaiser, en 1915, soit par la transfusion du sang préconisée par M. L. B. Robertson, en 1924, et par M. Brown, en 1925.

MM. Alexander Schaeffer et Phillip Rottman, dans un mémoire sur *The treatment of erysipeles with blood transfusion*, publié dans *American Journal of Diseases of children* de janvier 1927, rapportent l'observation d'un bébé de 11 jours atteint d'un érysipèle généralisé très grave, traité par la transfusion de sang citraté à raison de 10 cc. par livre ; l'enfant est mort. Mais sur 4 érysipélateux de 1 à 6 mois traités, 1 seul est mort.

Somme toute, ce ne sont pas les traitement de l'érysipèle qui manquent ; mais il est bien difficile de juger de leur efficacité.

***

Revenons à René.

Son observation illustre l'étude de l'érysipèle du nourrisson de moins de 3 mois que je viens de donner.

A 21 jours, un érysipèle de la face débute par une ascension brusque de la température à 39°4. Plusieurs plaques apparaissent, s'étendent, se fusionnent et envahissent toute la face et le cuir chevelu. La fièvre se maintient en plateau, à 39°, l'état général est très affecté. Le troisième jour, la tension et le ballonnement du ventre font penser à une péritonite, la mort survient brusquement. L'autopsie prouve l'existence d'une septicémie à streptocoques et d'une péritonite à streptocoques.

La cause de cet érysipèle paraît être le pemphigus apparu à l'âge de 2 jours et l'érysipèle qu'avait la mère au moment de l'accouchement. L'enfant n'avait pas été séparé de sa mère et avait été allaité par elle.

Retenez de cette leçon les notions suivantes :

1. L'érysipèle du nouveau-né débute, le plus souvent, dans la région sous-ombilicale ; il est dû à l'infection puerpérale à streptocoques de la mère. Il peut débuter sur toutes les régions de la peau, comme chez les enfants plus âgés.

2. Chez les nouveau-nés et les nourrissons jusqu'à 3 mois, l'érysipèle se comporte de la même façon, quelle que soit sa localisation. C'est un érysipèle ambulant, parfois erratique. Il entraîne la septicémie streptococcique et des localisations multiples du streptocoque. Ces caractères sont exceptionnels après 3 mois.

3. La gravité de l'érysipèle avant 3 mois est due à la faiblesse des réactions défensives de l'organisme du jeune bébé.

4. L'érysipèle, qui se comporte différemment avant et après 3 mois, est un exemple des modalités différentes que revêtent certaines maladies infectieuses suivant les périodes de l'enfance.

Sa gravité avant 3 mois prouve l'absence de toute immunité naturelle.

Il est intéressant de comparer l'érysipèle avec la rougeole, dont je vous ai entretenus les 21 et 25 mai. Celle-ci est exceptionnelle avant 3 mois, rare entre 3 et 6 mois, non pas parce que le jeune nourrisson jouit d'une immunité naturelle, mais parce que la mère, qui a eu la rougeole, lui transmet une immunité spécifique, passagère d'ailleurs.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LITHIASE BILIAIRE

Vichy, 19-22 septembre 1932 (1).

PREMIÈRE QUESTION

Les séquelles de la cholécystectomie.

Rapports. — M. John-Victor DONNET (de New-York), dans son rapport sur la **pathogénie des séquelles de la cholécystectomie**, s'appuie sur une étude précise des conséquences physiopathologiques de l'ablation expérimentale de la vésicule biliaire.

Il décrit successivement la dilatation de la voie principale et du moignon du cystique, les conséquences histologiques de cette ectasie et les troubles qui en résultent dans la kinésie des voies biliaires. Ces modifications dans l'excrétion de la bile entraînent, en outre, une imperfection dans le métabolisme des graisses et des substances azotées.

Dans ses recherches personnelles, enfin, l'auteur conclut à une augmentation de la virulence de la flore microbienne intestinale à la suite des cholécystectomies qu'il a pratiquées chez le lapin. S'appuyant sur l'ensemble des travaux qu'il rapporte, l'auteur conclut, au point de vue pratique, que l'ablation de la vésicule biliaire n'est justifiée que dans les cas où une atteinte pathologique en a, au préalable, profondément modifié la fonction.

M. le professeur David WILKIE (d'Edinburgh) étudie les **résultats de la cholécystectomie** d'après sa belle statistique personnelle qui comporte 652 cholécystectomies pratiquées avec une mortalité de 2,4 % et de 0,5 %, pour les 5 dernières années.

Les résultats de l'exploration de la vésicule biliaire sont uniformément bons dans le cas que l'auteur appelle « obstruction cholécystique aiguë ». Quand, au contraire, ce sont les symptômes dyspeptiques sans coliques vésiculaires qui dominent au moment de l'intervention, les résultats sont satisfaisants, mais des troubles de la digestion des graisses persistent dans un certain nombre des cas.

L'auteur rapporte ensuite une série de remarquables observations où la cholécystectomie a amélioré des lésions

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 77, p. 1402.
Association de la Presse médicale française.

toxi-infectieuses à distance d'origine biliaire : myocardite toxique, rhumatisme articulaire, néphrite albuminurique.

MM. A. GOSSET et A. PETIT-DUTAILLIS pensent qu'on a tendance, actuellement, à exagérer l'importance et la gravité des **séquelles de la cholécystectomie**.

Mis à part les troubles liés à des associations morbides (ulcère du duodénum, appendicite chronique, etc...), les symptômes postopératoires, en rapport avec le foie et les voies biliaires (dyspepsie hyposténique, tendance à la diarrhée, douleurs de l'hypocondre droit), sont, non pas des conséquences de l'intervention, mais paraissent liés moins à des adhérences duodénales qu'à des lésions résiduelles du côté du foie, du cholédoque ou du pancréas.

GOSSET et PETIT-DUTAILLIS étudient ensuite, dans le détail, les indications opératoires qui découlent des séquelles sérieuses, à savoir les récidives de colique hépatique, avec ou sans calcul de cholédoque, les fistules biliaires, les périduodénites dont l'importance semble avoir été fort exagérée ; ils dressent enfin un tableau du plus haut intérêt dans lequel les résultats éloignés sont rapprochés des lésions trouvées au cours de l'intervention. Il en ressort que les suites postopératoires sont excellentes dans la plupart des cholécystites calculeuses non suppurées ou suppurées, dans les hydrocholécystites avec calcul enlevé du cystique : elles sont excellentes également, d'après ces auteurs, dans les cas où fut trouvée une vésicule fraise typique, mais pour ce qui est des cholécystites chroniques non lithiasiques, les résultats éloignés apparaissent médiocres là où il n'y avait pas de lésion pariétale importante de la vésicule.

Dans les faits de cet ordre, exclusivement, GOSSET et PETIT-DUTAILLIS trouvent des indications à une cholécystostomie, surtout quand le contenu biliaire paraît contaminé du fait d'éliminations microbiennes secondaires à une infection générale (grippe, érysipèle, staphylococcie).

Pour tous les autres cas, ils maintiennent l'indication exclusive de la cholécystectomie.

M. Gaston GIRAUD (de Montpellier). — **Thérapeutique médicale et Hydrologie.**

Pour le rapporteur, la cholécystectomie peut écarter seulement l'éventualité des complications vésiculaires locales de la lithiase, mais l'opéré conserve le même fonds dyscrasique humoral et surtout une fragilité hépatique, une infection glandulaire latente et une irritabilité du système nerveux végétatif.

Gaston GIRAUD étudie minutieusement les moyens *thérapeutiques* qu'on peut opposer à la persistance de ces phénomènes morbides (diététique, chimiothérapie, physiothérapie, crénothérapie, etc...) et il conclut que la mise en œuvre de ce traitement ne doit pas attendre qu'apparaissent les manifestations postopératoires, elle s'impose dès le lendemain de l'intervention et constitue, de la sorte, le véritable traitement préventif des séquelles de la cholécystectomie.

M. Henri BÉCLÈRE (de Paris) : **Le radiognostic des séquelles de la cholécystectomie.** — La radio combinée à l'injection de lait baryté dilué donne des renseignements souvent très utiles sur la topographie et la cause des fistules biliaires postopératoires. Dans les cas heureux, les rayons X, d'autre part, permettent de révéler la présence de calculs cholédociens oubliés.

Mais la part du radiologue est le plus souvent de préciser la situation et l'importance des adhérences hépato-duodéno-coliques consécutives à la cholécystectomie.

On lit, dans le rapport de BÉCLÈRE, une très précieuse étude sur la configuration normale du duodénum qui permet de juger la valeur séméiologique des modifications apportées par l'intervention dans la forme et dans le fonctionnement du bulbe et des portions suivantes.

Mais le rapporteur s'empresse d'ajouter qu'en dehors des structures serrées du genus supérieur, par exemple, l'examen d'un grand nombre de malades montre qu'il n'y a pas de correspondance entre les signes fonctionnels et les déformations radiologiques observées.

Discussion.

PAVEL (de Bucarest) montre que dans les circonstances exceptionnelles chez l'homme, le moignon du cystique pouvait récupérer son pouvoir concentrateur et contractile.

FEISSLY (de Lausanne) pense que le déficit dans l'assimilation des graisses est moins grand après la cholécystectomie chez l'homme, qu'après la cholécystectomie expérimentale.

FRUMERIE (Suède) insiste sur l'importance des lésions pancréatiques, après la crise de colique hépatique, par l'augmentation du pouvoir diastasique du sang.

KREMER (de Varsovie) indique ses tentatives de déblocage du cholédoque, grâce à des injections rapprochées de morphine et d'eau bidistillée combinée.

VON BERGMANN (de Berlin) est heureux de voir diminuer le rôle pathogénique des adhérences dans les séquelles de la cholécystectomie, au profit des lésions inflammatoires des voies biliaires, et surtout de la pancréatite.

O. PRIBRAM (de Berlin) voit deux causes principales aux séquelles de la cholécystectomie : d'une part, les troubles dans les fonctions du sphincter d'Oddi, et le rôle de l'hépatisme.

Le jeu papillaire est troublé par la suppression du réservoir vésiculaire qu'il règle.

Si les troubles n'éclatent que tardivement, c'est en raison de la nécessité d'un facteur second qui est la réactivation d'une infection latente de la bile.

D'autre part, la persistance des troubles s'explique par ce second fait que beaucoup d'opérés étaient plus atteints d'une inflammation du foie que d'une inflammation du cholécyste.

H. VILLARD (de Lyon) trouve exagérée l'importance donnée aux séquelles de la cholécystectomie. Pour lui, elles sont évitées dans la plupart des cas, grâce à une bonne technique qu'il précise, et surtout à de bonnes indications qui consistent surtout à éviter les interventions en cas de pseudo-lithiase.

Il apporte sur ces points les résultats de son expérience étendue, publiée dans la thèse de son élève DUCLOS.

CUKOR (de Budapest) précise les indications de la cholécystectomie, et insiste sur les nécessités de la collaboration médico-chirurgicale dans leur traitement.

DE MARTEL (de Paris) pense que l'on ne saurait exagérer la difficulté du traitement chirurgical, dans certaines des séquelles de la cholécystectomie (sclérose cicatricielle du cholédoque, en particulier).

BÉRARD et MALLET-GUY font une longue étude physiologique et chirurgicale des séquelles de la cholécystectomie qui doit être lue dans son texte intégral.

Ils montrent que le tubage duodénal en permet l'analyse physiologique. Pratiqué chez des cholécystectomisés bien guéris, il indique le type normal de l'excrétion biliaire : ses caractéristiques (dilatation de la voie principale et microbisme biliaire) sont celles qu'annonce l'expérimentation. Il donne une réponse différente dans les suites pathologiques et affirme alors un syndrome de stase

biliaire correspondant à la dilatation progressive de la voie principale et à l'exaltation de la flore microbienne.

Le traitement préventif de ces troubles, ainsi définis comme la conséquence d'une viciation de l'excrétion biliaire, est réalisé par un choix précis des indications de l'ectomie. Le traitement médical (tubage duodénal et cure hydrominérale) suffit, le plus souvent, à atténuer ces troubles fonctionnels qui ne constituent que de rares indications d'opérations itératives.

Moxo relate une observation où de grands vomissements ont été guéris par l'ablation d'une vésicule non calculeuse.

Lambret (de Lille) estime qu'il est regrettable que, dans ce Congrès, qui a pour objet la lithiase biliaire, on ait étendu la question des séquelles de la cholécystectomie aux cas où on la pratique pour des affections non lithiasiques, car, autant ses résultats sont régulièrement bons dans cette première affection, autant ils sont aléatoires dans les autres.

Dans le cholécyste lithiasique, l'opération donne d'excellents résultats, pourtant, on ne peut pas dire qu'il n'y a jamais de séquelles. Celles-ci sont fausses ou vraies.

Dans les *fausses*, la cholécystectomie n'est pour rien.

1° Elle laisse des lésions résiduelles du foie.

2° De même, elle n'agit pas sur les maladies associées telles que l'appendicite, la ptose gastrique, etc...

Les *vraies* sont graves ou légères. Les graves : lésions du cholédoque, sténoses cholédociennes et pyloriques sont devenues rarissimes avec les progrès de la technique et des indications.

Les légères sont le fait de la suppression du réservoir vésiculaire et de la production d'adhérences.

Les premières durent deux ou trois ans, temps nécessaire pour l'adaptation de l'arbre biliaire à la nouvelle condition de son fonctionnement.

Les secondes disparaissent toujours, elles aussi, avec le temps.

La cholécystectomie est une bonne opération dans la lithiase biliaire, mais après elle, les malades doivent, pendant plusieurs années, suivre un régime et faire des cures régulières à Vichy. Même s'ils ne le font pas, leur situation est transformée par l'opération, et il n'y a aucune comparaison possible avec l'état antérieur ; sans compter la mise à l'abri définitive des complications infectieuses et du cancer.

(A suivre.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire Bouchardat. Trente-septième édition entièrement refondue, par A. Desgrez, professeur de chimie minérale et organique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, et F. Rathery, professeur de clinique thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, Alcan.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. INDICATIONS OPÉRATOIRES[1].

DIAGNOSTIC

Au début, il faut dépister le cancer : c'est assez facile.

Plus tard, il faut surtout préciser les indications opératoires. C'est beaucoup plus difficile, et encore très discuté.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Varie suivant la forme anatomique du cancer.

La forme ulcéreuse. — Diagnostic important et difficile avec :

1. L'ulcération métritique du col : plus douloureuse, moins hémorragique, plus leucorrhéique.

Au toucher, le col est plus ferme que dur.

Il saigne peu ou pas.

Il ne se laisse pas entamer par l'ongle comme le cancer (J.-L. Faure).

Au spéculum, le col est congestionné, ectropié, ulcéré en surface.

La biopsie a le dernier mot.

2. L'ulcération tuberculeuse est rarissime, mais

3. Certains chancres syphilitiques ulcéreux ou hypertrophiques peuvent prêter à confusion, encore qu'ils soient peu hémorragiques.

Retenir la fréquence de la cancérisation des ulcérations du col chez les spécifiques : au niveau du col, la syphilis exerce une action cancérigène aussi importante qu'à la langue et que sur les autres muqueuses à épithélium pavimenteux stratifié (Touraine).

La forme végétante se différencie assez facilement d'un polype fibreux sphacélé qui saigne, mais dont le doigt fait facilement le tour et sent le pédicule s'enfoncer dans le col.

La forme interstitielle est rare. On ne la confondra pas avec un noyau fibromateux isolé, rare, et sur lequel glisse la muqueuse.

La forme endocervicale enfin nécessite le curetage après dilatation du col, ce qui permet d'éliminer après l'examen histologique.

— Le fibrome.
— Le cancer du corps, qui est douloureux.
— La rétention placentaire ancienne.
— La métrite sénile.
— Le polype intracavitaire.

Nous retiendrons donc, dans tous les cas, l'importance capitale de la BIOPSIE.

DIAGNOSTIC D'OPÉRABILITÉ. — Basé sur l'état local, la recherche des métastases ; l'état général.

1. *Etat local.* — On va rechercher l'extension.

— *Au vagin*, dont la muqueuse devient précocement dure et cartonnée, immobile et douloureuse, dans les cancers du museau de tanche paravaginaux : cancer liminaire de Pozzi.

— *Au paramètre.* — Les culs-de-sac latéraux perdent leur souplesse, se tendent entre le col et la paroi.

Le toucher rectal appécie l'induration des ligaments utéro-sacrés dans le Douglas.

Le palper combiné apprécie le facteur essentiel de l'intervention : la MOBILITÉ UTÉRINE.

Mais l'infiltration inflammatoire prête à erreur. De même qu'une adhérence à la vessie ou au rectum peut faire croire opérable un cancer qui ne l'est plus. En effet, l'adhérence à la vessie peut rester absolument silencieuse cliniquement.

C'est la cystoscopie qui la décèle :

— Noyaux du bas-fond opaque.
— Surélèvement et déviation du trigone vésical.
— Œdème bulleux postérieur.

— *L'atteinte rectale* est tardive et douloureuse. Infiltration de la cloison recto-vaginale.

2° *Les métastases.* — Rares : foie, poumons, péritoine. Par contre, l'infection est fréquente. Elle fixe l'utérus, compliquant et aggravant l'intervention.

3° *L'état général.* — Avant tout, déceler une urémie latente : recherche de l'azotémie, constante d'Ambard.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Traité précocement, le cancer du col peut guérir.

Soit chirurgicalement. — Opération de Wertheim : hystérectomie abdominale élargie, avec ou sans extirpation du ganglion lymphatique principal, situé au voisinage du nerf obturateur, sous la veine iliaque externe (Girode-Leveuf).

Soit par irradiation. — Radium intracervical laissé à demeure 5 à 6 jours.

— Télécuriethérapie.
— Surtout radiothérapie profonde.

Soit en combinant les deux méthodes. — Pose de radium intra-abdominal (Schwartz, Proust).

— Curiethérapie préopératoire (Gosset-Monod), puis hystérectomie de sécurité.

— Pour d'autres, curiethérapie préparatoire, l'hystérectomie demeurant l'acte essentiel.

Indications :

Certains cas ne relèvent que des radiations. — Cancers fixés.

— Mobiles, mais avec infiltration du paramètre.

— Malades anémiées, infectées, hypertendues, azotémiques.

D'autres sont uniquement chirurgicaux. — Les épithéliomas radio-résistants : adéno épithéliomes.

— Les échecs d'une curiethérapie antérieure.

— Les cancers compliqués de lésions annexielles inflammatoires.

Ces cas sont d'ailleurs assez peu nombreux.

— Par contre, étant donné un cancer débutant, bien mobile, comment faut-il le traiter ?

— Pour certains, le Wertheim avec Mickulicz (J.-L. Faure) donne une mortalité opératoire faible (4 à 8 %) et permet des guérisons pouvant atteindre 70 à 80 % des cas.

— Pour beaucoup, les radiations, en donnant une mortalité immédiate inférieure, apporteraient des résultats au moins égaux à ceux de la chirurgie pure (Gosset-Béclère).

En résumé, même dans les meilleurs cas (cancer au début, bien mobile, femme résistante), il semble que la chirurgie perde de jour en jour du terrain au profit des radiations.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 78, p. 1433.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS. Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Jury : MM. les docteurs Weissmann, Paraf, qui acceptent; Debray, Boulin, médecins; Sénèque, Leibovici, Welti, chirurgiens; Huet, oto-rhino-laryngologiste; Digonnet, accoucheur, qui accepte.

— Liste alphabétique des candidats au concours de l'internat en médecine :

Mlles Abadi, Abraham, MM. Adle, Aliker, Allilaire, Allos, Amante, Amphoux, Andrianopoulos, Anglade, Antomarchi, Arnous, Arvay, Arviset, Aschkenasy, Aubert, Auclair, Audoux, Auffret, Aussannaire, Austerveil, Avenier, Azoulay,

Mlle Balossini, MM. Barbier, Barcat, Bardery, Bardon, Barouch, Mlle Barré, MM. Barrière, Barry, Basset, Batail (Robert), Mlle Bataille (Jeanne), MM. Baudet, Baudouin, Bauer, Baulande, Bayle, Beauchef (René), Beauchef (Jean), Beaufils, Belletoille, Bellotte, Benassy, Benguigui, Benoist, Béquignon, Béranger, Bernard, Bessil, Bibas, Bigey, Billard, Blanc, Blanchard, Blau, Bœlle, Boissonnet (Pierre), Boissonnet (Jacques), Boivin, Bonamy, Bondoux, Bonhomme, Bonnel, Mlle Bonnenfant, MM. Bonnet (Georges), Boquet (Henri), Boquet (Paul), Borde, Borgida, Boros, Botreau-Roussel, de Botton, Bouchacourt, Boudonnet, Boulard, Bour, Bourdeau, Bouret, Bourgin, Bourré, Boussard, Boussoulade, Boutakof, Bouteau, Boutron, Bouvrain, Bouwens-Van der Boyen, Boyé (Pierre), Boyer (Jean), Braunberger, Brault, Brégeat, Breitel, Bret, Bretton, Bricage, Brinon, Broche, Broutman, Brumpt, Brunhes, Buffard, Burel, Bussière, Buisson.

Cagny (de), Cahuet, Callot, Calvet (Jean), Mme Calvet, née Cauttineau, MM. Camena d'Almeida, Campesco, Camus (Jean), Camus (Pierre), Cante, Capmas, Carniol, Carrez, Mlle Casalis (Annette), MM. Casalis (Gérard), Castany, Cau, Mlle Cauchy, MM. Caudron, Cauvy, Catinat, Mlle Cazamian, MM. Cernéa, Chabert-Ostland (de), Challiol, Chanel, Chapoy, Chareire, Charousset, Chatain, Chaubon, Mlle Cheikh, M. Chenebault, Mlle Chessebeuf, MM. Chevallier, Chevé, Ciaudo, Claisse, Clenet, Cler (René), Cler (Pierre), Cochemé, Cohen-Solal, Coldefy, Combes, Mlle Comby, MM. Copreaux, Corcos, Cordebar, Cormélie, Cornetet, Mlles Coste, Cottin, Cotton, M. Coulombeix, Mlle Courrier, MM. Courtin, Cuverseaux,

Danard, Darras, Dartiguepeyrou, Dassencourt, Dastugue, Daudier, Daum, Daverne, David (Jean), Mlle Debay (Christ), MM. Debidour, Debouvry, Debray (Jean), Dechaume-Moncharmont, Dehouve, Mlle Delaage, MM. Delaître, Delattre, Delord (Pierre), Delort (Joseph), Delzant, Demange, Demartial, Mlle Demtchenko, MM. Dépaillat, Derieux, Dérobert, Mlle Desallais, MM. Déséglise, Desfrançois, Desmonts, Mlle Despax, MM. Desrosiers, Devoucoux, Dezoteux, Dillange, Divet, Domart, Doreau, Dormay, Douay, Doukan, Drain, Dreyfus, Drizard, Dubarry, Dubois (Pierre), Dubos, Du Buit, Ducrox, Duflo (Jacques), Duflos (Léon), Dufour (Emile), Dufour (Jean), Mlle Duméry, MM. Duperrat, Dupuy, Durandy (Maurice), Duriez, Dutheil, Mlle Dutilleux, MM. Duval,

Ebstein, Eckle, El-Khaïm, Epelbaum, Mlle Epstein, MM. Escarré,

Fabre (Albert), Faliu, Falk, Fasquelle, Faugeron, Faulong, Fauvet, Fay, Feldstein, Ferrien (Georges), Mlle Ferrieu (Henriette), MM. Ferval, Feuillet, Filderman, Filhoulaud, Findjain, Mlle Finkelstène, MM. Fleury, Fleys, Flores, Flori, Flourens, Fonteneau, Foret, Forget (Roger), Mme Forget, née Fauver, MM. Fornari, Fortin (René), Fourault, Fournée, Franchel, François (René), François-Dainville, Fréret, Fulconis,

Gaignerot, Galup, Ganière, Gaquière, Garcin, Gaube, Gaumé, Gautier, Gay, Golbert, Genevrier, Genty, Georget, Gérard (Pierre), Gerbeaux, Gerbet, Mlle Ghinssberg, MM. Ghozland, Giaume, Gilbert, Gillet, Gillon, Gillot (Jean), Girard, Giraud (Jean), Giraud (Georges), Giraudoux, Mlle Giret, MM. Gisselbrecht, Glénard, Goby, Goéré, Golse, Gordet, Mlle Gottlieb, MM. Gouget, Goujard, Gourand, Gout, Gourner, Goyer, Graciansky (de), Gras, Gratier, Greene, Grenet (Marcel), Grenet (Pierre), Grépinet, Gresse (Richard), Grèze (André), Mlle Griboval, MM. Gross, Grossiord (André), Grossiord (Gilbert), Grucer, Grupper, Guébel, Guénin, Guéret, Guérin (Jean), Guès, Guichard, Guillemin, Güillon, Guittard, Guny,

Habrekom, Mlle Haguenauer, M. Haguier, Mlle Hahn (Lucie), MM. Hallé, Hamoun, Mlle Hannes (Augustine), MM. Hébert (Pierre), Hébert (Paul), Hector, Mlle Helman, MM. Henry, Herenschmidt, Herlnison, Hertz, Hofman, Horeau, Huchet, Mlle Huguet, MM. Huguier, Husset,

Ichard, Inbona, Israël,

Jacques (Maurice), Jacquot (André), Jaïch, Jamain, Jannette Valen, Mlles Jesensky de Magny, de Jeseny, Jomier, MM. Joseph, Jouanneau, Jouffroy, Joüon.

Kaplan, Karabarboumis, Karcher, Kasatzker, Katz, Kipfer, Kiszelnik, Kolpenitzki, Krug, Kun,

Lacheny, Mlle Ladet, MM. Lafon, Lafourcade, Lagaillarde, Laigle, Lajouanine, Lambert (André), Lambling, Landolt, Lanthier, Laroche, Laumonnier, Laurence, Mlle Lautmann, MM. de Lavedan de Casaubon, Lavergne, Le Beau, Lebel, Lebreton, Le Brun, Lecat, Le Cœur, Leconte (André), Leconte (Maurice), Ledoux-Lebard, Le Duc, Lefebvre (René), Lefebvre (Jacques), Lefer, Le Foll, Mlle Legagneux, MM. Léger (Lucien), Legrand, Legroux, Legry (Pierre), Lemaire, Lemasson, Lepetz, Le Picard, Lepintre, Le Roy (André), Le Roy (François), Leroy (Louis), Leschi, Lesobre, Lespinat, Mme Levachkivitch, M. Lévy (Jean), Mlle Lévy (Gilberte), MM. L'Hirondel, L'Huillier, Lignières (de), Limasset, Lion, Mlle Liphschutz, M. Lobel, Mlle de Loeschnigg, MM. Logeais, Loiseau, Longuet (Yves), Mlles Lorain, Lorsignol, MM. Lortat-Jacob, Losay, Mlle Luneau, M. Luteraam, Mlle Lyon,

MM. Magder, Maillard, Malartic, Malinsky, Mallet, Mande, Marçais, Mlle Marcelot, MM. Marchak, Marcombes, Marcy, Marlin, Marques, Marre, Martel (Jean-Hélène), Martel (Jean-Lucien), Martin (Jean-Ernest), Martin (Marcel), Martin (Noël), Martin (Philippe), Martini (Georges), Martinie (Jacques), Martrou, Maruelle, Masse, Mathey (Pierre), Mathey (Jean), Mathieu, Mathivat, Matinot, Mattern, Maugerest, Maulmont (de), Maurage, Maurice, Maury (Jacques), Maury (Pierre), Maynadier (Paul), Maynadier (Pierre), Mazingarbe, Meillon, Mlle Melon, MM. Menanteau, Ménétrier, Mestier du Bourg (de), Meurin, Meyer (Jean), Meyer (Louis), Meyer (Moïse), Meynard, Meyraud, Michaëlidès, Mignot, Millard, Minc, Mirbeau, Mitrani, Molinéry, Monier (Henri), Monin (Emile), Monnier (Jean), Monsaingeon, Montagne, Monti, Montis (de), Mlle Montrozier, M. Moreau, Mlle Morel, MM. Moreno, Morhange, Morichan-Beauchant, Morin (Paul), Morin (Marcel), Mouchotte (Robert), Mouchotte (Maurice), Moulinier, Mourgues,

Nabert, Nakache, Nardi, Nastorg, Negroanu, Netter, Neumann, Nicaise, Nigaud, Nocton, Nouaille,

Mlle Oehmichen, MM. Offret, Oger, Olivier, Opin, Orinstein, Orsoni, Ortholan, Osenat, Oudin, Ovary,

Paillas, Palangié, Mlle Paley, MM. Parfus, Paris, Parrot, Mlle Patez, MM. Pauchard, Payet, Pêcher, Pellerat, Pellier, Perret (Robert), Perrot (Raoul), Pertus, Mlle Petit (Paule), MM. Petit (Pierre), Petit (Jean), Petresco, Mlles Pévet, Philippe (Madeleine), M. Philippe (Mathieu), Mlle Picard (Suzanne), MM. Picard (Pierre), Picart (René), Picquart (Albert), PPocquart (Antony), Pierra, Pietroni, Pimpaneau, Piraud, Piroux, Piton, Placa, Plas, Pointud, Poisson, Polak, Poncet, Porge, Porret, Pottier, Pouliquen, Prat, Puybaret,

Rabaté, Rabinovici, Rabourdin, Rambert, Mme Rambert, née Brenot, MM. Raphaël, Raulot-Lapointe, Raymond (Roger), Renaud (François), Rendu, Mlle Renié, MM. Reynaud (Lucien), Ribert, Richard (Charles), Richard (Eugène), Ripard, Robert, Robin, de Rocca-Serra, Roche, Rocher, Rogé (Raymond), Mlle Rohlfs, MM. Rohozinski, Rosanoff, Rossier, Rossignol, Rotenstein, Rouchy, Rouvet, Rouvillois, Roux, Rouyer (François), Rouyer (René), Rouzaud, Roy (André-Louis), Roy (André-Henri), Rozée-Belle-Isle, Rudaux, Rymer,

Mlle Sachnine (Anna), MM. Sachnine (Lazare), Sacquepée, Saïe, Saillant, Mlle Sainton, M. Salamon (Jean), Mlle Salembiez, MM. Salleron, Salvanet, Samain, Sarradin, Sarrazin, Sautter, Sauvain, Scemama, Schatz, Scheid, Schneider, Seguin, Mlle Seiffert, MM. Sénéchal, Sérane, Seringe, Sene, Sicard (Pierre), Sifflet, Siguier, Simart, Mlles Simon (Marie), Simon (Antoinette), MM. Simon (Gaston), Simonin, Siraga, Sobieski, Mlle Solente, MM. Soullard, Statlender, Streusand, Suire, Szejdel,

Tallet, Tanret, Taveau, Temerson, Tempier, Terver, Thévenin, Thieffry, Thomas (Henry), Thomas (Ferdinand), Thomeret, Mlle Thueux, MM. Tiffeneau, Tilitcheeff, Tiscandié, Tissot (Jacques), Tissot (Franck), Torrel, Tran Van Con, Trepsat, Tribalet, Trombert, Trotot, Trouvé, Truelle, Turchini, Turlotte,

Ullmann,

Vallancien, Vancostenoble, Vannier (Henri), Varay, Vassor, Vautier, Vélez, Vendryès, Vettier, Viala, Vialard, Vidart, Vignalou, Vildé, Villaret, Vincent (Jean), Vincent (Jules), Vincent (Paul), Vincent (Philippe), Vincent (Pierre-Emile), Vincent (Pierre-Ignace), Vintzel, Vivion,

Wattez, Wimphen, Mlle Wix, MM. Wolfromme, Wolinetz, Mlle Wuest,

MM. Yglésias-y-Betancourt,

Zaepffel, Zarachovitch, Zeiler, Zivy, Zwillinger.

— Concours de l'adjuvat (amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux). — Jury : MM. les docteurs Robineau, juge d'office, récusé par application de l'art. 196 du règlement (parent au 5e degré avec un candidat); Lenormant, professeur désigné par la Faculté de médecine; Basset et Gouverneur, chirurgiens, qui ont accepté; Bernard (Etienne), médecin, qui a accepté.

REVUE GENERALE

LE NEURONE

ÉTUDE HISTOLOGIQUE, PHYSIOLOGIQUE ET PHYSIO-PATHOLOGIQUE [1]

Par M. J.-O. TRELLES,
Interne des Asiles de la Seine.

Physiologie et histopathologie. — Ce n'est qu'artificiellement qu'on peut étudier ces deux chapitres à part. La physiologie et la physiopathologie du neurone découlent de l'exposé histologique ; elles devraient être mêlées à lui et ce n'est que pour mieux schématiser et simplifier les faits qu'on adopte le plan classique.

Il est difficile pour ce qui a trait au neurone d'exposer d'abord la physiologie et après l'histopathologie, on est donc forcé de suivre le chemin inverse et ce pour des raisons didactiques.

Histopathologie. — Ici encore nous étudierons : la cellule ; la fibre.

I. La cellule. — En fait c'est la cellule qui est beaucoup plus étudiée (surtout pour ce qui concerne la psychiatrie) ; ses altérations renseignent sur l'état du neurone en général puisque, ainsi que nous le verrons, toute atteinte du corps cellulaire retentit sur les prolongements ; si l'inverse est vrai c'est dans une certaine mesure seulement.

Quatre chapitres à considérer :

Les modifications fonctionnelles ;
Les processus d'involution ;
Les lésions cellulaires ;
Les processus de régénération.

Modifications fonctionnelles. — Dès que les connaissances histologiques ont été assez poussées, la plupart des auteurs ont cherché dans l'étude de la cellule et dans les modifications morphologiques qu'on y voulait déceler, l'assise organique à certaines fonctions neuroniques. C'est surtout l'étude des neuro-fibrilles et de la substance chromatique qui a été poursuivie. C'est ainsi que la découverte de Nissl redonna un renouveau à l'étude qui a « passionné depuis longtemps nombre d'histologistes dont les efforts tendaient à faire une réalité de ce rêve tant de fois vécu par les dévots de la morphologie pure : retrouver sous les détails multiples et enchevêtrés de la charpente cellulaire l'indication précise d'une fonction biologique » (Lhermitte). On s'est livré à une multitude d'expériences dans ce but. On soumet des animaux à l'action de toxiques déterminés, à la chaleur, à la fatigue, etc., on étudie ensuite l'état des cellules.

En ce qui concerne les corps de Nissl les avis sont partagés. Pour Nissl, Marinesco, il n'y a pas de rapports constants entre le type d'altérations de la substance chromidiale et une fonction donnée. Pour Lugaro les cellules en activité présentent une augmentation de volume du protoplasma et une réduction du volume des corps tigroïdes qui deviennent moins chromatophiles ; chez les chiens après fatigue il y a une chromatolyse centrale. On admet en général que les corps tigroïdes sont un témoin de l'activité cellulaire, peut-être même une substance de réserve.

Quant aux neuro-fibrilles, les études de Cajal et Tello montrent que chez certains animaux (lézards), pendant la période d'hibernation le réseau neuro-fibrillaire se relâche, les neuro-fibrilles sont grosses et en bien moins grand nombre, tandis que pendant la période d'activité estivale, le réseau neuro-fibrillaire se resserre, les mailles augmentent, les neuro-fibrilles deviennent fines et graciles. Ces données contrôlées expérimentalement (en élevant ou abaissant la température au laboratoire) ont permis aux auteurs de conclure que pendant la période léthargique d'inertie, les neuro-fibrilles s'agglomèrent car elles ne servent de support à aucune activité ; dès que l'activité reprend avec l'été le réseau se reforme.

Processus d'involution. — La vie des cellules nerveuses dure autant que la vie, car elles ne se reproduisent point. De la naissance jusque vers 20-25 ans elles grossissent ; elles poussent des dendrites, se chargent peu à peu de pigment. Vers la fin de la vie, elles présentent souvent des signes de sénescence.

Cette involution sénile se traduit par des altérations morphologiques : atrophie et désintégration cytoplasmiques, diminution et déformation des corps thigroïdes, surcharge pigmentaire, abrasion et atrophie des prolongements axo-dendritiques.

Autour de la cellule sénescente il y a une prolifération névroglique qui a pour but d'aboutir à sa désintégration complète, quelquefois par véritable neurophagie (nécrophagie).

Lésions cellulaires. — Le perfectionnement même de la structure cytologique de la cellule nerveuse fait qu'elle est très peu résistante aux agents vulnérants, qu'ils soient inflammatoires, toxiques, trophiques ou traumatiques. Cette labilité extrême fait que quelle que soit la « noxe », la cellule répond par un processus de *dédifférenciation* structurale qui intéresse tous les éléments.

Syndrome de dégénérescence primitive. — C'est un ensemble de lésions à degrés variables qui atteint ou non à la désintégration cellulaire. Ici la lésion frappe primitivement la cellule. C'est ainsi que sur les coupes histologiques on remarque des modifications de la substance chromatique (chromatolyse partielle ou totale ; centrale ou périphérique) ; des modifications de l'appareil neuro-fibrillaire (dislocation du réseau, fragmentation, résorption), des modifications du noyau (excentration, pycnose, caryolyse), phénomènes qui aboutissent ou non — suivant l'intensité de l'agent causal — à la désintégration de la cellule.

Dans certaines affections à virus neurotropes (Maladie de Heine Medine, d'Economo, de Borna, Rage, etc., etc.) on voit au maximum des lésions de neuronophagie (satellitose de quelques auteurs) c'est-à-dire la phagocytose de la cellule par des éléments névrogliques ou histiogènes. On discute pour savoir s'il

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 79, p. 1441.

s'agit là d'une véritable phagocytose des cellules (le virus se fixerait sur la cellule, les éléments névrogliques ou histiogènes viendraient les neutraliser et se livreraient ensuite à une phagocytose active) ou bien plutôt d'une phagocytose passive d'éléments morts (nécrophagie).

2) *Syndrome de dégénérescence secondaire.* — Il existe des dégénérescences secondaires : c'est-à-dire des altérations cellulaires consécutives à des lésions des prolongements (lésions des cellules médullaires chez les amputés. Vulpian, Déjerine). L'arrachement du facial chez le chien amène la dégénération du noyau d'origine. Il s'agit en somme de lésions semblables aux précédentes.

Régénération cellulaire. — Les processus de régénération cellulaire lorsque les lésions sont légères, sont indiscutables (preuves expérimentales, exemples de la pathologie). Mais il n'en est pas moins vrai que ces processus sont très faibles et rares si on les compare avec ceux qui présentent des cellules moins différenciées que la cellule nerveuse. Cette pauvreté des processus de régénération se voit confirmée par le fait que les cellules nerveuses ne présentent pas d'activité proliférative : hyperplasique, métaplasique ou néoplasique (Les tumeurs des cellules nerveuses sont rarissimes : trois cas connus de neuro-ganglio-cytomes, ceux de Lhermitte, de Marinesco, de Bielschowsky).

De ces données on peut tirer quelques conclusions :

L'extrême différenciation cellulaire : la condensation de la chromatine dans le nucléole, l'absence de centrosome — chez l'homme — montrent l'impuissance de la cellule à se multiplier et à se régénérer.

Il en résulte que toutes les acquisitions faites au cours de la vie tiennent, non pas à l'augmentation numérique des neurones, mais à l'extension et à la prolifération dendro-anoxales, à l'augmentation du nombre des synapses. Tandis que chez le vieillard les phénomènes d'involution sont dus à la réduction du nombre de neurones et à l'atrophie des connexions.

II. La fibre. — Deux problèmes à envisager :

La *dégénérescence wallérienne.*

Les *processus de régénération* dont l'étude a été magistralement reprise par Nageotte.

La *dégénérescence wallérienne.*

Waller en 1851, après de multiples travaux, énonça la loi qui porte son nom : « Lorsqu'on sectionne un nerf, la partie centrale persiste ; la *partie périphérique dégénère* ». L'importance de ce phénomène est considérable et la loi de Waller malgré de nombreuses critiques qu'on lui a faites reste encore vraie dans l'ensemble et demeure le plus solide moyen d'étude dans les recherches anatomiques en Neurologie.

Très schématiquement voici les faits :

A l'endroit même de la section ou du traumatisme il y a des lésions aussi bien sur le segment central que sur le périphérique (c'est ce qu'on appelle la *dégénérescence primaire*).

Le segment distal perd sa conductibilité, le cylindraxe se rétracte, puis subit une dégénérescence granulo-graisseuse ; la gaine de myéline se *segmente*, forme des corps ovoïdes qui résorbent les restes de l'axone. Parallèlement, les cellules du syncitium névroglique de Schwan se libèrent, acquièrent des propriétés phagocytaires et se mobilisent pour digérer la myéline et émigrer chargées des déchets.

Vers le quinzième jour la dégénérescence est complète.

Le *processus de régénération.* — Les nerfs sectionnés se régénèrent facilement.

L'axone ne chemine jamais nu, il est toujours précédé, guidé par la gaine de Schwan (Nageotte). Les phénomènes de régénération sont précédés par une prolifération du syncitium de Schwan dans les deux bouts :

Bout central (proximal). Les cellules de Schwan se multiplient, prolifèrent, s'anastomosent, poussent des gaines : à l'intérieur de ces gaines les axones poussent dans la direction du bout distal. A ce moment les axones ne sont pas encore myélinisés et ne possèdent pas de gaine de Schwan propre : c'est un véritable *névrome.*

Bout périphérique (distal). Il y a prolifération également de la gaine de Schwan, des travées s'organisent mais ici elles sont vides : c'est un *gliome* ou plutôt un *névrome aneuritique.*

La prolifération névroglique amène la jonction des deux bouts : un pont se forme qui permet la pénétration des axones dans le bout distal. Peu à peu le nerf se régénère : c'est d'abord un nerf embryonnaire mais l'apparition des gaines de myéline et la disparition des axones surnuméraires terminent le processus.

Considérations générales. Il y a donc un véritable balancement entre le neurite et la gaine de Schwan (un équilibre comparable à celui de l'épithélium et le conjonctif dans les processus de cicatrisation) tous deux forment un complexe histologique en symbiose intime.

C'est le syncitium névroglique qui, en dernière analyse, joue le rôle principal dans les processus de dégénérescence et de régénération. D'où les applications pratiques utilisées en chirurgie nerveuse.

Les nerfs moteurs ou sensitifs régénèrent assez bien. Les nerfs mixtes moins bien, car il se produit des erreurs d'aiguillage dans le cheminement des axones. Au niveau des centres les processus de régénération sont moins précis. Ils sont anarchiques, n'aboutissent pas, probablement parce que les gaines de Schwan y font défaut. Cependant on a vu des processus de régulation assez poussés dans les cordons postérieurs de la moelle (Lhermitte).

On peut opposer la faiblesse ou absence du pouvoir régénérateur de la cellule, à la facilité avec laquelle les nerfs se régénèrent et noter qu'ils sont capables de proliférations métaplasiques : névromes.

Conception physiologique du neurone. — Un système nerveux formé par des unités anatomiques et physiologiques : les neurones, c'est-à-dire par des cellules nerveuses munies de tous leurs prolongements ; neurones ayant entre eux des rapports de contiguïté seulement, telle est la conception de Waldeyer. Cajal et Van Gehuchten l'ont amplifiée et complétée au point

de vue physiologique. La cellule nerveuse, *centre fonctionnel* du neurone, est aussi le *centre trophique* et le *centre histogénétique de cet organite.* Dans leur conception la cellule est l'élément primordial du neurone, les prolongements axo-dendritiques n'ont qu'un rôle de conduction, ce sont de simples vecteurs de l'influx nerveux ; ils se terminent tous par : *des arborisations libres, non anastomosées,* qui ont des rapports de contiguïté avec les terminaisons voisines.

Rôle du corps cellulaire.

1) *Centre histogénétique* prouvé par : un argument embryologique (neurone dérive d'un neuroblaste : d'abord croissance de la cellule, puis prolongements) ; un argument expérimental : section d'une fibre : c'est le bout central (proximal) qui régénère, car la cellule pousse l'axone.

2) *Rôle trophique.*

La cellule est le centre trophique du neurone, on en voit la preuve dans la dégénérescence wallérienne : dès qu'un prolongement est séparé de son centre trophique, il dégénère.

Certains faits de *dégénérescence rétrograde* (c'est-à-dire de dégénérescence du bout proximal-central), ont permis la critique de cette notion. Mais outre qu'ils sont rares, ils se voient dans des conditions particulières et surtout avec dégénérescence secondaire de la cellule elle-même ; il s'ensuit que la dégénérescence rétrograde n'est en somme qu'un aspect particulier de cette loi.

3) *La cellule centre fonctionnel.* Pour Cajal et Van Gehuchten la cellule est essentiellement le centre fonctionnel du neurone. L'influx nerveux est transformé — « élaboré » —, distribué, renforcé par la cellule qui est chargée, de plus, de l'addition et modification des influx. Suivant la forme de la cellule, l'influx serait transformé et adapté aux incitations motrices, sensitives, sensorielles, sécrétoires, psychiques.

Rôle des prolongements : c'est la conduction de l'influx nerveux ; ils forment un appareil de *réception,* de *transmission,* d'*émission.* La conduction de l'influx se fait toujours dans un sens déterminé et suivant des lois :

Loi de la polarisation dynamique (Cajal). — La transmission de l'influx se fait des prolongements dendritiques vers la cellule, de la cellule vers l'axone, autrement dit :

le *courant est cellulipète dans les dendrites ;*
le *courant est cellulifuge dans l'axone.*

Loi de l'épargne du temps et de l'espace (Cajal) : Formulée plus tard, elle complète et restreint la précédente, répond aux critiques de Bethe, Apathy, Durante, etc., et explique des phénomènes paradoxaux tels que les réflexes vaso-moteurs dits « d'axone » (ou « antidromiques » — Bayliss) et les expériences célèbres de Bethe et Steinach.

Cajal a admis que le courant nerveux ne traverse pas nécessairement le corps cellulaire lorsque l'axone naît, comme il arrive fréquemment, par un tronc commun avec un dendrite (cellules des ganglions rachidiens, sympathiques et autres). D'où la formule :

l'influx est *axipète dans les dendrites,*
l'influx est *dendrofuge dans l'axone.*

Partant de ces données, et pour expliquer des processus psychiques tels que l'attention, le sommeil, le rêve, les délires, etc., certains auteurs émirent des hypothèses sur le fonctionnement même des neurones ; elles n'ont plus qu'un intérêt historique. Mathias Duval soutint la théorie de « l'amœboïsme nerveux », les cellules à l'instar du protiste amœbien avaient la faculté de contracter certains prolongements rompant ainsi des circuits, ou d'en créer d'autres en étirant ces mêmes prolongements.

Cajal lui-même pensa que la névroglie pouvait jouer un rôle « isolant », s'interposer entre les synapses, relâcher les fonctions, les favoriser, etc., d'autre part, en contractant leurs insertions vasculaires, les éléments névrogliques pouvaient produire des zones mieux irriguées, d'où activités neuroniques plus grandes.

Objections à la théorie du neurone. — Bien que n'ayant plus qu'un intérêt historique, les critiques que subit la théorie du neurone méritent d'être exposées parce qu'elles ont permis un remaniement, surtout en ce qui concerne le fonctionnement physiologique du neurone.

Apathy montra que chez les hirudinées le réseau neuro-fibrillaire se continue de cellule en cellule. Par ailleurs, Held, Apathy, Durante nièrent l'unité embryologique du neurone : pour eux la fibre est formée par une *chaîne de cellules spéciales* (les neuroblastes segmentaires) qui émigrent dans le mésenchyme et s'anastomosent bout à bout : d'où le nom de *théorie catenaire ;* d'autre part, ils admettent un réseau neuro-fibrillaire intra et péri-nerveux.

Enfin, un argument de physiologie expérimentale fut donné par Bethe et Steinach. Bethe montra par une expérience devenue célèbre que le corps cellulaire chez le crabe n'est pas indispensable à la circulation de l'influx (mais l'expérience, quoique en général admise, n'a jamais pu être reproduite, même par Bethe). Steinach par un procédé élégant a fourni le même argument expérimental, en s'adressant au ganglion dorsal de la grenouille. Enfin Bayliss, Frédéricq ont montré l'existence de réflexes vaso-moteurs d'axone.

Ces arguments : embryologique, histologique et physiologique permirent à Bethe et Apathy de proclamer la ruine de la théorie du neurone et de la remplacer par la *théorie neuro-fibrillaire,* qui eût, elle aussi, son heure de succès ; elle n'était au fond qu'un retour à l'ancienne théorie du réseau diffus de Gerlach.

Dans ces quinze dernières années, un travail de révision s'est fait, d'une part l'expérience de blessures des nerfs pendant la guerre a montré le bien-fondé de la théorie du neurone ; d'autre part on a fait une part plus juste aux observations d'Apathy et Bethe qui portaient chez des êtres situés très bas dans l'échelle zoologique ; enfin la culture de la cellule nerveuse (Harrisson) apporte encore un argument solide à la théorie du neurone.

Position actuelle du problème. — En dernière analyse, c'est donc à la théorie du neurone que l'on revient : elle cadre le mieux avec les faits embryologiques, histologiques et histopathologiques connus. Mais la cellule est bien déchue de sa hiérarchie, on en vient aujourd'hui à ne voir en elle que le centre trophique (*le péricaryone* de Lapicque) et on lui dénie tout rôle dans le fonctionnement nerveux. Le point de mire qui attire l'attention des chercheurs est la pièce de jonction, la synapse de Sherrington ; et l'on édifie actuellement un nouveau chapitre physiologique : *la synaptologie* (C. et O. Vogt). La synapse n'a pu jusqu'ici être étudiée histologiquement, on l'étudie physiologiquement en s'adressant surtout à la synapse neuro-musculaire, comme l'ont fait dans des recherches précises et élégantes : Keith Lucas, Adrien, Lillie.

On a admis de tout temps que les troncs nerveux servent de conducteurs à un fluide d'une qualité spécifique : considéré comme un liquide, un gaz par les philosophes et médecins prégaléniques ; assimilé à des « esprits animaux » par Descartes. Les découvertes de Galvani et Volta firent naître un courant identifiant le « fluide nerveux » — mot commode car il ne préjuge de rien — à l'électricité. Du Bois Raymond donna une assise expérimentale à cette hypothèse, en montrant qu'il se produit un « courant de démarcation », ou « onde négative », toutes les fois qu'on excite un nerf ; ce courant accompagne comme une ombre l'influx nerveux, c'est pourquoi certains physiologistes (particulièrement Lapicque) l'identifient avec l'influx nerveux ; d'autres le considèrent seulement comme un épiphénomène de l'influx, seul saisissable par nos moyens actuels de connaissance. « Expérimentalement tout se passe comme si onde négative et influx nerveux étaient identiques. Jamais ne circule d'onde nerveuse sans que le nerf manifeste de courant d'action et celui-ci, comme celui-là, possèdent la même destinée. Non seulement les excitations chimiques, mécaniques, thermiques, électriques, appliquées directement sur un conducteur nerveux, déchaînent tout ensemble : influx nerveux et courant d'action mesurable, mais les stimuli portés très loin de ces conducteurs, sur les centres eux-mêmes, déterminent le passage de ce courant d'action : toutes ces conditions qui influencent la rapidité ou la force de l'influx affectent de la même manière l'intensité et la vitesse du courant d'action » (Lhermitte). Grâce à l'onde de négativité, (soit-elle l'influx lui-même comme le veut Lapicque, ou simplement un épiphénomène), on a pu étudier de très près l'influx.

Vitesse de l'influx. Dès 1850, Helmholtz, par des expériences d'une finesse remarquable, a pu la mesurer chez la grenouille : elle est de 28 à 30 mts par seconde ; chez l'homme, de 117 à 125 mts (Piper), dans les fibres myéliniques. En fait il n'y a pas de telle différence : elle est due à la différence de température: 3 fois moins grande chez la grenouille. Beaucoup moins grande dans les fibres amyéliniques (8 mts) ; ceci montre le rôle de la myéline dans la conduction.

L'intensité de l'influx est variable suivant la force du stimulus initial, la fréquence de ses répétitions, son rythme, sa nature. *Adrian* a montré que chaque fibre répond par un influx maximum à chaque stimulus suffisamment intense et reste au repos pour chaque stimulus insuffisant (Loi du tout ou rien). La conductibilité de l'influx peut être modifiée par un grand nombre d'influences : teneur du nerf en oxygène ; rapidité ou stase de la circulation ; la compression ; les variations de la température ; certaines substances narcotiques (éther, chloroforme, alcool).

Quant à la nature même de l'influx, certains auteurs admettent : sa nature mécanique, onde de déformation élastique (Sutherland) ; chimique : polarisation de certains ions (Nernst) ; pour d'autres elle ne serait en somme que l'onde négative elle-même, c'est-à-dire un processus électrique (Lapicque) ; d'autres, enfin, pensent qu'il s'agit d'un processus physico-chimique et Lillie a apporté à cette manière de voir un solide argument en construisant un « nerf artificiel » en tous points comparable expérimentalement à la fibre nerveuse. Or l'analyse y a montré un double phénomène : l'un chimique de restauration, l'autre physique, soit un changement de potentiel électrique. Tout comme un fil électrique, la fibre nerveuse transporte l'influx (objectivé par le courant d'action), à partir du point excité dans les deux sens. Or, dans le fonctionnement nerveux, l'influx a toujours une direction univoque (Loi de Cajal). Il se produit donc un blocage quelque part. Où ? Au sein de la cellule, comme le pensait Cajal ? Non, c'est au niveau du tissu de jonction, de la synapse que se passe la fonction nerveuse essentielle (Sherrington). « La cellule n'est que la partie du neurone contenant le noyau avec une accumulation protoplasmique et des réserves pour l'accomplissement des fonctions trophiques auxquelles préside ce noyau ; pour éviter toute confusion, il convient de leur enlever le nom de cellules et de les appeler *péricaryones* » (Lapicque). La synapse est la surface de contact entre deux protoplasmas, l'histologie n'apporte aucune précision sur sa nature ; on peut néanmoins la considérer comme une membrane au sens physiologique, capable de bloquer le courant et de ne laisser passer que dans un seul sens, ainsi s'explique le caractère irréversible (irréciproque, disent les Allemands) de l'influx nerveux ; elle joue probablement un rôle de premier plan dans les phénomènes d'inhibition, de sommation, de facilitation, de fatigue. Par ailleurs de très nombreux faits montrent sa grande sensibilité aux intoxications provoquées : strychnine, chloroforme, alcool, vératrine, curare, etc.

La chronaxie. Dans une série de travaux remarquables (qui ont abouti à une séduisante théorie, solidement étayée), Lapicque a apporté la notion de la chronaxie. Par ce nom il désigne « la vitesse d'excitabilité propre à chaque protoplasma ». Chaque neurone compte le temps avec une unité qui lui est particulière ; l'excitabilité d'une part, l'influx nerveux de l'autre, sont réglés sur cette unité. L'influx passe d'un neurone à l'autre lorsqu'ils ont la même chronaxie (loi de l'isochronisme) et ne passe pas du tout s'il y a une différence chronaxique assez marquée (loi de l'hétérochronisme). La *disjonction chronaxique* se

produit ainsi entre nerf et muscle quand les chronaxies diffèrent dans le rapport de 1 à 2.

Des gammes chronaxiques établissent des voies préférentielles ou même exclusives dans le fonctionnement normal. A côté de la chronaxie de constitution de chaque neurone il y a une chronaxie de subordination, autrement dit, la chronaxie peut être modifiée par tel ou tel des neurones qui lui sont fonctionnellement superposés ; d'où la possibilité d'étudier les modifications, les libérations chronaxiques à l'état pathologique.

La notion de chronaxie n'a pas seulement ouvert de nouveaux horizons sur le fonctionnement nerveux, mais a encore permis à Bourguignon d'établir une nouvelle méthode d'électro-diagnostic dont la finesse et la précision sont actuellement reconnues.

Comme jadis, à la suite de Mathias Duval et l'amiboïsme nerveux, on commence à utiliser la notion de chronaxie en psychopathologie. C'est ainsi que Guiraud, de Morsier pensent que c'est par des disjonctions chronaxiques qu'il faut expliquer le mécanisme de certains troubles mentaux et en particulier « l'Automatisme Mental ».

BIBLIOGRAPHIE

J. SOURY. *Système nerveux central*, 2 vol., 1899.
GOMBAULT. La cellule nerveuse, in *Traité de Cornil et Ranvier*, 1901.
MARINESCO. *La cellule nerveuse*, 2 vol., 1907.
DURANTE. Pathologie générale des conducteurs nerveux (*Revue de Psych.*, 107, p. 275).
ADRIAN et KEITH LUCAS, *La conduction de l'influx nerveux*, 1 vol., 1920.
J. HERRICK. *An introduction to Neurology*, 1 vol., 1931.
TILNEY and RILEY. *The form and functions of central nervous system*, 1 vol., 1921.
J. LHERMITTE. *Les fondements biologiques de la psychologie*, 1 vol., 1925.
POLICARD. *Précis d'histologie physiologique*, 1 vol., 1929.
LAPICQUE. Physiologie générale du système nerveux, in *Nouv. Traité de psychologie*, 1930.
BOUIN. *Traité d'histologie*, t. II, 1932.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1932)

M. LE PRÉSIDENT annonce les décès survenus pendant les vacances : de M. Félix Lejars, membre titulaire ; de MM. Henrijean (de Liége) et Sir Ronald Ross (de Londres), associés étrangers, et de M. Follet (de Rennes), correspondant national.

Notices. — Cette annonce est suivie immédiatement de la lecture de notices nécrologiques.

M. Rouvillois fait un éloge très émouvant de M. *Félix Lejars.*

M. Broc Rousseu consacre une notice à *Bang* (de Copenhague), décédé avant les vacances. Il rappelle ses beaux travaux, notamment sur la fièvre ondulante et sa découverte du B. abortus.

Comment la ville du Havre doit comprendre la lutte contre le rat. — M. LOIR (du Havre) apporte de très curieuses photographies montrant que les rats, ces fléaux du Havre comme de tous les autres ports ne respectent même pas les métaux. Au lieu de « se faire les dents » sur du bois tendre, ils s'attaquent parfois aux tuyaux de plomb. Un tuyau d'eau, un tuyau de gaz, une gaine de fils électriques en plomb, rongés par les rats ont provoqué divers accidents que relate M. Loir.

L'auteur montre combien le très actif service de dératisation du Havre est encore insuffisant. Parmi les mesures qu'il indique, retenons celle-ci :

« En Australie, pour la destruction des lapins, les meilleurs résultats ont été donnés par la sélection sexuelle. Le procédé a été utilisé en Italie et au Jardin zoologique de Manchester, il s'agit d'attirer les rats dans une petite cabane, de tuer les femelles et de relâcher les mâles de façon à ce que ces derniers soient en surnombre au bout d'un certain temps. Alors ils empêchent les femelles de mener à bien leur gestation et la race disparaît. Ce moyen est mis en action depuis quelques semaines au Havre. Les résultats seront longs à obtenir, mais le procédé doit être efficace. »

M. Loir insiste sur la nécessité d'enlever rapidement les ordures ménagères qui attirent les rats.

Il pense en résumé qu'il y a une éducation générale à entreprendre, et en particulier, une campagne d'éducation de la population.

La menace du rat est assez inquiétante pour exiger de telles mesures.

Il faut organiser les journées du rat, œuvre importante de propagande d'hygiène sociale.

Autres communications :

La mortalité par tuberculose pulmonaire chez les ouvriers des houillères du Nord et du Pas-de-Calais. — MM. LECLERCQ, LEGRAND et BREHON.

Les applications limitées de la réflexothérapie. — M. SCHOENGRUN.

Influence de la nature géologique du sol et de la minéralisation des eaux d'alimentation sur la fréquence du cancer chez l'homme. — MM. BETHOUX et BLANCHET.

La mortalité cancéreuse et la teneur en magnésium du sol, des eaux et des aliments usuels dans les trois départements d'Alsace-Lorraine. — MM. SARTORY, MEYER et KELLER.

L'ictère conjonctival et l'appendicite. — M. POENARU CAPLESCO et Mlle GROSSU.

VIIIe CONFÉRENCE DE L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE[1]

La VIIIe Conférence de l'Union s'est tenue en Hollande, du 6 au 9 septembre, avec séance inaugurale et les deux premières séances de travail à La Haye, la troisième à Amsterdam, sous le haut patronage de S. M. la Reine Mère, qui, pour témoigner de son intérêt à la lutte antituberculeuse, qu'elle a toujours protégée dans les Pays-Bas, est venue assister personnellement à la séance d'ouverture, accompagnée du prince consort.

Les Présidents d'honneur étaient : S. Exc. M. Ruys de Beeren Brouck, président du Conseil des ministres, et S. Exc. M. T. I. Verschuur, ministre des Intérêts économiques et du Travail.

La présidence effective avait été donnée au professeur Nolen, un des doyens de la lutte antituberculeuse, succédant au professeur Frölich, d'Oslo, qui présidait la précédente conférence en Norvège.

Le Comité exécutif était présent : le professeur Léon Bernard, Secrétaire général ; le docteur Humbert, Secrétaire général adjoint ; M. E. Mirabaud, Trésorier, et MM. le professeur Calmette, le docteur Hamel, les professeurs Opie et Paolucci ; seul, Sir Robert Philip, l'éminent phtisiologue d'Edimbourg, n'avait pu venir.

La séance d'ouverture a eu lieu dans la Chambre des Seigneurs de Ridderzaal, le vieux château-fort qui date du XIIIe siècle et occupe le centre de Binnenhof. En dehors des allocutions officielles de bienvenue, elle comportait un très intéressant discours du professeur Léon Bernard, qui a remémoré les étapes de l'histoire de la Tuberculose, en rappelant, à propos du cinquantenaire de Robert Koch, célébré cette année même, tout ce que la phtisiologie devait, après Villemin, à ce savant qui avait appliqué les méthodes pasteuriennes à l'étude de la tuberculose ; il a également rappelé tout ce que la thérapeutique devait à Forlamini, l'inventeur du pneumothorax artificiel.

*
* *

La première séance scientifique a été consacrée à l'étude des **Réactions entre l'allergie et l'immunité,** qui faisaient l'objet d'un rapport du professeur Bordet, de l'Institut Pasteur de Bruxelles. Celui-ci, dans son traité de l'Immunité dans les maladies infectieuses, a défini ainsi l'allergie : « un état d'hypersensibilité véritable, de réceptivité considérablement accrue à l'égard des sécrétions microbiennes ».

Par définition, l'*allergie* « est une propriété acquise ». « Le phénomène de Koch, dont Calmette a été l'un des premiers à saisir et à préciser la signification, est précisément la réaction allergique. » Celle-ci est nettement capable d'entraver l'implantation et la résorption des bacilles lors d'une réinfection ; mais il n'est pas prouvé que le mécanisme dont elle dépend intervienne très activement dans la stérilisation des foyers déjà constitués. »

Contrairement à l'anaphylaxie, l'allergie, décelable par la cuti-réaction, n'est pas transmissible passivement par injection dans un organisme neuf du sérum d'un sujet allergique.

Un fait important signalé par Sanarelli et Shwartzman est le phénomène de parallergie (sensibilisation pour une autre infection microbienne — infection de vibrion cholérique et sensibilisation au coli, que Paul Bordet a vérifié pour le B.C.G. et le bacille coli), mais ce phénomène n'explique pas le mécanisme de la réaction allergique dans la cuti ou l'intradermo-réaction ; d'ailleurs, « la barrière créée par l'allergie n'est pas infranchissable », par conséquent l'allergie est différente de l'immunité et ne lui est pas parallèle. Les co-rapporteurs : Aldershoff, Lyle Cummins, Daranyi, R. Debré, Jensen, Kimla, Bruno Lange, Ottolenghi, Wallgren, Charles White, sont arrivés à une opinion qui concorde avec celle de Bordet — l'anaphylaxie n'est pas parallèle à l'immunité et est une propriété différente.

Lyle Cummins rapporte des faits particulièrement intéressants. Une enquête chez les nègres employés dans les mines de l'Afrique du Sud montre que l'incidence de la tuberculose clinique est trois fois plus fréquente chez les sujets qui présentent une cuti-réaction très positive que chez ceux qui en présentent une négative ; par conséquent, on peut en conclure que, dans certaines conditions, une allergie marquée peut être acquise sans qu'il se développe une immunité correspondante. Debré insiste sur le fait que l'enfant inoculé au B.C.G. manifeste l'acquisition d'une forte immunité, tandis que la réaction allergique reste faible et demande pour se produire une forte sollicitation.

Arvid Wallgren a constaté que « les enfants sensibles à la tuberculine ont une résistance plus élevée à l'égard des infections tuberculeuses exogènes nouvelles », mais que du degré de sensibilité à la tuberculine, il est impossible de tirer des conclusions relatives au degré de la résistance spécifique ou de l'hypersensibilité.

William Charles White a observé que l'injection interstitielle de certaines substances extraites du bacille tuberculeux provoque chez certains animaux et dans certains tissus des réactions inflammatoires aiguës, mais qu'elles varient suivant l'espèce animale. La cuti-réaction en effet est intense chez le cobaye, le veau et l'homme, mais manque chez le rat et le lapin ; chez l'animal tuberculeux, ce sont certaines protéines et certaines polysaccharides extraites du bacille qui provoqueraient la fièvre. Il espère donc qu'une étude chimique plus complète des éléments constitutifs du bacille de Koch permettra de neutraliser efficacement certains symptômes et de renforcer l'immunité à la tuberculose.

*
* *

La deuxième séance a été consacrée à l'étude de la **Chrysothérapie**, à laquelle le professeur Sayé, de Barcelone, a consacré un volumineux et très intéressant rapport.

L'auteur a traité 342 malades ; ses statistiques portent sur 211 malades traités à la fois par la sanocrysine et la collapsothérapie pendant une période d'au minimum trois ans et jusqu'à sept ans, et sur 144 cas traités seulement par la sanocrysine.

Il obtient des guérisons apparentes dans une proportion de 55 à 70 % des cas ; il a observé des récidives dans 11 % des cas, et conclut que la chrysothérapie est indiquée dans les conditions suivantes :

Stades précliniques du processus pulmonaire (?) ;

Stade initial des lésions pulmonaires primaires — quelle que soit leur étendue — avant la production des réactions fibreuses de masses caséeuses très épaisses.

— Dans les lésions modérément avancées, l'indication est relative ; dans les lésions évolutives on peut quand même l'employer. Il recommande spécialement son emploi dans la tuberculose infantile.

La chrysothérapie permet, dans la majorité des cas, d'appliquer la collapsothérapie dans de meilleures conditions.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Au point de vue de la posologie, il conseille d'administrer des doses fractionnées de 1 centigramme par kilogr. au maximum, et de répéter cette dose jusqu'à atteindre 8 à 10 grammes.

De nombreuses et fort belles reproductions de radiographies accompagnent ce rapport, montrant des régressions remarquables de foyers tuberculeux, entre autres, plusieurs cicatrisations complètes de cavernes.

Les co-rapporteurs ont, dans l'ensemble, été moins persuadés de l'efficacité de la sanocrysine — c'étaient MM. Burns Amberson, Ameuille, Bocchetti, Burrell, Knud Faber, Jaquerod, Rencki, Schroeder et Valtis.

Burns Amberson, de New-York, rapporte une expérience faite au dispensaire de Detroit (Michigan), portant sur deux groupes de 12 malades à peu près identiques. L'un d'eux fut soumis à la chrysothérapie (dose totale de 6 gr. en moyenne) ; or, on n'a pas observé de guérison ou d'amélioration plus marquées que chez les 12 autres malades qui n'avaient reçu aucun médicament, et chez certains d'entre eux, on a constaté des aggravations qui paraissent en rapport avec les conséquences de l'aurothérapie.

Ameuille, co-rapporteur pour la France, et qui a traité un nombre considérable de malades, tant à l'hôpital qu'en pratique privée, résumant les opinions exprimées dans notre pays, reste très sceptique sur les effets de la chrysothérapie, et se demande si la proportion des améliorations et des guérisons est plus grande chez les malades traités par l'or que chez ceux qui ne le sont pas ; il conclut qu'en dehors du traitement par le pneumothorax artificiel, dont la valeur est établie par des statistiques indiscutables, toutes les autres méthodes thérapeutiques de la tuberculose bénéficient de notre ignorance sur la fréquence des guérisons spontanées.

Bocchetti, de Rome, conclut également que la chrysothérapie est, pour le moment, une méthode accessoire dans le traitement de la tuberculose, avec des indications limitées.

Burrell, de Londres, est du même avis ; il considère que la sanocrysine n'a qu'un rôle limité et qu'elle doit être employée comme traitement auxiliaire.

Knud Faber, de Copenhague, reste très prudent, mais a constaté que la sanocrysine produit dans une plus grande proportion la disparition des bacilles de l'expectoration et augmente la capacité de travail.

Valtis a également obtenu des résultats très encourageants avec l'aurothérapie, mais recommande cependant la plus grande prudence.

Armand Delille, avec Hechtor, a essayé également depuis deux ans la chrysothérapie chez l'enfant. Il a eu aussi des résultats satisfaisants ; en ne dépassant pas la dose de 1 centigramme par kilogr., il a eu des accidents d'érythèmes très légers et pas de néphrite, mais il considère que le traitement doit toujours commencer par le pneumothorax ou la phrénicectomie, et que les sels d'or ne doivent être employés que comme médication complémentaire.

*
**

La troisième séance, qui a eu lieu à Amsterdam, a été consacrée à l'**Assistance post-sanatoriale**, avec le rapport du docteur Vos, médecin-chef du Sanatorium populaire de Hollendoorn (Hollande).

Cet auteur a étudié les malades dont le rétablissement était encore possible, qui travaillaient au sanatorium dans des conditions spéciales de protection (sheltered employment). Il s'agit alors d'assistance temporaire. Pour ceux qui présentent de fortes modifications anatomo-pathologiques ou d'importants troubles fonctionnels (dyspnée, troubles du système cardio-vasculaire), le rétablissement définitif de leur capacité de travail est impossible. Ces malades auront besoin d'une assistance permanente.

Il existe un troisième groupe, constitué de cas graves auxquels aucune méthode de traitement ne saurait rendre leur capacité de travail. Ce groupe est exclu de la discussion.

L'auteur a passé en revue la valeur de la cure de travail telle qu'elle est pratiquée en Hollande et dans différentes stations de rééducation. Il conclut que le problème de l'assistance post-sanatoriale est dominé par la question de savoir quelle est la proportion des malades atteints de tuberculose et incapables de se tirer d'affaire financièrement, qui ont besoin d'être assistés. Ce nombre peut être réduit par suite des progrès de la science médicale, qui permettent de remettre sur pied un nombre de plus en plus élevé de malades qui ont recouvré entièrement et d'une manière permanente leur capacité de travail ; ils sont capables d'une pratique entière de la cure de travail au sanatorium. Pour atteindre ce but, on doit organiser le plus grand nombre possible d'ateliers spéciaux, où les tuberculeux pourront travailler sous la direction de techniciens.

Un certain nombre de malades qui n'ont recouvré qu'une capacité de travail partielle ont besoin d'assistance temporaire. Les ateliers industriels répondent le mieux aux conditions de cette forme d'assistance. Ces ateliers peuvent être associés soit à des sanatoria, soit à des hôpitaux pour tuberculeux.

Aux malades dont la capacité de travail est réduite d'une manière permanente et qui ont besoin d'un contrôle médical constant, on doit recommander l'admission dans une colonie industrielle. La direction de la colonie doit être confiée à un médecin spécialisé en tuberculose, qui travaille en collaboration avec le chef d'industrie.

L'atelier industriel local est le système de choix pour les malades dont la capacité de travail est réduite d'une manière permanente. Toute décision à prendre dans l'intérêt du malade doit dépendre en toutes circonstances et avant tout de l'appréciation du médecin.

Les co-rapporteurs étaient MM. Jules Blanco, Edouard Bresky, Ernst Brieger, Courtois et Olbrechts, Guinard, Nils Heitman, Morelli, Pattison, Stewart et Harley Williams.

L'important rapport de M. Guinard a exposé les essais faits en France, dans quelques sanatoria : à Bligny, Hauteville, Gorbio, Mombran, Ris-Orangis, Franconville, Tronget.

Presque tous les co-rapporteurs concluent à la nécessité de permettre aux tuberculeux valides de pourvoir personnellement à leur subsistance tout en continuant à se soigner, et ils montrent l'utilité de la création d'ateliers de sanatoria ou de véritables sanatoria de travail et, pour le malade guéri : l'adaptation au travail agricole ou horticole.

Cette assistance post-sanatoriale est particulièrement utile pour les malades traités par pneumothorax artificiel, qui sont en grande majorité incapables d'assurer, par leurs propres moyens, l'entretien de la collapsothérapie qui garantit leur stabilisation et leur possibilité de travailler.

A. D.

— Le Congrès s'est terminé par une intéressante visite au Dispensaire antituberculeux d'Amsterdam, sous la direction du docteur Heynsius Van den Berg, et par une réception de la Reine Mère ; enfin, par des excursions dans différentes directions, avec visite de sanatoria et institutions antituberculeuses.

Au cours du Congrès, les délégués et nos congressistes français ont été très cordialement accueillis et se sont rendus à d'aimables invitations de leurs collègues hollandais. Des réceptions spéciales étaient organisées par le Comité des dames.

LIVRES NOUVEAUX

Le pH en dermatologie (1), par Louis SPILLMANN, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, professeur de clinique dermatologique ; Marcel VÉRAIN, chef de laboratoire de la Faculté de médecine de Nancy, et Jacques WEIS, chef de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Nancy.

L'importance de l'étude systématique du déséquilibre acide-base dans les dermatoses n'est plus à démontrer, non plus que l'influence heureuse de la thérapeutique réductrice. Ces notions thérapeutiques jusqu'alors incomprises, sont maintenant sorties du domaine de l'empirisme et peuvent être interprétées selon leur véritable sens.

Ce travail est l'exposé général des recherches des auteurs avec explications de leurs techniques, statistiques, observations, ainsi que de leurs résultats thérapeutiques et leurs essais d'interprétation. Les conclusions de leurs recherches portent sur 116 observations.

Les recherches sur le rôle joué par le dysfonctionnement endocrinien dans la pathogénie des dermatoses ont amené les auteurs à envisager l'influence du déséquilibre acide-base. Ils ont voulu tout d'abord préciser l'existence et la nature du déséquilibre acide-base en suivant ses modifications au cours de l'évolution de la dermatose. Ils ont ensuite exposé l'influence de thérapeutiques variées sur le pH et sur la lésion cutanée. Ils ont surtout voulu situer à sa vraie place le déséquilibre acide-base parmi les troubles divers susceptibles d'être décelés chez les sujets atteints de réactions cutanées.

On conçoit l'intérêt que présente cet ouvrage pour les dermatologistes, pour les biologistes et pour tous les cliniciens.

L. G.

(1) In-8 de 196 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'hygiène des hépatiques (1), par le docteur Roger GLÉNARD.

La deuxième édition de l'*Hygiène des Hépatiques* comporte de tels changements sur la précédente qu'il s'agit presque d'un livre entièrement nouveau.

Le foie occupe une place de plus en plus grande dans nos préoccupations médicales. En dehors des maladies graves de cet organe existent de très nombreux troubles de son fonctionnement, bien exprimés par le terme d'*hépatisme*.

L'auteur, dont la compétence héréditaire et acquise à ce point de vue n'a pas besoin d'être rappelée, en donne une description didactique et concise, telle qu'il n'en existe dans aucune autre publication. Etiologie, symptômes fonctionnels, signes physiques et de laboratoire, évolution, complications y sont exposés d'une façon si claire qu'aucun point n'est laissé dans l'ombre.

L'étude du traitement préventif et curatif occupe la majeure partie de l'ouvrage.

Qu'il s'agisse de régime alimentaire, de gymnastique de chambre, d'hydrothérapie, de sangle ou corset, d'hygiène morale et même de thérapeutique médicamenteuse, tout y est exposé et commenté avec la plus minutieuse précision.

Un dernier chapitre est consacré, comme de juste, à la

(1) In-8 couronne de 316 pages. — Prix : 30 fr. — Paris, l'Expansion scientifique française.

description des tenants et aboutissants de la cure de Vichy, si efficace dans les nombreuses maladies du tube digestif et de la nutrition appartenant au domaine de l'hépatisme.

Ce petit livre, de lecture facile, constitue une véritable mine de renseignements pratiques, pour tous ceux qui, de près ou de loin, ont à se plaindre du mauvais fonctionnement de leur foie. La compétence de l'auteur en pareille matière recommande par ailleurs la lecture et l'étude attentive de cet ouvrage que chacun pourra consulter avec la certitude d'y trouver tous les renseignements qu'il désire.

L. G.

CHRONIQUE

SÉANCE INAUGURALE DU XLIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Le Congrès de chirurgie s'est ouvert lundi à la Faculté de médecine avec la solennité habituelle. Le grand amphithéâtre était comble.

Aux places d'honneur, à côté de M. Justin Godart, ministre de la Santé publique, président d'honneur, on remarquait M. le professeur Pierre Duval, président du congrès; Charlety, recteur de l'Université de Paris ; Charles Walther, président de l'Association française de chirurgie ; le doyen Balthazard, M. Cavalier, directeur de l'enseignement supérieur ; M. Meillère, président de l'Académie de médecine ; les médecins généraux inspecteurs Dopter et Rouvillois, le médecin général de la marine Oudart, le professeur Leriche (de Lyon), vice-président ; MM. Grégoire et Mondor, secrétaire général et secrétaire général adjoint du Congrès.

Dans l'auditoire, on remarque les anciens présidents : Forgue (de Montpellier) ; Bérard et Tixier (de Lyon) ; Lambret (de Lille) ; Hartmann, J.-L. Faure, Gosset, Auvray (de Paris) ; Begouën (de Bordeaux), puis les professeurs Alessandri (de Rome) ; de Quervain (de Berne) ; Daniel, Danielopolu, Jacobovici (Roumanie) ; Robert d'Ernst (de Genève) ; Jean Verhoogen et Léopold Mayer (de Bruxelles) ; Dominguez (de la Havane) ; Léon Imbert (de Marseille) ; Jeanbrau (de Montpellier) ; Michel (de Nancy) ; Lefort (de Lille).

M. Pierre Duval prononce un très remarquable discours d'ouverture. Suivant la coutume, il rend d'abord hommage à la mémoire des collègues disparus, parmi lesquels nos maîtres Ricard et Lejars. Puis il aborde la si grave question de la réforme des études médicales. En grand chirurgien, il étudie plus particulièrement la réforme au point de vue de la formation des chirurgiens. Et avec beaucoup de bon sens, il estime qu'une évolution doit se faire dans cette préparation. A l'anatomie qui reste la base de la chirurgie, à la technique sans cesse perfectionnée, le chirurgien doit maintenant ajouter des connaissances physiologiques extrêmement approfondies, et de plus en plus nécessaires. Et cet ensemble constitue un programme si étendu que le professeur Pierre Duval, contrairement à l'avis exprimé par l'Académie de médecine, mais comme l'avait fait, l'an dernier, M. le professeur Lambret, M. Pierre Duval, dis-je, conclut à la création d'un diplôme spécial de chirurgien.

Le brillant discours de M. Pierre Duval a été fort applaudi.

M. le professeur Grégoire, secrétaire général, lit ensuite son rapport, et retrace avec élégance la vie de l'association pendant l'année qui vient de s'écouler.

M. le Ministre de la Santé publique prononce enfin un important discours. Il montre comment, pendant la guerre ses fonctions l'amenèrent à élaborer avec les chirurgiens le redressement nécessaire du Service de santé. De cette collaboration, le Ministre garde un souvenir profond et plein d'admiration : ... « dès que l'ordre fut établi, le nombre des opérations mutilantes dues aux infections des interventions tardives diminua tout de suite ; 45 % de nos grands mutilés sont des opérés des douze premiers mois de la guerre. Malgré tout, le bilan est lourd, révélant la masse des soins chirurgicaux qu'il a fallu assurer. Nous comptons 93.586 grands mutilés dont, pour ne citer que quelques catégories, 13.843 amputés d'une cuisse, 9.000 amputés d'une jambe, 1.201 désarticulés d'une épaule, 9.045 amputés d'un bras, 3.200 amputés d'un avant-bras.

Si je cite ces chiffres impressionnants et douloureux, c'est pour faire mesurer la dette du pays à l'égard du corps chirurgical français, auquel j'apporte d'abord l'expression de ma reconnaissance pour m'avoir aidé si efficacement durant la guerre... »

Puis M. Justin Godart a déclaré ouvert le 41e Congrès français de chirurgie.

Après une suspension de séance qui a permis aux congressistes de visiter la belle expocition du Congrès, une séance de travail a été consacrée à l'étude de la première question : *chirurgie du cœur, traumatismes exceptés*, dont les rapporteurs étaient MM. Ch. Lenormant et René Leriche.

— Le même soir, M. le président Pierre Duval a offert aux congressistes une magnifique réception, dont il a fait les honneurs avec la plus exquise des bonnes grâces.

Le premier Congrès français de gynécologie. — La Société française de gynécologie a tenu le lundi 3 octobre, dans l'amphithéâtre Vulpian de la Faculté, sa première séance sous la présidence de M. F. Jayle. Le Congrès a été ouvert par le président d'honneur, M. le prof. Recasens, doyen de la Faculté de médecine de Madrid auprès duquel siégeait M. le prof. Balthazard, doyen de la Faculté. MM. les professeurs J.-L. Faure, Guyot, Martin, Villard, Max Aron, Laffont, Favreau, les prof. Guy-Laroche, Jeanneney, Cotte, Binet, et de l'étranger, MM. les prof. Garfarvi (de Bari) ; Sussi (de Gorizia) ; Da Costa Sacadura (de Lisbonne) ; Keiffer (de Bruxelles) ; Horno Alcorta (de Saragosse) ; Kœnig, Hennebert, Aubert, d'Ernst (de Genève) ; Lebhart (de Bâle); Delle Chiagi (de Naples) ; Jarnu (de Prague) ont assisté à l'inauguration ou sont inscrits.

M. le professeur Recasens a fait un tableau fort intéressant de la marche de la gynécologie durant ces dernières cinquante années.

M. Jayle a exposé le but de la société, qui est d'étudier la gynécologie au point de vue médical, chirurgical et physiothérapique et d'individualiser la gynécologie.

Le premier rapport sur *l'hypophyse et ovaire* par MM. Jayle et Hallion a été ensuite exposé et discuté par MM. Keiffer, Max Aron, Violet, Raymond Petit, Douay, Pierra et Guy-Laroche.

Le VIIe Congrès de stomatologie a ouvert ses travaux lundi matin à la Faculté de médecine, sous la présidence d'honneur de M. Raymond Pâtenôtre, sous-secrétaire d'Etat. A ses côtés avaient pris place M. Bozo, président du Congrès ; M. le doyen Balthazard, M. le professeur Roussy, les médecins généraux inspecteurs Rouvillois et Lévi.

Après les discours du ministre, du président, du doyen et du secrétaire général, le Congrès a commencé l'étude de la première question : *les ostéites non spécifiques du maxillaire supérieur*, dont les rapporteurs sont MM. Cadenat et Vilenski.

Le Congrès français d'urologie s'est ouvert mardi à la Faculté de médecine, sous la présidence du Dr Papin, assisté du secrétaire général, notre collègue Pasteau. Après les discours d'usage, le Congrès a abordé l'étude du *Traitement des tumeurs malignes de la vessie*, dont les rapporteurs sont MM. le professeur André et Girardin (de Nancy).

Rappelons que le très important prix Taesch (prix annuel destiné à favoriser les recherches scientifiques) sera décerné pour la troisième fois.

F. L. S.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. (Voir agrégation des Facultés de médecine, tirage des jurys, p. 1495.)

GUERRE. — Liste des candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1932 :

I. *Section de médecine.* — *a.* Candidats à 4 inscriptions : MM. Rouby, Rolland, Binet, Sarrouy, Vallée, Hugounenq, Baylon, Marjou, Morvan, Bathias, Copin, Jacquot, Jaubertie, Charrançon, Romain, Aggéry, Roux, Bideau, Billiotet, Ollivier, Kerneis, Béon, Izac, Gras, Blin, Bordenave, Laurent, Cluzel, Costaz, Masson, Richard, Lagier, Binson, Kerbœuf, Chaix, Bénelli, Bongars de Vaudeleau, Courtial, Naud, Marinkovitch, Guénon, Pellegrino, Chauliac, Cardaire, Chavenon, Sémat, Bouche, de Larebeyrette, Gourvès, Marjou, Bos, Gentile, Vincent, Fouin, Lacave, Nouaille, Monnin, Frèrejean.

b. Candidats P. C. N. : MM. Laval, Galloni, Blanc, Auclert, Benzaken, Marchal, Nétik, Saint-Cyr, Faure, Lorenzi, Reynon, Barrier, Zinat, Tabusse, Gradeler, Mourgues, Richaud, Arnaud.

Une liste complémentaire sera publiée pour remplacer les candidats démissionnaires.

La répartition des candidats admis entre les sections « troupes métropolitaines » et « troupes coloniales » sera effectuée ultérieurement.

II. *Section de pharmacie.* — *a.* Candidat à 4 inscriptions : M. Ardry.

b. Candidat stagiaire : M. Le Lous.

Les élèves admis à la suite du concours de 1932 devront se présenter au médecin général directeur de l'Ecole à Lyon, 18, avenue Berthelot, le 15 octobre 1932, à 8 h.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Le Guillant, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, reçu premier au concours de médecin d'asiles de 1931, est nommé médecin directeur de l'asile public d'aliénés de la Charité (Nièvre), en remplacement de M. le docteur Schutzenberger, appelé à un autre poste.

— Le poste de médecin chef de l'asile public d'aliénés de la Charité-sur-Loire (Nièvre) est vacant par suite du départ de M. le docteur Teulié, mis en disponibilité sur sa demande.

— Un poste de médecin chef à l'asile public autonome d'aliénés d'Armentières (Nord) est vacant, M. le docteur Perret n'ayant pas rejoint ledit poste.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — L'Association a procédé au cours de son assemblée générale à l'élection du vice-président du Congrès de 1933. L'élection a été particulièrement disputée : M. le professeur Cunéo a obtenu 167 voix contre 162 à M. Victor Pauchet. M. Cunéo sera donc vice-président en 1933 et président en 1934.

— L'assemblée a arrêté les questions mises à l'ordre du jour pour le Congrès de 1933, et elle a désigné provisoirement les rapporteurs :

1° *Chirurgie des parathyroïdes.* — MM. Velti (Paris) et Jung (Strasbourg).

2° *Traitement chirurgical des hémorragies foudroyantes gastro-duodénales d'origine ulcéreuse.* — MM. Wilmoth (Paris) et Papin (Bordeaux).

3° *Traitement des fractures de la base du crâne (coup de feu excepté).* — MM. Lenormant ou Paître (Paris) et Wertheimer (Lyon).

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE. — Au cours de son assemblée générale, l'Association a décerné le prix Taesch (7.500 fr.) à M. Gontiadès, interne des hôpitaux de Paris.

CONGRÈS DE CHIRURGIE RÉPARATRICE. — Le IIIe Congrès annuel de la Société de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique s'est ouvert à la Faculté de médecine de Paris vendredi dernier.

Le Congrès était placé sous la présidence du docteur Dartigues et sous la présidence d'honneur de MM. les professeurs Sébileau (de Paris), Eastman Sheehan (de New-York), Ricardo Horno Alcorta (de Saragosse), Corachau (de Barcelone), Manna (de Rome), Jiano (de Bucarest), Burian (de Prague).

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DU RHUMATISME. — Ce Congrès, organisé sous l'égide de la Ligue internationale par la section française de la Ligue contre le rhumatisme, sera tenu à Paris du jeudi 13 au samedi 15 octobre 1932, sous la présidence du professeur Fernand Bezançon.

Programme des travaux. — Les séances auront lieu le matin de 9 h. 30 à midi; l'après-midi de 3 à 6 h.

Jeudi 13 octobre 1932. — A 9 h. 30, séance d'ouverture au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence effective du ministre de la Santé publique. Présentation du premier rapport : *Les symptômes initiaux du rhumatisme chronique.*

Rapporteurs. — Autriche : professeur Maliwa; Belgique : professeur I. Gunzburg; France : MM. Coste et J. Forestier; Hollande : MM. J. Drukker et J. van Breeman; Italie : professeur S. Pisani; Pologne : M. A. Mester; Russie : professeur M. Kontchalovski.

L'après-midi, à 3 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Présentation de photographies et radiographies.

Vendredi 14 octobre. — A 9 h. 30, à l'hôpital Saint-Antoine (service du professeur F. Bezançon et M. Mathieu-Pierre Weil). Présentation de malades à l'amphithéâtre de la clinique.

L'après-midi, à 3 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Présentation du deuxième rapport : *Rhumatisme et tuberculose.*

Rapporteurs. — Autriche : professeur Carl Reitter; Belgique : M. M. Ory; France : professeur Bezançon, M.-P. Weil, Delarue et Oumansky; Hollande : M. J. van Breeman; Italie : professeurs Frugoni et C. Peserico; Russie : professeur Kontchalovski; Suède : M. G. Kahlmeter.

Samedi 15 octobre. — A 9 h. 30, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Présentation et discussion du troisième rapport : *Rhumatisme et profession.*

Rapporteurs. — Hollande : MM. J. van Breeman et H. Tempelaar; Russie : professeur G. Danischewski; Suède : MM. Carl Broberg et G. Kahlmeter.

Réceptions : Le vendredi, à 5 h., réception de la municipalité; le soir, réception par le bureau du Congrès.

Le samedi, à l'Institut George V, banquet.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — M. le docteur Bayet, professeur à l'Université de Bruxelles, est nommé membre honoraire de l'Académie royale de médecine de Belgique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort du docteur Jean Doumer, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lille, correspondant de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de 75 ans.

Nous prions son fils le professeur Ed. Doumer, de la Faculté de Lille, de recevoir l'expression de notre bien vive sympathie.

— Nous avons la tristesse d'annoncer la mort de notre vieil ami M. André Levé, un de nos plus anciens et de nos plus fidèles collaborateurs à l'imprimerie de la rue Cassette fondée autrefois par son père M. Ferdinand Levé.

Il est des amitiés qui valent des parentés. L'affection qui nous liait à André Levé et à ses frères était de celles-là, aussi est-ce très profondément que nous partageons la douleur de sa mère Mme Ferdinand Levé, de ses frères et sœur le général Levé, le colonel Levé et M. et Mme René Roger-Levé, et de tous ses collaborateurs de la Société générale d'imprimerie et d'édition.

F. L. S.

Graham LUSK

(1866-1932)

Graham Lusk, le professeur de physiologie à la Faculté de médecine de l'Université Cornell à New-York, est décédé le 18 juillet dernier. Il venait de subir avec succès une opération chirurgicale qui devait, croyait-il, lui permettre d'entreprendre sans crainte un grand voyage en Europe.

C'est lui qui, le premier en France, a fait connaître les principes fondamentaux concernant le métabolisme basal, dans un article de la *Gazette des Hôpitaux*, du 7-11 février 1922.

Graham Lusk a raconté, dans une conférence faite le 10 décembre 1930 à la Société médicale de Yale, son séjour au célèbre laboratoire de physiologie de Carl von Voit à Munich. Comme épreuve probatoire, il fut chargé d'un travail sur le diabète, il résolut le problème de son mieux, et présenta les résultats au professeur qui rédigea lui-même le mémoire entièrement et le fit paraître dans la revue *Zeitschrift für Biologie* sous le nom de Gr. Lusk au grand étonnement et à la grande joie de celui-ci !

Il puisa dans l'enseignement de l'Institut de Physiologie de Munich cet amour de la recherche qui fit de lui l'un des premiers physiologistes du monde et un expérimentateur d'une habileté remarquable. Entre ses mains, le calorimètre respiratoire a dévoilé bien des secrets de l'assimilation et de la combustion animales. Son cours, dans lequel la chimie physiologique jouait un très grand rôle, était suivi par de nombreux élèves. Les présentations du sujet étaient toujours précédées d'une courte description historique dans laquelle il excellait et qui captivait son auditoire. Graham Lusk a condensé d'une façon magistrale l'état actuel de la science de la nutrition en un volume de 800 pages et 31 chapitres, dont la quatrième édition a paru en 1928 (*The Elements of the Science of Nutrition*).

Bon et accueillant pour tous ceux qui s'adressaient à lui, il a formé une génération de jeunes savants, qui poursuivront son œuvre avec le même enthousiasme : que Mme Lusk et ses enfants trouvent ici l'expression de mes plus vives condoléances.

Dr J.-M. LE GOFF.

RENSEIGNEMENTS

VEUVE DE DOCTEUR, très au courant des termes médicaux, demande travaux de dactylographie, recherches dans les bibliothèques ou place de secrétaire auprès de médecin. Diplômée de l'Ecole de massage de la rue Cujas (massages, gymnastique orthopédique).

PERFORATION DU COLON SIGMOIDE
CONSÉCUTIVE A UN CANCER SOUS-JACENT IGNORÉ, SIMULANT CLINIQUEMENT UN ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE

Par M. DARIAU,
Chirurgien-assistant de l'hospice Paul-Brousse.

Un homme de 80 ans, très robuste en dépit de son âge, est pris brusquement vers deux heures du soir d'un malaise général et de coliques qui l'obligent à s'aliter.

Examiné vers cinq heures, il raconte que depuis deux mois, son intestin fonctionne mal. Il éprouve fréquemment le besoin d'aller à la selle avec une sensation de pesanteur, de plénitude rectale n'aboutissant qu'à l'expulsion de quelques matières peu abondantes. Jamais de glaires ni de sang, jamais de pus.

En réalité, le malade est devenu progressivement un « grand constipé ». Son état général est peu modifié. Il n'a du reste jamais consulté.

A l'inspection, on note une volumineuse hernie inguinale gauche, réductible, non douloureuse, et une cicatrice au niveau du canal inguinal droit. Cette cicatrice est le reliquat d'une intervention pratiquée trois ans plus tôt pour une hernie inguino-scrotale étranglée qui lentement a récidivé.

Le malade qui se plaint continuellement est agité. Il a eu un vomissement d'aspect biliaire. Son pouls est plein et bien frappé, son facies légèrement péritonéal.

L'interrogatoire apprend que vers midi, le sujet a eu une selle, assez difficilement, comme à l'accoutumée ; puis, qu'il est sorti de l'hôpital, et que c'est au cours d'une promenade qu'il a éprouvé dans la fosse iliaque gauche une douleur atroce rapidement généralisée à tout l'abdomen. Cette douleur qui persiste est tellement accusée que le malade ne cesse de crier. Néanmoins, il est intéressant de noter qu'il a pu rentrer à pied à l'hôpital, regagner son pavillon et s'y coucher sans le secours d'aucun aide.

A la palpation, les deux hernies sont molles quoique tendues légèrement. La hernie droite n'est plus réductible ; elle est douloureuse. La percussion à son niveau donne de la matité. La hernie gauche au contraire est indolore, sa réduction s'effectue sans difficulté.

Le ventre est uniformément contracturé. La main qui explore même légèrement exaspère la douleur, surtout vers l'hypochondre gauche, puis dans la fosse iliaque droite au voisinage du collet de la tumeur herniaire. Les extrémités sont un peu refroidies.

Un lavement évacuateur a été rejeté aussitôt sans résultat ; la canule était souillée de sang et de matières malodorantes.

Un peu plus tard, vers huit heures, la contracture pariétale s'exagère. Le sujet a vomi de nouveau abondamment cette fois. Son pouls s'est affaibli. Le facies péritonéal s'est accusé cependant que les plaintes sont devenues continuelles. Sueurs froides, besoin permanent, mais vain d'aller à la selle.

Les coliques sont diffuses mais semblent s'intensifier dans la fosse iliaque gauche. La hernie droite est tendue, son collet très douloureux.

Le toucher rectal prudemment pratiqué ramène un peu de sang et des matières fétides. On ne perçoit aucune striction au niveau de l'ampoule.

Nous posons le diagnostic d'étranglement de la hernie droite, et étant donné l'existence d'une zone particulièrement douloureuse dans l'abdomen, nous faisons l'hypothèse d'une hernie en W avec péritonite de la grande cavité.

Intervention. — Sous anesthésie locale à la novocaïne, la paroi antérieure du canal inguinal est incisée. Nous découvrons un sac herniaire uniformément bronzé, sphacélé par places que nous isolons à la compresse.

L'ouverture du sac donne issue à une grande quantité de matières demi-liquides excessivement fétides. Nous constatons que le sac est vide de viscères et que l'anneau ne lui fait subir aucun étranglement. La cavité en communique largement avec la grande séreuse abdominale et celle-ci déverse à profusion sur le champ opératoire d'abondantes matières.

De toute évidence, notre malade a perforé son tube digestif. Un drain de fort calibre est placé dans l'orifice herniaire. Impuissant, nous arrêtons là notre intervention d'autant plus que l'opéré est à toute extrémité, refroidi et sans pouls. La mort survient trois heures plus tard.

Autopsie. — L'abdomen est rempli de matières liquides. Aucun organe ne s'est engagé dans le sac herniaire droit, et l'examen systématique de tout le tube digestif met en évidence au niveau du sigmoïde une déchirure considérable de la face antérieure de l'intestin.

Un peu au-dessous de cette large brèche commence une tumeur annulaire s'étendant sur quinze centimètres et se propageant dans la direction du rectum.

La masse tumorale obstrue presque complètement la lumière intestinale, mais elle ne présente en aucun point la moindre ulcération; elle est dans son ensemble nettement bourgeonnante et proliférante.

Un prélèvement est pratiqué pour examen histologique. Il s'agit d'un épithélioma cylindrique avec envahissement profond des plans sous-jacents.

Les perforations du côlon sigmoïde au cours de l'évolution d'un cancer rectal sont relativement peu fréquentes. Bensaude les considère même comme tout à fait exceptionnelles.

A l'occasion de l'observation de notre malade, nous avons cependant recherché s'il existait dans la littérature des faits superposables à ceux que nous avions rencontrés. Comme dans le cas qui nous occupe, les perforations, le plus souvent, n'ont été que des trouvailles opératoires ou nécropsiques. Le travail le plus ancien sur la question méritant d'être rappelé est dû à Herschl et Sikora (1880).

Etudiant le mécanisme de la perforation intestinale au cours du cancer du rectum, ces auteurs distinguent deux variétés de perforations :

1° Celles qui siègent au niveau même du cancer et qui sont comme l'aboutissant fatal d'une ulcération néoplasique ;

2° Celles qui siègent à distance de la tumeur sur le trajet des côlons.

Les premières sont des « perforations gangréneuses ». Aux secondes Herschl a donné le nom de « perforations diastatiques ».

C'est à l'étude de ces dernières que nous limiterons notre travail puisque aussi bien elles répondent aux constatations opératoires et nécropsiques que nous venons de rapporter.

Physiologie pathologique. — La cause déterminante de la perforation diastatique doit être recherchée dans l'accumulation des matières et des gaz, créant

une distension de plus en plus accusée des parois du côlon en amont du rétrécissement néoplasique.

Lorsque la distension des parois dépasse la limite physiologique de leur élasticité, il suffit d'un traumatisme léger, d'un effort de toux, d'un effort de défécation, voire d'un mouvement brusque, pour déterminer la rupture. D'une série d'expériences fort ingénieuses, Herschl conclut que la déchirure se produit invariablement dans des conditions anatomiques identiques : le péritoine se déchire le premier, parallèlement à l'axe de l'intestin ; des trois tuniques pariétales il représente certes la moins élastique. C'est ensuite la musculeuse qui cède, en dernier lieu la muqueuse. La déchirure de la musculeuse se fait le plus souvent transversalement.

On conçoit qu'une distension exagérée amène un amincissement considérable des parois intestinales, mais s'il faut en croire Cavaillon et Leclerc, ces parois peuvent être exceptionnellement d'épaisseur normale ou même exagérée au moment de l'accident. Quoi qu'il en soit, elles sont toujours d'une extrême friabilité.

Herschl avait remarqué que les ruptures diastatiques se produisent avec une fréquence toute particulière aux deux extrémités du gros intestin : cœcum, anse sigmoïde.

Physiologiquement, ces deux zones sont celles où les matières s'accumulent et stagnent. Enfin, pour bien des auteurs, le cœcum présenterait une structure histologique propre, le rendant plus fragile que toute autre portion du côlon.

Anatomie pathologique. — La perforation est du type des perforations traumatiques. Ses dimensions sont variables. D'ordinaire, il s'agit d'une large brèche intéressant la moitié de la circonférence de l'intestin et donnant l'impression d'un véritable éclatement : on ne trouve aucune trace d'inflammation à son pourtour, mais seulement comme nous l'avons indiqué un amincissement des parois, et très exceptionnellement une hypertrophie de ces mêmes parois. La cavité abdominale remplie de pus et de matières présente des lésions plus ou moins avancées de péritonite diffuse.

Symptomatologie. — On peut distinguer trois phases dans l'évolution de la perforation.

1° Phénomènes prémonitoires. — Le malade atteint d'un cancer du rectum souvent ignoré accuse depuis quelques mois des troubles de la défécation. Ceux-ci se sont exagérés les derniers jours. La constipation est devenue opiniâtre ; les efforts n'aboutissent qu'à l'expulsion de quelques matières liquides prises souvent pour une diarrhée authentique.

En même temps existent des coliques mal localisées ou plutôt s'étendant à tout l'abdomen. On diagnostique souvent une occlusion intestinale surtout si, comme ce fut le cas pour notre malade, on découvre une hernie quelque peu tendue et douloureuse.

La fosse iliaque gauche est le siège d'une sensation continuelle de plénitude et de gêne.

L'appétit est très diminué, la langue chargée, le ventre déjà légèrement ballonné. La température demeure normale.

2° La perforation. — C'est alors qu'éclatent brusquement d'autres signes si alarmants qu'ils orientent le diagnostic vers « un drame abdominal » nécessitant d'urgence une intervention. Une douleur excessivement vive, en « coup de poignard », se fait sentir dans la fosse iliaque gauche. Rapidement elle se généralise, arrachant des cris au malade, aboutissant parfois à la syncope.

La paroi abdominale est contracturée, dure comme du bois. La zone de matité hépatique est diminuée ou disparue.

On note souvent au niveau de l'anus une émission de matières plus ou moins sanguinolentes. Le toucher rectal révèle la présence de la tumeur, et le doigt revient taché de sang et souillé de matières fétides.

Des vomissements apparaissent bientôt. L'état général s'altère rapidement. Le pouls est plus fréquent et plus faible, la température régulièrement ascendante.

3° Période de réaction péritonéale. — Le facies se plombe ; les traits se tirent, les yeux s'excavent ; les extrémités se refroidissent.

Les vomissements sont continuels et prennent l'aspect porracé. Et la mort survient en quelques heures par péritonite suraiguë généralisée.

Le diagnostic causal est toujours difficile. Il faudrait penser à la possibilité d'une perforation du côlon chez tous les malades atteints de cancer du rectum. Il n'est pas de chirurgien cependant qui n'ait gardé le souvenir de certaines observations où cette affection était notée comme évoluant depuis plusieurs mois sans causer le moindre trouble.

Pratiquement, fort souvent, le cancer responsable n'aura pas été reconnu, le malade n'ayant pas consulté. Quoi qu'il en soit, le traitement, s'il existe, est la laparotomie.

Le péritoine est rempli de matières, et la perforation est si large et ses bords sont tellement friables qu'une suture est rarement réalisable. Est-ce à dire que toute tentative opératoire soit vaine ? Elle pourra exceptionnellement réussir ; ce sera une question de circonstances et d'opportunité, comme d'ailleurs dans la majorité des cas des affections péritonéales. Le meilleur atout résidera dans la précocité de l'intervention.

On rencontrera peut-être une perforation minime, plus exactement une fissure précédant le grand éclatement tout proche et dont la suture sera d'exécution facile, avec un épanchement peu abondant permettant d'espérer un drainage efficace, voire même une guérison après opérations itératives.

BIBLIOGRAPHIE

Anschütz. Uber den Verlauf des Ileus bei Darmkarzinom und lolzalem Meteorismus des Caecums bei kiefsidzendem Dickdarmverschluss. *Archiv. f. Kli. Chirurg.*, 1902, p. 195.

Auger. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1872.

Bommver. A propos du cancer du rectum, *Nord Med.*, 1903, p. 198.

CABOT. Carcinome du rectum. Perforation du côlon sigmoïde. *New England. J. Med.*, 1929.

CAVAILLON et LECLERC. Etude anatomique des segments sus-jacents aux sténoses intestinales, *Revue de Gynécologie*, 1907, p. 443.

CHALIER. Traitement chirurgical du cancer du rectum, *Th. de Lyon*, 1909, p. 61.

CHALIER et THOMASSET. *Arch. gén. de chir.*, t. 5, n° 11, 1911.

DUFOURMENTEL. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1911.

GAUDY. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1899.

HERSCHL. Zur Melhaml der diastatochen Darmperforationen. *W. Med. Wosch.*, 1880.

MONDOR et CHALIER. *Cancer du rectum*, 1929.

MÜLLER. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1889.

QUÉNU et HARTMANN. *Chirurgie du rectum*, 1899.

SIKORA. — Les perforations mécaniques du gros intestin. *Gaz. des Hôp.*, 1899.

THOMASSET. *Th. de Lyon*, 1910.

Nous remercions bien cordialement M. Rosenrauch, interne de l'hospice Paul-Brousse, à qui nous devons ces renseignements bibliographiques.

CONGRÈS INTERNATIONAL
DE LA LITHIASE BILIAIRE

Vichy, 19-22 septembre 1932 (1).

DEUXIÈME QUESTION

Le traitement médical et hydrominéral du cholécyste dans la lithiase biliaire.

Rapports. — MM. CHIRAY et J. PAVEL : **Les indications du drainage médical dans le traitement de la lithiase biliaire.** — Si le *drainage médical* des voies biliaires ne peut amener la guérison de la lithiase vésiculaire, et la guérison des calculs, il est indéniable que, dans la pratique, on observe, grâce à cette thérapeutique, une amélioration remarquable des troubles dyspeptiques d'origine biliaire et de l'état général des malades.

Ce traitement est particulièrement recommandable dans tous les cas de cholécystite lithiasique banale, si l'intervention paraît devoir être redoutable. Mais, quand il y a en plus infection de la vésicule, il est difficile de compter sur les résultats des tubages, d'ailleurs mal supportés par des malades affaiblis, mais on peut obtenir, parfois, d'utiles améliorations passagères.

Au cours de la lithiase du cholédoque, il est encore malaisé de dire si l'on peut compter sur les traitements de force préconisés par ALLARD, SCHOENDUBE, BRUSH, qui, par l'emploi de grosses quantités de sulfate de magnésie ou par des injections combinées de dérivés atophaniques, de lobe postérieur d'hypophyse, d'histamine, cherchent à provoquer l'expulsion du calcul hors des voies biliaires dans l'intestin. Mais la méthode ordinaire du tubage médical conserve ses indications essentielles dans le traitement préparatoire de la lithiase cholédocienne, où il est capable de réduire les poussées de fièvre et d'ictère surajoutées et dans les séquelles de la cholécystectomie où il peut faire disparaître les crises douloureuses et les troubles dyspeptiques résiduels.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 77, p. 1402; n° 80, p. 1462.

Association de la Presse médical française.

M. E. CHABROL : **Médication cholérétique.** — Le rapporteur donne une définition de la cholérèse, précise l'indication et l'emploi des cholérétiques, les repousse en cas d'ictère où, pour lui, le facteur mécanique domine dans presque tous les cas.

Il les prescrit surtout dans le traitement de la cholémie latente des lithiasiques.

Ses nombreux et beaux travaux expérimentaux lui permettent de préciser la valeur de chacun des cholérétiques employés en pratique médicale : substances chimiques, eaux minérales.

En clinique, il convient de distinguer :

1° Les cholérèses d'urgence, par voie veineuse, qui s'appliquent aux lithiases infectées, au lendemain de l'intervention chirurgicale ;

2° Les cholérèses légères et intermittentes, que l'on peut conseiller par voie buccale à la majorité des lithiasiques dans l'intervalle des crises.

P. ABRAMI : **La désinfection du cholécyste par l'antisepsie médicale.** — Si l'on se représente que, pour obtenir une antisepsie biliaire idéale par la thérapeutique médicale, il faut détruire une infection qui, loin d'intéresser seulement la bile, est enfouie dans les calculs, est ancrée dans les parois du cholécyste et s'étend, en outre, à l'ensemble du parenchyme extrahépatique ; si l'on se représente, de plus, que la source de cette infection est d'origine sanguine, et a son point de départ dans le milieu intestinal, on se rend compte des difficultés que rencontre, en pratique, une tâche aussi étendue.

Il faut ajouter que les moyens dont nous disposons ne se révèlent pas expérimentalement comme ayant une efficacité suffisante ; ni la vaccinothérapie, ni la sérothérapie n'ont une action bien sûre contre les germes du groupe coli-stropto habituellement en cause.

Il y a sans doute plus à espérer de l'antisepsie ionique qui rend, par alcalinisation, la bile impropre à la culture de certains germes, mais ces considérations théoriques ne doivent pas éloigner le praticien des moyens médicaux de désinfection biliaire qui semblent avoir fait leurs preuves et qui réalisent, sinon la stérilisation rêvée, tout au moins la mise en sommeil de l'infection ; les malades n'étant plus que des porteurs de germes. Mais ces procédés devront toujours être associés au traitement plus efficace du drainage des voies biliaires par tubage et l'emploi des cholérétiques.

M. le professeur UMBER (de Berlin) : **La Thérapeutique protectrice du foie dans la lithiase biliaire.** — Le professeur UMBER, s'exprimant avec une remarquable aisance en langue française, montre d'abord combien tout progrès scientifique réalise une union internationale et il met en lumière des travaux franco-allemands dans la question de la lithiase biliaire.

On sait que UMBER est le promoteur d'une thérapeutique qui utilise les injections combinées de sucre et d'insuline pour lutter contre les lésions destructives du parenchyme hépatique.

L'étude approfondie de l'atrophie jaune aiguë primitive du foie a montré que les altérations cellulaires étaient le fait d'une autolyse comparable à l'autolyse cadavérique, que le déclenchement de ce processus provenait de la disparition du glycogène qui joue normalement un rôle protecteur à l'égard des toxines, des poisons, et à l'égard même des propres ferments sécrétés par la cellule hépatique.

Pour lutter contre cette auto-digestion, l'auteur a entrepris de recharger par le moyen de l'insuline la cellule hépatique en glycogène. De merveilleux succès, dont certains semblent avoir été de véritables résurrections, ont démontré la valeur de cette méthode.

Or, dans la lithiase biliaire, l'infection et la stase associées réalisent de graves lésions dégénératrices parenchymateuses et l'auteur n'hésite pas à dire que tout ictère prononcé est d'origine hépato-cellulaire. On comprend de la sorte combien souvent il paraît indiqué, en pratique, d'utiliser la parenchymschutzthérapie, soit isolément, soit comme traitement, pré- ou postopératoire.

MM. Piery et Milhaud : **L'action des eaux minérales sur le milieu vésiculaire.** — Les auteurs montrent les difficultés de l'étude expérimentale des eaux minérales sur le contenu de la vésicule biliaire.

Les eaux bicarbonatées sodiques et les eaux bicarbonatées chlorurées magnésiennes ont une action cholérétique.

Les eaux chlorurées sodiques ont une action cholagogue. Quelques autres eaux déterminent un changement du pouvoir de concentration de la vésicule : eaux bicarbonatées sodiques ; bicarbonatées calciques ; chlorurées sodiques ; chlorurées sulfurées sodiques ; chlorurées bicarbonatées, sulfatées calciques et magnésiennes.

A noter enfin que certaines eaux minérales bien qu'ayant une action complexe, jouissent d'une propriété prédominante : action sur le contenu de la vésicule biliaire des eaux bicarbonatées sodiques ; action cholécystokinétique prédominante des eaux sulfatées magnésiennes.

Quant à l'importante et si utile action des eaux minérales sur la fluidification de la bile, elle semble relever surtout des eaux bicarbonatées sodiques, chlorurées sodiques, chlorurées bicarbonatées sodiques carbo-gazeuses, sulfatées sodiques et magnésiennes, sulfatées bicarbonatées chlorurées.

Il est inutile d'ajouter que la plupart de ces notions réclament encore confirmation du laboratoire et de la clinique étroitement conjugués.

M. Delherm fait, en son nom et en celui de Dausset, un exposé très complet des ressources multiples offertes par la **physiothérapie sédative des affections vésiculaires.**

La plus importante d'entre elles est la diathermie qui a, dans la lithiase biliaire, de multiples indications, mais dans l'emploi de laquelle on doit revenir aux doses faibles.

Dans les cas douloureux rebelles, on doit recourir à la radiothérapie.

Les rapporteurs montrent tout l'intérêt de certaines méthodes trop oubliées : cataplasmes (mats et humides), douches hépatiques.

Si l'action de la physiothérapie est à rejeter en cas d'ictère infectieux, même en cas d'accidents aigus, tels que la colique hépatique, la diathermie et les enveloppements humides sont souvent des moyens curatifs efficaces.

Les auteurs analysent le mode d'action complexe des moyens employés : modification du régime circulatoire, modification de l'équilibre électroionique des cellules, réflexothérapie dans la zone métamérique, etc...

Discussion.

Le Noir (de Paris) présente l'observation d'une malade qu'il suit depuis 28 ans, et qu'il a guérie, grâce au tubage duodénal, de poussées de fièvre et d'ictères, avec mauvais état général.

Mann (de Trieste) rapporte deux observations analogues, suivies de guérison.

Sarles (de Marseille) rapporte les excellents effets du drainage médical dans plus de 130 observations, et analyse les causes des incidents exceptionnels qu'on peut observer.

Friedrich (de Budapest) insiste sur la zone réflexogène optimum au niveau de la papille et sur la nécessité de vérifier la position de l'olive à l'écran.

Une solution de glucose hypertonique peut remplacer avantageusement le sulfate de magnésie.

Mocena (de Madrid) recommande, à son tour, le tubage duodénal avant et après la cholécystectomie.

Stern (de Carlsbad) apporte les preuves de l'action cholérétique de la diathermie pratiquée en position élevée du bassin avec fort chargement de l'électrode ventrale.

Paillard (de Vittel) insiste sur l'importance du traitement associé de la stase intestinale.

Il se déclare partisan de l'autovaccinothérapie par voie buccale dans le traitement des cholécystites.

Hijmans van den Bergh (de Hollande) préfère au drainage médical par tubage le traitement hydrominéral.

Il insiste sur les dangers d'une temporisation excessive en cas de cholécystite calculeuse, en raison de la fréquence relative du cancer des voies biliaires, et du retentissement de l'affection sur l'état général et le système nerveux des malades.

Il résume brièvement ses études récentes sur la présence de porphyrine dans le sérum sanguin des malades atteints d'ictère par obstruction, étude dont il ne se permet pas encore de tirer des conclusions pratiques définitives.

Jacquet (de Paris) apporte les résultats de son expérience sur l'action de l'urotropine intraveineuse.

Il insiste sur la nécessité du traitement ambulatoire particulièrement précieux dans les poussées de cholécystites saisonnières, observées avec une grande fréquence chez la femme.

Kremer (de Varsovie) réhabilite, au nom d'une pratique étendue, l'efficacité de la vaccinothérapie dans la cholécystite calculeuse.

Maranon (de Madrid) insiste sur le rôle des glandes endocrines, sur la teneur en glycogène du foie, sur certaines acidoses par hypoglycogénie (Basedow) qui permettent d'entrevoir, à côté de l'action de l'insuline comme thérapeutique protectrice du foie, le rôle que devra bientôt jouer en thérapeutique l'emploi de l'hormone corticale surrénale.

Fiessly (de Lausanne) montre que l'idéal pour l'antisepsie des voies biliaires serait la découverte d'un corps qui, s'éliminant par les voies biliaires, comme le tétraiode, posséderait en plus une efficacité antiseptique.

Rodoni (de Milan) apporte un ensemble de recherches chimiques et cliniques, très complet, sur l'action des eaux de Montecatini.

Zimmern (de Paris) fait un exposé d'ensemble sur le rôle et l'action de la diathermie, sur la nécessité du retour à doses faibles, et sur la variabilité de la tolérance individuelle.

Aimard (de Vichy), qui a préconisé le premier la thérapeutique diathermique dans les affections vésiculaires, montre l'avantage des doses modérées qu'il a initialement prescrites ; il montre que la tolérance à l'égard du traitement est fonction de la corpulence du sujet ; il préconise le traitement dans le décubitus abdominal.

TROISIÈME QUESTION

Le foie lithiasique.

Rapports. — M. le Professeur Noel Fiessinger envisage **le rôle du foie dans la pathogénie de la lithiase.**

L'auteur, d'une étude d'ensemble sur la formation des calculs, dégage le rôle primordial du foie dans la pathogénie de la lithiase.

Ce rôle réside dans l'élaboration d'un moyen organique et pigmentaire d'abord, puis dans la sécrétion d'une bile

instable, soit en raison d'une forte charge pigmentaire, soit en raison d'une hypocholalogénie entraînant la cristallisation de la cholestérine. La vésicule n'intervient que secondairement en tant que facteur de stagnation concentrante, et l'infection pour les calculs mixtes, les plus fréquents, favorise à leur surface la précipitation des sels de chaux.

Mais, non seulement la lithiase vésiculaire est une maladie à point de départ hépatique, mais elle est aussi une maladie à retentissement hépatique.

M. M. Brulé : **L'ictère dans la lithiase de la voie biliaire principale.** — L'auteur s'élève contre le rôle qu'on fait jouer à l'hépatite, un rôle primordial, dans la genèse de l'ictère au cours du calcul du cholédoque. Il discute les données expérimentales sur lesquelles on a prétendu s'appuyer. L'infection n'agit qu'en tant que facteur de cholédocite, localisée autour du calcul, et complétant l'obstruction mécanique.

L'auteur étudie ensuite les différents aspects cliniques de la lithiase cholédocienne, le polymorphisme des ictères dans cette affection, la nécessité de suivre attentivement les variations du volume du foie, les difficultés du diagnostic avec les cirrhoses hypertrophiées ictérigènes.

MM. P. Harvier et J. Caroli : **Les lésions du foie dans les ictères lithiasiques.** — Les auteurs pensent qu'on peut attribuer dans les cholécystites aux lésions satellites du foie, l'élévation observée de la bilirubine.

D'autre part, au cours de la lithiase, on peut — quoique exceptionnellement — être en présence de rétention biliaire intense, survenant en dehors de tout obstacle sur les voies excrétoires, et relevant des lésions centrolobulaires d'atrophie subaiguë du foie.

Certains ictères, plus légers, plus fugaces, survenant également en dehors de toutes lésions importantes du cholédoque, semblent liés à des altérations hépatolytiques parcellaires.

L'ictère du calcul du cholédoque est souvent entièrement comparable dans sa genèse et dans son retentissement hépatique, aux ictères les plus mécaniques, mais, d'autres fois, les lésions d'hépatite semblent jouer un rôle important dans la genèse de l'ictère, dans sa persistance après l'opération ; la gravité de cette hépatite fait qu'elle doit être reconnue et combattue avant d'intervenir.

M. J. Dieryck : **L'exploration fonctionnelle du foie dans l'ictère lithiasique.** — Le rapport de J. Dieryck, de Louvain, est un travail considérable, où l'auteur a cherché beaucoup moins à être complet dans l'exposé des méthodes de technique, permettant l'exploration de chacune des fonctions hépatiques, qu'à mettre en valeur les plus aisément réalisables en clinique.

Cet exposé pratique l'amène à donner la préférence à l'épreuve de la galactosurie provoquée, à condition d'étudier les concentrations partielles, et il montre la valeur de cet examen pour le diagnostic différentiel des ictères par hépatite et des ictères mécaniques ainsi que pour établir le pronostic des lésions parenchymateuses.

M. le Professeur Gilbert (de Genève) : **Les méthodes radiologiques d'exploration du foie dans la lithiase et l'ictère lithiasique.** — Ce rapport constitue la mise au point la plus précieuse que nous ayons des progrès récents accomplis dans l'exploration du foie et des voies biliaires.

L'auteur montre comment les perfectionnements de la méthode de Graham permettent d'obtenir des images plus fidèles et rendent compte de ses anomalies fonctionnelles.

L'étude même de cette excrétion vésiculaire permet d'espérer une réalisation plus fréquente de radiographies cholédociennes, qui permettront une étude radiologique des ictères par rétention, encore embryonnaire aujourd'hui.

Signalons la merveilleuse iconographie illustrant ce rapport.

M. Gatellier : **Déductions chirurgicales dans l'ictère lithiasique.** — L'auteur rappelle les merveilleux progrès accomplis par la chirurgie depuis l'opération initiale de Langenbuch, en 1884, progrès réalisés principalement grâce à l'hépaticus drainage de Kehr.

Il reste cependant des déboires dans cette chirurgie de la rétention biliaire ; il faut les attribuer à l'éventualité d'une hépatite intense surajoutée. Les lésions parenchymateuses doivent être recherchées avant l'intervention, par les moyens de la clinique et du laboratoire. Il faut tenter, avant d'opérer, de pallier à leur danger par l'emploi systématique du tubage duodénal, par les désinfectants de la bile, l'insuline et les injections d'extraits hépatiques.

La discussion de ces rapports donne lieu aux interventions suivantes :

Umber (de Berlin) insiste sur la rareté des calculs cholestériniques purs auxquels Aschoff donne le nom de calculs métaboliques ; il fait observer au Professeur Noël Fiessinger combien lui apparaît fréquente l'infiltration secondaire des calculs par la cholestérine à travers son enveloppe calcique. Il remarque aussi que la clinique française lui paraît avoir donné une trop grande importance à l'hypercholestérinémie dans la clinique de la lithiase biliaire.

Il répond à M. Brulé que s'il est indiscutable que le seuil d'excrétion de la bilirubine est très bas chez le chien, c'est ce qui fait la moins grande gravité du retentissement parenchymateux de la stase biliaire chez cet animal que chez l'homme.

Pour lui, chaque ictère prononcé est en partie d'origine hépato-cellulaire, même au cours des obstructions mécaniques. Il montre que l'affection qu'il a décrite avec Nannyn, sous le nom de Cholangie, réalise des hépatomégalies et des tableaux cliniques comparables aux observations contenues dans le rapport de Harvier et Caroli.

Il ajoute que l'absence d'atteinte histologique canaliculaire ne signifie pas que l'infection ne puisse provenir des canaux biliaires, comme il est expérimentalement démontré.

Glaessner (de Vienne) rappelle ses expériences qui montrent la disparition des calculs humains introduits dans la vésicule du chien, dissolution due à la quantité plus grande de sels taurocholiques dans la bile de cet animal ; il pose la question de la cristallisation simultanée par voie physico-chimique des calculs à facettes.

Gamna de Sienne) critique la valeur excessive donnée aux biopsies hépatiques, en raison du siège cortical du prélèvement ; cette exploration est trop partielle ; il préfère, malgré leurs défauts, les données des épreuves fonctionnelles.

Il lui paraît que la clinique démontre également la participation hépatique à l'origine de la lithiase biliaire.

Weil (de Bruxelles) expose sa théorie formative des calculs biliaires et attribue leur ressemblance entre eux à leur origine commune à partir d'une même niche matricielle.

Mogena (de Madrid) insiste sur la constance des hépatites satellites de la lithiase, mais également sur la nécessité pour la clinique de combiner les méthodes d'exploration.

Popescu (de Bucarest) rapporte une belle observation de lithiase intrahépatique.

Grigaut (de Paris) apporte des précisions sur la théorie qu'il soutient depuis 1913, à savoir la pathogénie de la

lithiase biliaire cholestérolique par la diminution des conditions de solubilité du cholestérol dans le liquide biliaire. Il montre l'étroite relation qui unit le métabolisme du cholestérol à celui des sels biliaires solvants naturels du cholestérol dans la bile. L'insuffisance hépatique qui est à la base de la formation des calculs biliaires consiste en un défaut de transformation de cholestérol de l'organisme en sels biliaires par le foie. Il en résulte une hypercholestérolémie par rétention et une diminution des sels biliaires dans la bile (hypocholalocholie) qui conditionnent le processus lithiasique.

Kremer (de Varsovie) insiste sur la disparition clinique des nombreuses irradiations douloureuses de la colique hépatique quand le calcul cholédocien s'enclave et l'amélioration des douleurs contraste avec l'amélioration de l'état général en pareil cas.

Pescher (de Paris) préconise contre l'affection lithiasique l'emploi de la spirométrie pour combattre le ralentissement de la nutrition qu'il maintient être à la base de cette affection biliaire.

De Langen (de Batavia) apporte cette constatation inattendue que dans les Indes Néerlandaises la lithiase biliaire est rare alors que sont fréquentes les infections intrahépatiques, y compris la lithiase intrahépatique dont il a pu rassembler 16 cas personnels. Ainsi s'avère le facteur constitutionnel et géographique de cette affection.

Aubert (de Marseille) développe le point de vue chirurgical sur la nécessité d'une intervention, intervention qui ne doit pas être différée pendant plusieurs semaines, mais qui s'impose souvent avec une nécessité de grande urgence.

(A suivre.)

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

QUELQUES TYPES D'ORDONNANCES POUR UNE CONSULTATION DE MÉDECINE INFANTILE [1]

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher).

IMPÉTIGO

1° Appliquer, en permanence, sur les parties malades, des compresses imbibées d'eau boriquée ou des cataplasmes de fécule de pomme de terre, en ayant soin :

a) D'attendre que le cataplasme soit froid avant de l'appliquer ;

b) De ne pas recouvrir à la fois toutes les parties malades, mais seulement une partie d'entre elles, et de les traiter ainsi toutes successivement ;

c) De continuer jusqu'à la chute des croûtes.

2° Toucher alors les parties malades avec un tampon d'ouate imbibé de la solution suivante :

Lotion

Eau d'Alibour forte .... 10 grammes
Eau distillée .... 40 —
M. — Usage externe.

puis étendre, matin et soir, sur la place où étaient les croûtes, une quantité suffisante de la pommade suivante :

Pommade

Dermatol .... 5 grammes
Oxyde de zinc .... } *áá* 10 —
Talc pulvérisé .... }
Vaseline .... 20 —
Usage externe.

Si les croûtes se reforment, les faire tomber comme la première fois, avant de remettre à nouveau la pommade.

3° Au commencement du déjeuner et du dîner, donner une cuillerée à .... de :

Sirop

Sirop d'iodure ferreux .... 250 grammes

4° Couper court les ongles de l'enfant, les laver, les brosser soigneusement, et l'empêcher de se gratter.

5° Après guérison, savonnage quotidien du cuir chevelu.

INCONTINENCE D'URINES

1° Faire faire, dans le service d'urologie, une injection épidurale.

2° Donner, une semaine sur trois, cinq *gouttes* de la drogue suivante :

Acide phosphorique officinal .... 5 grammes
(Provision.)

dans un demi-verre d'eau sucrée, à chaque repas.

3° Donner, la semaine intermédiaire, au milieu du dîner, dans un quart de verre d'eau, une cuillerée de la solution suivante :

Solution

Solution d'antipyrine à 10 p. 100 .... 125 grammes
M. — (Provision.)

4° Empêcher l'enfant de boire pendant l'après-midi et pendant le dîner.

5° Faire soigner la gorge.

LYMPHATISME

1° Frictions quotidiennes sur les membres avec une lotion excitante (v. feuille spéciale).

2° Donner, tous les deux mois, pendant dix jours, à chacun des deux principaux repas, dans un peu d'eau pure, dix *gouttes* de la mixture suivante :

Mixture

Liqueur de Pearson .... } *áá* 5 grammes
Teinture de badiane .... }
(Provision.)

3° Le reste du temps, une semaine sur deux, une cuillerée à .... de :

Sirop

Sirop iodo-tannique .... 250 grammes

au milieu de chacun des deux principaux repas,
et l'autre, une cuillerée à soupe d' :

Huile de foie de morue blonde ...... 250 grammes

le matin à jeun.

4° Au besoin, cure au sulfarsénol.

5° Régime substantiel (voir *Traitement reconstituant*). Vie au grand air. Beaucoup de repos et de sommeil.

PALPITATIONS

1° Bains tièdes quotidiens, si possible, ou tubs frais.

2° Donner, une semaine sur deux, à chacun des deux

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 60, p. 1128 ; n° 65, p. 1208 ; n° 72, p. 1326 ; n° 78, p. 1428.

principaux repas, une cuillerée à café de la potion suivante :

Potion

Bromure de potassium chimiquement pur.. 2 grammes
Eau distillée........................... 100 —
M.

et, l'autre semaine, un des paquets suivants, au repas de midi :

Paquets

Carbonate de bismuth............ trente centigrammes
Pour un paquet. — N° 10. (Provision.)

3° Vie au grand air. Surveiller les fonctions digestives. Régime substantiel. Beaucoup de sommeil. Se méfier des mauvaises habitudes.

PARALYSIE INFANTILE

1° PENDANT LA PERIODE AIGUE (où il y a des douleurs et de la fièvre) :

Repos au lit ; bains chauds ; deux par jour, un le matin, un le soir, d'une durée de cinq minutes, en ayant soin de mettre une compresse fraîche sur le front pendant toute la durée du bain ; isolement absolu du malade qui ne doit, sous aucun prétexte, être laissé en contact avec les personnes saines, et, en particulier, avec d'autres enfants.

2° LA PERIODE AIGUE PASSEE :

1° *Massages* et *mobilisation*, appliqués, au moins les premières fois, à l'hôpital ;
2° *Electrisation*, faite par un spécialiste ;
3° *Appareils orthopédiques*, mis en place à l'hôpital ;
4° *Bains salés* (un kilog. de sel marin pour un bain), d'une durée d'un quart d'heure : deux par semaine ;
5° *Fortifiants* (voir feuille spéciale).

PHTHIRIASE

Couper les cheveux ras. S'il existe des croûtes, les faire tomber avec un pansement humide. Appliquer une couche épaisse, sur tout le cuir chevelu, de la pommade suivante, que l'on gardera dans une boîte bien fermée :

Pommade

Xylol........................... 1 gramme
Vaseline........................ 60 —
M. — Usage externe.

Recouvrir ensuite la tête d'un pansement ou d'un bonnet qu'on laissera 24 heures en place. Laver, le lendemain, au savon, rincer au vinaigre tiède et peigner au peigne fin.

Pour tuer les lentes, imbiber les cheveux de vinaigre chaud, puis passer le peigne fin.

(*A suivre.*)

INFORMATIONS

(SUITE)

AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE (1er degré). — Résultats des tirages au sort des membres des jurys. (MM. les professeurs et MM. les agrégés sont placés dans l'ordre où leurs noms sont sortis de l'urne.)

1° *Juges titulaires*

A. Anatomie. — Paris : MM. Grégoire, Rouvière ; départements : MM. J. Delmas, Vallois, Latarjet, Lucien, Cordier, Villemin, Forster.

B. Histologie. — Paris : M. Champy ; départements : MM. Noël, Bouin, Collin, Argaud, Turchini, Courrier, Dubreuil, Debeyre, Romieu.

C. Histoire naturelle médicale et parasitologie. — Paris : M. Brumpt ; départements : MM. Thiry, Galavielle, Guiart, Vallois, Mandoul, Borrel, Senevet.

D. Bactériologie. — Paris : néant ; départements : MM. Arloing, J. Parisot, Pinoy, Borrel, Dupérié, Lisbonne, Rispal, Legrand.

E. Anatomie pathologique. — Paris : M. Roussy ; départements : MM. Cornil, Grynfeltt, Hoche, Sabrazès, Tapie (Jean), Favre, Géry.

F. Physiologie. — Paris : M. Binet ; départements : MM. Pachon, Dubois, Abelous, Doyon, Schaeffer, L. Hédon, Tournade, Lambert.

G. Chimie. — Paris : M. Desgrez ; départements : MM. Fontès, Maillard, Florence, Robert, Moog, Delaunay, Polonowski.

H. Physique. — Paris : M. Strohl ; départements : MM. Fabre, Réchou, Cluzet, Pech, Dufour, Escande, Viès, Chevalier.

H *bis*. Pharmacologie et matière médicale. — Paris : M. Tiffeneau ; départements : MM. Soula, Mercier, Combemale, Carles, Perrin, Fourment, Cabannes, Schwartz, Leulier.

I. Médecine générale. — Paris : MM. Sergent, Clerc, Nobécourt, Claude, Rathery, Baudoin, Maurice Villaret, Guillain, Carnot, Gougerot, Achard, Tanon, Fiessinger, Léon Bernard, Lœper, Lemierre, Bezançon, Lereboullet, Marcel Labbé ; départements : MM. Vires, Roger, Aubry, Merklen, Minet, Etienne, Riser, Cruchet, Paviot.

I *bis*. Médecine légale. — Paris : M. Balthazard ; départements : MM. Sorel (Emile), Gaussel, Chavigny, Lande, Leclercq, Etienne Martin.

J. Chirurgie. — Paris : MM. Mauclaire, P. Duval, Marion, Ombredanne, Cunéo, Lenormant, Gosset, J.-L. Faure ; départements : MM. André, Léon Thévenot, Desforges-Mériel, Guyot, Massabuau, Stolz, Fiolle, Cabanes, Potel.

J *bis*. Ophtalmologie. — Paris : M. Terrien ; départements : MM. Villard, Teulières, Jeandelize, Cange, Weill, Vanverts, Aubaret, Frenkel.

J *ter*. Oto-rhino-laryngologie. — Paris : M. Lemaître ; départements : MM. Canuyt, Escat, Collet, Terracol, Vanverts, Portmann, Jacques Romieu.

J *quater*. Urologie. — Paris : M. Legueu ; départements : MM. Stolz, Costantini, André, Duvergey, Martin, Imbert, Gayet, Potel, Jeanbreau.

K. Obstétrique. — Paris : MM. Couvelaire, Brindeau, Jeannin ; départements : MM. Andérodias, P. Delmas, Voron, Guérin-Valmale, Fruhinsholz, Paucot, Laffont, Reeb, Audebert.

L. Histoire naturelle pharmaceutique. — Paris : M. Perrot ; départements : MM. Cabannes, Morvillez, A. Sartory, Gillot, Beille, Manceau, Maurin, Senevet.

M. Pharmacie. — Paris : M. Goris ; départements : MM.

Pastureau, Cabannes, Gérard (Ernest), Guillaume, Dupouy, Leulier, Ribaut, Musso.

N. Chimie générale pharmaceutique et toxicologie. — Paris : M. Lebeau ; départements : MM. Douris, Chelle, Wunschendorff, Volmar, Valdiguié, Morel.

2° *Juges suppléants*

A. Anatomie. — Paris : M. Olivier ; départements : MM. Gabrielle, Dufour, Laux, Clermont, Thomas, Ribet, Mutel.

B. Histologie. — Paris : M. Giroud ; départements : MM. Watrin, Benoit, Granel, Lacoste.

C. Histoire naturelle médicale et parasitologie. — Paris : néant ; départements : MM. Morenas, R. Sigalas, Larousse, Roques.

D. Bactériologie. — Paris : M. Gastinel ; départements : MM. Aubertin, Dufourt, Larousse, Sendrail.

E. Anatomie pathologique. — Paris : MM. Oberling, Huguenin ; départements : MM. Grandclaude, Muratet, Joseph-F. Martin, Sorel (Raymond).

F. Physiologie. — Paris : MM. Chailley-Bert, Richet ; départements : MM. Fabre, Herrmann, Kayser, Soula.

G. Chimie. — Paris : MM. Sannié, Labbé (Henri) ; départements : MM. Brustier, Cristol, Vitte, Giberton, Roche.

H. Physique. — Paris : M. Dognon ; départements : MM. Lamy, Reiss, Nogier, Lamarque, Bugnard.

H *bis*. Pharmacologie et matière médicale. — Paris : M. Hazard ; départements : MM. Piéchaud, Simonin.

I. Médecine générale. — Paris : MM. Guy Laroche, Chevallier, Cathala, Joannon, Aubertin, Hutinel, Vallery-Radot, Chabrol, Donzelot, Troisier, Moreau, Harvier, Lian, Bénard (Henri), Alajouanine, Sézary, Brulé ; départements : MM. Roques, Pagès, Abel, Piéri, Dumas, Hanns, Gernez, Damade.

I *bis*. Médecine légale. — Paris : M. Piédelièvre ; départements : MM. Mazel, Drouet, Perrens, Simonin, Sendrail.

J. Chirurgie. — Paris : MM. Cadenat, Brocq, Leveuf, Quenu, Moulonguet, Mondor, Gatellier, Moure, de Gaudart d'Allaines ; départements : MM. Aimes, Jeanneney, Miginiac, Moggi, Weiss, Rochet, Swynghedauw, Barthélemy.

J *bis*. Ophtalmologie. — Paris : M. Velter ; départements : MM. Beauvieux, Sorel (Raymond).

J *ter*. Oto-rhino-laryngologie. — Paris : M. Halphen ; départements : M. Lefebvre.

J *quater*. Urologie. — Paris : M. Fey ; départements : MM. Aimes, Weiss, Dubouchcr, Maurice Gérard, Papin, Cibert.

K. Obstétrique. — Paris : MM. Vignes, Ecalle, Portes, Vaudescal ; départements : MM. Coll de Carrera, Rivière, Garipuy, Keller, Vermelin, Houel, Rhenter.

L. Histoire naturelle pharmaceutique. — Paris : M. Mascré ; départements : MM. Sigalas, Martin-Sans.

M. Pharmacie. — Paris : M. Bach ; départements : MM. Florence, Golse.

N. Chimie générale pharmaceutique et toxicologie. — Paris : M. Picon ; départements : MM. Vitte, Chambon, Brustier.

BOURSES D'ÉTUDES DU « NORD MÉDICAL » ET FONDATION QUIVY (Association amicale des médecins du Nord à Paris, reconnue d'utilité publique par décret du 28 janvier 1928). — Des bourses sont attribuées chaque année à un étudiant en médecine de ressources modestes, originaire du Nord, si possible d'Anzin, faisant ses études à Lille ou à Paris.

Les candidats adresseront avant le 1er novembre leur demande au docteur Maurice Renaudeaux, 22, rue de Madrid, à Paris (VIIIe). Ils y joindront tous les documents utiles, tels que carnet scolaire, et toutes pièces établissant leur situation matérielle et celle de leurs parents dans les conditions des bourses d'Etat (livret de famille, feuilles d'impositions fiscales, etc.).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS. — La prochaine séance de la Société aura lieu le vendredi 21 octobre, à 16 h. 30, 12, rue de Seine.

NOTES POUR L'INTERNAT

CIRRHOSE ATROPHIQUE DU FOIE

Le type en est : la Cirrhose de Laënnec. Elle est caractérisée par un petit foie, un syndrome d'hypertension portale, une insuffisance hépatique progressive. Elle se voit chez l'alcoolique, mais il faut insister sur la part importante, dans son étiologie, de la syphilis et de la tuberculose, la C. de L. est une cirrhose atrophique, aboutissant d'une longue phase d'hépatite chronique.

SYMPTOMES

Evolue schématiquement en deux phases :

1° Une phase préascitique qui reste longtemps latente et peut passer inaperçue ;

2° Une phase d'ascite où le diagnostic devient sérieux.

A. **Phase préascitique.** — 1. C'est surtout parce qu'il s'agit d'un alcoolique avéré que l'on recherche et que l'on découvre l'atteinte hépatique.

2. D'autres fois, au contraire, l'attention est attirée par :

S. F. = des troubles vagues : aronexie pour les viandes et graisses, alternatives de diarrhée et de constipation, météorisme abdominal.

Des hémorragies peuvent apparaître : épistaxis en partie.

Examen. — On examine le malade.

Parfois l'attention est attirée d'emblée vers le foie par un *léger subictère,*

— Le ventre est souvent un peu ballonné et tympanique,

— *Le foie* se révèle légèrement hypertrophié, il est douloureux mais n'a pas la consistance d'un foie cirrhotique,

— *La rate* est également augmentée de volume,

— Les urines sont foncées, contiennent de l'*urobiline,* parfois même des pigments biliaires,

— Enfin, dans certains cas, dès ce stade préascitique, peut apparaître un œdème blanc et mou des membres inférieurs.

Interrogatoire et recherche des stigmates d'éthylisme chronique. — Parfois, les signes physiques d'atteinte hépatique sont frustes et il devient difficile, devant les troubles digestifs qu'accuse le malade, de faire la part de ce qui revient à la gastrite éthylique.

— C'est alors que les divers moyens que l'on a proposés pour étudier l'insuffisance hépatique *pourraient* avoir quelque utilité pour le diagnostic, bien *qu'ils soient presque tous de valeur discutée.* Etude :

— fonction uropoïétique du foie :

abaissement du rapport azoturique ;
élévation du coefficient d'imp. uréogénique ;
amino-acidurie,

— épreuve de la glycosurie alimentaire :
absence de l'acide glycosurique dans l'urine après ingestion de camphre,

— déficience de la fonction fixatrice du foie : ingestion d'une minime quantité de bleu de méthylène,

— l'épreuve du rose de bengale qui serait plus sensible et plus fidèle.

Dès la phase préascitique, l'état du malade est touché, l'amaigrissement sensible. Peu à peu, les signes se complètent : le ventre s'infiltre d'ascite, et le plus souvent quand le malade vient consulter à l'hôpital, il est en pleine phase ascitique. L'ascite se développe parfois assez vite, devenant une gêne sérieuse en quelques semaines, mais le plus souvent elle se forme lentement.

B. **Période ascitique.** — Le diagnostic est devenu facile.

Aspect du malade. — Il a un facies particulier : traits tirés, teint terreux, varicosités des pommettes, subictère des conjonctives. Le thorax amaigri contraste avec le volume du ventre.

Examen de l'abdomen. — a) *Hypertension portale :*

Inspection : Sous la peau d'un abdomen distendu, autour d'un ombilic déplissé se dessinent plus ou moins nettement les lacis d'une *circulation veineuse collatérale,* d'abord sus-ombilicale et thoracique, puis intéressant les veines latérales de l'abdomen.

Dans le décubitus dorsal, le ventre s'étale.

Percussion : On percute un croissant de matité à concavité supérieure occupant la région sus-pubienne et les flancs. Cette zone mate est surmontée d'une région sonore et même tympanique. Il s'agissait bien d'une *ascite* et cette ascite, fait capital, *est libre.* Quelle que soit l'attitude donnée au malade, la matité se trouve constamment aux parties déclives.

Palpation : Permet de déceler le flot ascitique.

Enfin à cette ascite il faut décrire quelques signes accessoires :

— Distension œdémateuse des vergetures de l'abdomen,

— Infiltration de la vaginale au cas de persistance du canal péritonéo-vaginal.

Enfin, c'est à l'ascite, qui vient comprimer la V. C. I., que l'on attribue *cet œdème des membres inférieurs,* fréquent chez de tels malades. Nous avons décrit la circulation veineuse collatérale, mais d'autres voies de dérivation peuvent être utilisées — d'où hémorroïdes fréquentes, et nous verrons les accidents hémorragiques rendus possibles du fait des varices œsophagiennes.

Enfin, on s'efforcera de préciser l'état de la *rate* qui est augmentée de volume.

Ascite, splénomégalie, circulation collatérale, il s'agit d'un *syndrome d'hypertension portale* et on examine immédiatement :

b) *Foie :* Dans quelques cas, à la palpation forte du creux épigastrique, se détermine *le phénomène du glaçon.*

Mais quand l'ascite est abondante, l'exploration du foie est presque ici impossible : on ne peut constater que la limitation supérieure de celui-ci par la percussion. Il faudra ponctionner cette ascite et alors seulement, la palpation montrera un rebord hépatique inférieur venant se cacher sous les fausses côtes. Mais, souvent après la ponction, le foie se ptose et l'on peut sentir un bord dur et arrondi.

Le palper combiné à la percussion montre que le *foie est petit.* Hypertension portale, petit foie, il s'agit d'une cirrhose de Laënnec. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 83. — SAMEDI 15 OCTOBRE 1932. 105e ANNEE. SAMEDI 15 OCTOBRE 1932. — N° 83.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Répartition des jurys :

Anatomie. — MM. Welti, Poulain et Huet.

Pathologie médicale. — MM. Weissmann, Paraf et Debray.

Pathologie chirurgicale. — MM. Leibovici, Digonnet et Sénèque.

Composition écrite. — *Anatomie.* — Séance du 11 octobre. — Question donnée : « Muscle psoas iliaque. Ses insertions, sa gaine, ses rapports dans la gaine à l'exclusion des autres. Son innervation. Sa physiologie. »

Questions restées dans l'urne : « Glande sous-maxillaire et son canal excréteur (sans l'histologie, sans la physiologie). — Nerf cubital et ses branches à partir de la gouttière épitrochléo-olécranienne inclusivement (sans la physiologie). »

Pathologie médicale. — Séance du 12 octobre. — Question donnée : « Symptômes, évolution et diagnostic de l'endocardite rhumatismale. »

Questions restées dans l'urne : « Symptômes et diagnostic des cancers du foie. — Formes cliniques de la poliomyélite antérieure aiguë de l'enfant (sans le diagnostic différentiel ni le traitement). »

Pathologie chirurgicale. — Séance du 13 octobre. — Question donnée : « Formes cliniques des cancers du sein. Leurs diagnostics, leurs indications thérapeutiques. »

Questions restées dans l'urne : « Symptômes, diagnostic et traitement des luxations antéro-internes récentes de l'épaule. — Symptômes et diagnostic du cancer du testicule. »

HÔPITAUX DE PROVINCE. — TOULON. — Un concours pour une place de médecin-chef du laboratoire de biologie médicale aura lieu à la Faculté de médecine de Montpellier, sous la présidence d'un membre de la Commission administrative des hospices civils de Toulon et devant un jury médical désigné par le doyen de la Faculté le lundi 14 novembre 1932, à 8 h. — Renseignements au secrétariat des hôpitaux-hospices civils de Toulon.

HÔPITAL CIVIL DE BÔNE. — Une place d'interne est actuellement vacante à l'hôpital civil de Bône et pourrait être attribuée à un étudiant en médecine titulaire d'au moins seize inscriptions. Les internes sont nourris, logés, chauffés, éclairés et touchent 500 fr. par mois. Cette indemnité est portée à 800 fr. après six mois de présence et donne lieu à rappel. — Renseignements aux hospices de Bône (Algérie).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Le 1er novembre prochain, M. le professeur Leriche, quittant la clinique chirurgicale A de la Faculté de médecine de Strasbourg, prendra possession de la chaire et la direction des nouveaux laboratoires de pathologie chirurgicale expérimentale de la nouvelle Faculté de médecine de Lyon.

MARINE. — Les étudiants en médecine et en pharmacie dont les noms suivent ont été nommés élèves du Service de santé de la marine à la suite du concours de 1932 :

Ligne médicale. — Candidats à 4 inscriptions :

MM. Marc, Crozafon, Vincent, Copin, Ollivier, Pruvost, Lacaze, Rouby, Charrançon, Rolland, Grimaud, Cluzel, Bareille, Billiottet, Chavenon, Mouly, Legrosdidier, Linhard, Faure, de Dieuleveult, Le Barre, Cariou, Marinkovitch, Bonniol, Moevus, Laurent, Pellegrino, Lasvaladas, Costaz, Binet, Kerignard, Chauvin, Bordenave, Richard-Nicolas, Carsus, Kerneis, Hugounenq, Capdeville, Bathias, Ljunggren, Gaubens, Collet, Finance, Planques, Gras, Roger, Bretillot, Ouary, Chauliac, Miniconi, Marty, Montauffier, Dilasser, Richard, Bonifacino, Bouche, Guilmoto, Peyron, Audhuy, Chauderon, Capponi, Masson, Benelli, Blin, Martin, Beon, Breteau, Franceschi, Marjou, de Lostalot de Bachoue,

Fesquet, Bazil, Arvor, Aggery, Gentile, Depoutre, Poyet, Mestres, Guillon, Duchesnes, Le Guillou, Courtial, Gourves, Lagier.

Ligne pharmaceutique et chimique. — Candidats munis de la validation de stage : MM. Maignan et Queran.

INSTITUT D'ACTINOLOGIE. — Un concours pour la nomination d'un assistant au dispensaire de l'Institut d'actinologie aura lieu 6, passage Dombasle, vers le 15 novembre.

Le concours est ouvert aux jeunes médecins et aux étudiants ayant terminé leur stage hospitalier.

S'adresser à l'Institut les lundi, mercredi et vendredi, de 17 à 18 h.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Kopp (de Paris), Pierre Mouret (de Brioude), Aimé Dubois (de Langres), Paul Pennel (de Paris), Camille Spire, médecin colonel en retraite; le professeur Princeteau (de Bordeaux); Mlle Renée Lani, interne des hôpitaux de Caen, décédée accidentellement.

CHRONIQUE

LA SÉANCE D'OUVERTURE DU XXIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Le XXIIe Congrès français de médecine s'est ouvert lundi à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Justin Godart, ministre de la Santé publique.

A ses côtés avaient pris place M. Fernand Bezançon, président du Congrès, M. le Doyen, M. le Président du conseil général ; M. Cavalier, directeur de l'enseignement supérieur ; M. le médecin-général inspecteur Rouvillois ; M. René Moreau, secrétaire général adjoint remplaçant M. Abrami, malheureusement empêché.

On remarquait encore : MM. Marcel Labbé, Jules Renault, le médecin-général inspecteur Sacquépée, le médecin général de la marine Defressine, vice-présidents du Congrès. M. Emile Roux, directeur de l'Institut Pasteur, M. Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine. Et puis, au hasard des entrées, voici : MM. les professeurs de Beco (de Liége) ; Roch (de Genève) ; Danielopolu (de Bucarest) ; M. Louis Martin, sous-directeur de l'Institut Pasteur ; M. Etchegoïn, délégué du gouvernement argentin ; M. Grondin, délégué du Canada ; MM. Gilbert (de Genève) ; Sluys (de Bruxelles) ; Roskam (de Liége), les professeurs Vaquez, Sergent, Desgrez, Lereboullet, Nobécourt, N. Fiessinger, Roussy, Villaret, Laignel-Lavastine, Lemierre (de Paris). M. le Doyen Jean Lépine, les professeurs Arloing, Cade, Mouriquand, Paul Courmont (de Lyon). Le professeur Paul Blum (de Strasbourg), les professeurs Raymond Cestan et Lafforgue (de Toulouse). Les professeurs Gaussel, Rimbaud, G. Giraud, A. Puech (de Montpellier), les professeurs Pierre Mauriac et Cruchet (de Bordeaux). Les professeurs Spilmann et Etienne (de Nancy), le professeur Tournade (d'Alger), le professeur A. David, de la Faculté libre de Lille.

M. le président Bezançon prend le premier la parole. Après avoir remercié le ministre, la municipalité parisienne, le conseil général, le doyen et tous ceux qui ont aidé à la réussite du Congrès, il rappelle le souvenir des anciens présidents disparus cette année ; Vedel (de Montpellier) ; Bard (de Lyon) ; Pierre Teissier (de Paris) ; F. Henrijean (de Liége).

Suivant la tradition, le président procède ensuite à la mise au point d'une grande question de pathologie. Son discours est un exposé véritablement magistral des « *Tendances nosographiques actuelles et de la notion de spécificité* ».

M. Bezançon montre d'abord le spectacle un peu troublant donné par la thérapeutique contemporaine où l'on voit les médications les plus variées et les plus disparates proposées pour un même cas, où l'on voit en particulier la même médication telle la protéinothérapie servir à la fois contre la furonculose, l'urticaire et l'asthme, la pyrétothérapie utilisée contre la paralysie générale et l'asthme, la chrysothérapie utilisée contre la tuberculose, la syphilis, les infections à streptocoque, le rhumatisme chronique. « Si, dit-il, des esprits malveillants ne voient volontiers dans cette polymédication qu'incohérence, cela tient à la conception erronée que nous nous sommes faite de la notion de spécificité et d'une façon plus générale de la notion de maladie. »

A la suite des découvertes pastoriennes, la notion de spécificité domine la pathologie tout entière, ce fut l'ère de l'étiologie et de l'étiologie spécifique. Ce fut l'ère de la thérapeutique spécifique.

La découverte de l'anaphylaxie ancra tout d'abord dans les esprits l'importance de la notion de spécificité, mais l'introduction de la notion d'anaphylaxie dans la pathologie ne tarda pas à montrer la profonde différence qui existe entre l'anaphylaxie expérimentale et l'anaphylaxie en clinique humaine, — elle eut pour effet non seulement d'éclairer la pathologie de maladies telles que l'asthme, l'urticaire, l'eczéma, mais encore de modifier singulièrement notre conception de la maladie infectieuse.

Aux préoccupations étiologiques d'autrefois ont succédé des préoccupations de mécanisme physiologique et de pathogénie ; nous pouvons nous faire une représentation exacte de la maladie, nous pouvons la traiter spécifiquement alors que nous en ignorons la cause.

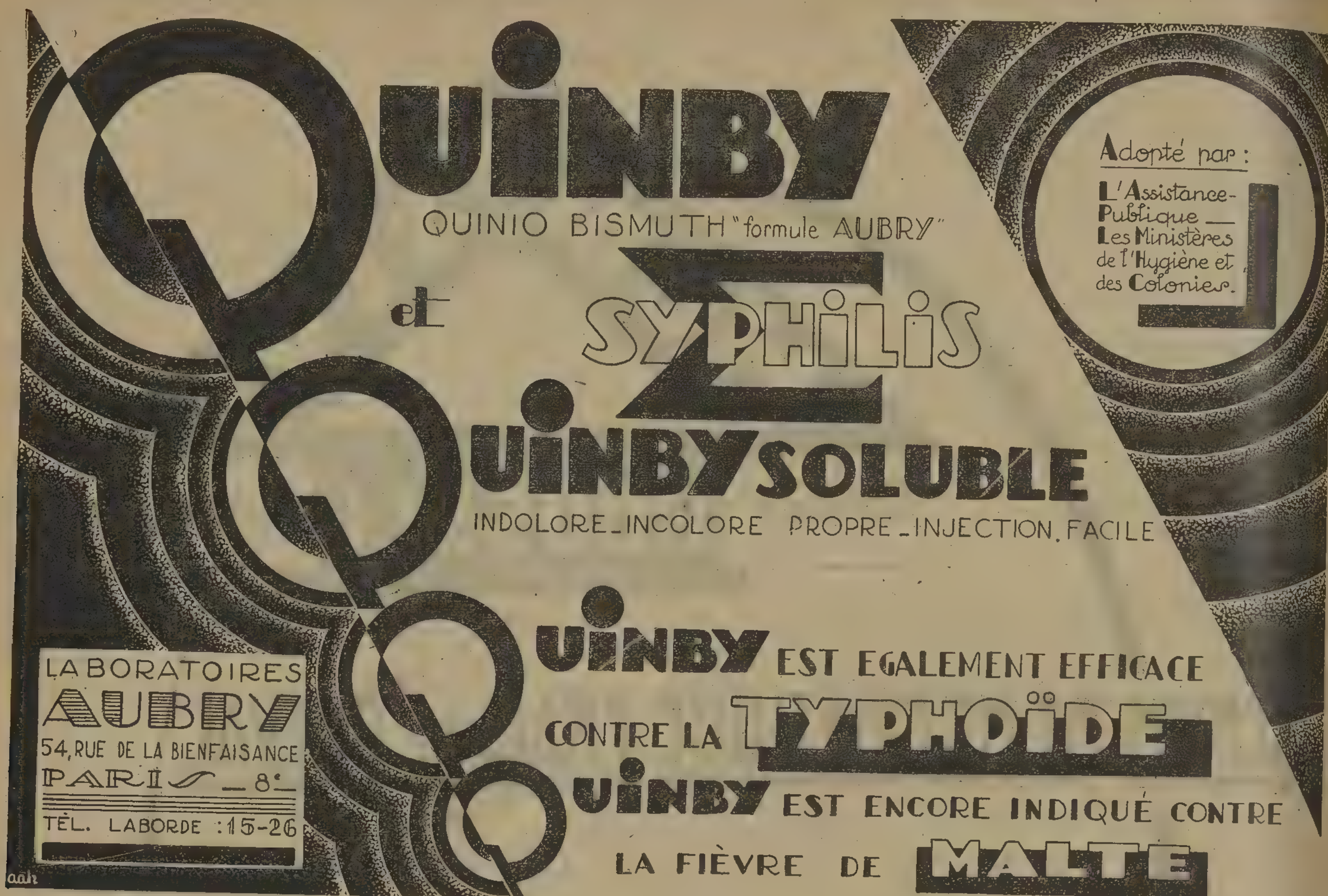
Nous nous habituons à concevoir que l'organisme puisse réagir de la même façon à des agents relativement différents et que pour une maladie due à un germe spécifique, les modalités réactionnelles puissent être différentes au fur et à mesure que la réceptivité de l'organisme se modifie.

Au lieu de penser maladie spécifique, nous pensons modalités réactionnelles spécifiques.

Ce sont les découvertes successives du phénomène de Koch de réaction à la tuberculine, de l'anaphylaxie et de la doctrine générale de l'allergie qui ont cristallisé les faits cliniques épars et permis de comprendre que des méthodes thérapeutiques différentes de celles qui étaient indiquées lors du premier état pussent devenir nécessaires.

(Voir la *Suite*, p. *1505*.)

* *


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
Adopté par :
L'Assistance-Publique
Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE
LABORATOIRES
AUBRY
54, RUE DE LA BIENFAISANCE
PARIS _ 8e
TÉL. LABORDE : 15-26


LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE
OVAIRE (Vache)
corps jaune
Follicule
THYROÏDE (Bœuf)
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) Cachets Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse Ampoules stérilisées
POST-HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY_ 48, rue Théophile Gautier _ PARIS (XVIe)

A l'heure actuelle, si une même médication peut être utilisée dans des états en apparence aussi éloignés que l'asthme, l'urticaire, la furonculose, le chancre mou, c'est qu'il existe entre ces états des points de rapprochement que les recherches sur l'anaphylaxie et l'allergie, sur le choc peptonique, sur la maladie du sérum ont bien mis en évidence.

Dans l'étude des maladies de sensibilisation, on est d'ailleurs passé par les mêmes phases que pour les maladies infectieuses ; alors qu'au début, les préoccupations étaient toutes d'étiologie et de spécificité, on ne tarda pas à se rendre compte, du moins en France, qu'au lieu de faire de la désensibilisation spécifique, il était préférable le plus souvent de faire de la désensibilisation aspécifique, de la désensibilisation peptonique, de la désensibilisation aux chocs ou même de modifier complètement le terrain réceptif.

Le professeur Bezançon conclut : ainsi si au lieu de ne voir dans les maladies infectieuses, comme dans les états de sensibilisation qu'un rôle d'entité mystique, ayant une spécificité étroite et comportant par suite une thérapeutique spécifique, on le considère comme une modalité réactionnelle, ou plutôt comme une succession de modalités réactionnelles, ayant mis en jeu des systèmes tissulaires presque toujours les mêmes, on comprend qu'en thérapeutique, il y ait rarement place pour des médications spécifiques, mais pour de grandes médications n'ayant pas une action directe sur le parasite, ces médications réalisent les réactions naturelles de l'organisme, en particulier celles du tissu mélenchymateux et du système réticulo-endothélial.

M. le secrétaire général adjoint René Moreau donne ensuite lecture du rapport très remarquable de M. Abrami. Ce rapport annonce notamment que nos amis du Canada sont venus inviter le prochain Congrès de 1934 à se réunir à Québec.

M. le Ministre de la Santé publique se réjouit de se trouver une fois de plus en contact avec le corps médical auquel il a voué une grande admiration depuis la grande guerre. Il affirme qu'il entend travailler constamment avec les médecins à cette guerre permanente qu'est la lutte pour la santé publique, et il déclare ouvert le 22e Congrès français de médecine.

F. L. S.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — HYGIÈNE ET CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. (Hospice des Enfants-Assistés.) — Un cours de perfectionnement sur la diététique et la thérapeutique du premier âge sera fait à la Clinique Parrot, sous la direction du professeur Lereboullet, avec le concours de M. Cathala, agrégé, médecin des hôpitaux ; de MM. Lelong et Pichon, médecins des hôpitaux ; de MM. Baize, Benoist, Bohn, Brizard, Chabrun, Garnier, Vanier, chefs et anciens chefs de clinique ; MM. Gournay et Detrois, chefs de laboratoire ; MM. Saint-Girons et Roudinesco, assistants du service.

Il comprendra des exposés didactiques, des présentations de malades, des exercices techniques de clinique, de thérapeutique, de diététique et de laboratoire.

Ce cours commencera le lundi 17 octobre et se terminera le samedi 29 octobre 1932.

Les leçons auront lieu à 10 h. 30 et à 16 h. Elles seront précédées, le matin, de la visite dans les salles à 9 h. 45.

Sont admis à ce cours les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 200 fr.

Le bulletin de versement du droit est délivré au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

REVUE GENERALE

DU ROLE DE L'ÉTAT FONCTIONNEL DE LA PAROI VASCULAIRE ET PRINCIPALEMENT DE SON RELACHEMENT DANS QUELQUES SIGNES VASCULAIRES PÉRIPHÉRIQUES

PAR

THÉRÈSE BROSSE, Ancienne interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant à La Roche-Posay.

et

ADALBERT VAN BOGAERT, Assistant à l'hôpital Broussais.

Travail du service de M. le docteur Laubry.

Dans l'étude des signes vasculaires périphériques poursuivie depuis 3 ans sous la direction de notre Maître M. Laubry, le rôle des facteurs fonctionnels pariétaux a retenu tout particulièrement notre attention.

Nous l'avons déjà mis en évidence avec P. Soulié, dans l'anacrotisme du pouls ; nous l'avons confirmé, dans le Trou auscultatoire, le double ton de Traube et le double souffle crural de Durozier. Enfin le syndrome périphérique de l'insuffisance aortique dans ses expressions multiples nous a semblé intimement lié à l' « Hypotonie artérielle » (1).

Nous avons employé ce terme à la suite de nombreux auteurs et voudrions préciser ici la significations que nous lui avons donnée ainsi que justifier l'emploi que nous en avons fait dans l'interprétation du mécanisme de quelques signes périphériques vasculaires : tensionnels, visuels et auditifs. Dès à présent, nous tenons à faire remarquer que sa cause nous échappe.

Aussi ferons-nous pour terminer une simple énumération des hypothèses plausibles sans préjuger de leur application à tel ou tel cas précis.

***

Lorsqu'on relève un signe circulatoire périphérique on cherche généralement à le rattacher à l'état anatomique ou fonctionnel d'un organe central participant au régime circulatoire. On oublie trop souvent que l'arbre vasculaire constitue un complexe anatomo-fonctionnel capable à lui seul de le justifier.

Depuis plusieurs années diverses écoles se sont élevées contre cette opinion qu'il s'agisse des capillaires, des veines ou des artères.

Nous ne voulons pas traiter ici du rôle d'ailleurs mal élucidé des troubles anatomiques de la paroi artérielle sur certains signes périphériques. Notre Ami et Collègue J. Lenègre y consacre une partie de sa thèse. Nous nous limiterons aux seuls troubles de sa motricité et parmi eux à ceux qui correspondent ainsi que nous tenterons de le montrer, à *un état de relâchement exagéré de la myartère.*

(1) Le syndrome périphérique de l'Insuffisance aortique, par Th. BROSSE, 1 volume. Doin et Cie, 1931.

***

La constitution anatomique d'une artère est trop connue pour qu'il soit de mise d'insister sur la présence dans sa paroi d'un important système contractile. Celui-ci comme tout muscle possède, d'une part, la propriété de se contracter à une excitation discontinue et, d'autre part, de conserver en permanence un certain degré de contraction statique. On appelle « systole artérielle » (Wybauw-Roncato-Luisada, etc...) son mode de contraction réflexe discontinu, tandis qu'on nomme « Tonus » son 2e type réactionnel.

Les anomalies de la systole artérielle, si toutefois elles interviennent dans la propulsion de sang vers la périphérie, chose niée par un grand nombre de physiologistes, ne tombent pas sous nos sens cliniquement, aussi ne nous y attarderons-nous pas. Nous signalerons plus loin leur rôle éventuel dans certains signes périphériques. Le *Tonus artériel* nous retiendra tout entier.

Normalement la myartère se trouve dans un état équilibré de demi-contraction et de demi-relâchement. Pour des raisons physiologiques et autres, elle oscille autour de cet état d'équilibre, tantôt dans un sens, tantôt dans le sens opposé. Le tonus est une réaction à des stimulations d'ordres les plus divers agissant sur le système contractile artériel directement ou par l'intermédiaire de son système nerveux.

Ces stimulants sont chimiques (ions Ca-K-Na(H-CO_2, choline-hystamine-métabolites divers) ou physiques en y comprenant les irritations nerveuses centrales ou périphériques. Les stimulants physiques agissent soit à l'intérieur de l'artère, soit à l'extérieur. Tels sont dans le 1er groupe la distension ou réplétion vasculaires, les dénivellations tensionnelles systolo-diastoliques, l'état colloïdal ou flocculé des protéines plasmatiques (Lumière) ; dans le 2e groupe, la compression répétée d'une artère, le massage, l'action du froid, de la chaleur, de l'électricité.

Tous ces facteurs, et nous en omettons, modifient directement ou indirectement l'appareil contractile des vaisseaux. Il suffit pour s'en rendre compte, de supprimer l'un d'entr'eux. Le procédé le plus simple est d'interrompre les voies nerveuses régulatrices du tonus artériel.

La myartère est en effet soumise à un contrôle nerveux à plusieurs étages : le premier est tout entier disposé dans l'épaisseur de la paroi artérielle ; on l'appelle pour cela « système nerveux intra-mural (Leriche et Fontaine). Il possède un arc réflexe très court et peut pourvoir à lui seul au tonus artériel en cas de destruction des voies longues.

Celles-ci suivent au moins partiellement la gaine adventielle périvasculaire et conduisent les influx venant des centres vasorégulateurs médullaires, bulbaires, striés, sous-striés et corticaux. Les voies vasoconstrictrices empruntent la voie des rameaux communicants et la chaîne des ganglions sympathiques ; les voies vasodilatatrices, moins bien connues, emprunteraient les racines postérieures.

Les différents centres encéphalo-médullaires réagissent les uns sur les autres et leur participation dans le maintien et la régulation du tonus vasculaire est évi-

dente. La première expérience mettant en évidence l'existence d'un état statique de demi-contraction de la paroi artérielle, fut celle de Cl. Bernard (1852), faite d'abord sur le lapin, puis sur le cheval. La résection chez eux du sympathique cervical déterminait une hyperthermie de l'oreille du lapin, une vasodilatation de l'artère labiale du cheval, allant de pair avec une augmentation de la tension artérielle de ce côté. Ces expériences ont été depuis appliquées à la thérapeutique par Jaboulay, par Leriche, Heitz, Fontaine et d'autres. Voici les faits intéressants que ces auteurs ont relevés au cours de la résection de la gaine sympathique péri-artérielle :

1° Au cours de l'intervention et pendant les premières heures, l'artère est rétractée en cordon, son amplitude pulsatile est faible, la Mx. est abaissée ;

2° Pendant les quinze jours suivants au contraire, on note une hyperthermie locale intense (feu du diable), avec élévation parfois de 5 à 7 cm. de la Mx., la Mn variant moins, et surtout une pulsatilité anormalement grande des artères ;

3° Après ce temps, tout rentre progressivement dans l'ordre.

Pour ces auteurs, la 1re phase correspond à une vasoconstriction énergique, réflexe à l'irritation opératoire ; la seconde à une vasodilatation consécutive à l'interruption des voies centrifuges vasoconstrictrices; la troisième à une régulation nouvelle du tonus par régénération des voies détruites ou par automatisme local du système intramural.

Cet état de vasodilatation ou hypotonie artérielle observé après sympathectomie péri-artérielle est réalisé avec les mêmes caractères lorsque pour une cause quelconque l'influx vasomoteur encéphalo-médullaire est inhibé. A la suite de Bascourret, Exaltier, Froment, Decourt et Grégoire, et d'autres, l'un de nous, avec MM. Alajouanine et Mage, a, récemment encore, insisté sur l'hyperpulsatilité artérielle de certaines causalgies, des tabès avec troubles trophiques périphériques en évolution. Les syringomyélies avec arthropathies, les lésions thalamiques, les hémiplégies et principalement celles compliquées d'une atteinte des noyaux gris centraux, réalisent le même syndrome vasculaire d'hypotonie (Périsson).

Il nous importe peu de savoir s'il s'agit dans ces cas d'une hypotonie active ou passive ; seules, les manifestations cliniques traduisant cet état doivent nous retenir ici quel que soit leur mécanisme. Divers agents physiques, chimiques, toxiques et infectieux reproduisent le même syndrome, l'action vasodilatatrice indubitable d'un certain nombre d'entr'eux étant connue, on peut par analogie conclure à l'identité d'action des autres reproduisant exactement les mêmes phénomènes. Ainsi la chaleur relâche sans aucun doute normalement les muscles lisses des artères périphériques; elle fait apparaître une hyperthermie cutanée, de la danse artérielle, un pouls capillaire (p. capillaire en été chez des sujets sains à tonus sympathique faible), un grand indice oscillométrique et des bruits soufflants à toutes les pressions depuis la Mx. jusqu'à la Mn. L'altitude fait apparaître les mêmes signes (Vannotti). Il nous semble dès lors permis de conclure par analogie en présence d'un état réalisant les mêmes manifestations que les lésions et troubles nerveux abaissant le tonus artériel : d'une part à l'existence d'un état de vasodilatation, ou mieux d'hypotonie artérielle, d'autre part à l'action hypotonisante sur les vaisseaux des conditions dans lesquelles elles apparaissent.

C'est ainsi que nous l'avons fait dans le R.A.A. à sa phase aiguë de primo-infection (Mage et A. Van Bogaert) et dans différents états dysendocriniens et neurotoniques. D'autres l'ont fait (Bosch, Mo et Cossio) dans la malaria, (Portalis et Flora) dans la dengue, etc... Nous l'avons invoqué au même titre, pour expliquer le syndrome vasculaire périphérique de l'insuffisance aortique (Laubry, Brosse et A. Van Bogaert). Chemin faisant, nous justifierons cette conception.

En résumé : Différentes lésions et troubles fonctionnels, de causes toxiques, infectieuses, chimiques ou physiques, peuvent compromettre la régulation du tonus vasculaire et reproduire exactement les manifestations de l'hypotonie artérielle expérimentale consécutive à la résection du sympathique périartériel ou à l'action d'un agent vasodilatateur certain comme la chaleur.

Nous disons qu'il y a hypotonie vasculaire toutes les fois que ces diverses manifestations sont réalisées en nombre et intensité suffisante pour qu'ils confirment réciproquement leur nature.

Nous allons passer maintenant en revue ici les diverses manifestations périphériques de l'hypotonie vasculaire.

L'hypotonie vasculaire se traduit cliniquement (l'hyperthermie cutanée mise à part), un facteur débit minute y jouant un rôle très important par 3 groupes de signes :

1° Des signes tensionnels, c'est-à-dire des modifications de la Mx et de la Mn ;

2° Des modifications de la pulsatilité artérielle et capillaire : parmi lesquelles nous étudierons principalement : la danse artérielle, génératrice des signes de Musset, de Muller, de Huchard, etc...) et le pouls capillaire (pouls unguéal, frontal, hippus de Landolfi, etc.) ;

3° Des modifications des bruits artériels.

***

1° **Les signes tensionnels.** — La plupart des travaux traitant de l'hypotonie artérielle sont entièrement consacrés à l'étude de la tension artérielle. On peut les départager en disant que les uns (travaux de Kisch, Sergent, Ferranini, Luisada, Lian et Blondel, Dumas, Kylin, etc...) retiennent comme caractéristiques *l'hypotension systolique*, les autres (Cl. Bernard, Brown Sequard, Leriche, Heitz, Fontaine) considèrent plutôt l'hypertension systolique comme étant l'expression de l'hypotonie artérielle.

Dumas, avec raison, a tenté d'ordonner ces observations et d'unifier leur interprétation en tenant compte d'une notion trop souvent négligée : *la pulsatilité artérielle.* Pour lui, l'hypopulsatilité artérielle accompagne les hypotensions systoliques les plus marquées, cette dernière serait au contraire à peine ébau-

chée et ferait même souvent défaut en cas d'hyperpulsatilité artérielle. La raison, pour lui, en serait fort simple : dans le premier cas il y aurait à la fois hypotonie artérielle et cardiaque, tandis que dans le second cas l'hypotonie resterait localisée aux artères, le cœur tendant au contraire à compenser par un effort la défaillance tensionnelle périphérique. Cette pathogénie, toute séduisante qu'elle soit, ne s'applique cependant qu'à un nombre limité de cas et perdrait en se généralisant beaucoup de sa valeur. Hypotension avec hypopulsatilité vasculaire n'indique à coup sûr ni hypotonie artérielle, ni hypotonie myocardique.

Doumer invoque dans 8 cas sur 10 d'hypotension idiopathique observés par lui, le rôle de l'aplasie artérielle qu'il justifie par la mensuration du calibre de l'aorte à la radioscopie et par l'acrocyanose (1).

Toute cause, en effet, qui diminue le volume de l'ondée systolique venant heurter le bord supérieur du brassard pneumatique de l'appareil de mensuration de la tension, abaisse le chiffre de la Mx et le plus souvent diminue aussi l'amplitude pulsatile. Ceci se réalise dans les hypotonies vasculaires généralisées, accumulant le sang dans les réseaux abdominaux et réduisant le volume de l'ondée ventriculaire (Laubry et Tzanck : syncope et choc), dans les méiopragies cardiaques graves, mais aussi dans toute réduction du calibre artériel par aplasie, par rétraction atrophique et même *par hypertonie* (Leriche et Fontaine : sympathectomie). Nous sommes très loin dès lors de pouvoir conclure devant une hypotension systolique avec hypopulsatilité à l'hypotonie vasculaire ou à l'hypotonie cardiaque. Bien plus, l'association de ces deux signes peut même être comme nous venons de le voir, l'expression d'une hypertonie artérielle.

Nous ne pouvons dès lors considérer l'hypotension systolique comme un critère fidèle et absolu de l'hypotonie vasculaire.

L'hypertension systolique en est-elle plus caractéristique ?

On pourrait à première vue être plus affirmatif, étant donné que ces élévations tensionnelles ont été relevées au cours d'expériences ou dans des conditions telles qu'il ne restait aucun doute sur l'existence d'une hypotonie artérielle, chose rien moins que démontrée en cas d'hypotension systolique. Cette hypertension systolique allait toujours de pair avec une hyperpulsatilité artérielle, chose exceptionnelle en cas d'hypotension systolique. L'hyperpulsatilité serait-elle dans ces conditions la cause de l'élévation de la Maxima ? ou au moins favorise-t-elle dans les hypotonies vasculaires importantes et généralisées le maintien de la Mx à un chiffre voisin de la normale ?

Leriche et Heitz se rallient à l'hypothèse de Cl. Bernard. L'impulsion du cœur, écrit-il, se transmettrait presque entière jusqu'à la périphérie dans une artère relâchée », sa paroi absorbant moins d'énergie. Quel que soit le bien fondé de cette interprétation, il faut, comme pour l'hypotension systolique, retenir le rôle de la masse sanguine en mouvement, heurtant la manchette, pour expliquer l'élévation de la Mx. dans une artère relâchée, dont le calibre est forcément accru.

L'un de nous, dans sa thèse, a beaucoup insisté sur le rôle du calibre artériel dans l'hypertension systolique de l'insuffisance aortique, observée particulièrement pendant la phase d'hyperpulsatilité artérielle. Heitz justifiait déjà par ce mécanisme le signe de Hill et Flack, c'est-à-dire l'hypertension systolique relative des membres inférieurs dans cette affection. Nous l'avons entièrement confirmé en montrant que ce signe était d'autant plus net que le syndrome périphérique d'hyperpulsatilité artérielle était plus complet et plus intense. Toutefois nous mettions en garde contre une surestimation erronée de la Mx. presque inévitable par la méthode oscillométrique dans ces conditions, l'amplitude exagérée des supra-maximales camouflant la cassure caractéristique de la Mx. sur une courbe oscillométrique. La méthode auscultatoire, tout en la réduisant, ne supprime pas cette cause d'erreur. A plusieurs reprises nous avons entendu chez un sujet dont la Mx. réelle palpatoire était à 12, des bruits, sourds mais nets, bien frappés, à partir de 20 cm. de Hg. A 12 cm. de Hg., ces bruits gagnaient brusquement en intensité et évoluaient suivant le schéma de Korotkow.

S'il faut réserver une place considérable à l'hyperpulsatilité artérielle dans l'élévation *réelle* ou *apparente* de la Mx., il ne faut cependant pas négliger d'autres facteurs qui existent souvent dans les mêmes états (neurotonie, I. aortique, etc...) nous avons principalement en vue la vitesse de l'ondée ventriculaire. Il ne rentre pas dans le cadre du sujet qui nous occupe de discuter leur importance.

On peut dire dès lors que l'hypotonie artérielle n'a pas une caractéristique tensionnelle bien définie. Une hypotension systolique avec hypopulsatilité ne la justifie pas à coup sûr. L'hypertension systolique ou une tension voisine de la normale jointe à une hyperpulsatilité artérielle et capillaire nous semble plus immédiatement liée à un état d'hypotonie artérielle locale sinon générale. Nous justifierons plus loin la valeur que nous accordons à l'amplitude pulsatile artérielle.

***

Le chiffre de la **tension diastolique** ou minima, c'est-à-dire le niveau tensionnel le plus bas enregistré au cours d'une révolution cardiaque complète, peut varier pour des causes centrales ou périphériques.

Si le cœur est lent, la pression descendra plus longtemps et donc plus bas pendant la diastole que lorsque le cœur est rapide. Le même résultat peut être atteint par une fuite se trouvant sur un point quelconque du réseau circulatoire : insuffisance sigmoïdienne, large communication artério-veineuse latéro-latérale (anévrysme artério-veineux), ou termino-terminale (dilatation active ou passive des réseaux capillaires).

Ces faits sont vérifiés par l'expérience et par la clinique surtout pour ce qui concerne l'hypotension diastolique des cœurs lents, des anévrysmes artério-veineux des gros vaisseaux et de l'insuffisance aortique.

(1) L'acrocyanose correspondrait dans ces cas selon Doumer à un état de vasodilatation, compensateur de la réduction du débit sanguin dans ce système vasculaire rétréci, aplasique. La vasodilatation des capillaires ralentit le sang et permet une meilleure fixation de l'oxygène par les tissus.

On a cependant beaucoup exagéré la valeur diagnostique de ce signe, principalement dans cette dernière affection dont certains affirment l'existence en dehors de son seul témoin : le souffle diastolique, sur la présence d'une hypotension diastolique.

Avec notre maître, M. Laubry, nous avons réagi contre cet abus dénoncé déjà par Gallavardin et nous nous sommes demandés étant donné sa fréquence en dehors de toute I. A. quelle était la part de la fuite sigmoïdienne et de l'état fonctionnel des vaisseaux dans l'abaissement de la minima, au cours de l'I. A. même ?

En effet, l'hypotension diastolique au cours du choc est actuellement bien connue et attribuée de commun accord à la paralysie du système presseur ortho-sympathique.

La même observation a été faite au cours de la dengue, de la malaria, de la tuberculose évolutive, Schellong l'a relevée après l'exercice physique et a montré une fois de plus l'indépendance dans ce cas de l'abaissement de la Mn, des modifications de la Mx. et de la fréquence cardiaque. L'un de nous avec Mage observa au cours de la phase fébrile de primo-infection du R.A.A. des chiffres de T.A. de 120/60, 140/55, 160/60 avec des cœurs ralentis ou non, mais dont aucun ne présentait un souffle diastolique d'I. A. (jusqu'un an après l'atteinte aiguë, limite de l'observation). Cet état tensionnel allait de pair avec une hypoexcitabilité orthosympathique prononcée, le système parasympathique étant au contraire hyperexcitable. Avec la convalescence, le chiffre de la Mn. remontait.

Nous avons relevé des hypotensions diastoliques semblables chez des neurotoniques et des dysendocriniens.

Ces diverses observations montrent clairement que le seul relâchement vasculaire, c'est-à-dire l'hypotonie, peut abaisser considérablement le taux de la Mn. Ce facteur intervient-il aussi dans l'I. Aortique ?

On peut d'autant plus justement se le demander que l'hypotension diastolique est très inconstante dans cette affection. Pour justifier ce fait, Gallavardin et de nombreux auteurs considèrent le taux de la minima comme lié à l'importance de la fuite sigmoïdienne. Si ce raisonnement est irréfutable, sa démonstration est cependant illusoire, car rien ne permet actuellement d'apprécier avec précision in vivo ou post-mortem l'importance d'une fuite sigmoïdienne et son influence sur l'hydraulique sanguine.

Nous avons relevé seulement 23 fois sur 75 I. A. pures et 8 fois sur 56 I. A. associées une valvulite mitrale, une Mn. égale ou inférieure à 6 cm. de Hg. Or, ces hypotensions diastoliques s'observaient presque uniquement chez des malades présentant un pouls capillaire, une danse artérielle, un grand indice oscillométrique, signes dont nous montrerons ci-après les rapports avec l'hypotonie artério-capillaire. Il nous semble dès lors que l'hypotonie vasculaire doive être incriminée, même au cours de l'I. A. comme un des éléments les plus importants peut-être de l'hypotension diastolique. Que la fuite sigmoïdienne puisse la produire à elle seule, nous n'en doutons pas, mais ce dont nous sommes convaincus c'est qu'en pratique elle n'intervient que pour une part d'ailleurs indéterminable. On s'explique alors les variations chez un même malade du taux de la Mn. et l'inconstance de l'hypotension diastolique dans l'I. A.

D'ailleurs, comment justifier une hypotension diastolique plus marquée à la phase d'intolérance d'une I. A. que pendant sa phase de tolérance, s'il fallait en incriminer la fuite sigmoïdienne.

L'absence d'hypotension diastolique ne laisse rien préjuger du degré d'une insuffisance sigmoïdienne, elle indique une bonne compensation vasomotrice du vice valvulaire. Fr. Franck et Ruault ont en effet montré qu'une destruction expérimentale des sigmoïdes aortiques modifiait peu et augmentait plutôt la T. A., *un réflexe vasoconstricteur immédiat corrigeant la déséquilibre hydraulique causé par la fuite sigmoïdienne.* Depuis de nombreux auteurs ont essayé de reproduire expérimentalement par valvulotomie, les modifications tensionnelles observées en clinique dans l'I. A., tous ont échoué. Aussi sommes-nous persuadés que dans les signes tensionnels et périphériques en général de l'I. A., l'état vasomoteur périphérique joue le rôle le plus important. Ils apparaissent ou disparaissent, selon qu'il compense ou non le vice valvulaire. Nous allons en trouver encore la confirmation plus loin.

***

2° **La pulsatilité artérielle.** — L'arbre artériel est le siège à chaque révolution cardiaque d'un ensemble de manifestations dont les unes sont la conséquence des dénivellations tensionnelles, les autres de l'état de la paroi artérielle même.

Nous venons de voir combien ces deux facteurs s'intertriquent puisque l'état fonctionnel de la paroi est capable de modifier les chiffres de la Mx. et de la Mn.; nous allons rechercher maintenant le rôle de ces 2 facteurs sur l'amplitude pulsatile de l'arbre vasculaire.

Les oscillations tensionnelles systolo-diastoliques dilatent périodiquement le système artério-capillaire. Cette distension est normalement de faible amplitude et passe inaperçue à l'inspection. Elle attire d'emblée l'attention au contraire lorsque l'expansion est anormalement grande. On parle alors d'éréthisme vasculaire ou de *danse artérielle.*

Etendu aux artérioles et aux capillaires, ce phénomène produit une congestion active, rythmique, perceptible à la surface de la peau et des muqueuses, appelée « *pouls capillaire* ». Au terme maximum de sa réalisation, ce dernier signe est spontané en ce sens qu'il ne faut recourir à aucun artifice pour le mettre en évidence.

A ces signes visuels d'expansion vasculaire exagérée, correspond un signe objectif oscillométrique : l'*exagération de l'indice oscillométrique.*

Nous groupons sous l'appellation « *hyperpulsatilité artério-capillaire* » les différentes manifestations que nous venons d'énumérer. Nous allons maintenant examiner :

1° Si l'association des 3 signes d'hyperpulsatilité artério-capillaire décrits est constante ou au moins habituelle ;

2° Si l'hyperpulsatilité est liée à un état spécial de la paroi artérielle ou bien aux conditions hydrauliques qui la déforment.

Il serait inexact de prétendre qu'un grand indice oscillométrique va nécessairement de pair avec un pouls capillaire, car l'autonomie fonctionnelle des artères et des capillaires (Krogh) est actuellement bien établie. Cependant en pratique la chose est très fréquente, et l'on peut affirmer presque à coup sûr l'existence d'un pouls capillaire lorsque l'indice est énorme et inversement un grand indice lorsque le pouls capillaire est très intense. Sur 54 I. A. présentant un pouls capillaire très accusé, 39 fois l'indice oscillométrique à la fémorale variait entre 9 et 20 grandes unités du cadran du Pachon. Chez ceux-ci le pouls capillaire allait de pair avec une très forte danse artérielle et un double souffle de Durozier. Chez les 15 autres, le pouls capillaire était plus difficile à mettre en évidence, deux fois seulement chez ceux-ci, l'indice était inférieur à 9 unités.

L'hyperpulsatilité simultanée des divers segments de l'arbre vasculaire semble bien démontrée par ces faits, ainsi que les rapports de leur intensité. Toutefois il reste indéniable que l'hyperpulsatilité puisse prédominer sur les capillaires ou sur l'artère et justifier l'existence exceptionnelle d'ailleurs d'un pouls capillaire avec un petit indice.

Il nous reste à envisager le mécanisme de cette hyperpulsatilité artérielle et capillaire.

Ces 3 signes ou l'un d'eux seulement s'observent dans les états les plus divers. On les a signalés dans le R.A.A., la tuberculose pulmonaire, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la pneumonie, la malaria, la grippe, le saturnisme, etc... Cette diversité dans les conditions de leur apparition montre bien qu'un mécanisme commun à tous doit en être la cause.

Quelles sont donc les causes de l'augmentation de l'amplitude pulsatile périphérique ?

Ce sont : 1° l'augmentation de l'écart entre la Mx. et la Mn, soit que la 1re s'élève ou que la 2e s'abaisse ;

2° Une plus grande expansibilité de la paroi vasculaire, toutes choses étant égales du côté du cœur et de la tension.

L'hyperpulsatilité avec augmentation de la T. différentielle est incontestable. Nous l'avons relevée 28 fois sur 39 I. A. *Faut-il cependant conclure de cette coïncidence à un lien de causalité entre eux ?* Nous ne le pensons pas, puisque en traitant du rôle de la paroi sur le taux de la Mx. et de la Mn., nous avons vu la Mx. s'élever et la Mn. s'abaisser par le fait de son seul relâchement.

Il devient pratiquement impossible dans ces conditions de fixer ce qui dans l'hyperpulsatilité artérielle revient à la T. différentielle et ce qui dans l'augmentation de la T. différentielle est la conséquence de l'hypotonie artérielle.

On peut toutefois se rendre compte dans quelques cas de la part du facteur mécanique et du facteur fonctionnel pariétal. Ainsi sur 39 I. A. avec hyperpulsatilité capillaire, 3 ont respectivement les tensions et indices suivants : 14/7, 16/9 et 10/6. Indices à la fémorale, 14, 18, 12. Chez eux le rôle de l'état pariétal dans l'hyperpulsatilité est évident tandis que celui de la T. différentielle comme celui de l'hypotension diastolique passe au 2e plan.

Le rôle de la T. différentielle dans l'hyperpulsatilité artério-capillaire, sans aucun doute n'est pas négligeable, et il faut l'invoquer dans certaines hypertensions et dans le saturnisme.

L'un de nous, dans l'I. A., l'a d'ailleurs également invoqué comme rôle favorisant. Nous avons simplement voulu insister ici sur la primauté évidente dans un grand nombre d'hyperpulsatilités vasculaires, de l'état de relâchement de la paroi artérielle et capillaire, justifiant non seulement les variations de la pression sanguine, mais aussi la présence de ces signes d'éréthisme vasculaire sans grande T. différentielle, sans hypotension diastolique, probablement suivant l'importance et la généralisation de l'hypotonie vasculaire. Elle explique en outre la prédominance chez les uns des signes d'éréthisme capillaire, chez les autres des signes d'éréthisme artériel.

La sclérose vasculaire ne s'oppose pas à cette hyperpulsatilité artério-capillaire, elle semble cependant l'atténuer surtout en ce qui concerne le pouls capillaire.

Luisada a donné de l'hyperpulsatilité artério-capillaire une autre interprétation. Cet auteur en attribue toutes les manifestations à une contractilité exagérée de l'arbre vasculaire. Pour lui, lorsque l'onde tensionnelle distend et irrite sa paroi, celle-ci réagit en se contractant ; c'est par ce retour brusque et intense sur elle-même que sont réalisés : le pouls capillaire, la danse artérielle et même le double souffle de Durozier.

Cette conception à la fois originale et pleine d'intérêt rend parfaitement compte du retour sur elle-même de la paroi, mais explique mal la phase expansive énorme de son ampliation. En outre elle exige de la part d'un muscle aussi lent que le muscle artériel, une contraction rapide qui n'en est pas le propre en général. Enfin, la fatigue qu'entraînerait inévitablement et rapidement cette dynamique artérielle aurait tôt eu raison, pensons-nous, de l'hyperpulsatilité active, pour lui substituer la forme passive que nous appelons « hypotonie ».

3° **Modifications des bruits artériels.** — Les recherches les plus importantes, les plus précises et les plus remarquables concernant le rôle de la paroi dans la production, l'intensité et le timbre des bruits artériels, ont été faits par J. Barbier, de Lyon. Il y consacra sa thèse, des travaux ultérieurs et un certain nombre de publications. Avec M. Laubry, nous nous sommes également appliqués à l'étude de certains phénomènes auscultatoires vasculaires, mais plus particulièrement à ceux qui semblent relever de l'hypotonie artérielle. Ce sont : le Trou auscultatoire (1) et le double souffle de Duroziez (2).

---

(1) Contribution à l'étude du trou auscultatoire et de ses rapports avec le pouls anacrote (Ch. LAUBRY et A. VAN BOGAERT), *Ann. de Méd.*, janvier 1931.

(2) Ch. LAUBRY, Th. BROSSE et A. VAN BOGAERT. Doubles tons et doubles souffles vasculaires, *Ann. de Méd.*, juillet 1931.

Nous en signalerons ici les éléments essentiels puisque ces phénomènes rentrent dans le cadre de notre étude.

Barbier a montré que les bruits artériels sont fonction en majeure partie du tonus pariétal. Une paroi hypertonique donne des bruits sonores ; des bruits sourds et étouffés et même l'absence complète de bruits seraient le propre d'une paroi relâchée, hypotonique. Le timbre soufflant, selon cet auteur, serait le résultat d'une sténose artérielle plus ou moins serrée.

Nous différons, partiellement du moins, avec Barbier quant au mécanisme de ce dernier. Le rôle de la sténose est certes incontestable, mais il ne semble pas être seul cause, bien plus, il nous paraît insuffisant pour produire à lui seul certains bruits tels que le double souffle de Duroziez.

Voici les faits qui semblent justifier notre opinion.

1° Chez certains sujets bien portants mais neurotoniques, présentant une danse artérielle (éréthisme sans I. A.), on entend au niveau des carotides et des sous-clavières, sans les comprimer, un souffle systolique rude. Chez les sujets en état d'hypervasodilatation, les bruits artériels sont soufflants à toutes les contrepressions depuis la Mx. jusqu'à la Mn.

3° Dans les I. A. sans signes périphériques, la compression de l'artère crurale à quelque degré que ce soit ne produit qu'un souffle systolique. Il faut chauffer localement l'artère ou la fatiguer par une longue auscultation pour qu'apparaisse le souffle diastolique qui réalise avec le précédent le double souffle de Duroziez. Le froid le fait disparaître et la chaleur réapparaître à volonté.

4° Le souffle systolo-diastolique de Duroziez peut être réalisé expérimentalement chez n'importe quel sujet non porteur d'une I. A., à la condition de réaliser par un artifice (compression en aval du stéthoscope), la force génératrice du 2e bruit et de chauffer l'artère crurale pour que ce bruit devienne soufflant.

Ces points une fois établis, étudions rapidement le mécanisme du trou auscultatoire et du double souffle de Duroziez.

a) Trou auscultatoire. — Lorsqu'on prend la T. A. par la méthode auscultatoire, on est frappé chez certains sujets par l'interruption des bruits artériels entre la Mx. et la Mn, généralement à 2 à 5 cm. de Hg. environ, en-dessous de la Mx. Cette zone de silence appelée « trou auscultatoire » est donc encadrée de deux zones sonores Parfois, au lieu d'un trou complet, les bruits ne sont qu'assourdis (vallée). D'un jour à l'autre chez un même malade, le trou ou la vallée peuvent apparaître ou disparaître.

L'école lyonnaise (Gallavardin, Tixier, Barbier, Poulain) attribue le trou auscultatoire à l'anacrotisme du pouls, c'est-à-dire au soulèvement systolique en 2 temps du pouls, donnant graphiquement une image en escalier à deux marches, la seconde formant le sommet du pouls (schéma I).

Selon ces auteurs l'onde *b* ou 2e marche du pouls passerait seule sous la manchette à la Mx. tandis que l'onde *a* ne passerait qu'à une contrepression plus proche de la Mn. Le pallier oblique (c) enfin, passant sous la manchette à une contrepression intermédiaire, produirait à l'inverse des ondes *a* et *b*, un décollapsus lent et progressif incapable d'engendrer un bruit. C'est ainsi que l'école lyonnaise explique par le pallier C la production d'une zone muette et sa localisation entre la Mn. et la Mx. dans la courbe auscultatoire. Ce trou serait cependant d'autant plus large que la paroi artérielle aurait moins d'aptitude à vibrer.

Toute ingénieuse qu'elle soit, cette hypothèse ne rend pas compte de tous les faits, outre qu'elle est critiquable du seul point de vue théorique en s'appuyant toute entière sur le passage électif, suivant la contrepression exercée sur l'artère, tantôt de l'onde *b*, tantôt du pallier *c et de l'onde b*, tantôt de la pulsation entière (*a.b.c.*) Il est d'ailleurs facile d'en faire la réfutation expérimentalement en enregistrant à toutes les contrepressions l'image de l'onde passant sous la manchette. Les deux ondes *a* et *b* du pouls anacrote passent sous la manchette à toutes les contrepressions.



Schémas I et II.

Le rôle de la qualité sonore de la paroi artérielle invoquée par les auteurs lyonnais, nous semble bien plus digne d'intérêt, le trou auscultatoire n'apparaissant que chez des sujets à bruits artériels sourds. Il suffit chez un grand nombre de sujets de fatiguer l'artère par des compressions répétées ou d'exercer une compression prolongée sur le bras en aval du stéthoscope pour faire apparaître un trou auscultatoire.

Cependant l'état pariétal des artères et principalement son hypotonie, tout en détenant le rôle le plus important dans le mécanisme du trou auscultatoire, ne le justifie pas entièrement. Il faut en outre une onde primaire systolique (*a*) du pouls de faible amplitude (schéma II). Ceci se rencontre chez certains microsphygmiques (cas d'Etienne et Richard), avec un pouls de forme normale, et chez un certain nombre de sujets présentant de l'anacrotisme du pouls. Dans les anacrotismes avec onde *a* élevée, rien ne peut faire apparaître un trou. Des causes *locales* périphériques sont d'ailleurs encore la cause la plus fréquente de la faible amplitude de l'onde primaire.

Ces deux ordres de faits montrent l'importance primordiale des facteurs pariétaux dans le trou auscultatoire. On s'expliquera alors les observations paradoxales signalées par divers auteurs et nous-mêmes à savoir: l'inconstance chez un même malade du trou auscultatoire, la variabilité de son étendue, son existence à un seul bras, son absence à la pédieuse (Heitz et Richard), etc..., l'image graphique du trou étant par ailleurs la même. Quant à sa localisation dans une zone toujours sensiblement la même de la courbe auscultatoire entre la Mx. et la Mn., mais plus près de cette

dernière, nous en avons donné la raison ailleurs. Nous n'y reviendrons pas ici, faute de place.

Avant de terminer ce paragraphe ayant trait aux zones de silence vasculaire, nous en signalons une deuxième variété : l'amputation d'une partie parfois importante de la courbe auscultatoire. Ce fait d'un intérêt clinique important mérite d'être retenu. En effet, chez certains malades le trou auscultatoire s'élargit au point d'amputer de toute sa moitié supérieure la courbe auscultatoire. Chez un hypertendu 24/12 la compression répétée du bras éteignait tous les bruits de 24 à 16, sans que la Mx. palpatoire ne soit modifiée. Avec le repos local tous les bruits réapparaissaient et l'amplitude pulsatile momentanément exagérée pendant la phase de silence, reprenait son taux initial.

Cet exemple montre d'une part combien la méthode auscultatoire de la mesure de la Mx. expose à des erreurs, et d'autre part met en pleine lumière l'importance de l'état tonique pariétal des artères sur les chiffres de la T. A. mesurée par nos moyens cliniques actuels.

On comprendra alors le scepticisme et la prudence qu'il faut garder devant les variations apparentes des chiffres tensionnels complaisamment attribuées à tel agent chimique, physique ou autre.

b) Le double souffle crural de Duroziez. — Est un signe classique de l'I. Aortique. Décrit au niveau de l'artère crurale, il est composé comme son nom l'indique de deux souffles ; l'un systolique, l'autre diastolique séparés par un silence. Ils donnent à l'oreille l'impression d'un souffle aller et retour.

Duroziez, tout en le considérant comme particulièrement fréquent dans l'I. A., signale qu'il peut y faire défaut et s'observer en dehors de cette affection chez des chlorotiques, des fiévreux, des convalescents d'affections graves. Cependant, ajoute-t-il, pour le produire, il faut *souvent l'aider* en comprimant l'artère en aval du point d'application du stéthoscope.

Nous avons fait les mêmes observations concernant le double souffle et nous nous sommes demandés dès lors :

1° Quel était le rôle de la compression en aval dans la production du double souffle ?

2° Pourquoi, en dépit de cette manœuvre, le double souffle n'apparaissait que chez un certain nombre de sujets, fussent-ils même porteurs d'une I. A. ?

Tout le monde s'entend sur le rôle adjuvant dans le double souffle d'une compression en aval et même sur sa nécessité dans certains cas. La compression joue le rôle d'obstacle et réfléchit l'onde systolique tensionnelle qui le heurte. La force vive rétrograde engendrée par ce phénomène du marteau d'eau aidera (2) ou servira à produire le bruit diastolique, *si la paroi se trouve dans les conditions requises.* En réponse à notre 2e question nous énumérerons les conditions pariétales indispensables à la production d'un bruit diastolique. Elles sont au nombre de deux :

a) Il faut détendre par la pression du stéthoscope la paroi artérielle pour permettre sa déformation par les deux forces systolique et diastolique.

b) Il faut des qualités intrinsèques pariétales favorables à la production d'un bruit. Nous avons déjà montré à propos des tons soufflants leur importance et insisté sur leurs rapports avec le Tonus artériel.

Un exemple illustrera mieux encore le rôle de ce facteur pariétal dans la production du double souffle :

Dans l'I. A. comme d'ailleurs en dehors de celle-ci, la compression de l'artère par le stéthoscope jointe à sa compression en aval donne lieu à une des trois éventualités suivantes :

ou bien : on n'entend qu'un seul bruit soufflant, systolique ;

ou bien : on entend un souffle systolique et un ton diastolique ;

ou bien : on entend deux souffles, le 1er systolique, le 2e diastolique.

Dans le 1er cas, il s'agit de sujets ayant une *amplitude pulsatile locale petite* (3 à 5 unités du cadran du Pachon). On peut à volonté chez eux faire apparaître un souffle diastolique en *chauffant* localement leur artère (à l'aide d'une vessie remplie d'eau chaude par exemple). Le froid appliqué après la chaleur raccourcit le souffle et tend à le remplacer par un ton.

Dans le 2e cas on a généralement à faire à des hypertendus. La force engendrée par le marteau d'eau est tellement grande dans ce cas, que la paroi résonne quelles que soient ses propriétés sonores. Ce 2e bruit est le plus souvent un ton ; il est soufflant si l'indice oscillométrique est très grand (supérieur à 8), ainsi qu'après action locale de la chaleur. On rencontre également cette association : souffle systolique-ton diastolique, dans un certain nombre d'I. A. avec amplitude pulsatile petite ou moyenne.

La 3e éventualité s'observe chez des sujets porteurs ou non d'une I. A., mais présentant *toujours un indice oscillométrique énorme à la fémorale* (de 9 à 20 unités). C'est ainsi que chez des tuberculeux pulmonaires, hyperthermiques, nous avons provoqué aisément le double souffle crural de Duroziez. Ces malades présentaient par ailleurs aussi un pouls capillaire et une danse artérielle.

La grandeur de l'indice oscillométrique locale départage donc ces 3 éventualités et parallèlement à lui évolue le 2e bruit diastolique crural. Il ne semble pas douteux que le souffle diastolique du double souffle de Duroziez, lié à l'amplitude pulsatile, soit dans ces conditions l'expression acoustique du relâchement pariétal, c'est-à-dire de l'hypotonie de l'artère crurale. On peut le faire apparaître à volonté par l'application locale de chaleur, le modifier et même lui substituer un ton par l'application locale de froid.

D'ailleurs, le double souffle de Duroziez n'apparaît dans l'I. A. que lorsque la plupart des autres signes d'hypotonie artérielle sont réalisés. L'abaissement de la Mn. nous semble dès lors ne pas être la cause première de la production d'un double souffle crural. Gal-

(1) La force vive engendrée par un obstacle s'ajoute à la force existant naturellement dans l'I. A. de par la fuite sigmoïdienne pendant la diastole, et aidera de cette manière la production du double souffle.

lavardin a déjà fait remarquer que d'autres facteurs sans aucun doute devaient intervenir, car par deux fois, il observa le double souffle avec des T. A. normales.

L'abaissement de la Mn. joue, pensons-nous, un rôle de premier plan dans la création de la force diastolique nécessaire à la production d'un bruit. Cette force est expérimentalement contrefaite par la compression de l'artère en aval du stéthoscope. Lorsque cette force existe au préalable et possède une énergie suffisante, il est inutile d'aider le double souffle par ce dernier artifice. On l'entend alors par simple application du stéthoscope sur l'artère après l'avoir ou non chauffé. C'est ce qui s'observe, dans certaines I. A. et, à l'avis de certains en dehors de celle-ci, dans les états d'hypotonie vasculaire généralisée. Nous considérons donc l'hypotension diastolique par fuite sigmoïdienne comme la compression en aval, à elles seules insuffisantes pour produire un double souffle de Duroziez. Il faut y joindre des conditions pariétales favorables à la production d'un bruit soufflant, c'est-à-dire l'hypotonie.

On conçoit dès lors que le double souffle systolo-diastolique puisse s'observer à niveau de n'importe quelle artère des membres supérieurs ou inférieurs (double souffle huméral), ainsi que nous l'avons fait observer.

***

Hypothèses pathogéniques. — En terminant, nous aurions voulu définir ou ébaucher au moins le mécanisme intime de l'hypotonie artério-capillaire, c'est-à-dire en préciser la cause. Nous ne le ferons pas, puisque toutes les données précises font à ce sujet défaut.

De certaines de nos publications antérieures concernant le syndrome périphérique de l'I. A., on a voulu conclure que la défaillance myocardique était la cause du syndrome d'hypotonie vasculaire dans l'I. A. ; nous n'avons pas été jusque là, en signalant leur coïncidence fréquente. Nous accepterions bien moins encore l'hypothèse pathogénique contraire, faisant comme Dumas de l'état d'hypotonie artérielle la cause de la défaillance ou hypotonie myocardique (Myocardie secondaire à l'hypotonie artérielle).

Tout au plus dirons-nous qu'étant donnée dans l'I. A. la coïncidence très fréquente de signes périphériques artériels d'hypotonie et de l'intolérance de la lésion par le myocarde on est autorisé à invoquer une cause plus générale exerçant son action dépressive à la fois sur le Tonus du cœur et des vaisseaux. Cette cause peut être humorale (ions vagotropes, troubles hormonaux, troubles du métabolisme), toxique (asystolie goutteuse), ou infectieuse, touchant directement ou indirectement la fibre musculaire du cœur et des vais-

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Facilités accordées pour le transport des bagages des voyageurs empruntant les services d'autocars organisés par la Compagnie P.-L.-M. — Les voyageurs qui empruntent les services automobiles ou qui effectuent leur voyage partie en chemin de fer, partie en autocar P.-L.-M., peuvent faire transporter leurs bagages par chemin de fer entre les gares P.-L.-M. situées sur leur itinéraire.

Pour avoir des indications plus détaillées, se renseigner auprès des gares.

seaux (interposition de réflexes nerveux et vasculaires). L'asystolie et l'hypotonie vasculaire surrénale (Josue et Belloir), hypothyroïdienne (Laubry, Walser et Mussio-Fournier), l'insuffisance cardiaque consécutive à de fortes émotions (Laubry) en sont autant d'exemples.

Il semble justifié d'invoquer ces facteurs chimiques et nerveux dans l'I. A. et d'une façon plus générale dans tous les syndromes d'hypotonie apparaissant au cours d'un état infectieux ou toxique susceptible de modifier l'état colloïdal et chimique du plasma (choc. Lumière) et l'état fonctionnel sécrétoire des glandes essentielles au maintien du Tonus cardio-vasculaire.

Par là même se justifie aussi ce que nous laissions sous-entendre ci-dessus, à savoir que dans l'I. A., le syndrome d'hypotonie s'observe comme ailleurs sans défaillance aucune du cœur, au cours d'une pyrexie grave ou d'un trouble neurovégétatif ou endocrinien primitif ou secondaire.

Tout ce qui touche dès lors les centres ou les terminaisons périphériques du système presseur (tonique) artériel peut, s'il les déprime, réaliser tous les signes de l'hypotonie artério-capillaire. Avec Mage, nous avons confirmé expérimentalement l'hypoexcitabilité de ce système orthosympathique au cours du syndrome d'hypotonie vasculaire du R. A. A.

Dans l'I. A., la cause de l'hypotonie vasculaire pourrait encore se rechercher dans l'hydraulique anormale dont les vaisseaux périphériques sont le siège dans cette affection.

En effet, Fr. Franck a montré qu'après une valvulotomie sigmoïdienne aortique expérimentale, les vaisseaux se contractaient, irrités qu'ils sont, dit-il, par les fortes dénivellations tensionnelles ainsi produites. A cette phase de vasoconstriction fait suite une vasodilatation paralytique de fatigue.

On peut dès lors se demander si dans une I. A. d'abord bien tolérée, avec un régime tensionnel équilibré grâce à des réactions vasomotrices périphériques, la défaillance myocardique ultérieure ne modifie pas le régime circulatoire. Les vaisseaux montreront bientôt alors des signes de désadaptation à ce nouveau régime. De cette manière le syndrome d'hypotonie artérielle de l'I. A. refléterait à la périphérie, le déséquilibre hydraulique secondaire à la défaillance myocardique.

Nous ne pouvons en dire plus sur la pathogénie de l'hypotonie artérielle, nous avons tout simplement voulu montrer dans cet article la part importante qui lui revient dans un grand nombre de signes périphériques, qu'elle justifie souvent sans l'intervention d'un autre mécanisme.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie des lymphatiques de l'homme par H. Rouvière, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Un volume grand in-8 de 490 pages avec 120 figures. — Prix : broché, 130 francs ; relié toile, 150 francs. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(Séance du 11 octobre 1932)

M. le Président annonce le décès de M. Doumer (de Lille), correspondant national.

M. Ravaut lit une notice nécrologique sur M. Henrijean, et M. Siredey fait l'éloge de M. Stoïcesco, récemment décédés.

La déclaration des maladies contagieuses. — MM. Daniel et Loir (du Havre) constatent que la déclaration des maladies contagieuses n'est pas faite, d'une manière générale, aussi rigoureusement qu'elle devrait l'être. Aussi demandent-ils à l'Académie de prendre en considération le vœu suivant :

« Qu'il soit rappelé aux médecins que la loi les oblige à faire la déclaration des maladies contagieuses. Cette déclaration est indispensable pour permettre aux services d'hygiène d'avoir des données pour établir les statistiques et procéder aux enquêtes épidémiologiques, base de toute prophylaxie.

Pouvoir bactéricide des urines des tuberculeux pour le bacille de Koch. Influence des sels d'or.— MM. P. Courmont, H. Gardère et P. Pichat. Ce travail est la suite de longues recherches antérieures sur le pouvoir bactéricide dans les humeurs de l'organisme sur le bacille de Koch.

Ce pouvoir bactéricide a une grande importance théorique et aussi pratique, diagnostique et pronostique.

Les auteurs ont cherché si les urines des tuberculeux possèdent la même propriété.

Le pouvoir bactéricide des urines sur les cultures homogènes du bacille de Koch est assez fréquent chez les tuberculeux, et ordinairement plus faible que celui du sérum. Il n'existe pas chez les sujets sains ou chez ceux atteints de maladies infectieuses aiguës sans tuberculose.

Les variations du pH et des constituants normaux de l'urine n'ont pas montré de rapport avec le pouvoir bactéricide. Ce dernier paraît dans les urines provenir de celui du sérum.

Chez les malades traités par les sels d'or, le pouvoir bactéricide des urines et du sérum s'élève considérablement et apparaît dans les cas où il était absent. Chez les sujets sains, le pouvoir bactéricide normal du sérum augmente et apparaît dans les urines. L'analyse chimique démontre alors la présence de l'or dans les urines, mais le pouvoir bactéricide de celles-ci peut persister après la cessation d'élimination de l'or.

Les auteurs ont montré, d'autre part, que les sels d'or (sanocrysine ou allocrysine) sont bactéricides *in vitro*, à partir d'un certain taux d'or dans les cultures. Mais, fait paradoxal, les sels d'or ne sont plus bactéricides à partir d'un certain degré élevé de concentration et les bacilles poussent avec précipitation des sels d'or.

Tous ces faits semblent indiquer que le pouvoir bactéricide des urines et du sérum joue un grand rôle dans la défense de l'organisme des tuberculeux, et que, d'autre part, les sels d'or passant dans la circulation et les urines, augmentent pour leur part ce pouvoir bactéricide.

— En comité secret, l'Académie a étudié son rattachement au ministère de la Santé publique.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UN NOUVEAU DANGER

Tandis que se poursuit, à propos du baccalauréat latin-grec, une nouvelle querelle des anciens et des modernes, une menace se dessine contre le corps médical et toutes les professions libérales.

On peut bien dire que ceux qui ont déclaré désuet le grec, proclamant qu'une demi-culture, le latin-sciences, serait largement suffisante pour aborder les études supérieures, se sont faits les alliés inconscients de ceux qui n'attachent « pas d'enthousiasme personnel aux menues précautions de la culture ». Si on sacrifie si légèrement le grec, on n'aperçoit pas très bien comment on peut ensuite préconiser le latin, les mêmes arguments ne pouvant servir à la fois pour condamner l'un et défendre l'autre. Pourquoi, dès lors, ne pas se contenter du « sciences-langues » ?

Mais, quand on s'aventure inconsidérément sur une pente glissante, une erreur a vite fait d'en engendrer d'autres plus graves. Et, entre ce baccalauréat sciences-langues et le brevet supérieur de l'enseignement primaire, il y a peut-être moins loin qu'entre lui et le « latin-grec ». Alors, pourquoi ne pas ouvrir toutes grandes les portes de nos Universités à l'enseignement primaire ?

Aussi, ceux qui font si bon marché de la culture générale n'ont-ils point hésité à adopter ces conclusions extrêmes ; non pas qu'ils expriment ouvertement une opinion qui risquerait encore de provoquer des protestations, mais, à travers les réticences habiles de certains discours, il apparaît bien que c'est, au fond, le but poursuivi.

Le raisonnement est bien simple : les dispositions actuelles ne paraissent pas donner des résultats satisfaisants ; le baccalauréat ne représente plus une sélection ; les études supérieures s'en ressentent ; la Médecine..., nous n'osons répéter ce qu'on a pu en dire ; l'agrégation..., nous n'osons pas davantage. Une réforme s'impose ; pourquoi, devant cette déficience, ne pas infuser du sang nouveau à nos Facultés ? Et ce sang nouveau, où pourrait-on mieux le prendre que dans l'enseignement primaire ?

On demeure anéanti devant de telles propositions, malgré le voile prudent dont on les recouvre.

Il est possible que des critiques de la situation présente soient justifiées, mais, loin de vouloir en comprendre les causes, on ne songe qu'à les aggraver.

Il fut un temps qui n'est pas encore très éloigné où il n'était point question de critiques ; où le baccalauréat français était partout apprécié ; où le médecin français était considéré comme le meilleur praticien du monde. C'était le temps où les études classiques, latin-grec, florissaient ; où entraient dans nos Ecoles et Facultés des étudiants merveilleusement préparés à l'enseignement supérieur ; où les études médicales étaient organisées pour faire des praticiens dont la supériorité était incontestable et incontestée.

Que s'est-il donc passé ?

On a commencé par désorganiser l'enseignement classique, en confondant à la fois les moyens et les buts de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire ; on a ainsi abouti à des baccalauréats divers dont le moins qu'on puisse dire est que la plupart ne signifient pas grand'chose ; nos Facultés ont été envahies par des étudiants issus de ce chaos qui ont trop souvent donné les résultats qu'on pouvait attendre avec de telles méthodes.

Et maintenant, non seulement on ne veut pas se rendre compte des fautes commises, mais le seul remède qu'on envisage est d'aggraver encore les mesures qui ont été si néfastes : c'est l'insuffisance de la culture générale classique qui est en cause et on ne pense qu'à supprimer le peu qui en reste.

Déjà une entreprise, sans succès d'ailleurs, a été tentée contre les Facultés de droit ; aujourd'hui, c'est la médecine qui est visée. Le Corps médical français acceptera-t-il cette déchéance ?

Il y a peut-être une arrière-pensée d'un autre ordre : la culture classique est génératrice d'un esprit critique qui peut paraître insupportable à certains. Déjà un ministre du second Empire avait voulu, en la supprimant, punir ceux qui possédaient cette culture qu'il rendait responsable de la Révolution de 1848. Y a-t-il des ministres de la Troisième République qui veulent marcher sur ses traces ?

Nous pouvons leur rappeler les résultats de cette première expérience qui furent tels que quelques années plus tard, on fut obligé de rapporter la mesure.

La menace est encore imprécise, mais elle n'en est pas moins dangereuse : d'insinuations en insinuations, on crée une atmosphère ; on arrive, sinon à convaincre, tout au moins à circonvenir et un jour, on se trouve en face du fait accompli.

Il faut donc que le corps médical défende la médecine française ; qu'il exige pour tous les étudiants, par le baccalauréat latin-grec, cette culture générale qui, avec la réforme des études médicales trop longtemps différée, permettra de reprendre les saines traditions qui lui ont valu les Maîtres qui l'ont illustrée et les praticiens qui ont fait sa réputation mondiale.

A. HERPIN.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de clinique séméiologique. Diagnostics, pronostics et traitements (1), par Gaston LYON, ancien chef de chirurgie médicale de la Faculté de Paris.

Les connaissances théoriques, acquises au préalable dans les traités de pathologie, connaissances d'ailleurs indispensables à qui veut aborder la clinique, ne seront d'un secours suffisant que si l'on connaît la méthode à suivre pour les utiliser. C'est précisément le but de ce livre dont une deuxième édition reparaît aujourd'hui.

L'auteur y a transposé les enseignements journaliers de la clinique au lit du malade ; il a procédé de concert avec lui à l'interrogatoire, à l'examen, adoptant pour ce dernier l'ordre topographique, montrant comment le malade doit être exploré des pieds jusqu'à la tête en indiquant au fur et à mesure les indications essentielles que l'on peut tirer de cet examen méthodique des différentes régions du corps.

En un mot, ce livre est un *Petit Précis de médecine* plus concret que bien des manuels classiques, plus direct, qui donne de l'acte médical à la fois et dans le même exposé tous ses aspects. La séméiologie, la pathologie générale, la thérapeutique, la technique y sont intimement unies et leur lieu, c'est la clinique. Ce livre est divisé en six parties :

1. Interrogatoire ; 2. Examen ; 3. Recherches de laboratoire ; 4. Exploration des différents appareils et séméiologie ; 5. Pronostics ; 6. Applications thérapeutiques.

Cette deuxième édition est strictement au courant des nouveautés scientifiques, notamment en ce qui concerne les examens de laboratoire. L. G.

(1) Un volume de 868 pages. — Prix : broché, 50 fr. ; cartonné, 62 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 84. — MERCREDI 19 OCTOBRE 1932. 105e ANNEE. MERCREDI 19 OCTOBRE 1932. — N° 84.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12 fr. 50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Le Nouëne et Profichet (du Havre), Moiroud (de Riez).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Poirier (de Boulogne), Fromageot (de Coulommiers), Augé (de Montfaucon), Sanlaville (de Perréon).

Médaille de bronze. — M. le docteur Malherbe (de Couches-les-Mines).

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Est promu :

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Courvoisier, en remplacement de M. le médecin général Dejouany, placé dans la section de réserve.

M. le médecin général Courvoisier est maintenu directeur du Service de santé de la 7e région, à Besançon.

— M. le médecin général Malaspina, adjoint au directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, est nommé, à compter du 20 octobre 1932, directeur du Service de santé de la 3e région, à Rouen.

— Mutations :

Médecin lieutenant-colonel. — M. Boyé est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte du Mans, comme médecin chef.

Médecins commandants. — Sont affectés : MM. Royer, aux salles militaires de l'hospice mixte de Verdun, comme médecin chef; Liébert, aux salles militaires de l'hospice mixte de Vannes, comme médecin chef; Bouisson, à l'hôpital Villemin, détaché au ministère de la Guerre, état-major de l'armée, 3e bureau; Cames, au 1er groupe d'ouvriers d'aéronautique; Ryckebusch, maintenu à l'hôpital sanitaire de Vannes et désigné comme médecin chef; Goudet, aux salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier.

Médecins capitaines. — Sont affectés : MM. Cheyrou-Lagrèze, au 155e d'art. à pied, à Strasbourg; Auban, au 361e d'art. portée à Commercy; Labarthe, au 152e d'inf., à Colmar; Janani, au 23e tir. algériens, à Morhange.

Médecin lieutenant. — M. Prat est maintenu provisoirement au 18e chass. à cheval, à Saint-Avold.

HÔPITAUX COLONIAUX. — A la suite des concours institués par la circulaire ministérielle n° 680 1/8 du 10 mars 1932, sont nommés par ordre de mérite :

Chirurgiens des hôpitaux coloniaux. — MM. Roques, médecin commandant ; Dumas, médecin capitaine du dépôt des isolés des troupes coloniales, à Marseille; Gascougnol, médecin commandant à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Médecins des hôpitaux coloniaux. — MM. Alain et Mondain, médecins capitaines du dépôt des isolés des troupes coloniales, à Marseille.

MÉDAILLE DU PROFESSEUR RIEUX. — Les élèves et les amis du professeur Rieux se réuniront le mardi 8 novembre prochain, à 17 h., dans les salons du Cercle militaire, place Saint-Augustin, à Paris, pour offrir à leur maître et ami la plaquette, œuvre du sculpteur Armel-Beaufils.

Les souscripteurs qui n'auraient pas été touchés par l'invitation qui leur a été adressés sont priés de considérer cet avis comme en tenant lieu.

XIXe CONGRÈS ANNUEL D'HYGIÈNE. (Paris, Institut Pasteur.) — Le XIXe Congrès d'hygiène, organisé par la Société de médecine publique, s'ouvrira sous la présidence effective de M. Justin Godart, ministre de la Santé publique le lundi 24 octobre, à 9 h. ; il tiendra séance les lundi 24, mardi 25, mercredi 26, jeudi 27 et vendredi 28 octobre 1932, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. Augustin Rey, président de la Société pour 1932.

Rappelons que la Société de médecine publique assume

tous les frais du Congrès; aucune cotisation n'est donc réclamée aux personnes qui désirent y assister; mais seuls MM. les membres de la Société de médecine publique recevront le numéro que le *Mouvement sanitaire* consacrera spécialement aux comptes rendus du Congrès.

Le Congrès étudiera l'œuvre réalisée en France par les hygiénistes professionnels et la formation technique des hygiénistes.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Dujarric de la Rivière, secrétaire général, à l'Institut Pasteur.

RÉUNION HYDROLOGIQUE ET CLIMATOLOGIQUE DE MONTPELLIER. — La Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier tiendra au mois de mars 1933 sa session annuelle.

Elle sera consacrée à la climatothérapie d'altitude et de semi-altitude chez les enfants.

Quatre rapports seront présentés :

1. M. le professeur Leenhardt (de Montpellier) : La cure préventoriale d'altitude et de semi-altitude chez les enfants non tuberculeux.
2. M. le docteur Gardette (de Paris) : Les stations d'altitude et de semi-altitude pour les enfants non tuberculeux.
3. M. le professeur Gaussel (de Montpellier) : La cure d'altitude et de semi-altitude chez les enfants tuberculeux.
4. M. le docteur Tobé (de Passy) : Les stations d'altitude et de semi-altitude pour enfants tuberculeux.

Le bureau de la Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier sera heureux d'enregistrer toutes les communications d'ordre scientifique qui lui seront envoyées par des médecins, membres ou non de la Réunion, sur les sujets mis à l'ordre du jour. Aucune communication étrangère à ces sujets ne sera faite au cours de la session de mars 1933.

IXe VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL DE NOEL SUR LA COTE D'AZUR. — Le beau Voyage annuel de Noël sur la Côte d'Azur (Voyage bleu), organisé par la Société médicale du Littoral méditerranéen, se concentrera cette année à Cannes, après Noël. — Une excursion préliminaire aura lieu dans les montagnes de l'Estérel, où l'on visitera Fréjus, Saint-Raphaël et les stations de la Corniche d'or. Une réception à Grasse terminera cette première étape. — Puis, le Voyage parcourra Le Cannet, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, La Turbie, Roquebrune, Le Cap Martin, Menton, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu et Villefranche. Ainsi seront visitées les stations les plus renommées de la Côte d'Azur et ses plus belles routes touristiques. — De luxueuses réceptions sont prévues, notamment à Cannes et à Monaco où les voyageurs seront les hôtes du gouvernement princier. Au château de Grimaldi, ils visiteront le laboratoire du docteur Voronoff. — Tous les parcours seront effectués en auto-car de luxe et le logement sera assuré dans les principaux palaces de la Côte.

Le retour à Nice s'effectuera dans les premiers jours de janvier et l'on assistera à la première assemblée de l'Institut de recherches solaires et cosmiques qui sera tenue au Palais de la Méditerranée. Puis une excursion terminale aura lieu dans les Alpes, avec sports d'hiver à Beuil. — Une excursion en Corse pourra être aussi organisée pour les voyageurs qui en feront la demande.

Ce Voyage est placé sous la présidence et la direction scientifique de M. le professeur Forgue, membre correspondant de l'Institut (Clinique chirurgicale); de M. le professeur Marcel Labbé (Clinique médicale) et de M. le professeur Laignel-Lavastine (Histoire de la médecine et de la chirurgie). Dans chaque ville des démonstrations cliniques et des conférences scientifiques et historiques seront faites à l'occasion des parcours et de la visite des établissements chirurgicaux, médicaux et sanitaires.

En raison des circonstances économiques, les organisateurs se sont efforcés de restreindre la durée et les frais du Voyage; ils ont pu y parvenir par la bonne volonté de tous en conservant à ce Voyage le confort, l'agrément et le luxe qui ont fait sa renommée. — On peut écrire, dès à présent, au secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice, pour réserver des places et se faire adresser le programme détaillé. Le droit d'inscription est de 100 fr. Le nombre des participants est limité et les adhérents seront admis dans l'ordre des inscriptions. Ils recevront un permis de parcours à demi-tarif, valable pendant un mois sur les réseaux de chemins de fer français. — La cotisation pour le Voyage est de 1.000 fr.

LE SANATORIUM DE L'UNION NATIONALE DES ÉTUDIANTS. — Le Conseil d'administration du sanatorium de l'Union nationale des étudiants de France s'est réuni à Grenoble. M. Guy, recteur, présidait, assisté du docteur Rist.

Les travaux du sanatorium pouvant être considérés comme achevés, le Conseil a procédé à la désignation d'un médecin directeur.

A l'unanimité, le docteur Douady a été choisi. Il entrera en fonctions le 1er décembre et procédera aux derniers aménagements, afin que le sanatorium puisse entrer en service dans les premiers mois de l'année.

AVIS DE VACANCE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Versailles.

Le traitement alloué est fixé à 22.000 fr. par an et porté successivement à 26.000 et à 30.000 fr. après deux périodes de quatre ans. Le directeur reçoit, en outre, une indemnité annuelle de 1.000 fr.

Il n'est pas autorisé à faire de la clientèle et doit résider obligatoirement à Versailles.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Gendron (de Nantes), professeur de thérapeutique médicale; MM. les docteurs Pierre Legrain, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à Paris; Raymond Claoué (de Bordeaux).

RENSEIGNEMENTS

* *

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MÉDITERRANÉENNE

Marseille, 20-25 septembre 1932 (1).

Le premier Congrès d'hygiène méditerranéenne, organisé sous les auspices de la Faculté de médecine de Marseille et présidé par le professeur Marchoux, vient de terminer ses travaux. Il a remporté un très grand et très légitime succès.

Les puissances étrangères, les pays de protectorat et l'Algérie avaient envoyé de nombreux délégués. La Belgique était représentée par le professeur Rhodain, l'Egypte, par M. Mohamed Zaki el Shagei ; l'Espagne, par le professeur Sadi de Buen ; la Grande-Bretagne, par le professeur Muttal ; la Grèce, par le professeur Copanaris, par MM. Stéphanopoulo et Vitalis ; l'Italie, par le professeur Dante de Blasi, par MM. Lutrario Castiglioni, Pecori, Corrado Tommasi Crudeli, Sampietro, La Terza, Jangto Costa, Cortesi, Mazzolani, Franco ; l'Ile de Malte, par M. Crétien ; le Portugal, par le professeur Ricardo-Jorge ; la Roumanie, par le professeur Cantacuzène, et par MM. Combiescu et Bulan ; la Turquie, par le professeur Hussamettin Bey et M. Assim-Ismail ; la Yougoslavie, par le professeur Simitch et M. Stéphanovitch ; l'Algérie, par MM. Henry, Picard et Sasportas ; la Tunisie, par le professeur Nicolle, et par MM. Gobért et Reynal ; le Maroc, par M. Beros ; le Liban, par le médecin général Jude ; la Syrie, par le professeur Riza-Saïd et le professeur Tralaud ; les Alaouites, par le Dr Rasanfan.

Le Comité d'hygiène de la Société des Nations était représenté par le professeur Madsen, par M. Lutrario et M. Burnet ; l'Académie des Sciences, par le professeur Leclainche et le professeur Lapicque ; le ministère de la Guerre, par le médecin général Oberlé et le médecin commandant James ; le ministère de la Marine, par le médecin général Autric, le médecin en chef de première classe Plazy et les médecins en chef de deuxième classe Marcandier et Hederer ; le ministère des Colonies, par le médecin général Couvy, les lieutenants-colonels Arlo et Guyomarch ; le ministère de la Marine marchande, par le Dr Marcel Clerc ; la Faculté de médecine de Paris et l'Institut supérieur d'hygiène, par le professeur L. Tanon ; la Faculté de Montpellier, par le professeur Euzière ; la Faculté de médecine d'Alger, par le professeur Pinoy ; la Faculté de Beyrouth, par le professeur Péan ; le Conseil de perfectionnement de l'Institut océanographique, par MM. Le Danois et Teissonnière. Enfin les diverses sociétés scientifiques avaient envoyé des délégués.

La séance d'ouverture fut présidée par M. Justin Godart, ministre de la Santé publique. Des discours furent prononcés par le Dr Ribot, maire de Marseille, par le professeur Marchoux, et par le ministre. « A la rupture brutale des relations, a dit le ministre, à la fermeture des frontières pour éviter l'invasion du mal, on tend à substituer de plus en plus l'étude en commun de ses origines, la lutte combinée entre les germes morbides et leurs porteurs. Ainsi s'affirmera une méthode efficace dont la série des congrès que vous commencez aujourd'hui dégagera et précisera la supériorité. »

Puis, la parole fut donnée à M. Sadi de Buen pour lecture de son rapport sur la spirochétose espagnole.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

La spirochétose espagnole.

Rapporteur : M. Sadi de Buen.

La fièvre hispano-africaine se présente surtout dans les mois d'été et frappe de préférence les hommes.

L'*Ornithodorus erraticus* doit être considéré comme l'unique vecteur de la récurrente espagnole. Cette maladie est de longue durée ; elle peut atteindre quatre ou cinq mois, quelquefois plus encore. Premier accès de trois à huit jours, apyrexie, second accès plus court, apyrexie ; les autres accès sont de courte durée ; la température atteint souvent 41°. La maladie guérit spontanément.

Les fièvres récurrentes des pays méditerranéens. — M. Charles Nicolle étudie les différentes fièvres récurrentes des pays méditerranéens. Fièvre récurrente mondiale transmise par les poux, fièvre récurrente hispano-africaine transmise par l'*Ornithodorus erraticus* et dont l'aire s'étend de l'Espagne à l'Egypte.

Pour distinguer ces deux maladies, le seul procédé consiste dans l'inoculation du sang du malade au cobaye. Le cobaye inoculé avec le sang d'un malade atteint de spirochétose espagnole présente des accès fébriles caractéristiques avec spirochètes nombreux.

Fièvre récurrente dans les colonies italiennes du Nord de l'Afrique et fièvre causée par la piqûre des tiques. — M. G. Franchini (Italie) montre que les cas de fièvre récurrente à spirochètes sont rares dans les colonies italiennes du nord de l'Afrique. Il décrit l'*Ornithodorus Franchini* qui produit par piqûres des lésions cutanées très évidentes.

La tique ornithodorus erraticus (MM. Mathis et Durieux. — Cette tique, agent de transmission de la spirochétose espagnole, transmet aussi une spirochétose du groupe Dutton, ainsi que les auteurs ont pu le constater dans la région de Dakar. Ces constatations confirment les travaux de Ch. Nicolle, d'Anderson et de Colas Belcour sur la transmission des spirochètes récurrents par les ornithorores.

La spirochétose ictéro-hémorragique. — M. Ricardo Jorge (Portugal), dont on connaît les importants travaux sur les spirochétoses, montre les origines de la spirochétose ictéro-hémorragique, en fait le diagnostic biologique et termine en étudiant les spirochètes saprophytes.

La spirochétose ictéro-hémorragique en Grèce. — M. Caminopétros. — Cette maladie, très répandue en Grèce, se rencontre surtout dans les régions où l'on trouve en abondance dans les eaux des puits et des citernes, des spirochètes morphologiquement identiques au spirochète ictéro-hémorragique. Quelques faits démontrent l'existence d'un cycle évolutif chez le rat.

La pathologie du littoral méditerranéen. — Dans un tableau très largement brossé, M. Heckenroth estime qu'on peut accorder à la pathologie méditerranéenne une physionomie qui lui est propre. Deux maladies cosmopolites : la fièvre typhoïde et le paludisme, y revêtent une allure de gravité qu'on ne rencontre pas dans les pays de latitude plus élevée. Deux affections, la fièvre jaune et la dengue, y rencontrent des conditions favorables à leur développement. Le trachome, la mélitococcie sont indiscutablement nés sur place. La fièvre escarro-nodulaire semble bien exclusivement méditerranéenne ; enfin la bilharziose vésicale si commune en Egypte, Palestine, Mésopotamie se rencontre aussi en Tunisie, en Algérie, en Grèce, en Syrie, à Chypre et en Espagne.

La lutte contre les maladies infectieuses en Turquie. — M. ASSIM ISMAIL. — Un système de lutte a été établi d'après les données scientifiques les plus modernes. La déclaration obligatoire des maladies infectieuses qui existait depuis dix-huit ans a été étendue à d'autres maladies depuis 1930. Au cours des récentes épidémies de scarlatine et de méningite cérébro-spinale, les vaccinations préventives ont donné des résultats fort intéressants.

De la collaboration des syndicats médicaux avec les hygiénistes officiels. — M. FOATA insiste sur l'utilité de cette collaboration, sans laquelle rien de durable ne peut être fait en matière d'hygiène sociale.

Contrôle technique et sanitaire de l'immigration en France. — M. POUILLOT insiste sur l'utilité du contrôle sanitaire des étrangers qui viennent travailler en France ; il montre ce qui a été organisé et les services que cet organisme rend chaque jour.

Sur l'application des dispositions de la convention sanitaire internationale de 1926 relative à l'outillage sanitaire des ports. — M. VILLEJEAN. Les renseignements envoyés par les gouvernements participants à la convention sanitaire internationale de 1926 sont publiés par l'Office international. Ces renseignements portent non seulement sur l'organisation générale du service sanitaire maritime et les taxes sanitaires, mais aussi sur l'outillage des principaux ports et donnent la liste des ports qualifiés pour pratiquer la dératisation.

Suppression du danger des immigrants arrivant à Marseille. — Pour M. Marcel LÉGER, rien ne servirait de prendre en France des mesures énergiques contre la syphilis si chaque jour arrive dans nos ports un flot nouveau de syphilitiques. Il y a lieu de pratiquer, notamment chez tous les immigrants nord-africains, un examen de sang avant le débarquement et de les munir d'une fiche sanitaire pour que les employeurs soient tenus de les faire traiter jusqu'à guérison. Par application des règles de la syphilimétrie, le traitement est efficace.

Immigration et climat en Afrique du Nord. — M. MARTIAL. Le climat nord-africain est aisément supportable pour les Européens, à condition de suivre les règles d'hygiène élémentaire.

La politique de l'eau actuellement poursuivie fait de l'Afrique du Nord un excellent pays d'immigration.

Rôle des services quarantenaires de la Syrie et du Liban dans la protection sanitaire de l'Europe. — MM. JUDE et LUBET. La Syrie et le Liban sont les points d'aboutissement de la route terrestre des Indes. Les organismes sanitaires des Etats sous mandat français se divisent en services maritimes et terrestres. Les services quarantenaires des pays sous mandat français ont avec les services sanitaires d'Egypte une action de premier ordre dans la protection de l'Europe.

Le problème des moustiques urbains dans l'hygiène méditerranéenne. — M. ROUBAUD. Il y a deux espèces essentielles : *Ædes Ægypti* et *Culex pipiens*. La première est justiciable des progrès réalisés dans l'adduction de l'eau potable et l'évacuation des résidus. Quant au développement du *Culex pipiens*, il est dû non seulement aux collections d'eau de jardins, à ciel ouvert, mais aussi aux fosses d'aisance et aux systèmes souterrains des eaux usées.

Orientation rationnelle de l'assainissement en pays méditerranéen. — M. GOBERT-TIMIS. La fermentation des ordures doit être considérée comme le procédé de choix en pays méditerranéen. On a reproché à la cellule Beccari sa faible capacité utile, son encombrement, le tri préalable.

Le commandant Boggiano-Pico a imaginé un autre procédé en ajoutant une tour de 5 à 6 mètres de haut, dans laquelle on verse les ordures sans triage préalable. La pompe à air est l'accessoire indispensable de l'opération.

Salubrité des coquillages produits et consommés sur le littoral méditerranéen. — M. TEISSONNIÈRE, après avoir montré que le décret du 31 juillet 1923 réglementant la production des huîtres, a rendu en France les plus grands services, insiste sur le danger des autres coquillages, en particulier des moules, dont la consommation à l'état cru atteint annuellement plusieurs millions de kilogrammes dans la région marseillaise. Il y aurait lieu de mettre au point une réglementation uniforme.

A la suite de cette communication, une Commission composée de MM. Jaubert, Lafforgue, Le Danois, R. Neveu-Rey et Teissonnière, a été nommée pour l'étude et la rédaction d'un vœu qui a été voté par le Congrès en dernière séance, après légère modification dans la rédaction par M. Honnorat.

La verdunisation. — M. BUNAU-VARILLA. La verdunisation exerce un effet assainissant instantané, grâce à l'émission de rayons ultra-violets qui agissent sur les microbes pathogènes et doivent aussi fort probablement déterminer la formation de vitamines en se fixant sur certains éléments de la partie non saponifiable des graisses existant dans l'eau à l'état colloïdal.

M. Orticoni insiste sur l'importance de la verdunisation et demande que cette méthode soit généralisée.

Une Commission composée de MM. Bunau-Varilla, Orticoni, Lapicque est désignée pour l'étude de cette question et présentation d'un vœu qui fut voté à la séance de clôture.

Au sujet de la notion d'eau potable. — M. H. VELU. Cristani a signalé dans certaines régions l'existence d'une fluorose chronique chez le bétail. Or, cette fluorose n'est pas la seule. Elle existe aussi chez les animaux qui consomment pendant longtemps de l'eau ayant traversé des couches de phosphate naturel. Il convient donc d'ajouter aux analyses habituelles une analyse biologique des effets éloignés résultant de l'ingestion répétée d'eau contenant des doses même minimes de produits toxiques.

Conditions élémentaires pour réaliser et maintenir la salubrité des habitations et la conservation des monuments. — M. A. KNAPEN rappelle les influences néfastes de l'humidité et les inconvénients des murs trop peu épais, et il montre les résultats obtenus notamment au Palais de Versailles et à Trianon.

Une arme nouvelle pour la lutte contre la mortalité infantile. — M. BACCINO. Les maladies d'été, affections gastro-intestinales, coups de chaleur comptent pour le tiers dans la mortalité infantile. On semble considérer en général que les erreurs d'alimentation sont presque l'unique cause de cette mortalité, et on néglige un peu trop l'action nocive des agents physiques extérieurs, notamment de la température. C'est pourquoi M. Baccino a imaginé un berceau isotherme à climatisation et conditionnement d'air automatique.

Une Commission composée de MM. Lapicque, Couvy, Mazzolemi, Giraud et R. Neveu a été nommée et a rédigé le vœu suivant qui a été voté à l'unanimité :

« A la suite de la communication de M. Baccino, la Commission a examiné le problème du danger de la chaleur

pour les enfants du premier âge, abstraction faite du danger d'infection intestinale. Il a été reconnu d'un commun accord que ce danger existe à des températures trop basses pour qu'on puisse incriminer un seul facteur.

« La théorie de cette nocivité paraît difficile en l'état actuel de la météorologie et de la physiologie.

« En raison de l'importance pratique de ce problème dans le cas spécial de l'hygiène méditerranéenne, le Congrès émet le vœu qu'il soit étudié en collaboration par les hygiénistes, les pédiatres et les physiologistes. Provisoirement, il appelle l'attention sur l'utilité de noter la température au thermomètre humide en même temps qu'au thermomètre sec, et recommande de régler sur la température la protection vestimentaire des nourrissons. »

La seconde journée fut d'abord consacrée à la fièvre ondulante.

Etiologie de la fièvre ondulante.

Rapporteur : M. Burnet.

Les *brucella* sont pour ainsi dire des bactéries migratrices, on ne peut donc pas se contenter de les définir par leur provenance. Il faut un caractère qui subsiste chez la souche, que cette souche se trouve à un moment donné chez l'homme, chez la vache ou chez le porc, c'est ce caractère que la méthode de Hudlesen paraît donner.

Dans un milieu où se manifeste la fièvre ondulante, il est du plus haut intérêt de déterminer par l'intradermoréaction à la mélitine l'indice d'infection comme on fait pour la tuberculose avec la tuberculine.

Quelques précisions épidémiologiques sur la fièvre ondulante en France. — MM. J. Vidal et Taylor. Les enquêtes faites par le centre de recherches sur la fièvre ondulante créé à Montpellier sous la direction du professeur Lisbonne, mettent en évidence l'existence de cette maladie dans de nombreux départements considérés jusqu'à ce jour comme indemnes. Les résultats de ces recherches sont étayés par une importante documentation statistique.

Les formes de brucelloses humaines. — MM. Jullien et Ducatte proposent de distinguer trois formes de brucelloses : brucelloses occultes, simples et résistantes. Les sujets atteints de brucellose occulte sont utiles à connaître, parce que ce sont des porteurs de germes ; les brucelloses simples sont sensibles à tous les traitements anti-infectieux. Quant aux brucelloses résistantes, elles se signalent par leur durée, leur gravité, et par toutes les séquelles qu'elles entraînent.

Les complications méningées de la mélitococcie.— M. H. Roger (de Marseille). Les méningites mélitococciques, assez rares, évoluent avec syndrome clinique très net, réaction albumineuse accusée. Les réactions méningées décelées par ponction lombaire peuvent être divisées en trois types : grosses réactions avec hyper-albuminose et grosse lymphocytose, réactions légères et enfin réactions discrètes.

Expression clinique de la mélitococcie à microcoque de Bruce ou à bacille de Bang chez l'homme. — MM. Tanon et Neveu décrivent les caractères cliniques des deux brucelloses. Ils considèrent que, en l'absence du laboratoire, le diagnostic de la fièvre ondulante à mélitocoque et de la fièvre ondulante à bacille de Bang est possible dans beaucoup de cas. Au début, si la bronchite est marquée surtout aux sommets, s'il y a de la congestion même légère aux bases, il y a probabilité d'infection par bacille de Bang. Plus tard, dans la mélitococcie : oscillations journalières rapides, ondulations longues, régularité dans les oscillations, température souvent à 40°.

Dans la forme à bacille de Bang, oscillations lentes, ondulations plus courtes, irrégularités dans les oscillations, aspect cahoté de la courbe ou courbe de fièvre continue.

Localisations douloureuses périostées dans la mélitococcie, myalgies avec myosites plus souvent dans la fièvre ondulante à bacille de Bang, en imposant pour la grippe. Complications plus fréquentes dans la forme à bacille de Bang, très rares dans la mélitococcie, sauf l'orchite.

Ce diagnostic clinique peut suffire pour justifier l'emploi précoce des injections d'endo-protéine, de *Bacillus abortus* proposées par Reilly, Cambessedès, Garnier, lesquelles donnent presque toujours une guérison rapide.

Classification des brucella isolées en France par l'action bactériostatique des matières colorantes et la production d'hydrogène sulfuré. — MM. Taylor, Lisbonne et G. Roman ont soumis aux épreuves de Hudleson 256 souches de *Brucella* de provenance diverse. Les deux méthodes sont en accord dans 96 % des cas, et permettent de différencier les germes en deux catégories.

Cette classification bactériologique est en accord parfait avec les données épidémiologiques des différentes espèces contaminantes en France.

Endoprotéinothérapie de la fièvre ondulante. — MM. Cambessédès et F. Layanni rapportent des courbes démonstratives des résultats obtenus par cette méthode. Le succès de toute vaccinothérapie dépend avant tout de l'importance des réactions générales qu'elles provoquent. Les auteurs préconisent l'emploi d'un vaccin préparé à l'aide des endoprotéines de l'*Abortus*. L'infection de ce vaccin, précédée de l'étude de la sensibilisation, a toujours donné d'excellents résultats.

D'autres communications furent faites, notamment par M. Coulon sur 19 cas de fièvre ondulante décelés par le séro-diagnostic au centre antipaludique d'Ajaccio : par MM. Ranque et Senez sur la mélitococcie en Provence, de 1919 à 1932, et sur le diagnostic par les épreuves de laboratoire ; par MM. Balozet et J. Reynal sur la fièvre ondulante d'origine bovine à Tunis ; par MM. Parizot et Lévy sur la fièvre ondulante en Lorraine ; par M. Grenoilleau, sur un cas de fièvre ondulante à *Brucella abortus* d'origine bovine ; par MM. Dubois et Sollier sur la vaccination préventive contre la fièvre ondulante à l'aide d'un vaccin polyvalent.

M. Godlewski rappelle que la fièvre ondulante fait partie de l'étude que l'assemblée française de médecine générale met à l'ordre du jour de ses assises de décembre où quarante sections départementales seront représentées. La synthèse de leurs travaux sera publiée dans la *Médecine générale française.*

A la suite de cette importante séance présidée par le professeur Ricardo-Jorge, une commission fut nommée pour rédiger un vœu qui fut voté à la fin du Congrès.

La séance de l'après-midi fut uniquement consacrée à la leishmaniose.

La leishmaniose en Sardaigne. — M. Franco. Trente et un cas ont été observés, vingt-quatre localisations viscérales, sept formes cutanées.

Les leishmanioses viscérales furent contractées dans des régions situées au niveau de la mer ou dans des régions ne dépassant pas 650 mètres.

Leishmanioses dans les colonies italiennes du Nord de l'Afrique. — M. Franchini. Les cas décrits sont rares ; toutefois, depuis qu'on multiplie les recherches, on s'aperçoit que les cas sont plus fréquents qu'on ne le pensait.

La leishmaniose viscérale infantile en Tripolitaine. — M. Mazzolani rapporte 11 cas, presque tous chez des enfants

en bas âge (neuf à quatorze mois). Les enquêtes n'ont pas relevé de contagion par l'homme, ni un rapport entre chien et enfant malade. Il semble qu'il faille incriminer la punaise ou tout autre agent vecteur de petit rayon d'action.

La kala-azar dans la région marseillaise. — M. P. GIRAUD. La maladie, qui paraît avoir débuté en 1902, subit depuis 1930 une recrudescence très notable. Elle sévit dans la zone maritime et en banlieue, plus particulièrement chez les personnes ayant un jardin. Il existe parallèlement une recrudescence de leishmaniose canine. Des mesures prophylactiques s'imposent concernant les chiens errants et les insectes piqueurs.

A propos de 23 cas de kala-azar observés à la clinique médicale infantile de la Faculté de Marseille de 1926 à 1932. — MM. CASSOUTE, POINSO et ZUCCOLI ont observé 23 cas de kala-azar. Ces cas se répartissent ainsi : vingt formes classiques, deux formes hépatiques avec splénomégalie discrète, une forme hypersplénomégalique. Le traitement par le néo-stibosane et le stybial associés à l'actinothérapie et aux médications anti-anémiques a donné le plus souvent d'excellents résultats.

La leishmaniose en Grèce. — M. J. CAMINOPÉTROS étudie successivement la fréquence du kala-azar humain, la sensibilité de quelques races de chiens au virus humain et canin, le spermophile de Macédoine, animal réactif du virus du kala-azar, les espèces de phlébotomes signalées en Grèce et les expériences de transmission avec des phlébotomes et le tique du chien.

Nouvelle contribution à l'étude du kala-azar. — M. Ch. ANDERSON. Des observations cliniques ayant paru montrer une certaine relation entre l'ingestion de lait cru de chèvre et des cas de splénomégalie à leishmonia, l'auteur a recherché si le lait de chèvre pouvait constituer un milieu favorable pour *L. infantum*. Toutes les cultures ont été positives et ont présenté une survie durant parfois jusqu'à quatre mois.

D'autres communications ont été faites par M. Nattan-Larrier sur la prophylaxie du Kala-azar dans le sud-est de la France ; par M. Husamettin sur le bouton d'Alep ; par M. Houloussi-Behdjet, sur le bouton d'Orient ; par M. d'Œlnitz sur le diagnostic, le traitement et la prophylaxie du kala-azar autochtone de l'adulte.

La séance du jeudi commença par la lecture du rapport de M. Blanc sur la dengue.

La dengue.

Rapporteur : M. BLANC.

Après avoir décrit la symptomatologie, les altérations sanguines, l'anatomie pathologique, l'épidémiologie, le rapporteur étudie l'étiologie, la nature du virus, ainsi que la dengue expérimentale chez l'homme et son pouvoir pathogène pour l'animal. La prophylaxie se résume en deux mots : lutte contre les stégomyia, vaccination préventive.

Les accords internationaux conclus et projetés concernant les mesures à prendre en cas d'épidémie de dengue. — M. Ch. BROQUET. Communication très importante, dans laquelle l'auteur, avec sa compétence habituelle, résume et commente le texte du projet établi en 1929 par le comité permanent de l'Office international d'hygiène publique et montre les heureuses conséquences de ce projet initial.

Les résultats obtenus prouvent une fois de plus ce que peut accomplir dans le domaine de la défense sanitaire internationale, la coordination éclairée des efforts de tous les pays unis dans l'intérêt commun.

Parmi les communications sur la bilharziose, il convient de citer celles de M. Bey Khalil sur les bilharzioses dans le bassin méditerranéen ; celle de MM. Bey Khalil et Zaki Shafei sur la campagne contre cette maladie en Egypte et sur les excellents résultats obtenus par la destruction de l'hôte intermédiaire, la protection de l'homme et le traitement. Signalons aussi la communication de M. Khouri sur l'étude de la toxémie hépatorénale dans la bilhargiose chronique.

Prophylaxie de la variole et éducation populaire. — M. J. REYNAL (Tunis). La plupart des maladies se développent surtout par l'ignorance, la négligence et les préjugés. Cela est profondément vrai et existe dans tous les pays. C'est pourquoi M. Reynal a tiré un film documentaire : « La variole et l'armement antivariolique en Tunisie », texte français et arabe, que l'on projette dans les salles de spectacles de Tunis à certaines époques. Cette méthode, qui donne des résultats excellents, devrait être étendue à d'autres maladies.

Des formes filtrantes des bacilles typhique et paratyphiques jouent-elles un rôle dans l'étiologie de la fièvre typhoïde et des fièvres paratyphoïdes ? — M. P. HAUDUROY rappelle ses travaux sur les formes filtrantes des bactéries ; il indique la technique permettant d'obtenir ces formes à volonté, et leur évolution. Les formes filtrantes du bacille typhique et paratyphique jouent un rôle, fort probablement, dans l'étiologie de ces maladies ; on trouve ces formes dans le sang des typhiques au début de l'infection ; on les trouve dans les selles, pendant et à la fin. On peut les mettre en évidence dans les eaux donnant naissance à des épidémies. Les fièvres typhoïdes seraient donc causées non par le bacille d'Eberth sous sa forme bacille, mais par une autre forme : la forme invisible.

D'autres communications furent faites par M. Besredka sur l'immunisation locale contre la typhoïde ; par M. Bulau, sur l'épidémiologie de la fièvre typhoïde dans les grandes villes ; par M. Osman Clereffedin, sur l'épidémiologie de la variole ; par M. E. Cassoute, sur l'utilité de la vaccination précoce au T. A. B. associée à l'anatoxine de Ramon chez les enfants de certaines régions méditerranéennes, et par M. J. Livon, sur la rage dans les Bouches-du-Rhône, le Sud-Est et la Corse.

La séance de l'après-midi, présidée par M. le professeur Rhodain, de Bruxelles, fut consacrée aux dysenteries, au choléra et au paludisme.

Epidémiologie de la dysenterie bacillaire dans ses relations avec la rougeole. — J. DEWICH. La rougeole prédisposant à la dysenterie à bacille de Shiga peut être considérée comme un réactif très sensible pour déclencher les infections dysentériques étendues jusqu'alors latentes. Dans la dysenterie à bacille de Shiga en relation avec la rougeole, la vaccination antidysentérique, après la maladie, donne des résultats négatifs.

Deux épidémies. — M. O. CHEREFFEDIN. Après la guerre, il y a eu en Turquie deux grandes épidémies : épidémie de malaria en 1923-1924 ; épidémie de dysenterie amibienne en 1920-1921. L'éclosion du paludisme peut être attribuée à l'introduction d'un nouveau virus étranger au pays. L'épidémie de dysenterie amibienne a été provoquée par l'arrivée des prisonniers de guerre venant d'Egypte et de Birmanie.

Peut-on considérer comme un facteur important de régression du paludisme une moins grande aptitude du parasite à former des gamètes ? — M. J. SAUTET a eu l'occa-

sion dans trois régions où le paludisme est en régression, de constater que le nombre des porteurs de gamètes par rapport au nombre de parasites est infime. Il se demande si la régression du paludisme n'est pas liée à une moins grande aptitude du parasite à donner des gamètes.

La cirrhose atrophique palustre existe-t-elle ? — MM. J. Traland, Sami el Sati, Clavkat Claty. La cirrhose atrophique palustre, commune en Syrie, est aujourd'hui encore mise en doute par certains auteurs, et cependant elle existe. Cliniquement, on la distingue de la cirrhose alcoolique par l'absence d'antécédents, et de manifestations éthyliques, par la présence des signes du paludisme et une splénomégalie notoire. A l'examen microscopique, la cirrhose atrophique palustre ressemble à la cirrhose de Laënnec, mais les pseudo-néo-canalicules biliaires y sont moins nombreux et les hytiocytes plus abondants.

Il convient de signaler en outre une communication de M. Mattei sur la toxicité du chlorhydrate d'émétine chez l'homme ; de M. Augier, sur les caractères anatomiques des polypes intestinaux d'origine parasitaire; de M. F. d'Herelle, sur la prophylaxie collective du choléra par le bactériophage.

Sur la filtrabilité des parasites de la malaria à travers les bougies Berkefeld. — MM. G. Ascione et E. Mariotti. Dix expériences ont été faites, cinq avec du liquide céphalo-rachidien, cinq avec du sang d'impaludés provenant de l'hôpital provincial de psychiatrie de Naples. L'inoculation des filtrats dans les veines ou dans le canal rachidien ont reproduit d'une façon constante l'infection palustre après une période d'incubation de dix à douze jours.

Paludisme et eaux minérales. — M. Uzan étudie l'action éventuelle de l'eau minérale sur le paludisme : action hémoclasique générale, action plus spécifique sur le sérum paludéen, action dissolvante de la mélanine par les alcalins, action directe sur l'hématozoaire par l'arsenic. Il applique ces données au cas de Vals-les-Bains qui, selon lui, est la station type de cure du paludéen.

Station expérimentale de Porto-Vecchio. Résultats des cinq années de lutte antipaludique. — M. Coulon. Les résultats obtenus par la station expérimentale de Porto-Vecchio confirment la grande supériorité dans la lutte antipaludique de l'action combinée de la lutte antilarvaire et de la stérilisation des réservoirs de virus. Les chiffres que cite M. Coulon sont tout à fait probants.

La matinée du vendredi fut consacrée à la lutte contre les rongeurs et les insectes, et à la peste, à la lèpre et au trachome. La séance fut ouverte sous la présidence du professeur Castiglioni qui donna la parole à M. le professeur Lutrario pour la lecture de son rapport sur les procédés modernes de dératisation des navires.

Des procédés modernes de dératisation des navires.

Rapporteur : M. Lutrario.

Pour qu'un procédé soit réellement efficace, il faut qu'il soit accompagné d'une lutte sans trêve dans les ports et leurs abords. Le procédé de choix est le *rat-proofing ;* au deuxième plan viennent les fumigations. N'importe quel agent — employé avec soin — peut donner des résultats satisfaisants. Au troisième plan, se placent les procédés à action circonscrite (poisons, virus, pièges) qui ont leur utilité. Enfin, il faut la collaboration constante de l'équipage. L'auteur préconise de créer à bord de véritables équipes de dératiseurs, qui rendraient les plus signalés services.

Discussion. — M. Ch. Hederer. L'activité des poisons et par conséquent celle des fumigeants reste soumise à des lois dont la méconnaissance explique certains déboires.

La loi des concentrations nous apprend que chaque poison réclame, pour produire son effet, une concentration minimum qui varie avec l'espèce animale considérée.

La loi des temps nous enseigne que chaque poison demande un délai avant de manifester son plein pouvoir toxique.

La loi d'électivité nous montre que chaque poison commande généralement un type particulier d'intoxication.

A la lueur de ces lois, on pourrait classer les « fumigeants » d'après leur mode d'action en deux groupes : le groupe à effet réversible du type acide cyanhydrique, oxyde de carbone ; le groupe à effet non réversible du type phosgène, chloropicrine, acide sulfureux, etc.

L'auteur préfère, pour des raisons de sécurité, de commodité et d'efficacité, le gaz Clayton, Clayton Notyale surtout.

Faut-il tuer les puces en dératisant un navire ? — MM. Swellengrebel et Vedder pensent qu'il faut distinguer la dératisation de la dévermination. La dératisation permet l'usage d'un fumigeant moins dangereux que l'acide cyanhydrique. La dévermination, au contraire, exige la cyanisation. Les auteurs demandent donc que la dératisation ne soit accompagnée de dévermination qu'en cas de menace d'invasion pesteuse.

La peste en Algérie. — MM. Picard et Diénot. De 1899 à 1923, il y a eu 400 cas de peste dont 399 de peste bubonique. En 1931, 86 cas dont 80 dans le département de Constantine. Des mesures énergiques ont permis de juguler l'épidémie en vingt jours. Il y a lieu d'intensifier la destruction des rats et de contrôler l'emmagasinage et l'embarquement des grains.

Considérations sur la vaccination antipesteuse. — M. Dujardin-Beaumetz. Quand on consulte les statistiques relatives à la vaccination antipesteuse chez l'homme, il est bien difficile de tirer des conclusions sur son efficacité. Certains faits cependant sont probants. Les cultures atténuées, qu'il s'agisse du bacille de Yersin ou du bacille de Malassez et Vignal, donnent une immunité certaine aux animaux de laboratoire les plus réceptifs à la peste. Il y a donc lieu de penser que la vaccination humaine est réalisable au moyen de virus-vaccin pesteux ou pseudo-tuberculeux.

Le trachome en Turquie. — MM. Husametin et Kiachif-Omer. Le trachome existe depuis longtemps en Turquie. Les régions de l'Est et du Sud sont les plus atteintes. Depuis 1925, une lutte intensive a été entreprise contre cette maladie. On a créé des missions dirigées par des spécialistes, et installé des dispensaires. En outre, des groupes sanitaires mobiles parcourent les régions contaminées.

Le trachome aux Alaouites. — M. Baganeau. L'examen de 15.000 sujets dans le gouvernement de Lattaquié permet de conclure que l'index du trachome est, dans ce territoire, de 44 %. Cet index fléchit avec la nouvelle génération. Les plus atteints sont les habitants de la montagne et de la campagne. Un service spécial a été organisé à l'hôpital de Lattaquié ; en outre, dans les écoles et dans l'armée, des mesures prophylactiques ont été prises.

La lèpre en Algérie — M. Sasoprtas. On peut dire que l'Algérie n'est pas un pays à lèpre. Les quelques cas concernent surtout les immigrants espagnols. Les indigènes offrent une certaine résistance à la contagion. Les mesures préconisées sont : la surveillance stricte aux ports, l'envoi

dans un sanatorium des cas avancés, le traitement intensif des cas récents.

Le chaulmoogra dans le traitement de la lèpre. — Pour M. Bloch, si les préparations à base d'huile de chaulmoogra ne donnent pas tout ce qu'on pourrait espérer, elles donnent cependant des améliorations très notables, surtout lorsqu'on s'adresse à des produits d'origine certaine ; après avoir rappelé les travaux d'André, de Jonatte, Jumelle et Perrot, l'auteur estime qu'il y a lieu d'étudier quelles sont les huiles de chaulmoogra réellement actives et de standardiser dans toute la mesure possible les préparations.

Il convient enfin de signaler tout particulièrement la belle communication de M. le médecin général Couvy sur le bactériophage pesteux et son utilisation thérapeutique, ainsi que la communication de M. Legroux sur une méthode nouvelle de vaccination contre la peste.

La séance de l'après-midi fut consacrée à la tuberculose et aux maladies vénériennes.

Brucelloses et tuberculose. — M. J. Jullien reprend la question qui fut traitée aux Journées médicales de Tunis en 1926, par MM. Hayat et Léo-V. Schneider. Il étudie les fausses tuberculoses à brucellose et les cas où il y a association des deux maladies. Il estime que si on cherchait en quoi consistent les modifications du terrain, on comprendrait mieux comment s'installent les tuberculoses et pourquoi elles évoluent de façons différentes.

Le traitement de la tuberculose aux colonies par l'antigène méthylique. — Après avoir indiqué la technique du traitement, MM. L. Nègre et A. Boquet montrent les excellents résultats que l'on peut obtenir par l'antigène méthylique. Il agit surtout dans les tuberculoses ganglionnaires, osseuses, péritonéales et génitales. Ce produit, qui supporte fort bien le transport dans les pays chauds, est appelé à rendre les plus grands services aux colonies.

Signalons également les très intéressantes communications du professeur Pinoy, d'Alger, sur la pseudo-tuberculose chez l'homme, et de M. Blanchard, sur la prophylaxie de la tuberculose à Dakar.

Maladies vénériennes et prostitution. — Avec Mrs C. Neville Rofle revient l'éternelle discussion de la réglementation ou de l'absence de réglementation de la prostitution. L'auteur indique ce qui a été fait dans certains territoires britanniques de la Méditerranée et se déclare partisan de l'abolition de la réglementation de la prostitution.

Discussion. — M. Jude montre que les résultats obtenus signalés par Mrs C. Neville Rofle ne sont pas tout à fait exacts, en ce qui concerne tout au moins l'Egypte, et donne des précisions sur ce qui se fait en Syrie.

La lutte antivénérienne à Marseille. — MM. Gaujoux et P. Vigne. Depuis 1919, sous l'impulsion des pouvoirs publics, des dispensaires ont été créés, les œuvres privées ont été subventionnées. L'état sanitaire s'améliore, le nombre des cas de maladies vénériennes, et plus particulièrement de syphilis, sont en très notable régression.

Lymphogranulomatose inguinale. — MM. F. Garriga, Callol et Pierre Flo. Cette affection n'est pas aussi rare qu'on semble le croire ; le diagnostic est facile si l'on y pense. Le traitement chirurgical est celui qui donne les meilleurs résultats.

La séance du samedi matin fut réservée aux fièvres exanthématiques méditerranéennes. Le professeur Ch. Nicolle, qui présidait, ouvrit la séance par une allocution émouvante qui souleva l'enthousiasme général. Il donna ensuite la parole à M. Olmer pour la lecture de leur rapport.

La fièvre exanthématique méditerranéenne.

Rapporteurs : MM. D. et J. Olmer.

La fièvre exanthématique se différencie très nettement du typhus exanthématique par son apparition pendant l'été dans tous les milieux, riches et pauvres, chez des sujets non parasités par des poux, par une contagiosité presque nulle, par sa transmission habituelle, par *Rhipicephalus sanguineus*, par l'absence de typhus, et par sa bénignité. Enfin, cette maladie, qui est inoculable au singe, n'est pas transmissible au cobaye. Pour les auteurs, le typhus murin entre dans le cadre de la maladie de Brill et est distinct de la fièvre exanthématique méditerranéenne. Bien des questions resteront à l'étude tant qu'on n'aura pas mis en évidence le virus pathogène. Les expériences de Blanc et de Caminopetros ont montré qu'il s'agit d'un virus filtrable, mais là s'arrêtent actuellement nos connaissances. Ces études sur la fièvre exanthématique méditerranéenne ont une portée générale, car elles illustrent la vue prophétique de Ch. Nicolle : « Il y aura des maladies nouvelles ».

Les fièvres exanthématiques des pays méditerranéens. — M. Ch. Nicolle. Le terme de fièvre exanthématique désigne la famille naturelle de maladies dont le typhus historique est le type. On peut rencontrer en Méditerranée trois fièvres exanthématiques : le typhus historique, le typhus bénin ou mieux murin, et la fièvre boutonneuse.

Les méthodes de laboratoire montrent la spécificité des trois virus. Il n'y a pas immunité croisée entre le typhus et la boutonneuse, la réaction de Weil-Félix est faible dans cette dernière maladie.

Fièvre exanthématique à Rome. — M. G. Pecori. En été, on observe à Rome et surtout à la périphérie et en banlieue, des cas de fièvre exanthématique. Le *Rhipicephalus sanguineus* semble être l'agent transmetteur, car on le retrouve chez les chiens de l'entourage des malades. La tache noire est très souvent une manifestation initiale ; enfin la réaction de Weil-Félix pendant la convalescence est presque toujours positive.

La fièvre exanthématique méditerranéenne à Naples. — M. G. Castronuovo a constaté le peu de fréquence et le peu de contagion, une prédilection pour les adultes, enfin son identité avec la fièvre boutonneuse tunisienne.

Notes cliniques et épidémiologiques sur la fièvre exanthématique méditerranéenne. — L. Canavo a reconnu cette maladie en Sardaigne, où elle est endémique. Elle y affecte la forme typhoïde avec troubles nerveux. Le séro-diagnostic de Weil-Félix se montre négatif ou tout au moins tardivement positif.

Notes sur la fièvre boutonneuse au Maroc. — M. Gaud. Depuis août 1929, 54 cas ont été signalés au Maroc. Les caractères cliniques sont superposables à ceux de la fièvre boutonneuse de Tunisie et de la fièvre exanthématique de Marseille, montrant l'unicité de ces affections.

Le typhus endémique bénin à Toulon. — MM. Plazy, Germain et Marçon relient les cas de typhus bénin de la région au typhus observé sur les navires de guerre ayant séjourné en Orient de 1922 à 1924. C'est une affection de la saison chaude. La réaction de Weil-Félix y est constamment positive. Certaines particularités cliniques (topographie de l'exanthème) et certains résultats expérimentaux

(périorchite du cobaye) les rapprochent du typhus mexicain.

Recherches expérimentales sur la fièvre boutonneuse. Epreuve d'immunité croisée avec la fièvre des Montagnes rocheuses. — M. R. BRUMPT. Avec des tiques récoltées à Marseille en avril 1930, des infections typiques sont obtenues à Paris en octobre et en décembre. Des descendants de ces tiques confèrent la maladie après dix-sept mois. Le virus ne semble pas s'exalter par passage sur tiques à l'étuve. L'inoculation du virus de la fièvre boutonneuse dans la chambre antérieure de l'œil du lapin n'a pas donné de résultats avec le sang du malade. Mais une réaction a été obtenue en inoculant des rhipicéphales broyés.

Les animaux réservoirs de virus de la fièvre boutonneuse. — MM. Ch. JOYEUX et J. PIÉRI. Les animaux réservoirs de virus sont la tique, qui reste infectieuse pendant l'hiver et transmet le virus à sa descendance. Certains vertébrés (le chien, le spermophile, le rat, le lapin, etc.), peuvent être infectés expérimentalement, mais paraissent s'immuniser. Le rôle de ces mammifères comme réservoirs de virus ne semble pas très bien éclairci.

La fièvre boutonneuse en Grèce. — M. J. CAMINOPETROS fait la description d'une épidémie à Athènes et au Pirée en été 1932. Il rend compte de ses expériences de transmission aux animaux, et montre la sensibilité du cobaye au virus boutonneux.

Sur l'origine murine du typhus exanthématique endémique et bénin des pays méditerranéens. — M. P. LÉPINE rend compte des recherches poursuivies à l'Institut Pasteur d'Athènes. Le virus isolé est identique à celui que MM. Marcandier et Pirot ont trouvé à bord des navires de guerre à Toulon. Il est incontestable que l'on rencontre dans le bassin méditerranéen une forme exanthématique qui est d'origine murine. Cette infection murine réalise une cause certaine d'infection occasionnelle de l'homme et un danger qu'il ne faut pas méconnaître, mais qu'il ne faut pas exagérer.

Le typhus exanthématique en Algérie. — MM. SASPORTAS et DIÉNOT. La maladie prend chez l'indigène une forme assez fruste. Parmi tous les traitements, le sérum de convalescent employé à titre préventif a paru donner de bons résultats. On ne saurait trop le recommander au personnel infirmier chargé de l'épouillage en temps d'épidémie. Il y a lieu d'organiser la lutte contre le pou, la création de postes d'épouillage dans les infirmeries, et d'équipes mobiles. L'œuvre entreprise par le Dr Raynaur est continuée et parachevée par le médecin général inspecteur Lasnet.

Outre ces communications, citons également celle de MM. Rochaix, Sedaillan et E. Couture sur leurs recherches sur les rats réservoirs du virus de la maladie de Brill à Lyon ; celle de MM. Marcandier et R. Pirot sur les recherches expérimentales sur le typhus bénin observé à bord des navires de guerre à Toulon ; celle de M. Sampiétro sur le dermo-typhus bénin d'été à Rome ; celle de M. Mastasi sur la fièvre exanthématique à Tripoli ; celle de MM. Reitano et Boncinelli sur leurs recherches expérimentales. Enfin il convient de signaler la très belle présentation de clichés de papules exanthématiques par MM. Piéri et Mosinger, où l'on voit que le virus exanthématique détermine une réaction de tous les éléments locaux du système réticulo-endothélial.

La dernière séance fut réservée à la présentation des vœux : vœux de la Commission de verdunisation, de la Commission de la dengue, de la Commission des coquillages, de la Commission de la mortinatalité par la chaleur, de la Commission de la fièvre ondulante, de la leishmaniose et du typhus exanthématique.

M. le doyen IMBERT prit la parole pour faire l'historique du Congrès et remercier notamment M. le sénateur Honnorat qui en fut le promoteur.

M. Honnorat, à son tour, adressa ses remerciements aux congressistes, aux délégations étrangères venues si nombreuses et termina en disant que l'Université d'Aix-Marseille avait été fière de les accueillir.

Le professeur Marchoux prononça le discours de clôture, montrant l'importance des travaux qui avaient été traités et remerciant particulièrement ses collègues : MM. Violle et Broquet, secrétaires généraux ; M. Baillière, trésorier, ainsi que leurs collaborateurs.

Il annonça que le Comité international d'hygiène méditerranéen proposait l'Italie comme siège du prochain congrès en automne 1935 ou printemps 1936.

Le professeur Dante de Blasi, membre de l'Académie royale, chef de la Délégation italienne, se leva, et, au milieu des ovations, assura le Congrès que son gouvernement serait très touché, et accepterait avec joie d'accueillir les congressistes.

*
* *

Comme on le voit, les séances de travail furent très importantes tant par le nombre des communications que par leur intérêt ; le programme fort bien combiné permit aux congressistes d'assister à toutes les séances sans manquer aux nombreuses réceptions et aux excursions magnifiques dans cette admirable Provence.

Réceptions chez le doyen, à l'hôtel de ville, à la Chambre de commerce, à la foire de Marseille, à bord du luxueux paquebot *Aramis* des Messageries maritimes, fête nocturne au palais du Pharo donnée par le président, visite du Frioul, du château d'If, de la Ciotat. Réception par la ville d'Aix avec fête provençale à l'établissement thermal, banquet présidé par le ministre de l'Education nationale, à l'établissement thermal ; enfin, pour clôturer : splendide excursion à Martigues, à Arles, si riche en souvenirs, et à Aigues-Mortes, la ville des croisés.

Les congressistes se séparèrent à regret, enthousiasmés par l'accueil qui leur avait été réservé. Cet accueil si franc, si spontané, si cordial de la ville de Marseille, a fait certainement beaucoup plus pour le bon renom de notre pays que tous les discours.

Il convient de féliciter sans réserve le professeur Imbert, doyen de la Faculté de médecine ; le sénateur Honnorat, président d'honneur ; le professeur Marchoux, président, et ses dévoués collaborateurs : le professeur Violle, MM. Ch. Broquet et G. Baillière qui assumèrent la très lourde tâche de l'organisation de ce magnifique Congrès.

RAYMOND NEVEU.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LITHIASE BILIAIRE

Vichy, 19-22 septembre 1932 (1).

COMMUNICATIONS

I. Section de médecine.

Séquelles de la cholécystectomie. — M. GALLART-MONÈS (Barcelone). — Les cholécystectomisés pour lithiase souffrent : *a*) Parce que de nouveaux calculs se forment dans les voies biliaires ; *b*) parce que, en plus de leur lithiase, ils étaient affectés d'une autre lésion qui passa inaperçue ; *c*) parce qu'ils peuvent rester avec une lésion organique cholédocienne ou pancréatique, cas très exceptionnels ; *d*) pour une série de motifs que nous ignorons jusqu'à présent. Le rôle de la périviscérite dans la production des troubles douloureux ne doit être accepté qu'avec beaucoup de prudence. Nous pouvons en dire autant des hépatites secondaires. Nous croyons que c'est une erreur de chercher les causes des souffrances post-opératoires dans un trouble local. La lithiase biliaire est une dyscrasie où les glandes endocrines sont un facteur primordial, en troublant le métabolisme. Le foie n'a certainement pas plus d'importance que ces dernières dans la production de la maladie. L'infection joue un rôle de premier ordre dans les manifestations lithiasiques, mettant en relief des cas qui, sans son concours, demeureraient latents.

Surveillance médicale des cholécystectomisés. — M. Santiago CARRO (Madrid). — La cholécystectomie constituant un traitement visant exclusivement à supprimer la vésicule biliaire inflammée ou infectée, et la lithiase biliaire étant une maladie qui affecte toute la glande hépatique et qui est liée à un fond organique général non modifiable par cette intervention, pour éviter les récidives et complications qui se produisent avec tant de fréquence chez les opérés et pallier aux conséquences plus ou moins immédiates de l'intervention chirurgicale, les lithiasiques cholécystectomisés devront être surveillés et soignés médicalement, être toujours soumis aux soins nécessaires de la vie hygiénique, régime alimentaire, médication cholagogue et cure hydrominérale périodique. Avec cela, on peut obtenir, dans la majorité des cas, la guérison clinique, ou la presque disparition des symptômes, leur permettant une vie sociale et de travail équivalente à celle que peuvent mener les personnes saines.

La sécrétion interne et externe du pancréas chez les cholécystectomisés. — M. ROCHA (Barcelone). — Dans les études faites chez 12 cholécystectomisés, de 3 mois à une année après l'opération, chez lesquels nous avons recherché les preuves de la glycémie provoquée pour rechercher l'état de la sécrétion interne du pancréas et les preuves de la lipase pancréatique de Chiray et de Rona (lipase duodénale et lipase sanguine respectivement), nous n'avons pas trouvé un pourcentage significatif quant à l'uniformité, pour déduire que le pancréas de ces opérés ait été influencé, d'une façon permanente, vers le sens d'un défaut fonctionnel.

L'hyperesthésie des plexus solaire et mésentérique chez certains opérés du cholécyste. — MM. Paul DUFOURT et H.-G. ROUBEAU (Vichy) attirent l'attention sur une forme particulière de réaction douloureuse post-opératoire, caractérisée par sa localisation aux plexus nerveux abdominaux. Cette réaction paraît indépendante de toute complication sur les voies biliaires et relève de l'irritation du système neuro-végétatif par l'excitation des terminaisons nerveuses soit directe, soit réflexe. Ils insistent sur l'évolution habituellement favorable. Malgré l'intensité des phénomènes douloureux, le traitement doit rester médical et la réintervention ne semble pas indiquée.

L'aire cutanée abdominale hyperalgésique dans les réactions lithiasiques et infectieuses vésiculaires. — M. Lucien CORNIL (Marseille) insiste sur l'importance capitale en séméiologie vésiculaire de cette aire qui permet de traduire objectivement la souffrance viscérale. Située à droite dans le 9e segment dorsal, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen et en dedans de la bissectrice de l'angle droit, formé en haut par la verticale et l'horizontale partant de l'ombilic, elle constitue une zone arrondie ou ovalaire de 2 à 5 centimètres de diamètre, ne coïncidant pas avec le point cystique à la pression. Elle doit être recherchée avec une pointe mousse, en pratiquant des piqûres successives du tégument abdominal de dehors en dedans et en marquant au crayon dermographique les limites de cette aire hyperalgésique. On complétera l'enquête en recherchant à sa surface l'hyperesthésie tactile (souvent augmentée), l'écartement des cercles de Weber (plutôt diminués), enfin l'hyperalgésie thermique. On constatera de plus, au niveau de cette aire et parfois la débordant, de l'anémie discrète de la peau, contrastant avec une raie dermographique intense, des réactions pilomotrices (horripilation souvent spontanée).

A propos de l'étiologie de la lithiase vésiculaire. — MM. Félix RAMOND, J. DIMITRESCO POPOVICI et H. DANY.

Acétylcholine et vésicule biliaire. — MM. LOEPER, LEMAIRE et DANY.

A propos des calculs vésiculaires de carbonate calcique. — M. O. WEILL (Bruxelles).

Le diagnostic différentiel entre colique hépatique lithiasique et colique pseudo-lithiasique dérivant d'un kyste hydatique. — M. MARCIALIS (Sassari, Sardaigne). — Ce diagnostic présente toujours des difficultés considérables, même dans des pays où médecins et chirurgiens ont de la maladie hydatique une particulière expérience. A défaut des signes directs, il faudra que nous prenions comme base les résultats d'un examen clinique et radiologique très scrupuleux et surtout les résultats des essais biologiques qui, eux seuls, permettent, le plus souvent, d'arriver à un diagnostic exact.

Syphilis hépatique et récidives biliaires. — M. BERGARÈCHE (Saint-Sébastien).

Lithiase biliaire et affections cardio-vasculaires. — M. GOLDSTEIN (Camden, New-Jersey, U. S. A.) croit à la fréquence du retentissement sur le myocarde et les coronaires de la cholécystite calculeuse et fait une remarquable revue bibliographique concernant les rapports de la lithiase biliaire et des affections cardio-vasculaires.

Réactions cardio-aortiques au cours de la lithiase biliaire. — M. G. HOULBERT (l'hôpital Thermal civil). — *A*) En présence de troubles fonctionnels cardiaques dont l'examen minutieux du cœur et de l'aorte ne donne pas l'explication, rechercher la présence possible d'une épine irritative vésiculaire. *B*) Examiner attentivement le cœur des lithiasiques biliaires, ménager la vésicule des cardiaques et en calmer d'urgence les douleurs ; rechercher, pour les soigner, les lésions vasculaires chez les cardiaques.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 77, p. 1402; n° 80, p. 1462; n° 82, p. 1491.

Association de la Presse médicale française.

Indications thérapeutiques fournies par le tubage duodénal et la cholécystographie dans la lithiase biliaire. — MM. CHIRAY (Paris) et MILOCHEVITCH (Belgrade). — Les renseignements fournis par le tubage duodénal et la cholécystographie conjugués permettent une thérapeutique mieux adaptée aux différents cas. 1° Dans ce que nous appelons les vésicules bloquées ou exclues, soit par calcul du cystique, soit par remplissage total de la vésicule par des concrétions, lorsque l'épreuve d'excrétion vésiculaire provoquée et la cholécystographie restent négatives, il faut, au point de vue médical, exclure toutes les thérapeutiques violentes ou expulsives qui sont inutiles et dangereuses. Le but à atteindre n'est pas d'éliminer les calculs, mais de rendre la vésicule tolérante à leur égard par tous les moyens hygiéniques hydrominéraux ou médicamenteux ; 2° Dans les autres cas où l'épreuve de Meltzer-Lyon permet d'obtenir la « bile B » et où la visualisation vésiculaire est réalisée par la méthode de Graham, deux ordres de faits peuvent être envisagés. Si la vésicule, non exclue, contient des calculs relativement volumineux, il faut encore s'en tenir à la conduite envisagée dans le cas précédent. Si, au contraire, on a l'impression radiologique que les calculs sont petits ou qu'il existe seulement du sable biliaire, surtout lorsque la vésicule paraît radiologiquement grosse et atonique, on doit essayer avec précaution une thérapeutique plus violente et tenter l'expulsion des calculs ou, à leur défaut, celle de la bile vésiculaire stagnante et infectée.

Etude comparative de la valeur diagnostique du drainage biliaire et de la cholécystographie dans les cholécystites calculeuses. — MM. MILANES et P. FARINAS (Cuba). — La cholécystographie est le procédé de choix pour le diagnostic des cholécystites calculeuses. Mais il y a des cas où l'épreuve de Meltzer-Lyon assure le diagnostic, qu'on n'a pu faire avec la cholécystographie. L'auteur insiste sur la nécessité des examens « standard », et montre la valeur respective de chacun des procédés, sans oublier l'anamnèse et l'exploration.

Etude du tubage duodénal dans le diagnostic de la lithiase biliaire. — M. Ladislas de FRIEDRICH (Budapest).

Détermination clinique des acides biliaires dans le suc duodénal. — M. K. GLAESSNER (Vienne).

Les biles noires. — M. Jacques DALSACE (Paris).

Etude chimique des biles évacuées après cystostomie chez les malades « à bile noire ». — M. R. GOIFFON.

Résumé clinique de la bactériologie biliaire. — MM. H.-G. MOGENA, C. DURAN et J. TAPIA (Madrid).

Du rôle capital de la bactériémie à point de départ intestinal dans la pathogénie de la lithiase biliaire. — M. DESGEORGES (Vichy).

La lithiase biliaire et la cholécystite amibienne. — M. le prof. TOMMASO CASONI (Tripoli).

La vaccinothérapie « de la lithiase biliaire ». — M. G. KREMER (Varsovie).

Spasmes graves de l'œsophage et affections du foie. — M. Jean GUISEZ (Paris).

La lithiase biliaire chez l'enfant. — M. L. DESMAROUX (médecin-chef à l'hôpital civil de Vichy).

Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des syndromes aigus hépato-biliaires. — M. A. VALERIO.

Lithiase biliaire et lithopexies associées. — M. Henri PAILLARD.

De quelques conditions favorables et défavorables à la production des calculs biliaires. — M. Henri DUFOUR (Paris).

Sur quelques expressions biochimiques de l'insuffisance hépatique. — MM. V. CORDIER et J. ENSELME (Lyon).

Rapports de la lithiase biliaire et de la cholécystite avec le diabète. — M. le prof. T. HERNANDO (Madrid).

Rhumatismes chroniques d'origine lithiasique. — M. Roger GLÉNARD (Vichy). — La lithiase biliaire, en dehors des symptômes locaux qui la caractérisent, donne naissance à bien des troubles éloignés, parmi lesquels il convient de faire une place toute particulière aux manifestations rhumatismales. Celles-ci peuvent aller des douleurs fonctionnelles fugaces, par quoi débutent tant de rhumatismes chroniques, jusqu'aux déformations ostéo-articulaires avec impotence, qui marquent les phases plus avancées de leur évolution. L'apparition de ces cas se produit par l'intermédiaire, soit de l'infection vésiculaire, soit de l'insuffisance hépatique concomitante. Le traitement sera plus spécialement hépatique et vésiculaire à la période initiale des douleurs erratiques, et local articulaire à l'étape ultérieure du rhumatisme confirmé.

Le métabolisme basal dans la lithiase biliaire. — M. BABOT (Barcelone).

Hépatites cholangitiques. — MM. G. DOMINICI et A. ALLODI (Turin).

De l'importance des concentrations urinaires de galactose pour le diagnostic et le pronostic des hépatites en général et des hépatites lithiasiques en particulier. — MM. F. THIÉBAUT, J. DIERYCK et G. ALBOT.

Epreuve au galactose et hépatite lithiasique. — M. H. WALTER (Vichy).

Contribution à l'étude de la lithiase biliaire par le dosage de la cholestérine dans le sang. — M. J. BARBERA (Barcelone).

La sédimentation des hématies dans les ictères. — MM. A. RADOSAVLJEVIC et M. SEKULIC (Belgrade).

La lithiase biliaire par carence. — M. BOUCHER (Grenoble).

Un cas de xanthome multiple à forme pseudo-hygromateuse. — M. Edouard ANTOINE (Paris).

Recherches expérimentales et cliniques des relations entre le cholestérol de l'organisme et les sels biliaires de la bile. Contribution à l'étude du facteur hépatique dans la pathogénie de la lithiase biliaire. — MM. Guy LAROCHE et GRIGAUT (Paris).

La lithiase biliaire chez le vieillard. — MM. P. BRODIN (Paris) et ROUSSY-ROUSSEFF (Sofia).

Foie grippal et lithiase biliaire. — M. CHARNAUX (Vichy).

Epreuve à la santonine et insuffisance hépatique. — M. AKIL MOUKHTAR (Istanbul).

L'action des injections intramusculaires de pepsine sur l'hypercholestérolémie. — MM. Maurice DEBRAY, CODOUNIS et HATZIGEORGE (Paris).

Sur la cholécystographie dans le diabète. — MM. HATZIEGANU et HANGANUTZ (Cluj).

Quelques considérations sur la lithiase biliaire dans l'île de la Trinité. — M. SEHEULT (Pont of Spain).

II. Section de chirurgie.

Résumé des recherches faites dans ma clinique sur la cholélithiase. — M. Iwao Matsuo (Japon). — La cholélithiase au Japon se distingue par les faits suivants : les calculs pigmentaires sont quatre fois plus fréquents que les calculs cholestériniques. Les calculs du cholédoque sont aussi fréquents que ceux de la vésicule. Dans 18 % des cas, on observe la lithiase intrahépatique. L'auteur apporte un tableau anatomo-clinique complet de la lithiase intrahépatique : notons le peu de douleurs — sauf en cas de siège cortical, subictère suivi de fièvre, invisibilité aux rayons X, absence du signe de Mackensie. Il résume ses travaux expérimentaux sur la production chez le lapin, par avitaminose A, des calculs intrahépatiques en dehors de toute stase et de toute infection avec hypercholestérinémie et hypercalcémie. La couleur verte de la bile retirée par tubage est due à la présence d'oxydases d'origine inflammatoire. Les solutions aqueuses de cholestérol et de bilirubine tendent à se précipiter quand le pH devient acide, par addition de calcium et magnésium, par adjonction de protéines ; les sels choliques ont une action empêchante. On trouve, en effet, en cas de cholélithiase, une bile acide, pauvre en sels choliques ; la bile des lapins carencés devient acide et renferme un excès de chaux.

Sur le traitement chirurgical de la lithiase biliaire. — M. Jacobovici (Cluj) tire de son expérience de la chirurgie des voies biliaires, les conclusions suivantes : 1° élargir les indications opératoires ; 2° intervenir le plus tôt possible dans les cas compliqués ; 3° simplifier la technique par incision médiane ou paramédiane, mucoclase de Pribram ; drainage aussi réduit que posible ; 4° la temporisation dans les complications septiques ou obstructives.

Cholécystostomie ou cholécystectomie dans les affections hépato-pancréatico-biliaires. — MM. B. Desplas et J. Meillère (Paris). — Bien souvent, la cholécystostomie est préférable à la cholécystectomie dans la lithiase biliaire, habituellement accompagnée de lésions des voies biliaires principales et de la cellule hépatique. La cholécystostomie traite à la fois ces différentes lésions, en faisant cesser la stase biliaire et en réalisant un drainage biliaire et hépatique ; de plus, elle conserve un organe pouvant permettre le rétablissement du cycle hépato-intestinal de la bile, en cas de rétrécissement ultérieur des voies biliaires. De même, elle permet le traitement des états de dyshépatie (bile noire), de l'angiocholite, des pancréatites chroniques. Les auteurs préconisent leur procédé de cholécystostomie de dérivation par invagination sur sonde, qui évite les ulcérations de la peau et peut être maintenu fort longtemps sans altérer l'état général.

Indication opératoire et perfectionnement dans le traitement chirurgical de la lithiase biliaire. — M. B.-O. Pribram (Berlin). — Pour éviter les difficultés de la repéritonisation du lit vésiculaire dans les cas où la cholécystectomie sous-séreuse est impossible, l'auteur conseille une intervention (mucoclase), dont voici les temps successifs : aspiration du contenu vésiculaire, lavage au Rivanol, ouverture du cholécyste et ablation des calculs, ligature du cystique, carbonisation de la muqueuse avec la sonde électrique, suture des tissus. On n'est pas, de la sorte, obligé de drainer. Il convient d'étendre l'indication du drainage du cholédoque à tous les cas où existent une hépatite ou une pancréatite. L'auteur apporte enfin des observations avec documents radiologiques, qui montrent que des calculs enclavés dans la papille ont pu être expulsés par l'installation dans le cholédoque, grâce à une sonde introduite par l'orifice de cholécystostomie, d'un mélange d'éther et de paraffine.

Périgastrite grave après cholécystectomie pour lithiase vésiculaire. Gastro-entérostomie. — M. Jean Villar (Bordeaux). A propos d'une observation personnelle, l'auteur discute le meilleur traitement à apporter à ces périgastrites. Il croit qu'elles sont causées par l'état infectieux persistant cholédocien et que le drainage prolongé du cholédoque, mieux que la gastro-entérostomie, doit permettre de les guérir.

Etude clinique et expérimentale sur les anastomoses entérobiliaires en tenant particulièrement compte de l'infection ascendante. — M. V. David (Prague). — Se basant sur l'observation d'anciens opérés et sur des expériences pratiquées chez l'animal, l'auteur montre les excellents résultats des anostomoses entérobiliaires, et pense que leur largeur, qui favorise le cours de la bile, ne prédispose pas à leur infection ascendante.

Les fausses lithiases biliaires. — M. Armando Narciso (Lisbonne). — Quand un malade se présente au médecin consultant avec des symptômes de lithiase biliaire, il ne faut pas savoir seulement si, en vérité, il y a lithiase biliaire ou si elle n'existe pas, il faut aussi s'informer s'il s'agit ou non de cholécystite ou d'angiocholite chroniques. Mais si nous excluons l'obstruction des canaux, ce qu'il y a de plus important dans la clinique hydrolique et chirurgicale, c'est d'évaluer l'acuité ou la chronicité de l'affection biliaire, son degré de bénignité ou de malignité et l'intensité de l'insuffisance hépatique. La présence de calculs n'est pas indispensable pour que le syndrome biliaire se présente avec tous ses symptômes. Il est prouvé aujourd'hui que bien souvent, la colique ne dépend pas seulement du calcul. Il faut donc fixer notre attention sur beaucoup d'autres facteurs de pathologie biliaire, aussi importants et même davantage que le calcul, au point de vue clinique et de la thérapeutique.

Un cas intéressant de lithiase biliaire qui produit un pseudo-kyste pancréatique. — M. Andrea Dorronsovo (Huelva, Espagne). — Il s'agit d'une malade qui, après plusieurs crises de cholécystite, est opérée d'urgence de cholécystostomie ; quand la fièvre et l'ictère eurent disparu, on fit cholécystostomie avec cholédocotomie, pour extraire un calcul du cholédoque. On remarque alors une tumeur rétrogastrique ; analyse des urines, détermination des unités diastasiques ; diagnostic : pseudo-kyste du pancréas à marsupialiser à travers l'épiploon gastro-hépatique : après deux jours, crise aiguë d'appendicite gangréneuse ; appendicectomie. La bouche de marsupialisation se ferme au bout de 13 mois, en suivant un régime antidiabétique et en prenant pendant toute la maladie de l'eau de Vichy.

Indications dans le traitement de la lithiase biliaire. — M. Et. Cukor (Budapest).

Indications et résultats du traitement chirurgical de la lithiase de la voie biliaire principale. — M. Villard (Lyon).

Quelques réserves à propos des indications opératoires dans la lithiase biliaire. — M. Mouriquand.

Sur deux symptômes des cholécystites chroniques. — M. Charles Buizard (Paris) insiste sur 2 signes qui ont pour lui une grande importance : 1° Etat subfébrile continu ; la température du matin étant au-dessus de 37°5, 37°8 et même 38° ; 2° Douleurs lombaires, et, dans la majorité des cas, uniquement douleur lombaire droite. Celle-ci est un signe qui doit attirer l'attention du côté de la vésicule biliaire, en dehors de tout autre symptôme net. Elle se localise dans la masse musculaire sacro-lombaire (qui est contracturée) en des points précis ; l'un supérieur, au-dessus des côtes, l'autre inférieur, plus fréquent vers le bord ex-

terne des muscles lombo-sacrés, à un ou deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. Cette douleur peut présenter des paroxysmes au moment de la digestion, ou au cours d'une poussée aiguë de cholécystite. L'auteur a vu souvent disparaître cette douleur lombaire dès le soir même de la cholécystectomie.

A propos de quelques observations de chirurgie des voies biliaires accessoires. Drainage et cholécystectomie. Technique opératoire ; discussion et déductions. — MM. V. PAUCHET et HIRHBERG (Paris). — Le drainage chirurgical vésiculaire est une opération remarquable, désintoxiquant le malade rapidement, mettant son estomac au repos, les voies biliaires, l'estomac et le pancréas, arrêtant les hémorragies gastriques non ulcéreuses. C'est une opération simple, bénigne, à tenter avant la résection, si cette dernière n'est pas immédiatement indiquée. Elle rend les plus grands services journellement, dans un service chirurgical spécialisé. Mais le drainage ne doit être fait que sur une indication précise et c'est à dessein que nous nous sommes arrêtés longtemps au chapitre des généralités. Drainer une vésicule parce qu'elle est grosse ou blanche, sans avoir épuisé au préalable toutes les ressources du traitement médical (drainage en particulier), sans être certain que les troubles sont à point de départ vésiculaire, c'est aller peut-être inutilement au-devant de complications biliaires. C'est dire l'importance de lésions associées et la nécessité de commencer le traitement par elles, si la vésicule n'est pas cliniquement au premier plan. Même remarque pour la résection lorsqu'on se décide à la pratiquer, soit d'emblée, soit secondairement à la suite du drainage. Seules les vésicules qui, par leur présence, constituent un danger pour les voies biliaires, doivent être enlevées.

Dilatation de la papille de Vater, par les sondes olivaires selon la méthode de Bakes. — M. B. HEYDUK.

III. Thérapeutique et hydrologie.

Quels sont les cholécystectomisés que l'on voit actuellement à Vichy ? —MM. Paul VAUTHEY et Max VAUTHEY (Vichy). — Depuis un certain nombre d'années, les cholécystectomisés sont de plus en plus nombreux à Vichy. Les uns sont envoyés précocement, dès la première saison thermale qui suit l'opération, les autres tardivement, après plusieurs années. Parmi les premiers, l'on distingue ceux à qui la cure est prescrite pour combattre les états pathologiques secondaires à la lithiase (insuffisance hépatique, troubles gastro-intestinaux, hépatite de la lithiase démontrée récemment par Fiessinger, Garnier, Caroli), — ceux qui continuent à souffrir et qui viennent à Vichy pour traiter l'angiocholite, la péricholécystite, la péritonite sous-hépatique consécutives, — ceux enfin qui sont envoyés à titre préventif pour empêcher le retour des accidents antérieurs. Parmi les seconds, l'on observe ceux qui ont obtenu, par l'opération, une amélioration locale et générale telle qu'ils se sont considérés comme guéris et qui, pour diverses raisons, ont repoussé toute cure thermale, ont négligé toutes précautions élémentaires d'hygiène générale, tout régime alimentaire, tous soins médicamenteux. Ils ont laissé évoluer à nouveau les affections qui étaient à l'origine de leur syndrome hépato-biliaire et ont vu reparaître plus ou moins rapidement toute la série des manifestations antérieures. Ainsi, de nombreux cholécystectomisés sont utilement envoyés à Vichy déjà dès la première saison thermale qui suit l'opération pour obtenir une guérison définitive et se mettre à l'abri du retour possible des troubles antérieurs.

Le traitement de la lithiase biliaire et des angiocholécystites par le jeûne. — M. Lucien-Regmunt SOBIESZCZANSKI (Varsovie). — Comme cure dans la lithiase biliaire et les angiocholécystites, l'auteur a employé une alimentation restreinte hydrocarbonique avec des courtes périodes de jeûne avec purge, se basant sur des travaux expérimentaux. Le jeûne fut prescrit sous forme de cure hydrique : 1 litre 2, 1 litre 5 du liquide (eau, thé, tisane, etc.) par jour en 5-6 repas pendant 1, 2, 3 jours de suite. Le jeûne agit comme cholagogue et cholérétique.

Le traitement de la lithiase biliaire à Vittel. — MM. Henri PAILLARD et Robert CASTÉRAN (Vittel).

Action de la cure de Vichy sur la formule d'Arneth chez les lithiasiques biliaires. — M. Max VAUTHEY (Vichy).

Les cataplasmes de boue hydrominérale de Châtelguyon dans le traitement de la lithiase biliaire. — M. BALME (Châtelguyon).

Action de quelques eaux minérales de Roumanie sur la vésicule biliaire. — MM. G. TUDORAUN, D. HERESCU, M. VENESCU et T. VARZARU (Roumanie).

Action de l'eau de Vichy sur les sécrétions biliaires. — M. E.-M. COCIASU (Roumanie). — Les analyses pratiques montrent que l'eau minérale de Vichy-Célestins exportée est modifiée dans sa composition seulement par la perte de la moitié de son acide carbonique. Elle conserve néanmoins ses vertus thérapeutiques (action cholérétique et bile plus fluide). Les auteurs en apportent la démonstration expérimentale.

Sur le traitement hydrominéral de la lithiase biliaire. — M. G. BALTACÉANO (Roumanie).

Etude expérimentale de l'action cholagogue des eaux sulfatées sodiques. — M. Hans SCHMID (Tarasp).

Epreuve clinique avec l'eau minérale de Vrejci dans la lithiase biliaire. — MM. ANTITCH et RUBENOVITCH (Béograd).

Le traitement de la lithiase biliaire en Roumanie par les eaux minérales de Slanic (Moldova). — M. Eugène SPIRT (Bucarest).

Le traitement de la lithiase biliaire à la station hydrominérale Olànesti (Roumanie). — M. BUZAGIU (Bucarest).

La lithiase urique, oxalique et biliaire et le citrate de soude. — M. Francisco BAIGORRI (Larioja).

Newer synthetic drugs in the médical treatment of cholecystitis and cholelithiasis. — M. Samuel WEISS (New-York).

Sur un nouvel antiseptique de synthèse. Son action bactéricide sur le terrain entéro-hépatique. — M. Louis GAUCHER.

Action favorable du curcuma. — M. KOCH (Francfort).

Remarque thérapeutique. — M. Constantin-D. RADULESCO (Bucarest, Roumanie).

Traitement des calculs de la vésicule biliaire. — M. Louis BIGNON (Vichy).

L'huile d'olive et l'acide oléique dans la lithiase biliaire. — M. Pierre GIRARD (Paris).

La cure de Vichy dans la lithiase biliaire. — M. Roger GLÉNARD (Vichy). — La cure de Vichy occupe une place importante dans le traitement de la lithiase biliaire. Tout d'abord, bien des cas de coliques hépatiques ne relèvent pas de cette maladie. Un tableau clinique analogue peut se rencontrer dans l'angiocholite, la cholécystite, les ptoses viscérales, certaines affections protéiniques ou gastro-intestinales, et la cure trouve dans ces fausses lithiases de pré-

cieuses indications. D'autres fois, il s'agit seulement de prélithiase, avec sable ou boue biliaire dans la vésicule. L'eau de Vichy augmente la sécrétion de la bile, la fluidifie, l'antiseptise ; elle calme l'irritabilité vésiculaire et améliore le fonctionnement du foie. Là encore, elle peut aboutir au plus franc succès. S'il s'agit d'un calcul vrai, une cure d'épreuve doucement poursuivie, et renouvelée au besoin, réussira souvent à rendre la vésicule plus tolérante et à enrayer l'évolution de la lithiase ; dans le cas où l'intervention apparaîtrait cependant nécessaire, l'appareil hépato-biliaire serait mieux préparé pour supporter la toxicité de l'anesthésie. Après l'opération, la cure reste indiquée pour en conjurer certaines séquelles et obtenir la guérison du foie si constamment atteint. La cure hydrominérale précoce des troubles fonctionnels du foie est le meilleur traitement préventif de la lithiase biliaire.

Recherches sur la courbe de neutralisation de l'eau de Vichy (Source de l'Hôpital). Applications thérapeutiques. — M. Paul Blum (Strasbourg).

En marge de la thérapeutique de la lithiase biliaire. — M. Luis F. Calderon (Bogota).

Action des eaux de Plombières sur les affections hépato-biliaires. — M. Truelle (Plombières).

Quelques résultats diagnostiques et thérapeutiques des maladies biliaires. — M. M. Stern (Karlsbad).

L'action cholagogue de Kinkilibah. — MM. Félix Ramond, P. Zizine et Dimitresco Popovici (Paris).

IV. Section de radiologie.

Technique et valeur des différentes méthodes d'opacification de la vésicule biliaire. — M. G. Maingot (Paris).

Technique de l'examen radiologique de la vésicule biliaire. — MM. R. Ledoux-Lebard et J. Garcia-Calderon (Paris).

Technique et valeur des différentes méthodes d'opacification de la vésicule d'après une statistique de 1.174 cholécystographies. — M. J. Garcin (Marseille).

Méthode d'opacification de la vésicule. — M. Sandstrom (Stockholm).

Cholécystographie orale selon la méthode de Sandström. — MM. S. Kadrnka et L. Sechehay.

Etude de la cholécystographie rapide. — MM. R. Gilbert et M. Demole (Genève).

Importance de l'étude de l'évacuation de la vésicule biliaire. — M. Auguste Nemours (Paris).

Radiodiagnostic de la cholécystite non lithiasique et de la péricholécystite. — MM. R. Ledoux-Lebard et J. Garcia-Calderon (Paris).

Etude de la motricité des vésicules lithiasiques. — MM. P. Porcher et Lamy (Paris).

Possibilités, évolution et limitations du radiodiagnostic vésiculaire. — M. R. Ledoux-Lebard (Paris).

Valeur des procédés radiologiques de localisation des calculs sous-hépatiques. — M. G. Maingot (Paris).

Du diagnostic des taches et particulièrement des ombres calculeuses de la région sous-hépatique. — MM. F. Lepennetier et R. Nadal, Hôpital Saint-Louis (Paris).

Contribution à la localisation des images calculaires de la région sous-hépatique. — MM. Carnot et Dioclès.

Lithiase biliaire et perforation de la vésicule constatée à la radiographie. — M. Cambies (Châtelguyon).

Visualisation of the biliary system by fluorescence, following the intravenous injection of mercurochrome, or the direct injection of the dye into the gall bladder itself. An Animal Study. — MM. Chas. J. Sutro, M. D. and Michael S. Burman, M. D.

Documents radiographiques sur la pathogénie de la colique hépatique. — MM. Petre Niculesco et Banuk (Iassy).

De la nécessité d'un examen radiologique complet du tube digestif chez tout lithiasique biliaire ou considéré tel. — M. R. Dillenseger (Vichy).

Radiographies vésiculaires avant et après un traitement spécifique de la lithiase biliaire. — MM. Marcel Joly et Paul Hébrard (Paris).

Anhématose et lithiase biliaire. — MM. Pescher et J. Hery (Paris).

La kéraffinethérapie adjuvant de la diathermie dans les cholécystites douloureuses. — M. Marcel Joly (Paris).

L'électropyrexie dans les affections hépato-vésiculaires. — MM. R. Friedmann, A. Halphen, J. Auclair (Paris).

Quelques observations de traitement d'affections du carrefour sous-hépatique par la physiothérapie. — MM. Delherm et Morel-Kahn (Paris).

PRATIQUE MÉDICALE

DIVERGENCES ENTRE LE TAUX DU CALCIUM SANGUIN ET LES BESOINS CALCIQUES DE L'ORGANISME (1)

Par le docteur Savigny.

La calcémie, le taux du calcium sanguin et humoral, est remarquablement fixe, malgré les variations considérables des besoins de l'organisme. C'est que, pour pourvoir aux besoins immédiats et impérieux en calcium des organes indispensables à la vie, système nerveux et encéphale en particulier, il existe des échanges permanents entre le sang, les humeurs et les réserves calciques de l'organisme constituées par le tissu osseux et le tissu dentaire, de telle sorte que toute période de grande consommation calcique (croissance, convalescence, grossesse, lactation) se solde, si l'assimilation du calcium alimentaire ne lui fait pas équilibre, par un appauvrissement du squelette et de la denture. Lorsque se présentent ces éventualités de grosse consommation calcique, il importe donc d'y pourvoir par une alimentation, ou même une médication adéquate. Le fortossan irradié, qui associe dans sa formule complexe phosphore, calcium et ergostérine irradiée, peut être considéré comme le médicament le mieux adapté à ce but, car il constitue un agent recalcificateur extrêmement puissant, dont l'action, dans le rachitisme en particulier, est d'une netteté presque expérimentale. Il donne au thérapeute le moyen de maintenir fixe le taux de la calcémie sans appauvrissement des réserves et même avec leur enrichissement, ce qui permet à nombre de sujets de traverser sans danger pour leur squelette et leurs dents des périodes critiques, comme celles de la première enfance, d'un rapide accroissement statutaire pendant la seconde enfance, et même de la grossesse, d'une affection aiguë ou d'une poussée bacillaire chez l'adulte.

(1) *Concours méd.*, n° 27, 5 juillet 1931.

NOTES POUR L'INTERNAT

CIRRHOSE ATROPHIQUE DU FOIE [1]

Interrogatoire. — On recherche chez ce malade les stigmates d'éthylisme chronique : tremblements, cauchemars, pituites. On pratique un interrogatoire soigné, mais le malade souvent s'y dérobe. C'est alors que

L'examen complet sera important à pratiquer, non seulement pour rechercher les *manifestations objectives de l'alcoolisme* mais pour préciser, dans certains cas, *la part d'autres éléments étiologiques* pouvant venir se surajouter et pour établir un pronostic.

Troubles digestifs. — L'appareil digestif est le plus souvent touché du fait, non seulement de la cirrhose, mais souvent aussi d'une gastrite associée.

L'anorexie est constante. Le malade accuse des pituites matinales. La langue prend une apparence vernissée rouge vif. Les selles sont peu colorées et fétides en raison de l'hypocholie.

Système nerveux. — On recherchera s'il existe des signes de polynévrite éthylique. On sait que cette dernière, chez le cirrhotique, prend parfois une allure spéciale du fait de son extension rapide aux membres inférieurs, de la précocité des troubles psychiques et de la température qui souvent l'accompagne.

L'appareil cardio-vasculaire. — La petitesse du pouls, l'hypotension artérielle, relevant de l'hypotension sus-hépatique, sont corollaires du syndrome d'hypertension portale. Mais, d'autre part, il ne faut pas oublier la toxicité de l'alcool pour la fibre cardiaque.

Appareil respiratoire. — L'examen de l'appareil respiratoire apporte des renseignements variables :

La dyspnée peut, par son intensité, être une indication de parasynthèse immédiate. L'examen *de la base droite* montre souvent l'existence de frottements pleuraux ou d'un petit épanchement. On recherchera avec soin s'il existe des lésions tuberculeuses des sommets, tuberculose souvent torpide et qui aggrave le pronostic. *L'on sait le rôle que l'on a fait jouer à la tuberculose dans l'étiologie de la cirrhose de Laënnec*, rôle qui paraît actuellement moins important que celui de la

Syphilis, dont on recherchera les antécédents et les stigmates.

Enfin, il sera important, pour juger de l'effet d'un traitement diurétique, de surveiller

— *L'élimination urinaire* et d'établir la courbe de poids du malade. On sait que l'oligurie, l'anisurie (oscillations brusques répétées du débit de 24 heures), l'opsiurie (retard de l'élimination des urines post-prandiales) sont fonction du syndrome d'hypertension portale.

Les urines sont rouge foncé, avec un sédiment rose briqueté. Elles contiennent de l'urobiline, parfois des sels biliaires. La recherche de l'insuffisance hépatique par les épreuves que nous avons signalées, pourrait avoir quelque intérêt, non — bien entendu — au point de vue diagnostic, mais en ce qui concerne le pronostic.

Liquide d'ascite. — C'est un liquide citrin, du type transsudat, ne contenant pas de fibrine, peu d'albumine, donnant une réaction de Rivalta négative et contenant surtout des placards endothéliaux.

Tels sont, du moins pour les auteurs classiques, les renseignements fournis par la première ponction. Pour ces auteurs, ce sont les plus valables. Au cours de ponctions répétées, la formule se modifie sous l'influence d'infection par le trocart, devient inflammatoire, fibrineux, avec Rivalta positif, et l'apparition fréquente de la lymphocytose signifie « tuberculisation », celle-ci survenant à la faveur de l'anergie hépatique.

Ces notions ont été révisées par des auteurs récents qui distinguent les cas d'ascite non compliquée ou au contraire compliquée.

1° *Ascite non compliquée :* liquide clair, sans fibrine, albuminose au-dessous de 12 gr. par litre ; cytologie faite uniquement de *placards endothéliaux.*

Au cours de ponctions successives, on note l'appauvrissement graduel du liquide en albumine et en éléments cellulaires.

2° *Ascite compliquée :* toute modification à cette formule indique une anomalie ou une complication. Ce peuvent être :

a) *Polynucléose,* elle est le premier signe redoutable de la *péritonite septique aiguë à pyogènes d'origine sanguine* (consécutive à une érosion cutanée, une lymphangite, une infection pulmonaire, par exemple). Elle évolue cliniquement à très bas bruit : état subfébrile, altérations du faciès, hoquet incessant, précédant la mort.

b) *Lymphocytose,* elle relève rarement d'infections anaérobies dues aux paracentèses. Rarement aussi de la tuberculose, qui est au contraire très fréquente dans les cirrhoses malignes.

Elle relève plutôt de périhépatite et de périsplénite qui provoquent d'ordinaire une lymphocytose peu intense. Lorsque celle-ci est très abondante, et lorsqu'il y a en même temps des douleurs et un état subfébrile, il faut penser à l'origine syphilitique.

EVOLUTION

Sous l'influence du repos au lit, d'une hygiène convenable, de l'extrait hépatique à bonne dose et surtout de *diurétiques mercuriels* (*cyanure de Hg, neptal*) lorsque l'état de la bouche, un fonctionnement rénal et hépatique suffisant, un état général pas trop mauvais en permettent l'usage, on peut provoquer des crises diurétiques considérables. Celles-ci ne suffisent généralement pas pour tarir l'ascite. On est pratiquement toujours obligé d'en venir aux ponctions. Cependant, sous l'influence de ces thérapeutiques, on peut voir une rémission passagère dans l'évolution de la maladie.

Tôt ou tard, les diurétiques les plus actifs restent sans effet.

Les ponctions successives épuisent le malade et amènent la classique anémie séreuse. La période cachectique se manifeste par un affaiblissement progressif, des poussées de subictère, des hémorragies, la sécheresse de la langue, la somnolence. Elle aboutit le plus souvent à l'*ictère grave terminal.*

Mais des complications peuvent venir abréger l'évolution de la cirrhose de Laënnec :

Hémorragies : symptôme fréquent de la cirrhose, peuvent par leur abondance devenir de véritables complications. Ce sont les hémorragies gastriques ou intestinales qui sont les plus redoutables et peuvent être une cause foudroyante de mort. L'évacuation rapide et abondante de l'ascite paraît les favoriser. Elles peuvent se rencontrer à une période précoce de l'affection et faire croire à un cancer ou un ulcère de l'estomac. Ces hémorragies sont dues à l'insuffisance hépatique, mais surtout à la rupture de varices œsophagiennes.

Infections : sont très fréquentes.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 82, p. 1498.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 85. — SAMEDI 22 OCTOBRE 1932. 105e ANNEE. SAMEDI 22 OCTOBRE 1932. — N° 85.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'AIDE D'ANATOMIE DES HÔPITAUX. — Questions données : « L'uretère pelvien (sauf l'histologie). — Coagulation du sang. »

Lecture des copies. — MM. de Langre et Beuzart, 22; Mialaret, 23; Monod, 21; Poilleux, 19.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Par décret en date du 19 juillet 1932 la Faculté de médecine de Marseille est autorisée à accepter la donation faite par M. Lazare (Ludovic) et Mme Richondeau, son épouse, d'une somme de 5.000 fr. destinée à la création d'un prix annuel de 1.000 fr. qui, sous le nom de « Prix René Lazare » sera attribué pendant une période de cinq ans au meilleur travail sur les infections de la bouche et du rhino-pharynx présenté par un externe ou un ancien externe des hôpitaux de Marseille, de nationalité française.

Le prix René Lazare sera attribué pour la première fois fin janvier 1933. Les mémoires devront être déposés en trois exemplaires au secrétariat de la Faculté de médecine de Marseille (palais du Pharo) avant le 15 janvier 1933.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. le docteur David, professeur suppléant, a été nommé professeur d'histoire naturelle.

M. le docteur Bigot, professeur suppléant des chaires de médecine, a été maintenu dans ses fonctions pour une durée de neuf ans.

M. le docteur Auguste Sarazin, professeur suppléant des chaires de physique et chimie, a été maintenu dans ses fonctions pour une durée de neuf ans.

M. le docteur Charles-Rémy Martin a été nommé professeur suppléant des chaires d'anatomie et physiologie pour une durée de neuf ans.

M. le docteur Thézée, pharmacien, professeur d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine et de pharmacie, admis à faire valoir ses droits à la retraite à la date du 1er octobre 1932, a été nommé professeur honoraire.

GUERRE. — M. le médecin colonel Carayon, de la direction du Service de santé au ministère de la Guerre, est nommé adjoint au directeur du Service de santé au ministère de la guerre.

— Sont nommés :

Au grade de médecin sous-lieutenant. — Les médecins auxiliaires, titulaires du brevet de préparation militaire supérieure, ci-après désignés :

MM. Chabellard, Bertrand, Cazenove, Dulot, Fuchs, Montagne, Pellet, Strée, Warnery, Callens, Delaeter, Gros, Lassure, Huguet, Masure, Tabary, Bron, Monceau, Duprez, Willot, Aegerter, Bloch, Perrin, Ronot, Bousseau, Gondet, Leroy, Pailheret, Augereau, Pinel, Veyrac, Galmot, Blanchet, Bay, Bousquet, Maspétiol, Soyer, Arnaud, Bruno, Bézault, Figasso, Pélissier, Séatelli, Tissot, Calas, Courtine, Guilhaumon, Perrier, Servel, Vincens, Barrère, Delavallade, Drivet, Fave, Planton, Bréhant, Fournet, Kissel, Kneppert, Pannet, Westphal, Wiederkehr, Camelot, Carlet-Soulages, Cassé, Debray, Munèra, Stérin, Stumpf, Vallée, Charles, Lasserre, Soubrane, Fougoux, Gaubert, Messerlin, Sadourny, Etesse, Lemoine.

Non titulaires du brevet de préparation militaire supérieure :

MM. Besombe, Beitz, Calvet, Casalis, Dufour, Gibert, Isaksohn, Jaulerry, Marchand, Wechsler, Gingold, Helluin, Mennecier, Martin, Victor, Bacquelin, Defouloy, Mathis, Nivlet, Carteret, Robert, Carpuat, Landois, Villard, Chaudon, Chaussidière, Massoulier, Boulez, Brun, Charton, Chauvire, Roget, Thiers, Marbot, Wenger, Soustelle, Géro-

lami, Sigal, Besse, Escalaïs, Janicot, Bergouignan, Loubic, Abrand, Dumas, Février, Bachy, Germain, Loras, Michel, Raynard, Sabatier, Bernardi, Claret, Damez, Zha, Chatenay.

MÉDECINS ÉLUS SÉNATEURS. — Les élections sénatoriales de dimanche dernier ont envoyé au Luxembourg plusieurs confrères. A Bordeaux, nous sommes heureux de féliciter le professeur Georges Portmann, le très éminent oto-rhino-laryngologiste de la Faculté de Bordeaux, gendre de M. le professeur Moure.

Dans les Landes, M. le docteur Daraignez a été élu ; dans la Haute-Marne, le docteur Martin.

D'autres élus touchent plus ou moins à la médecine. Dans la Haute-Loire, M. Régis Martin-Binachon a été réélu. Il est le frère de notre ami le docteur Louis Martin, sous-directeur de l'Institut Pasteur, et le frère également de M. Germain Martin, ministre des Finances.

M. Mario Roustan, ancien grand maître de l'Université, a été aussi réélu. Enfin, M. André Fallières, ancien ministre de l'Hygiène, fait son entrée à la haute assemblée.

Nous avons félicité les élus, d'autres furent moins heureux, cette fois. Ce furent dans la Gironde : M. le docteur Sellier, professeur honoraire à la Faculté de Bordeaux, et le docteur Malet ; dans l'Indre, le docteur Cluzeau ; dans les Landes, le docteur Ducasse ; dans le Loir-et-Cher, les docteurs Legros, Doizy, anciens députés, à qui le Corps médical doit tant, et le docteur Olivier ; dans la Haute-Loire, le docteur Auguste Durand : dans le Lot-et-Garonne, le docteur Choffé ; dans la Meurthe-et-Moselle, les docteurs Schmitt et Giry ; dans la Meuse, le docteur Wagner ; dans la Nièvre, le docteur Bravard ; dans le Nord, le docteur Favier.

Cette liste est sans doute bien incomplète, nous serons reconnaissants à nos lecteurs de bien vouloir nous signaler nos omissions ou nos erreurs.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE PHYSIQUE MÉDICALE. (Professeur : M. André STROHL.) — INSTITUT DU RADIUM. (Directeurs : Mme P. CURIE et M. le docteur Cl. REGAUD.) — *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales*, organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux de Paris. — Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales est fait à la Faculté de médecine et à l'Institut du radium, sous la direction des professeurs Regaud et Strohl et de MM. Zimmern, agrégé à la Faculté de médecine ; Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine, et J. Belot, électro-radiologiste des hôpitaux.

Son but est de donner aux étudiants et médecins français et étrangers des connaissances théoriques, pratiques et cliniques, de radiologie et d'électrologie. Il comprend :

1° Un enseignement constitué par un cours, des démonstrations et exercices pratiques et des stages dans certains services des hôpitaux de Paris en vue du certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales.

Le cours commencera le 3 novembre 1932, à 18 h., à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine.

Il aura lieu tous les jours, à la même heure.

Les leçons orales sont publiques. Les exercices pratiques et stages sont réservés à ceux qui se seront fait inscrire en vue de l'obtention du certificat.

Les droits à verser sont de : un droit d'immatriculation, 60 fr. ; un droit de bibliothèque, 40 fr. ; un droit de laboratoire pour chacune des parties du cours, 250 fr. ; un droit d'examen, 250 fr.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), de 14 à 16 h., les lundis, mercredis et vendredis.

Le nombre des places est limité.

2° Un stage de perfectionnement ultérieur donnant droit, après examen, au diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine ayant passé le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales. Il comprend quatre stages, d'un semestre chacun, passés dans certains services désignés spécialement.

A la suite de cette période de stage, les candidats pourront subir un examen comprenant : 1° une interrogation portant sur la radiologie et l'électrologie médicales ; 2° la présentation d'un mémoire (dactylographié en cinq exemplaires) ; 3° une épreuve pratique ; 4° une épreuve clinique.

Les candidats ayant satisfait à cet examen recevront le diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

Les candidats au diplôme sont priés de bien vouloir s'inscrire au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 h , avant le 15 octobre de chaque année.

En s'inscrivant, ils devront déposer une demande indiquant les services où ils désirent accomplir leurs stages.

Les stages, d'une durée de six mois chacun, commenceront le 1er novembre.

Les droits à verser sont de : deux droits annuels d'immatriculation à 60 fr., 120 fr. ; deux droits annuels de bibliothèque à 40 fr., 80 fr. ; un droit d'examen, 250 fr.

CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE DE LA CHARITÉ. (Professeur : M. Emile SERGENT.) — Le cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire commencera le lundi 5 décembre, à 9 h. 1/2, et se terminera le samedi 10.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec peine la mort du docteur Georges Hervé, professeur à l'Ecole d'anthropologie et l'un des fondateurs de l'Institut international d'anthropologie.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de Mme Gustave Richelot, veuve du grand chirurgien, ancien président de l'Académie de médecine.

Que ses enfants, le professeur et Mme André Lemierre veuillent bien trouver ici l'expression très profonde de notre douloureuse et très affectueuse sympathie.

RENSEIGNEMENTS

UN POSTE DE MÉDECIN est vacant dans une petite commune de Vaucluse. Aucun médecin n'est dans le pays. — S'adresser au professeur Audibert, 9, rue Dragon, Marseille.

REVUE GENERALE

TUBERCULOSE DU SEIN

PAR MM.

G. JEANNENEY, et Henri GRENET,

Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Interne des hôpitaux de Bordeaux.

Il y a à peu près cent ans que la tuberculose du sein était signalée pour la première fois.

C'est en 1836, en effet, qu'Astley Cooper, dans *Etude clinique des tumeurs scrofuleuses chez des femmes atteintes d'engorgement ganglionnaire*, décrit pour la première fois cette affection.

Cette période clinique de découverte, si l'on peut dire, de la maladie, est marquée par les observations de Nélaton (1839), de Bérard (1842), de Toulmouche (1845), de Velpeau (1856), de Holmes, de Coley, de Billroth, d'Horteloup (1872), d'ailleurs si peu démonstratives que Virchow, Cornil et Ranvier vont même jusqu'à nier l'existence de l'affection.

En 1880, Richet, en publiant deux cas — dont un accompagné d'examen anatomo-pathologique de Robin — donnait à l'existence de la maladie une base.

En 1881, l'importante thèse de Dubar (Paris) ouvre l'ère histologique de l'étude de la tuberculose du sein: sur trois observations minutieusement étudiées, surtout au point de vue anatomo-pathologique, Dubar émet des conclusions qui firent longtemps autorité.

Verneuil, en 1882, rapporte deux observations avec examen anatomo-pathologique. La même année, le bacille de Koch est découvert et, dès lors, le trépied scientifique (anatomie pathologique, recherche du bacille de Koch, inoculation) va permettre de dénombrer avec certitude les cas de tuberculose mammaire.

En effet, Ohnacker, en 1883, inocule positivement la cornée du lapin avec du pus retiré d'un abcès mammaire tuberculeux et Orthmann, en 1885, est le premier à rechercher le bacille de Koch dans les coupes, avec un résultat positif sur deux recherches. Habermaas, en 1886, le suit et trouve un seul bacille sur vingt-quatre préparations de deux cas.

En 1890, Heurteaux et Hering ouvrent la période d'études d'ensemble et les observations dès lors se multiplient. Nous devons nous contenter de signaler les plus importantes : Adrien Roux, en 1891, recueille 31 observations publiées, plus trois personnelles : il confirme les travaux de Dubar et admet l'inoculation par les canaux galactophores.

En 1892, Robinson, puis Rémy et Noël, Jacques, Villard. En 1894, Sabrazès et Binaud rapportant et analysant un cas de tuberculose mammaire chez une jeune fille de 31 ans, aboutissent à des conclusions opposées à celles de Dubar : « l'affection est primitivement périglandulaire ».

Cette nouvelle conception n'est point admise sans conteste et si, en 1895, Gautier (thèse de Bordeaux) soutient l'opinion de Sabrazès, la même année Brucant (thèse de Lille) combat l'opinion des auteurs bordelais : « Les figures intraacineuses sont bien des cellules géantes ».

Aussi, en 1896, Sabrazès et Binaud précisent-ils leur point de vue et, dans une étude magistrale de la tuberculose mammaire au point de vue anatomo-pathologique, clôturent la discussion en leur faveur.

Il était intéressant de rappeler un peu en détail ces travaux qui, entrepris sur une affection de fréquence réduite, contribuèrent à la connaissance des tuberculoses viscérales et de leurs modes de propagation.

Depuis, les travaux se sont multipliés : nous citerons dans la revue des auteurs qui s'occupèrent de la question, seulement les travaux importants : la thèse de Cunéo (Paris, 1898), Powers, Ferguson, Argellier, la revue de Carrel (*Gaz. Hôp.*, 1899), les observations de Nattan Larrier, de Nocard (1903), la thèse de Patarroni (Bordeaux, 1907 : 132 observations), celle d'Abraham (Paris, 1910), le travail d'ensemble de Durante (1913), et, en 1923, une mise au point du traitement par Chauvin, de Marseille ; en 1924, un article de Charbonnel et Lasserre qui insistent sur la difficulté du diagnostic. Enfin, en 1931, Lamas Diego, de Montevideo, étudie, à l'occasion de deux cas personnels, l'ensemble de la question. Morgen arrive en 1931 à grouper 139 tuberculoses du sein.

En vérité, malgré cette longue énumération d'auteurs, nous ne trouvons réunis que 439 cas de la maladie, auxquels nous ajouterons deux cas inédits qui nous sont personnels.

Et cependant, la *tuberculose mammaire* n'est pas une affection rarissime.

Quelques précisions sur l'aspect clinique et le diagnostic de cette affection pourront peut-être contribuer à la meilleure connaissance d'une maladie, peut-être un peu oubliée au cours de ces vingt dernières années.

ÉTIOLOGIE

L'affection semble rare. A ce jour, nous avons pu réunir seulement 156 observations publiées en cent ans.

En réalité, il faut compter : d'une part, avec les cas de tuberculose du sein ignorés des malades (ainsi les cas de Billroth découverts à l'autopsie de tuberculeux) et, d'autre part, il faut songer que beaucoup de bacilloses mammaires sont étiquetées à tort mammite chronique, adénome ou même tumeur maligne.

L'affection frappe surtout la *femme*, cela se comprend. En fouillant la littérature, on retrouve quatre observations de tuberculose du sein chez l'homme : Horteloup, Poirier, Thiéry, Morestin.

L'*âge* des malades est un autre facteur étiologique extrêmement important. La tuberculose du sein est une maladie des femmes jeunes, au cours de la période d'activité de la glande.

Pour Delbet :	Pour Argellier :
4 de 15 à 20 ans;	7 de 15 à 20 ans;
12 de 21 à 30 ans;	15 de 21 à 30 ans;
9 de 31 à 40 ans;	13 de 31 à 40 ans;
6 de 41 à 50 ans;	10 de 41 à 50 ans;
1 de 50 à 52 ans.	6 de 50 à 55 ans.

Cependant, il convient de noter un cas d'Anspach à 4 ans, un de Roosvelt Park à 12 ans, un d'Abraham à 14 ans.

Au point de vue du siège, il s'agit le plus souvent d'une atteinte unilatérale droite. Pour Delbet, 16 tuberculoses droites pour une gauche.

Les tuberculoses bilatérales du sein sont une rareté. Deux observations seulement ont été publiées : un cas d'Albertin de tuberculose bilatérale simultanée, un cas de Walther de tuberculose bilatérale successive.

Il est encore intéressant d'étudier, au point de vue étiologique, l'influence des éléments qui régissent l'état physiologique de la glande.

Ainsi, Dubar et bon nombre d'auteurs estiment que la *menstruation* n'influe en rien sur l'apparition de la maladie. Cependant, il est évident que la menstruation, agissant comme cause hyperhémiante, peut contribuer à localiser un virus apporté par voie sanguine: ce serait une des raisons de la fréquence de localisation au cours de la période d'activité génitale. Aussi bien, on a signalé, au niveau de tuberculomes du sein (Tédenat, Le Dentu), des poussées congestives et douloureuses à chaque période menstruelle.

Beaucoup d'auteurs, et parmi eux Delbet, ont également nié l'influence de la *grossesse et de la lactation* et, à ce sujet, Habernais cite une observation qu'il juge pleinement démonstrative. Il s'agit d'une malade qui, ayant allaité trois enfants du sein gauche, eut une tuberculose du sein droit. Pour intéressant que soit ce fait, il est unique et on peut lui opposer les statistiques de Davis qui, sur 40 cas, observe 27 tuberculoses apparues ou découvertes pendant la grossesse ou la lactation, et de Von Eberth qui, sur 5 cas, note 4 malades enceintes ou nourrices. La tuberculose du sein est souvent révélée au moment de l'allaitement. Natan Larrier a montré que la mamelle pleine de lait représente un excellent milieu de culture pour le bacille de Koch. Morgen note que sur 439 tuberculoses du sein, 285 sont apparues chez des femmes mariées, parmi lesquelles 180 avaient nourri contre 81 cas seulement chez des femmes non mariées. Cette cause favorisante est encore plus nette lorsqu'elle conditionne l'apparition de récidives. Ainsi les cas de Dubar et Cuneo qui, sur une tumeur bacillaire opérée et apparemment guérie, constatent une récidive à l'occasion de la grossesse. En somme, la tuberculose du sein obéit à la loi générale qui veut que toute lésion du sein — inflammatoire ou néoplasique — subisse une poussée à l'occasion de la grossesse ou de la lactation (Rechou, Pery, Jeanneney, Cancer du sein et grossesse, in *Gaz. hebd. Sc. méd.*, 13 fév. 1927).

On retrouve assez souvent, comme causes prédisposantes locales, les *traumatismes*, les inflammations banales et les tumeurs bénignes.

Le *traumatisme* est une cause fréquemment invoquée par les malades comme point de départ de leur affection. Comme toujours en pareil cas le traumatisme peut avoir été simplement aggravant ou révélateur — notons qu'il sera bon de chercher à préciser toujours qu'on se place au point de vue scientifique ou médico-légal. Il est cependant des exemples où le traumatisme semble à l'origine de la maladie, ainsi les cas de Poirier, Tédenat, Verneuil, Sabrazès, Patarroni ; Morgen a pu en réunir 32 cas.

Quant aux *tumeurs bénignes*, causes prédisposantes dans la localisation tuberculeuse, il est probable qu'il s'agit ou bien de coïncidences ou bien d'erreurs de diagnostic, une lésion à la phase de crudité ayant pu être confondue avec un adénome.

Abraham cite 8 cas greffés sur des *mammites chroniques*. On constate des mammites antérieures dans 40 0/0 des cas, avec suppuration dans 20 0/0. Il est possible qu'il s'agisse là d'erreurs primitives de diagnostic, des cas étiquetés mammites étant, en réalité, des tuberculoses. Citons aussi le cas de Walther, où une femme atteinte de fibro-adénome du sein fit un cancer et une tuberculose mammaire. Enfin, contrairement à la règle formulée par Rokitanski, tuberculose et cancer peuvent coexister au niveau du sein. Chauvin, sur 50 cancers, a rencontré 4 fois l'association.

Dans tous ces cas la cause locale n'intervient tout au plus que comme agent fixateur ou localisateur d'une infection générale.

Chez les malades atteints de bacillose mammaire on retrouve presque toujours des antécédents personnels ou héréditaires suspects de bacillose. Nous reviendrons dans un instant sur ce problème des tuberculoses du sein primitives ou secondaires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

C'est Dubar, dans sa thèse de 1881, qui, le premier, a distingué deux grandes formes anatomiques de tuberculose primitive du sein : la forme disséminée et la forme confluente. Des *tuberculoses secondaires* à des lésions de voisinage, nous dirons seulement quelques mots.

Dans ce chapitre, nous nous appuierons souvent sur le mémoire classique de Sabrazès et Binaud, de 1896, auquel même actuellement il n'y a pas à toucher.

A. **Tuberculoses primitives.** — a) *Forme disséminée.* — Rare, on la trouve dans 1 cas sur 20. La mamelle est peu augmentée de volume et on ne voit pas de traces d'orifices fistuleux. En pratiquant des coupes dans la glande, on voit des noyaux plus ou moins isolés, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une noisette. Ces noyaux de couleur blanc jaunâtre, « châtaigne cuite », ou grisâtre, ont un centre friable. Parfois, on observe de véritables petits abcès froids à centre caséeux ou ramolli.

Tout autour, induration fibreuse marquée. Entre de tels noyaux, en général bien distincts, du tissu sain.

La mamelle peut être véritablement farcie de ces noyaux et, dans ce cas, on peut parler de *tuberculose miliaire du sein*, correspondant à la forme clinique de tuberculose aiguë du sein signalée par Ziegler et aux diverses tuberculoses miliaires viscérales. On peut au contraire avoir seulement 4 ou 5 noyaux représentant une forme de transition avec la suivante.

b) *Forme confluente ou localisée.* — Il se forme d'emblée un véritable abcès froid dans une portion de la glande et c'est ce caractère seul qui en fait une forme anatomique spéciale. Aussi préférons-nous l'appeler forme localisée ou forme lobaire, puisqu'un ou deux lobes seulement sont atteints. Cette appellation soulignera ainsi son caractère distinct, mieux que celle de *confluente* qui pourrait présupposer son début dis-

séminé et risque de prêter à confusion. C'est la forme de loin la plus fréquente.

C'est un foyer unique, déformant, bosselant le sein par une tumeur allant de la noix à l'orange. Au niveau des parties les plus saillantes, se forment des orifices fistuleux quand la lésion est assez avancée.

A la coupe, on voit une cavité centrale creusée d'anfractuosités irrégulières, reliées les unes aux autres par des conduits tortueux rappelant « l'aspect d'une vieille fistule anale ». La cavité est remplie de bouillie purulente jaunâtre grumeleuse avec un liquide séro-sanguinolent.

La paroi de l'abcès est fibreuse, criant sous le couteau, plus ou moins épaisse suivant l'âge des lésions et la rapidité de leur évolution. Souvent, on la voit s'étendre sur une épaisseur de 3 à 4 centimètres.

B. **Tuberculose du sein secondaire à une lésion tuberculeuse de voisinage.** — D'après Mermet, on aurait un véritable abcès unique en bouton de chemise, communiquant avec la lésion mère (ostéite costale).

Pour Hardouin et Marquis, cette forme est exceptionnelle et il s'agit d'abcès froid thoracique rétromammaire envahissant successivement les pectoraux et la glande.

Anatomie pathologique microscopique. — Quelle que soit la forme macroscopique, l'infection tuberculeuse provoque les mêmes lésions microscopiques caractéristiques : Infiltration du tissu cellulaire interlobulaire et interacineux par des cellules mononucléaires à contours irréguliers, à noyaux vésiculaires qui sont soit des leucocytes polynucléaires, soit des cellules conjonctives mobiles. Ces deux types sont de véritables cellules épithélioïdes.

Cette infiltration s'organise et se dispose en traînées pour se réunir en amas, première ébauche du follicule. Puis apparaît la *cellule géante*, type Langhans, caractéristique. En regard de cette invasion, les épithéliums glandulaires ne restent pas inactifs et on note de nombreuses figures de karyokinèse. Ils prolifèrent et remplissent les acini dilatés, donnant ainsi un aspect global que Dubar étiquette « cellules géantes » et sur lesquelles il bâtit sa théorie glandulaire. Bientôt, les leucocytes infiltrent l'acinus qui dégénère en un magma caséeux.

Les canaux galactophores sont envahis par des lésions de même ordre : infiltration à lymphocytes en marche lente, à tendance polynucléaire en marche aiguë, puis organisation en nodules tuberculeux.

Les vaisseaux sanguins ne sont pas thrombosés en général. Les voies lymphatiques sont masquées par des infiltrations leucocytaires. Du côté des nerfs, altérations névritiques.

Ces diverses lésions d'envahissement, ainsi décrites dans le temps, se retrouvent de la périphérie au centre de la lésion : infiltration à lymphocytes, puis organisation en début de follicules, puis follicule type avec sa couronne épithélioïde dans un amas épars de lymphocytes, enfin, vers le centre, la suppuration et la dégénérescence en produits caséeux qui, ramollis, se déversent dans la lumière anfractueuse de l'abcès.

Tout autour de ces lésions tuberculeuses, on note une zone fibreuse entourant les glandes et les étouffant. Plus tard, l'abcès s'est fistulisé et les lésions sont moins nettes, les infections secondaires par les germes pyogènes dénaturant le processus tuberculeux pour lui donner un aspect moins caractéristique.

Nous avons étudié les lésions d'un point de vue purement histologique, sans faire entrer aucune notion pathogénique en ligne de compte. Nous allons y revenir.

Propagation lymphatique. — Toujours les voies lymphatiques du sein sont envahies et viennent coloniser dans les groupes ganglionnaires axillaires, donnant de bonne heure une grosse adénopathie caractéristique.

PATHOGÉNIE

Quatre processus pathogéniques ont été invoqués pour la tuberculisation du sein, à savoir :

a) *voie par contiguïté ;*
b) *voie glandulaire ;*
c) *voie lymphatique ;*
d) *voie sanguine.*

a) *Par contiguïté.* — Origine évidente quand il s'agit de tuberculose du sein par inoculation de proche en proche d'un abcès froid thoracique. Il s'agit alors surtout d'abcès rétro-mammaire. Leur seul intérêt est clinique : puisqu'ils embrassent une thérapeutique spéciale.

b) *Origine glandulaire.* — C'est par les canaux galactophores que les bacilles pénétreraient dans la glande et l'infecteraient. Ce mode d'inoculation fut soutenu pour la première fois par Dubar. Il s'appuyait sur un fait histologique dans lequel les lésions tuberculeuses étaient essentiellement et primitivement glandulaires. Les cellules géantes étaient des parois d'acini, de culs-de-sac ou de conduits dégénérés. L'infection glandulaire apparaissait logique.

Verchère, Kramer et Orthmann admettaient également cette opinion; Sabrazès et Binaud en démontrant que les lésions de tuberculose mammaire étaient primitivement interstitielles et secondairement glandulaires, enlevèrent à la théorie glandulaire son argument le plus précieux. Ils nièrent la possibilité d'une infection ascendante et firent intervenir la voie lymphatique pour expliquer le transport des bacilles.

Mais Abraham, en 1910, à la suite de Delbet, invoque de nouveau cette origine, pour un petit nombre de cas, il est vrai ; que faut-il en penser ?

C'est surtout l'expérience de Leblanc qui injecte une culture de bacilles de Koch dans un conduit galactophore et détermine une tuberculose mammaire, qui est à la base des affirmations de ces auteurs.

Mais à cette expérience, on peut opposer que le dépôt de quelques bacilles par le linge septique qu'une nourrice pose sur son mamelon n'a rien de commun avec l'injection forcée d'une culture de bacilles de Koch, poussée avec plus ou moins d'effraction dans un conduit galactophore. On peut opposer aussi cette expérience de Nocard qui montre que le bacille de

Koch, introduit par le mamelon, ne séjourne pas dans la glande.

Contre la théorie glandulaire, on note également le fait que les lésions tuberculeuses du mamelon, soi-disant porte d'entrée, sont très rares et que, d'autre part, il paraît impossible au bacille de Koch, germe immobile, de remonter par voie canaliculaire un courant de lait qui tend à gagner le mamelon. Il semble donc prudent d'être très réservé sur ce mode de contamination.

De plus, les données modernes en fait de tuberculose viscérale nous le prouvent, l'infection bacillaire s'explique exceptionnellement par un processus aussi simple et qui apparenterait la tuberculose du sein à une mastite banale. En un mot, si la théorie canaliculaire est admissible, il faut reconnaître qu'elle se réalise exceptionnellement. Il faut donc en venir aux *voies lymphatiques et sanguines* pour expliquer d'une façon rationnelle la pathogénie de l'affection.

c) *Origine lymphatique.* — Deux modes d'inoculation ont été invoqués :

1° la voie lymphatique cutanée ou ascendante ;
2° la voie lymphatique centrale ou rétrograde.

Voie lymphatique cutanée. — Admise par Abraham, Demme, Orthmann, Kramer. Le cas de Rémy est à la base de cette hypothèse : il s'agit d'une femme en parfaite santé jusqu'à la ménopause. A ce moment, prurit au niveau du sein et lésions de grattage ; à la suite apparaît une bacillose mammaire.

Ce seul cas cité ne nous permet pas d'admettre cette pathogénie qui ne répond pas non plus aux notions actuelles sur l'infection bacillaire.

Voie lymphatique rétrograde. — Il s'agit dans ce cas de tuberculose ganglionnaire primitive essaimant par les troncs lymphatiques vers la périphérie et infectant la glande. Encore faut-il remarquer qu'un ganglion évolue d'ordinaire plus rapidement que la glande sous le processus tuberculeux, que lorsqu'on observe cliniquement une tuberculose ganglionnaire paraissant primitive et précédant de peu la tuberculose du sein, il s'agit souvent en réalité d'une adénopathie secondaire volumineuse.

Delbet a rapporté cependant quelques cas indiscutables avec adénopathie cervicale puis axillaire, puis cordon lymphatique palpable descendant vers la glande, enfin lésion du sein permettant d'admettre cette pathogénie.

Le cas de Duvergey est à ce point de vue très frappant : une femme se blesse le doigt en lavant du linge de tuberculeux : 8 mois plus tard apparaît une adénite axillaire, suivie au bout de trois mois d'une tuberculose du sein.

Il reste néanmoins évident que cette voie rétrograde est exceptionnelle par rapport à la voie sanguine qui, indiscutablement, pour le sein comme pour les autres organes, constitue la grande voie d'infection.

IV. *Voie sanguine.* — Tantôt il s'agit d'un tuberculeux avéré qui fait une bacillémie avec localisation mammaire. C'est rare.

Tantôt il s'agit d'un organisme allergisé qui, à l'occasion d'une surinfection ou d'une diminution de la résistance générale, fait une septicémie dont le germe se localise sur un organe en hyperactivité.

Ce sont ces tuberculoses du sein, inoculées par voie sanguine chez des gens jusqu'alors indemnes de lésions tuberculeuses évolutives, qui constituent les *tuberculoses primitives du sein.* L'infection par continuité et par voie lymphatique rétrograde répond aux tuberculoses secondaires.

Dans quelle proportion rencontre-t-on les unes et les autres ? Mondry et Carrel admettaient que plus de 50 0/0 des malades étaient des phtisiques avérés. C'est là un chiffre exagéré.

En effet, d'après des statistiques : de Scott, sur 27 observations on ne trouve pas de tuberculose évolutive d'autres organes ; de Brœndle, sur 11 observations on note 2 tuberculoses ganglionnaires et pas de tuberculose viscérale.

La tuberculose mammaire, comme toutes les tuberculoses chirurgicales, semble donc évoluer sur des sujets exempts d'autres localisations bacillaires évidentes, comme une manifestation clinique unique et localisée de la tuberculose. Et ce fait est d'importance, puisqu'il commande à la fois le pronostic et le traitement de l'affection.

Bactériologie clinique et expérimentale. — BACTÉRIOLOGIE CLINIQUE. — Dans les cas douteux la nature de l'affection peut être déterminée par des études bactériologiques, recherche des bacilles et inoculation au cobaye.

La *recherche des bacilles* sur les coupes est difficile, Habermaas, Piskacek, Hering, Roux, Reverdin, Rémy et Noël, Villard, Sabrazès et Binaud doivent examiner des quantités de coupes et tous signalent la rareté des germes. Il s'agit donc d'une tuberculose à bacilles rares et ce moyen de contrôle est inadéquat à la vérification pratique étiologique. Par contre *l'inoculation au cobaye* donne toujours un résultat positif et elle a souvent permis l'identification des cas douteux.

BACTÉRIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — Elle a été étudiée sur les vaches laitières par Straus, puis Fiorantini qui ont constaté une forme localisée rare et une forme disséminée, indécelable cliniquement, très fréquente. Sur 17 mamelles de vaches tuberculeuses, Fiorantini note 5 bacilloses mammaires, dont 4 disséminées et 1 localisée. Nattan-Larrier, en 1904, inocule une culture de bacille de Koch au milieu d'une glande mammaire en lactation et obtient des lésions bacillaires au bout de 8 à 10 jours, ainsi que des bacilles de Koch dans le lait. Cette expérience est utilisée comme moyen de diagnostic rapide de tuberculose.

Type de l'agent pathogène. — Il semble que le *bacille bovin* ait une prédilection pour la glande mammaire qu'il envahirait par la voie lymphatique, le *bacille humain* ayant une localisation élective surtout pulmonaire.

SYMPTOMES

Nous étudierons rapidement la tuberculose mammaire par contiguïté, puis les deux formes anatomiques disséminées et localisées.

a) Tuberculose mammaire par contiguïté. — Il s'agit d'un abcès froid costal rétro-mammaire d'origine pleurale ou chondro-costale.

On voit un sein dont la base est élargie et qui est repoussé en avant par une tuméfaction sous-jacente.

A la palpation, induration profonde, fixée, progressant lentement vers la superficie.

L'évolution se fera vers la fistulisation après une évolution plus ou moins rapide.

b) Tuberculose mammaire disséminée. — Elle survient le plus souvent chez des tuberculeuses viscérales à évolution assez avancée.

A la suite d'une poussée thermique plus marquée ou sans raison, l'attention de la malade est attirée vers un sein qui est douloureux, plus gros et plus dur que l'autre.

A l'examen, on note un sein légèrement augmenté de volume, les téguments et le mamelon ne sont pas modifiés.

La palpation réveille un léger endolorissement de la région et montre une glande mobile sur les plans profonds et farcie de nodosités indurées ou bien bourrée de petits tubercules durs, donnant une sensation analogue à celle que donne une maladie kystique de Reclus.

L'engorgement ganglionnaire axillaire est constant sous l'aspect d'un gros ganglion sensible, entouré de ganglions plus petits.

L'état général de la malade est généralement mauvais. L'évolution est dominée par les lésions viscérales qui emportent la malade, sinon on peut voir l'évolution se poursuivre vers la confluence et la suppuration, ou vers l'enkystement et la forme latente.

On voit que l'intérêt de ces deux premières formes est assez réduit, d'abord parce qu'elles sont rares, ensuite parce qu'au point de vue clinique comme au point de vue thérapeutique, la lésion mammaire n'est qu'un épiphénomène d'intérêt secondaire par rapport aux lésions pulmonaires.

c) Tuberculose mammaire localisée. — La tuberculose localisée, au contraire, est beaucoup plus intéressante. Nous nous trouvons en effet en présence d'une affection qui, le plus souvent, évolue pour son propre compte, en maladie indépendante, localisée, circonscrite. Coïncidant avec un bon état général, elle bénéficie d'un bon pronostic thérapeutique. Enfin, cette forme représente la grande majorité des tuberculoses du sein. C'est donc sur elle que nous insisterons.

D'ordinaire, la malade a découvert une « grosseur » au cours de sa toilette ou constaté que son sein augmente de volume. Dans d'autres cas, ce sont des douleurs sourdes, une gêne latente surtout à la constriction, des picotements, voire des douleurs lancinantes qui s'accentuent au moment des règles.

Période de crudité. — Le sein est augmenté de volume, parfois déformé par une bosselure. La peau est normale, mais avec une vascularisation veineuse superficielle exagérée, comparable à celle d'une femme en lactation. Parfois on note de la peau d'orange (Ebert, Chavannaz).

La *palpation* montre tout de suite une tumeur localisée siégeant le plus souvent dans le quadrant inféro-externe de la glande : 10 fois sur 18, d'après Delbet. La masse plus ou moins profonde est arrondie ou ovalaire, bosselée, lobulée, dure, assez mal limitée, faisant corps avec la glande elle-même et de volume variable (d'une noisette à un poing, ordinairement une noix — ou un œuf de poule). Il n'est pas rare de noter au début quelques petits noyaux secondaires qui ne tardent pas à fusionner avec la masse principale. Il est de notion classique d'indiquer la parfaite mobilité de la tumeur. C'est assez rarement vrai, et, même à un stade peu avancé de l'évolution, la peau est souvent fixée. Ainsi Scott a noté dans 70 0/0 des cas l'adhérence aux téguments cutanés et dans 30 0/0 la rétraction du mamelon : Patarroni, lui aussi, insiste sur ce fait. Exceptionnellement, on note la protusion du mamelon.

La *mobilité* sur les plans profonds peut également être diminuée ou perdue (cas de Morestin et de Patarroni) mais c'est là une éventualité plus rare et qui signe souvent une tuberculose secondaire à un abcès froid thoracique.

La traction du mamelon (Tédenat, Patarroni) fait sourdre parfois un liquide citrin, quelquefois hématique, quelquefois enfin purulent. Au niveau de l'aisselle la palpation révèle dans 80 0/0 des cas (Scott) une adénopathie de volume variable : classiquement gros les ganglions peuvent être petits et mobiles.

Pendant cette période les douleurs sont en général modérées : mais parfois elles deviennent assez violentes pour empêcher le sommeil, irradiant vers l'aisselle et le coude. Parfois la douleur nulle au niveau du sein est très marquée dans la région axillaire.

Les signes généraux sont minimes et l'état général est conservé.

On note enfin quelques petites oscillations thermiques autour de 38°.

Au bout d'un certain temps, les produits caséeux de l'abcès fondent et l'affection arrive au second stade de son évolution.

Période de ramollissement. — La dureté ligneuse de la tumeur fait place à de la rénitence puis à du ramollissement. La fluctuation cherchée avec les deux doigts comme classiquement ne donne pas de résultats car la tumeur est enveloppée d'une coque fibreuse épaisse. Il faut palper avec la pulpe d'un doigt au point culminant de la poche qui est toujours le plus dépressible parce que le moins épais. La tension des produits dans l'abcès rend souvent les douleurs plus intenses à cette période de l'évolution.

Dès la constatation de la tumeur, crue ou ramollie, on observe une *adénopathie axillaire*. Tantôt petits et durs, roulant sous le doigt, tantôt volumineux, les ganglions évoluent lentement vers la caséification et la fistulisation. Fait important, il n'y a pas de caractère constant pour l'adénopathie axillaire de la tuberculose du sein, et on ne doit jamais affirmer la bacillose mammaire ou l'éliminer sur le seul caractère de l'adénopathie.

L'engorgement ganglionnaire peut se montrer dans la région cervicale du même côté et même dans l'ais-

selle opposée, comme cela se voit dans certains épithéliomas (1).

Période terminale. — Le sein volumineux est déformé par une bosselure bien marquée au niveau de laquelle la peau s'amincit, prend une coloration violette et finit par se perforer.

Toute la région périphérique est empâtée et adhérente. Par la fistule s'écoule un séro-pus grumeleux caractéristique.

On compte de six mois à un an en moyenne entre le moment où apparaît la tumeur et celui où les fistules sont constituées.

L'état fistuleux établi, la suppuration continue interminable, toujours extensive, amenant peu à peu une nécrose et une élimination progressive de toute la glande mammaire.

A côté de cette évolution classique on rapporte des cas assez nettement différenciés qui constituent les formes cliniques de l'affection.

FORMES CLINIQUES

Suivant les symptômes on a :

Forme douloureuse : tel le cas de Sabrazès et Binaud ; elle est marquée par l'intensité du syndrome douloureux, brutal et impérieux.

Forme axillaire : l'évolution des masses ganglionnaires axillaires l'emporte sur la tumeur mammaire qui reste latente et qu'il faut rechercher.

Forme pseudo-néoplasique : décrite par Hartmann et Allains. Il s'agit de tumeur solide, dure, diffuse, survenant chez des femmes âgées et en imposant pour un néoplasme.

Suivant l'évolution, on étudie à côté de la forme décrite une :

Forme suraiguë : l'évolution y est extrêmement rapide. En huit jours, on assiste à la fonte purulente du sein au milieu de grands symptômes généraux. Tels sont les cas de Pluyette, de Gaudier et Peraire.

PRONOSTIC

Nous l'envisagerons à trois points de vue : local, fonctionnel, général.

a) *Local.* — Abandonnée à elle-même, la tuberculose mammaire, de quelque forme qu'il s'agisse, finit par envahir la glande entière qui se nécrose et s'élimine.

Si on a pu signaler des cas où un intense processus fibreux a pu circonscrire l'extension du mal, l'élément noble risque alors d'être étouffé par cette prolifération conjonctive.

Le pronostic local est donc sombre et un sein atteint de tuberculose mammaire est perdu, à moins d'un traitement chirurgical précoce, qui peut être partiellement conservateur et avec un bon résultat, tel le cas de Morestin où une femme opérée de tuberculose du sein put allaiter ultérieurement de ce même sein.

b) *Fonctionnel.* — Le même cas, d'ailleurs, pose un autre problème. Dans l'hypothèse d'un acte opératoire précoce qui aura touché une partie de la glande, à quel avenir fonctionnel est voué l'organe ? En d'autres termes, pourra-t-on laisser allaiter ?

Les opinions varient. Pour nous, deux raisons au moins s'opposent à l'allaitement :

Même sur un sein en apparence guéri, la grossesse et surtout la lactation peuvent, d'une part, réveiller un foyer endormi et, d'autre part, rendre le lait virulent.

A un autre point de vue, nous savons que tuberculose du sein implique imprégnation tuberculeuse, et une mère ainsi suspecte peut devenir dangereuse pour son nourrisson par réveil de tuberculose pulmonaire au cours de l'allaitement

c) *Général.* — La tuberculose du sein dite primitive s'accommode d'un bon état général, tout au moins au début où elle est le type de l'infection tuberculeuse localisée.

Le pronostic est donc bon, à condition de ne point laisser l'infection livrée à elle-même. En effet, dès que l'état fistuleux est constitué, des infections secondaires s'installent et l'état général est touché.

C'est alors qu'on peut craindre l'évolution d'une tuberculose viscérale latente ou une généralisation tuberculeuse.

Au contraire, sous l'effet du traitement chirurgical, on obtient un excellent résultat immédiat.

Pour l'avenir, les résultats semblent un peu moins favorables. Braendle, sur 19 malades opérées par Von Bruns, rapporte trois morts par tuberculose pulmonaire au bout de trois ans ; Delbet mentionnait 4 décès sur 6 cas. Les résultats semblent meilleurs aujourd'hui ; ainsi Argillier a une heureuse série de 6 guérisons sur 6 opérées.

DIAGNOSTIC

Evident au stade de fistulisation, le diagnostic est, du fait de la rareté de la tuberculose mammaire, rarement fait au stade de crudité et même de caséification fermée.

Diagnostic positif. — Lorsqu'on se trouve en présence d'une phtisique avérée qui fait une tuberculose du sein par propagation d'un abcès sous-mammaire ou qui fait une localisation mammaire unique, le diagnostic est pour ainsi dire évident.

Mais, le plus souvent, il s'agit d'une femme qui présente une nodosité plus ou moins mal limitée dans un sein. Dès lors c'est l'âge de la malade, cette période de 25 à 35 ans qui contient 80 pour 100 des cas, en même temps que la notion d'antécédents bacillaires personnels, héréditaires ou collatéraux, qui feront suspecter la nature bacillaire de la lésion. Ainsi mis sur la voie, les caractères cliniques décrits : allure discrètement inflammatoire, légère sensibilité à la pression, adénopathie axillaire, pourront décider le diagnostic.

(1) JEANNENEY et MATHEY-CORNAT. Epithélioma spino-cellulaire de la langue et adénopathie croisée. Nécessité de l'association de l'évidement ganglionnaire bilatéral à la curiethérapie, in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 oct. 1924.

Mais, répétons-le, âge et antécédents sont les meilleures bases du diagnostic, car, au point de vue des signes locaux, il n'est rien de pathognomonique, et ici, comme le dit Baumgartner : « les signes les plus probants peuvent induire en erreur ».

Quant à la triade symptomatique classique : tumeur du quadrant externe, adénopathie axillaire grosse et rapidement développée, cordon noueux unissant le foyer mammaire à son retentissement ganglionnaire, et qui constitue d'après Delbet une certitude de tuberculose du sein, il est vraiment exceptionnel de la trouver complète.

Dans le doute, on a préconisé la ponction exploratrice avec recherche du bacille de Koch et inoculation. C'est un moyen dangereux qui peut ensemencer des portions saines et amorcer la fistulisation.

L'intradermoréaction, les réactions humorales de Vernes et de Besredka sont ici presque sans valeur, la malade présentant parfois d'autres localisations bacillaires.

Diagnostic différentiel. — Pour la *forme disséminée* on éliminera facilement :

La *mastite noueuse*, secondaire à une infection profonde ;

La *maladie kystique de Reclus*, bilatérale.

Pour la *forme circonscrite*, le diagnostic est surtout délicat à la *phase de crudité*.

Il est alors facile d'éliminer :

a) *Les adénomes*, tumeurs plus fréquentes que la tuberculose mammaire, apparaissant comme elle chez des sujets jeunes, mais nettement encapsulés, indolores, évoluant lentement et sans adénopathies ;

b) *La gomme syphilitique*, peu fréquente et caractérisée par une petite masse dure, mobile sous la peau, qui peut prendre à son voisinage une pigmentation jambonnée — le tout évoluant sans adénopathie, caractère important — et chez une femme en instance de syphilis.

Beaucoup plus délicat est le diagnostic avec la mastite chronique et le cancer.

La *mastite chronique* ne succède pas toujours à un épisode aigu : ses placards légèrement douloureux, dont le volume n'est pas constant, évoluent *sans adénopathie*. Dans ces cas, lorsque la malade n'a aucun passé bacillaire, on est autorisé à ponctionner avec une fine aiguille la lésion. Si la ponction est blanche, le diagnostic reste en suspens, et d'ailleurs ne sait-on pas que 40 0/0 de tuberculoses du sein succèdent à des soi-disant mastites chroniques ?

Le diagnostic est plus difficile avec le cancer.

Pourtant l'*épithélioma*, lésion la plus fréquente du sein, survient chez des femmes un peu plus âgées (à partir de 40 ans). Il se traduit par un seul foyer, dur, ligneux, *diffus*, insensible, avec de minuscules ganglions. Mais rien ne ressemble plus à un cancer qu'une forme pseudo-néoplasique de tuberculose mammaire. Faite dans ce cas, l'erreur, d'ailleurs fréquente, n'est pas grave. Mais prendre un cancer pour une tuberculose est une erreur désastreuse. Nous l'avons vu commettre une fois et une récidive foudroyante la signer. Aussi ne saurait-on assez insister sur la *nécessité d'un examen histologique de toute lésion du sein enlevée* par une opération partielle conservatrice. Elle seule permettra de compléter secondairement une opération trop économique basée sur une erreur de diagnostic clinique.

Parfois, la simple incision, *mastotomie exploratrice*, suffira pour lever les doutes en montrant un noyau central en voie de caséification.

Enfin, la « biopsie immédiate extemporanée », préconisée depuis longtemps par J.-L. Faure, trouve ici ses meilleures indications. Les coupes congelées, faites dans des laboratoires outillés dans ce sens, ont fait leur preuve et on ne saurait trop les conseiller, quitte à les contrôler secondairement par des examens faits dans le calme.

A la *phase de ramollissement*, on éliminera les tumeurs liquides qui, toutes, sauf la gomme ramollie, ont une consistance bien différente. Tels sont :

les très rares *kystes : hématiques, séreux, hydatiques ;*

les *galactocèles* (apparition au moment du sevrage, écoulement de lait par pression) ;

les *abcès superficiels* (évolution chaude) ;

enfin, les *gommes ramollies.*

A la phase de fistulisation, le diagnostic ne se pose guère qu'avec :

une *gomme ouverte* (caractère particulier de la fistule à bords creusés à pic, sans véritable suppuration : écoulement gommeux) ;

une *actinomycose* et de *vieux abcès* à suppuration intarissable.

En résumé, le diagnostic, relativement facile en période de ramollissement et de fistulisation, est très difficile, voire impossible, au début.

TRAITEMENT

La conduite à tenir varie suivant que le diagnostic de tuberculose mammaire est certain ou hésitant.

1° *Le diagnostic est fait :*

a) Il s'agit *de tuberculose secondaire.*

Dans les cas très étendus, on doit parfois se résigner à faire des ponctions suivies d'injections modificatrices.

Dans quelques cas bien nets de tuberculose du sein secondaire à une ostéite costale, une résection de la côte avec extirpation des lésions de propagation sera indiquée.

b) Il s'agit *de tuberculose primitive.*

L'intervention est nécessaire.

L'incision et le curettage, jadis en honneur (Hardouin, Von Bruns), ne sont guère indiqués que dans les fistules multiples.

L'*extirpation limitée*, économique, voire esthétique, est à conseiller dans les cas au début, bien circonscrits et dans ceux-là seulement. Aussi, ses indications restent-elles exceptionnelles malgré tout. Povers, Scott, Chavannaz, Gaudin et Péraire, Charbonnel et Lasserre l'ont employée avec succès. Mais des récidives ont été signalées, dues à une insuffisance d'exérèse.

L'intervention large, l'amputation de la glande sans curage ou avec curage axillaire, s'il y a adénopathie

marquée, représente le traitement généralement adopté et avec de bons résultats immédiats et à distance. Braendle a suivi les malades opérés à la clinique de Von Bruns. 15 malades sont restées définitivement guéries. La 16e, qui mourut et présenta des récidives, était un mauvais cas avec lésions costales.

Dans tous ces cas, un traitement médical accompagnera toujours le traitement chirurgical.

2° *Le diagnostic est hésitant :*

a) Si on hésite entre mastite et tuberculose ou adénofibrome et tuberculose, faire le traitement comme si la lésion était tuberculeuse, résection partielle ou totale de la glande.

b) Si on hésite entre cancer et tuberculose, faire une mastotomie exploratrice et si le doute persiste, ne pas hésiter à recourir à une opération large comme s'il s'agissait d'un cancer : on ne regrettera jamais d'avoir ainsi agi, on pourrait se repentir d'agir autrement.

IIe CONFÉRENCE DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE

Genève, 28-29 septembre 1932 (1).

La seconde conférence de l'Association internationale de pédiatrie préventive (section médicale de l'Union internationale de secours aux enfants) vient de se tenir à l'Hôtel de Ville de Genève, dans la salle dite de l'Alabama, célèbre par la signature de la Convention de Genève, par celle du traité d'arbitrage anglo-américain après la guerre de Sécession et qui renferme des peintures et des souvenirs allégoriques évoquant ces événements. Après la séance d'ouverture présidée par le conseiller d'État P. Lachenal, le président effectif de la conférence : professeur Taillens, de Lausanne, souhaita la bienvenue aux congressistes dans un discours dont la forme littéraire fut particulièrement goûtée.

L'étude de la première question fut ensuite abordée.

PREMIER RAPPORT

La prophylaxie de la syphilis chez les enfants de parents syphilitiques avérés.

Rapporteurs : M. E. Lesné et Mme Linossier-Ardoin (de Paris).

La prophylaxie de la syphilis chez les enfants nés de parents syphilitiques avérés est, avant tout, constituée par le *traitement correct des procréateurs pendant quatre ans avant la conception et de la femme pendant la gestation.*

Ce traitement *durant la grossesse* sera intensif et prolongé : il consistera en séries rapides d'injections intraveineuses d'arzénobenzènes à doses totales suffisantes : 0 gr. 10 par kilogramme et par série ; le repos entre chaque série ne dépassera pas un mois. Seront ainsi traitées non seulement les femmes ayant présenté des signes de syphilis, mais encore celles qui, n'ayant pas eu de symptômes apparents de l'affection, vivent avec un mari dont la syphilis n'a pas été suffisamment soignée.

Le traitement durant la grossesse est encore nécessaire, mais les arsénobenzènes en injections intraveineuses ne sont pas indispensables, si la syphilis des procréateurs a été correctement traitée ou si les procréateurs sont atteints de syphilis congénitale.

Chez l'enfant *né sain* de syphilitiques bien traités avant la conception et pendant la grossesse, le traitement préventif est inutile, car l'enfant a les plus grandes chances de rester normal, mais il faut le surveiller, l'examiner tous les six mois pendant trois ou quatre ans, et, à la moindre suspicion, faire le traitement.

A l'enfant, même apparemment sain, né de syphilitiques insuffisamment traités, il faudra appliquer la cure préventive de deux à quatre ans, puis exercer une surveillance clinique jusqu'à l'âge de cinq ans.

Si l'enfant naît avec des manifestations cliniques, ou avec des réactions biologiques positives, un traitement s'impose aussi rigoureux que chez un adulte contaminé et qui doit être poursuivi quatre ans. La cure d'attaque sera continuée jusqu'à disparition des signes cliniques. En cas de lésions viscérales intenses et multiples, surtout hépatiques et rénales, on préférera aux injections sous-cutanées d'arsénobenzènes tels que le sulfarsénol, le mercure en frictions ou les sels liposolubles de bismuth La cure d'entretien sera poursuivie deux ans au moins, puis l'enfant sera surveillé un an ou deux en pratiquant tous les six mois un examen clinique et sérologique. Les résultats du traitement sont variables. Le traitement curatif de l'enfant donne 52 p. 100 de guérisons complètes ; le traitement prophylactique de la mère avant et pendant la grossesse permet d'obtenir 86 p. 100 d'enfants normaux. *L'expérience clinique et les statistiques démontrent d'une façon éclatante la supériorité des mesures prophylactiques sur le traitement curatif.*

M.-D. Nabarro (de Londres). — L'idéal, c'est de prévenir la syphilis dans la descendance, en traitant la mère pendant la grossesse. Si l'enfant de parents syphilitiques ne présente pas de symptômes de la maladie et si les réactions sérologiques sont négatives à plusieurs reprises, on peut surseoir au traitement, mais l'enfant doit être examiné chaque année jusqu'à la puberté et ensuite aussi longtemps que possible. Si les réactions biologiques sont positives, l'enfant doit être traité deux ou trois ans au moins et être examiné chaque année jusqu'à la puberté.

Le résultat du traitement de l'enfant est très variable : des rechutes et particulièrement des kératites interstitielles peuvent apparaître plusieurs années après la négativation du Wassermann. L'examen par ponction lombaire du liquide céphalo-rachidien, pratiqué systématiquement pendant la première année, a montré une atteinte méningée dans plus de 50 p. 100 des cas. Il faudrait procéder à une *ponction lombaire dans chaque cas* de syphilis congénitale pour dépister les neuro-syphilis latentes et prévenir ainsi les neuro-syphilis cliniques toujours difficiles, sinon impossibles à guérir.

La syphilis de deuxième génération n'est pas rare, quelquefois sévère. Pour éviter ses manifestations un *examen médical avant le mariage* et la *déclaration de la syphilis congénitale, de la paralysie générale et du tabis dorsales* seraient des mesures nécessaires.

Discussion.

Pr Rohmer (Strasbourg). — Ce qui est capital, c'est le traitement des procréateurs et le traitement de la mère dès le début de la gestation. Malheureusement les femmes qui viennent aux consultations prénatales sont déjà au quatrième ou au cinquième mois de leur grossesse. Le traitement préventif débute trop tard, mais, ainsi pratiqué, il est encore utile. Il faut insister sur l'importance du service social pour rechercher les mères et les inciter à se faire traiter avant et dès le début de chaque grossesse.

M. Péhu (Lyon). — La source principale de la syphilis congénitale est la mère. On ne trouve pas le tréponème chez l'embryon avant le cinquième mois.

La méthode prophylactique donne d'excellents résultats, mais elle demande la mise en œuvre de toute une série de rouages : consultations prénatales, dispensaires antivénériens, examen clinique et sérologique des accouchées, consultations de nourrissons et service social.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

C'est au fonctionnement de ces divers organismes et à l'emploi des composés arsenicaux que l'on doit les progrès considérables faits depuis quelques années dans la prophylaxie de la syphilis congénitale.

M. le Pr MOURIQUAND (Lyon). — Le père peut, lui aussi, dans une certaine mesure, être incriminé en présence des dystrophies syphilitiques congénitales. On a pu voir des cas où la mère avait été traitée sans résultat et où le traitement simultané du père a permis d'avoir des enfants apparemment sains.

Il ne faut pas limiter la prophylaxie à la syphilis avérée, car nous allons vers une syphilis atténuée. Si l'on a vu à tort la syphilis partout, il ne faut pas exagérer la réaction contre cette tendance.

Il ne faut pas traiter trop brutalement la syphilis congénitale ; il faut tenir compte de la *trophicité* des enfants, et souvent préparer, chez les hypotrophiques et les hépatiques, l'action des arsenicaux par le mercure, notamment les suppositoires à l'onguent napolitain. La syphilis peut apparaître tardivement chez certains enfants fragilisés par une croissance excessive ou en état de déséquilibre nutritif. Il est bon d'ajouter au traitement spécifique l'opothérapie endocrinienne ainsi que des vitamines.

M. G. BLECHMANN (Paris) estime qu'il ne faut pas exagérer l'action dystrophiante du traitement intensif de la mère et pense que cette crainte pourrait au contraire entraîner l'apparition de syphilis congénitales d'enfants nés de mères insuffisamment traitées. Il signale la réactivation de la syphilis maternelle par la grossesse. Il réserve aux cas graves le novarsénobenzol en injections intraveineuses, et note les bons effets du cyanure d'hydrargyre intraveineux dans les lésions oculaires de l'enfant. Enfin il n'est pas d'avis d'exiger constamment la ponction lombaire et des examens sérologiques répétés.

M. le Pr LEREBOULLET (Paris). — La syphilis congénitale peut apparaître parfois très tardivement par rapport à la contamination des parents. Elle peut aussi demeurer très longtemps latente et ne se réveiller que tardivement. Dans un cas, on vit un réveil tardif presque simultané chez l'enfant âgé de dix-huit ans et chez le père quarante ans après le chancre. Si donc on est sûr de la syphilis, il est bon de traiter l'enfant, même sain, à moins qu'on ait pu soigner la mère pendant la grossesse. La prophylaxie de la syphilis congénitale de l'enfant a fait de grands progrès grâce aux crédits attribués à la lutte antivénérienne ; ils ont permis de multiplier les consultations prénatales de nourrissons et d'organiser un service social efficace.

Pr HAMBURGER (Vienne). — La lutte contre la syphilis congénitale présente un côté social important et nécessite une organisation complexe. A Vienne les résultats obtenus ont été excellents et l'emploi par voie buccale des sels arsenicaux pentavalents (Spirocid) paraît avoir donné des résultats efficaces.

Pr FR. VON GROER (Lemberg). — Pour lutter efficacement contre la syphilis congénitale, trois conditions sont nécessaires : une bonne organisation, la collaboration étroite des accoucheurs, des pédiâtres et des dermatologistes, et des procédés de diagnostic délicats. A ce sujet, l'étude clinique et sérologique de la maladie a fait de grands progrès et permis un traitement rapide et intensif chez les procréateurs et chez l'enfant pendant les premiers mois de la vie.

Pr E. ROTT (Berlin). — Depuis 1927 en Allemagne, le traitement de la syphilis reconnue est obligatoire. On fait à chaque femme venant à la Maternité un Wassermann (il est positif dans 5 p. 100 des cas environ). On traite surtout à l'aide du néosalvarsan et d'un sel pentavalent (Spirocid). Grâce à ces mesures, la mortalité infantile due à la syphilis congénitale a diminué fortement dans ces dernières années.

Dr E. WICLAND (Bâle). — Chez deux enfants de mère syphilitique, arséno-intolérants, un traitement par le bismuth liposoluble, à fortes doses, rendit le Wassermann négatif, mais une paralysie flasque des membres inférieurs se déclara ; elle paraît pouvoir être rattachée à l'action du bismuth. Quant aux sels arsenicaux pentavalents administrés *per os*, ils sont d'un maniement commode et paraissent efficaces.

Pr J. TAILLENS (Lausanne). — Il arrive que certains enfants bien traités conservent durant des années un Bordet-Wassermann positif et des troubles nerveux sur lesquels le traitement semble n'avoir pas de prise. Que faut-il faire : un traitement intrarachidien ? intraventriculaire ? ou l'inoculation de la malaria ?

La syphilis de deuxième génération semble bien exister, elle peut sauter une génération et se révéler par des troubles dystrophiques.

Pr ROHMER (Strasbourg). — A la campagne, on ne peut, comme en ville, avoir la même organisation de consultations prénatales. Le médecin de famille doit être chargé du dépistage de la syphilis et du traitement de la mère lors de la grossesse, ces consultations et soins étant directement payés au praticien par le département pour les indigents. En Alsace, toutes les femmes touchant une allocation quelconque doivent obligatoirement se présenter au début de toute grossesse au médecin de famille.

Pr T. VALAGRESSA (Rome). — En Italie, outre les nombreuses consultations gratuites antivénériennes, il existe des dispensaires ambulants rendant dans les campagnes de grands services. Dans les cas de dystrophies, l'iodure de potassium associé au mercure et à l'arsenic donne des résultats excellents.

Dr P.-F. ARMAND-DELILLE (Paris). — Insiste sur l'importance du service social et du travail combiné des consultations prénatales et des nourrissons.

Conclusions.

La prophylaxie de la syphilis congénitale comporte :

1° Le traitement des procréateurs et plus spécialement le traitement de la femme en état de gestation, si possible dès le début de la grossesse. Cette règle de conduite s'applique non seulement à la femme syphilitique avérée ou atteinte de syphilis congénitale (hérédo-syphilis), mais aussi à la femme apparemment saine d'un syphilitique avéré. Ce traitement doit être précoce, intensif et prolongé pendant toute la durée de la grossesse.

2° Lorsque l'enfant naît avec des signes de syphilis avérée (cliniques, humoraux ou sérologiques), il doit être traité immédiatement et de façon intensive et prolongée, en tenant compte de sa moindre résistance, notamment dans les cas d'atteintes viscérales multiples de nutrition défectueuse.

3° Lorsque l'enfant naît apparemment sain, sans signes cliniques, humoraux et sérologiques de syphilis :

Si les procréateurs ont été insuffisamment traités, il faut appliquer à l'enfant une médication préventive, moins intensive que le traitement curatif, mais suffisamment prolongée. Nombre de médecins estiment pourtant que, même dans ce cas, on peut se comporter comme dans le cas suivant. Si, au contraire, les procréateurs ont été correctement traités et particulièrement la mère pendant la grossesse, l'enfant doit être placé sous surveillance médicale, et, si cette surveillance est rigoureuse et prolongée, on peut surseoir au traitement, quitte à l'appliquer à la moindre suspicion.

4° L'application de cette prophylaxie comporte la participation du médecin de famille et l'effort parallèle et coordonné des consultations vénériennes, prénatales et pédiâtriques, celui des infirmières-visiteuses et du service social. Pour que ces directives puissent avoir leur maximum d'action, il faut de plus faire l'éducation des familles (par le médecin) et du public, etc., en leur démontrant les dangers de la syphilis congénitale.

(*Adoptées à l'unanimité.*)

DEUXIÈME QUESTION

Prophylaxie des troubles nerveux chez l'enfant.

Rapport de M. le professeur HAMBURGER (Vienne).

Il n'existe pas de neurose purement endogène ou purement exogène. Les prédispositions et les influences extérieures (milieu) jouent un rôle dans chaque cas. Chacun de ces deux facteurs peut jouer un rôle minime ou moyen, ou encore déterminant. Parmi les facteurs endogènes, l'hérédité est très importante, les maladies infectieuses (encéphalites luétiques ou autres) le sont moins. Le milieu et surtout l'éducation sont prépondérants. Nous ne parlons, dans ce rapport, que de ces facteurs externes.

Les causes premières des neuroses se trouvent dans des modes de vie artificiels et surtout dans une éducation artificielle, donc fausse au point de vue phylogénétique. Une éducation et un mode de vie naturels, c'est-à-dire justes au point de vue phylogénétique, sont la meilleure prophylaxie des neuroses. Le mode de vie naturel consiste en une alimentation rationnelle, une exposition rationnelle à l'air et à la lumière, une propreté rationnelle, et surtout en un travail rationnel, c'est-à-dire très étendu, de la musculature. L'application d'une bienveillance prévoyante constitue la bonne éducation. L'enfant doit pouvoir reconnaître facilement la bienveillance qui doit être accompagnée d'une fermeté facilement discernable aussi. Comme les enfants sont en général de bons observateurs, la tâche de l'éducateur n'est pas difficile s'il est réellement bienveillant. Car, d'après la règle de « l'automatisme thymogène », ce qui est juste se produira automatiquement. L'enfant entre dans un bon état d'esprit et sera bien éduqué d'une manière « automatiquement thymogène ». C'est ainsi que l'art de l'éducation humaine s'est développé dans les cinq ou six derniers siècles. Un grand nombre de principes éducatifs des cinquante dernières années sont faux, et ceci est la cause des neuroses aujourd'hui si fréquentes (y compris la neurasthénie) des enfants de tous les milieux dans l'Occident civilisé. Toutefois, même dans l'éducation plus conforme à la nature d'autrefois, il y avait des erreurs que l'on ne peut nier, et qui doivent être évitées à l'avenir. Il faut éviter en premier lieu de tant s'inquiéter de l'alimentation, de la défécation et de la miction, de la propreté soi-disant hygiénique et tellement exagérée. Tout ceci apporte des troubles de la vie, naturellement inconsciente et sans souci de l'enfant, le conduit à l'auto-observation, l'hypocondrie, l'égocentrisme et la crainte, et par là à la neurose. Faute de contact avec des camarades, l'enfant unique manque de joie et devient vieux avant l'âge. Toutes sortes de symptômes d'agitation se manifestent : anorexie, troubles du sommeil ; les muscles ne sont plus suffisamment exercés ; la musculature, le cœur, les poumons et les os ne se développent pas assez. Les mesures prophylactiques se déduisent facilement de ce qui précède.

Les aptitudes de l'enfant à faire des expériences doivent être utilisées d'une manière appropriée. C'est ainsi qu'il apprend le respect des parents, si important, et l'indispensable obéissance. Généralement, l'apprentissage de l'obéissance ne fatigue pas le système nerveux. Grâce à la fermeté et à la bonté, on obtient facilement l'obéissance et de la clarté au lieu du doute et de l'indécision comme on le voit si souvent dans les éducations molles et inconséquentes. Le non d'une interdiction ne doit pas se changer en un oui de permission. L'obéissance dans l'abstention de certains actes peut être facilement obtenue au cours des deux premières années avec l'aide d'impressions désagréables. L'obéissance dans l'exécution est plus lente à obtenir avec l'aide d'impressions agréables. L'éducateur ne peut employer les principes fondamentaux de la fermeté et de la bonté que s'il sait se dominer lui-même.

L'importance de ces deux principes fondamentaux devrait être enseignée aux parents (écoles pour mères et pour parents) d'une manière tout à fait pratique, avec beaucoup d'exemples, et en réduisant les explications théoriques au minimum. Ces principes doivent être vivants et actifs dans toute personne se consacrant à l'enseignement. Leur observation amène l'application automatique de la justice que les enfants reconnaissent si facilement et qui est si importante pour eux. On pourra ainsi prévenir les neuroses, surtout si l'enseignement est en outre approprié à l'âge et attache plus d'importance à la formation du caractère qu'à des connaissances variées. Un effort trop grand pour apprendre est mauvais pour les enfants, surtout pour les filles. Il leur faut chaque jour une heure d'exercice physique joyeux et discipliné. Les devoirs à la maison ne devraient pas employer plus d'une heure.

Rapport de M. le docteur HEUYER (de Paris)
Présenté par M. le docteur PICHON.

Sujet considérable qui embrasse presque toute l'hygiène mentale et dont il n'est possible que d'esquisser ici les grandes lignes. On s'accorde actuellement pour penser depuis Freud et la psychanalyse que le terme de « névrose s'étend à toutes les manifestations nerveuses et à tous les troubles psychiques qui n'ont pas une cause organique et qui sont l'expression symbolique de préoccupations affectives larvées ou inconscientes ». Définition plus large qu'au temps de Charcot, où tout facteur organique était contraire à l'idée de névrose, où l'hystérie jouait un rôle primordial et qui englobait des affections telles que la maladie de Parkinson, la neurasthénie. Aujourd'hui on trouve « avec l'ancienne hystérie, les obsessions, les manifestations de dépression comme la mélancolie, d'excitation comme la manie, des anomalies sexuelles, des tendances perverses ». En somme, la « névrose représente une tendance affective qui prédispose soit à une maladie mentale dont la cause organique n'est pas actuellement connue, soit à la délinquance, soit à la criminalité ».

La prophylaxie de ces tendances psychopathiques chez l'enfant dépend des conceptions admises comme étiologie. Deux théories sont en présence : celle de l'*hérédité* et celle du *milieu*. Ceux qui admettent que l'hérédité joue dans neuf dixièmes des cas concluent à la nécessité de l'*eugénique*, à l'institution du *certificat prénuptial*, aux procédés tendant à empêcher la reproduction d'individus dont l'hérédité est chargée. La stérilisation, la castration ont été proposées et rejetées presque partout. La ségrégation en des établissements spéciaux fermés serait efficace, mais exige des créations nombreuses et coûteuses. Ce problème de l'eugénique varie avec les divers pays.

A côté de l'hérédité, le traumatisme obstétrical, les infections, les intoxications de l'enfance, les encéphalites particulièrement, les troubles endocriniens jouent un rôle certain.

Reste l'influence considérable *de l'éducation et du milieu* sur le psychisme de l'enfant ; c'est donc sur ces facteurs que doit porter la prophylaxie.

Chez l'enfant normal, l'éducation et l'instruction dans la famille et à l'école sont très importantes pour l'hygiène mentale. Le calme, la régularité dans les habitudes, la justice, le contact avec d'autres enfants en sont les éléments essentiels. La culture et le développement harmonieux de l'affectivité constituent une bonne prophylaxie des psychopathies. Il convient aussi de laisser se développer sans mystère la sexualité, afin de ne pas surexciter l'imagination. Une bonne orientation professionnelle concourt enfin à un équilibre correct. Les méthodes de Decroly (centres d'intérêt), de Ferrière (école active) rendent des services indéniables.

Chez les anormaux, l'éducation doit s'inspirer des mêmes principes avec des modalités appropriées. Ces enfants doivent être reconnus grâce au dépistage effectué ou facilité par le service social agissant sous le contrôle du médecin spécialiste dans le milieu familial ou scolaire ; le rôle des tests (Binet et Simon) concourt à la sélection des débiles intellectuels.

En réalité, dans chaque cas tous les éléments : hérédité, éducation, sont intriqués : biologie, service social, la psychologie et la psychanalyse doivent s'associer pour fixer, sous le contrôle du médecin, les règles prophylactiques pour chaque cas. Les parents, les pédagogues, les assistantes sociales en seront les réalisateurs.

Cette méthode, pour Heuyer, doit être mise en œuvre dans les « Child guidance clinics », les dispensaires de prophy-

laxie mentale de l'enfance et de neuropsychiatrie infantile ; les résultats déjà obtenus garantissent l'efficacité de la méthode.

Discussion.

Prof. G. ROTT (Berlin). — Les pédiatres doivent s'occuper du psychisme de l'enfant tout autant que du physique. Il faut regarder comme un malade tout enfant difficile à élever ou à instruire.

Dépister, traiter et surtout prévenir les psychopathies est une tâche vraiment sociale qui dépasse l'action médicale ; c'est ainsi que le chômage, par exemple, a une répercussion sur l'état nerveux des parents et des enfants.

M. E. PICHON (Paris). — La notion de « constitution » est surtout une notion théorique, puisque nous n'avons aucun moyen d'action sur elle ; il est du reste difficile de choisir entre toutes les classifications proposées ; on peut cependant prétendre que les traumatismes obstétricaux, par exemple, créent des encéphalopathies et non des névroses qui par définition ne s'accompagnent pas de lésions organiques décelables par nos moyens actuels. Pichon, sans accepter en bloc le dogme freudien, fait appel à la technique psychanalytique chez l'enfant sous forme de traitements psychanalytiques courts d'inspiration freudienne, qu'il conseille d'associer aux méthodes somatiques et à l'opothérapie endocrinienne.

Il faut, avec la croissance, que l'enfant cesse de se croire « le centre du monde », comprenne l'utilité d'accepter *le risque* et jouisse d'une certaine indépendance.

M. G. BLECHMANN (de Paris) a constaté, à propos du dépistage des jeunes psychopathes, que l'une des premières anomalies qui mettent le pédiatre sur la bonne voie est l'apparition de ces *états anorexiques*, parfois extrêmement précoces. Comme l'on sait, ceux-ci, même chez les nourrissons, sont souvent justiciables de l'isolement, et leur apparition doit éveiller l'attention du médecin de famille.

M. le prof. LEREBOULLET (de Paris) s'associe aux rapporteurs pour affirmer la supériorité de l'éducation dans le milieu familial dont il précise les règles. Mais trop souvent, l'hérédité vient troubler la bonne adaptation à cette tâche éducative, la nervosité croissante de notre temps agit de même. Aussi est-il bon de revenir sur les règles d'une bonne éducation, d'écarter comme dangereux l'égocentrisme, l'auto-observation, l'analyse de soi qui mènent trop souvent à la neurasthénie et aux psychasténies diverses de l'adolescence. De même la tendance à l'affabulation, aux récits inventés qui mènent à la mythomanie sont dangereuses. M. Lereboullet insiste sur le rôle de la fermeté et la bonté et surtout sur la nécessité de l'épanouissement dans la joie, qui évite les refoulements néfastes à la santé morale de l'enfant.

La surcharge des programmes d'enseignement qui met obstacle à ce bien-être joyeux est donc blâmable.

Trop souvent malheureusement, cette discipline éducative ne peut être poursuivie dans la famille. Les œuvres para et post-scolaires, le scoutisme y suppléent dans une large part. En France, la tendance à substituer le placement en milieu familial, surtout rural, au placement collectif donne d'excellents résultats pour la santé physique et morale de l'enfant. Pour l'enfance déficiente, des mesures spéciales s'imposent sur lesquelles le regretté Decroly avait insisté. Un Comité en France a créé, grâce à l'action de médecins, de psychologues, d'éducateurs, une école de maîtres ; de plus, des consultations de dépistage, des écoles d'anormaux, des centres d'orientation professionnelle se créent par l'action de ce Comité national de l'enfance déficiente, montrant ainsi, à beaucoup d'égards, la voie à suivre.

M. L.-A. EXCHAQUET (de Lausanne). — Il faut attirer l'attention des médecins sur la fréquence des enfants psychopathes envoyés à l'hôpital pour une affection organique inexistante et que la discipline et la régularité de la vie hospitalière suffisent à guérir rapidement. L'éducation familiale imparfaite est souvent à la base de ces troubles, les parents oubliant trop souvent qu'à la tendresse il faut allier *la fermeté*.

Cette éducation des parents, difficile à réaliser, doit être commencée près des mères dès la consultation de nourrissons.

Pr G. SCHELTEMA (Groningue). — L'éducation se fait par l'exemple ; aussi faudrait-il commencer par supprimer d'abord les mensonges conventionnels et mettre sa vie en conformité avec la vérité.

Pr J. TAILLENS (Lausanne). — Ce qui fait la complexité du problème, c'est que tout influe sur le système nerveux. L'agitation du milieu a une influence considérable sur l'état psychique de l'enfant, même chez le tout petit. Aussi, pour guérir certaines insomnies, crises de colère, vomissements, anorexies, convulsions, faut-il souvent sortir l'enfant de son milieu. Lorsque la mère a compris ce que peuvent obtenir le calme, la fermeté, la régularité, on peut lui rendre son enfant, elle agira de même chez elle.

Dr P.-F. ARMAND-DELILLE (Paris). — Le placement familial rural de l'œuvre Grancher a donné en France d'excellents résultats, de même que le placement familial pour le redressement moral des délinquants. Le calme, la vie au grand air, le travail musculaire rationnel sont une excellente hygiène mentale ; de même que les écoles de plein air, les colonies de vacances et les œuvres sportives sont de grande valeur en diminuant l'égocentrisme, en donnant aux enfants le sentiment de la solidarité. La saine fatigue des exercices de plein air est un moyen d'une grande efficacité.

Pr F. VON GROER (Lemberg). — La crise mondiale est plus psychologique qu'économique, le conflit entre enfants et parents avec ses suites désastreuses en est une des causes. Les parents doivent conquérir la confiance de leurs enfants pour imposer dans la famille l'autorité nécessaire qui ne peut plus se fonder sur des impératifs abstraits.

Pr G. MOURIQUAND (Lyon). — Le placement des enfants nerveux à la campagne modifie heureusement leur santé physique et morale, particulièrement chez les trop nombreux *inadaptés urbains* nerveux, fils de nerveux, petits intoxiqués dont l'agitation et l'intolérance pour certains aliments guérissent à la campagne sans qu'il soit nécessaire de les isoler du milieu familial.

Dr CLAPARÈDE (Genève). — Pour élever un enfant, le flair ne suffit pas, il y a une science de l'éducation. Pour déterminer la part qui revient à l'hérédité et au milieu dans les troubles psychiques de l'enfant, il faudrait pouvoir s'adresser à des *jumeaux identiques* élevés dans des milieux différents, ce qui n'a pu encore être fait.

Dr FLOURNOY (Genève). — La psychanalyse peut rendre chez l'enfant les plus grands services, à la condition d'adapter la méthode en tenant compte de l'âge du sujet et non suivant le schéma strict de l'adulte.

L'influence des parents est telle que Freud a pu guérir certains enfants par des conseils donnés aux parents sans voir l'enfant.

La notion de constitution n'empêche pas les auteurs qui l'invoquent de reconnaître l'existence de possibilités thérapeutiques.

Certains auteurs allemands se montrent, dans les cas incurables, partisans de la stérilisation, qui a été diversement envisagée par les autorités spirituelles religieuses.

Pr F. HAMBURGER (Vienne). — Souvent l'enfant n'est pas malade, mais mal élevé. Il faut le faire comprendre indirectement aux parents.

L'éducation des parents est un élément capital pour la prophylaxie des névroses chez l'enfant ; elle repose sur quelques principes fondamentaux.

La psycho-analyse doit être faite à un point de vue plus général que Freud ne l'avait envisagée ; beaucoup de bons résultats sont surtout dus à la suggestion.

***Conclusions** (adoptées à l'unanimité).*

La question de la prophylaxie des névroses doit maintenant être considérée comme faisant partie intégrante de la pédiatrie.

Quel que puisse être le rôle des facteurs héréditaires, nous ne pensons pas qu'on puisse facilement agir sur eux. C'est pourquoi le problème de la prophylaxie des névroses est avant tout un problème d'éducation. Aussi faut-il pousser les familles dans la voie d'une éducation ferme et douce, simple et conforme aux exigences de la nature.

En principe, l'éducation appartient à la famille et elle ne doit en être dépossédée que pour des raisons graves. Encore, dans ces cas, le placement familial, employé de préférence au placement collectif, peut-il donner d'excellents résultats. L'enfant a besoin qu'une autorité le guide, et une bonne éducation lui fait accepter volontiers l'autorité des parents.

Pour atteindre ce but, il sera nécessaire de faire une place à l'enseignement des sains principes d'éducation dans les études médicales et particulièrement pédiatriques. Il faudra aussi éduquer progressivement les familles et toutes les personnes qui, par leur profession, ont à entrer en contact avec les enfants, comme on l'a déjà fait pour la lutte contre la syphilis, la tuberculose, le rachitisme, la mortalité des enfants du premier âge, etc.

Les jeunes filles, en particulier, devraient recevoir toujours une préparation au rôle éducatif de mère.

Dans l'enfance, les névroses, quand leurs symptômes commencent à poindre, peuvent être saisies, en quelque sorte, à leur état naissant : c'est ce qui en rend possible, et souvent efficace, le traitement par les voies psychiques. Il devra être mené de façon adaptée à chaque cas, sans préjudice des médications endocriniennes ou autres jugées utiles à l'état somatique du sujet.

La prochaine conférence aura lieu en 1933 à Londres, probablement au mois de juillet, et en même temps que le Congrès international de pédiatrie.

J. HUBER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 SEPTEMBRE 1932)

Syndrome aigu pseudo-tabétique à la suite de l'inoculation expérimentale de filtrat de lymphogranulome inguinal (Nicolas-Favre). — MM. JONESCO-MIHAIESTI, A. TUPA, B. WISMER et G. BADENSKI.

(SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1932)

Nouvelles expériences sur le rôle des conditions électrostatiques dans l'apparition de cancers spontanés de la souris. — MM. F. VLÈS et A. DE COULON.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1932)

M. ZIMMERN lit une notice nécrologique sur M. Jean-M.-E. Doumer (de Lille), correspondant depuis 1919 dans la 4e division (sciences biologiques physiques, chimiques et naturelles).

M. BAZY rend compte d'une cérémonie qui a eu lieu dimanche à Chartres, à la mémoire du Docteur Maunoury.

Action des eaux sulfatées calciques sur certains mécanismes régulateurs de la pression artérielle. — M. A. DESGREZ présente une note de MM. D. Santenoise, C. Franck, L. Merklen et M. Vidacovitch, qui, poursuivant leurs recherches expérimentales sur l'influence des eaux sulfatées calciques vosgiennes, ont étudié l'action de ces eaux sur certains facteurs de régulation de la pression artérielle. Leurs expériences sur le chien chloralosé les amènent à conclure que l'ingestion d'eau de Vittel-Hépar et de Contrexéville-Pavillon fraîchement tirée, augmente la sensibilité et l'efficacité des réflexes dépresseurs issus des zones réflexogènes carotidiennes, ainsi que l'action tonique frénatrice permanente de ces zones ; elle occasionne donc une augmentation de la sensibilité et de l'efficacité des réactions de l'organisme contre les poussées d'hypertension ; ainsi est éclairée la notion clinique de l'efficacité des cures sulfatées calciques dans le traitement de certains états d'hypertension, en particulier chez les sujets pléthoriques.

Autres communications :

M. DELBET lit une note sur la mortalité par cancer à Kasz el Aissé.

M. Léon BERNARD apporte de nouveaux documents sur la vaccination antidiphtérique.

M. SERGENT communique un travail de M. Carlos Bonorino Udaondo, président de l'Académie de médecine de Buenos-Aires, sur les oscillations du métabolisme basal pendant le cycle menstruel.

— Le 8 novembre, l'Académie de médecine fêtera son vénéré doyen, M. Guéniot, à l'occasion du centième anniversaire de sa naissance.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1931-1932 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 4. AUBERT. — Recherches sur l'hibernation des moustiques dans la région de Toulon.

14. BAGARRY. — La réserve alcaline chez les hépatiques.

6 BEZAULT. — Recherches sur la tension artérielle efficace.

8. BLANC. — Omentopexie par le procédé de la sangle péritonéale du docteur Fiolle.

22. BONARDI. — Traitement de la stérilité par les extraits d'ovaire.

7. BRUNO. — L'opération du varicocèle par le procédé du capitonnage du docteur Fiolle.

23. CAPUS. — Les laryngites aiguës non diphtériques.

15. CODOL. — Les endocardites à entérocoques, étude clinique et bactériologique.

1. DENANS. — L'échinococcose en Provence.

5. FAYE. — L'exploration clinique de la fonction uréosecrétoire. Valeur comparée de la constante d'Ambard et l'azotémie.

25. FIGASSO. — Considérations sur le diagnostic et le traitement de l'appendicite aiguë.

12. FLORI. — La résistance électrique du sérum dilué au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

17. GARY. — Contribution à l'étude des syndromes viscéraux par traumatisme rachidien.

11. GERVY. — Garderies, crèches, chambres d'allaitement des usines et grands magasins. Avantages sociaux. Moyens pratiques de les réaliser.

20. GILORMINI. — Etude sémiologique des réflexes abdominaux.

9. JEAN. — Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale par l'irrigation continue.

21. DE LAFFON. — Réflexions sur deux cents cas de pneumothorax artificiel.

18. MARTIN. — La sparganose humaine.

10. MASSON. — Etude historique et critique du traitement de la sinusite frontale chronique.

21. MIDAGUE. — La syphilis de la trachée.

3. PEDAT. — La sarcomatose de Kaposi.

24. PERON. — L'urotropine et le citrate d'urotropine.

19. PITOT. — Considérations sur le traitement de la paralysie générale par la malariathérapie.

20. RÈCHE. — La dératisation à Marseille.

2. REIBAUD. — La mélancolie chez l'Arabe.

22. SCARPELLINI. — L'hémogénie aiguë infectieuse.

13. SEATELLI. — Contribution à l'étude de l'intoxication par l'émétine chez l'homme.

19. SEIGNER. — Contribution à l'étude des indications de l'hystérectomie dans le rôle hydatiforme.

16. SOUMEIRE. — Le meurtre chez les aliénés indigènes en Algérie.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 1. SIGAL. — L'action diurétique expérimentale et clinique du campho-sulfonate de spartéine.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, Montpellier, n° 79, p. 1446.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 18 octobre. — Président : MM. Claude, Lemaître, Brocq, Sézary. — M. LACAN. De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. — M. LEMOYNE. La pharyngotomie inférieure par voie latérale. — M. THOMAS. Considérations sur les épithéliomas cylindriques du maxillaire supérieur.

Jeudi 20 octobre. — Président : MM. Sergent, Tanon, Terrien, Velter. — M. GADAUD. Du réveil des tuberculoses articulaires par le gonocoque. — M. RENAUDIN. L'identification des vibrions cholériques et la prophylaxie du choléra. — M. DUFET. Traitement curatif de la conjonctivite gonococcique sans nitrate d'argent. — M. MARQ. Signes et diagnostic de la tuberculose irido-ciliaire.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — ASSISTANTS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE. — Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris, comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au bureau du Service de santé de cette administration, 3, avenue Victoria, avant le 10 décembre prochain, dernier délai.

— CONCOURS D'AIDE D'ANATOMIE DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séance du 18 octobre. — MM. Calvet, 25; Lebel, 21; Jullien, 26; Aboulker, 28.

Séance du 20 octobre. — MM. Mutricy et Gaudy, 20; Herbert, 21; Blanquine, 20.

LÉGION D'HONNEUR. — Promotion de l'Exposition coloniale :

Est élevé à la dignité de grand officier. — M. le docteur Marchoux, professeur à l'Institut Pasteur.

— Sont promus :

Au grade de commandeur. — MM. Bernard, directeur général des Instituts Pasteur d'Indochine; Macland, ancien médecin de la marine.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Astruc, professeur à la Faculté de pharmacie de Montpellier; Georges Boyé (de Paris), Bué, Catat, Dequidt, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur; Faucon, professeur à la Faculté de pharmacie de Montpellier; Henri Labbé, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Le Scour (de Paris), Nattan-Larrier, professeur au Collège de France; Planson, Rogier, docteur en pharmacie; Tanon, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

— Sont nommés :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Anderson, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis; Baury, de l'Institut Pasteur de Dakar; Bollach, Bourgoin, Cadenaule, Delbreil (A. O. F.), Hudde (Maroc), Laurent (A. O. F.), Lenoir (Indochine), Masson, Petit, assistant au Muséum; Pigassou, de Raymond, directeur local de la santé au Tonkin; Toppin, Velter, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Wiehn, médecin de colonisation en Tunisie; Zizine.

— Mme Lucien Saint, femme du résident général du Maroc, est nommée chevalier de la Légion d'honneur. On sait avec quelle activité et quel admirable dévouement elle s'est consacrée en Tunisie et au Maroc aux œuvres d'assistance et de préservation de l'enfance.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Vayssière, agrégé à la Faculté de médecine de Marseille.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Jean Piéri et Vignoli, agrégés à la Faculté de médecine de Marseille; Soumet, professeur à l'Ecole annexe de médecine navale de Rochefort.

GUERRE. — M. le médecin général Dejouany, directeur du Service de santé de la 3e région, est placé dans la 2e section (réserve) de l'état-major général.

MARINE. — M. le médecin de 1re classe Barge, en service à Brest, a été nommé, après concours, aux fonctions de prosecteur à l'Ecole annexe de médecine navale de Brest pour une période de deux ans comptant du 1er novembre 1932.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE. — M. le docteur Latarjet, membre correspondant de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé conseiller technique pour les questions d'ordre médical ressortissant au sous-secrétariat d'Etat de l'éducation physique.

Il peut être à ce titre chargé de missions spéciales par le sous-secrétaire d'Etat de l'éducation physique.

LE LIVRE JUBILAIRE DU PROFESSEUR PIERRE DELBET. — Il y a quelques jours les élèves et les amis du professeur Pierre Delbet se sont réunis sous la présidence de M. le doyen Balthazard, à la Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, pour offrir à leur maître un livre jubilaire consacré à son œuvre chirurgicale.

M. Delbet avait tenu à n'avoir autour de lui que ses élèves. Ce fut M. Veau, le plus ancien, qui lui remit le livre jubilaire et prononça un discours très émouvant. Puis MM. Chevassu, Mocquot, Girode, Leveuf retracèrent l'œuvre si variée de leur maître : anatomiste et biologiste, clinicien de grande classe, opérateur brillant, thérapeute, artiste délicat.

Mais de tous ces discours se dégagent surtout l'affection, la gratitude et le respect dont tous entourent le maître qui prend sa retraite. Et l'on comprend que dans sa réponse M. Delbet ait marqué une émotion que ressentaient tous les assistants.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lalisse (de Lille), André Pluvion (de Saint-Quentin), Edward Flateau, le célèbre neurologiste de Varsovie; Abraham Meyer, décédé à Nice.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

REDRESSEMENT DE LA PATENTE

ARRÊT DU CONSEIL D'ÉTAT.

La contribution des patentes passe avec raison pour être l'impôt le plus injuste, c'est en effet un impôt spécial sur les revenus produits par le travail ; il est dû par toute personne exerçant d'une *manière habituelle* et pour son compte un commerce, une industrie ou une profession (tous les fonctionnaires en sont exemptés).

Il est fonction de la valeur locative, tant de la maison d'habitation que de ses dépendances. Depuis longtemps, le législateur promet de le limiter à la valeur locative des locaux servant à l'exercice de la profession !

Trois procédés sont indiqués pour la détermination de la valeur locative réelle : les baux, la comparaison, l'appréciation directe.

Cette année, beaucoup de médecins ont constaté une très sensible augmentation de leur patente, et à ce sujet, quelques-uns ont mis en cause leur propriétaire (L'éternel problème des loyers, Dr Foveau de Courmelles, *Journal des praticiens*, 6 août 1932), au lieu de rechercher le vrai remède dans la diminution des dépenses. Depuis la fin de la guerre, les dépenses publiques se sont accrues d'une façon formidable, de plusieurs milliards chaque année, tant par la surenchère électorale que par l'appétit insatiable de certains budgétivores.

Ainsi, le ministère de la Santé publique, qui a deux années d'existence et dont la création était souhaitée par nos syndicats médicaux, a déjà un budget de plus d'un milliard.

Si nous ouvrons le *Journal officiel* du 1er avril 1932, page 3381, nous constatons que le ministre de la Santé, comme ses prédécesseurs du ministère du Travail, de l'Hygiène, des assurances et de la prévoyance sociales, consacre 71.687.750 francs pour le traitement de la tuberculose et 11.600.000 pour la prophylaxie des maladies vénériennes (L'Institut prophylactique a été fondé le 12 mars 1916, Dr Arthur Vernes, directeur), semblant créer ainsi pour ces deux maladies un véritable monopole de *soins*.

Dans le budget de 1914 (*Journal officiel* du 18 juillet 1914), nous trouvons une somme de 120.000 fr. (600.000 de nos francs actuels) pour subventions aux œuvres de préservation de l'enfance contre la tuberculose.

Pour faire face aux dépenses nouvelles, il a fallu augmenter les impôts de toutes sortes, et notamment la patente, certains contrôleurs n'ont pas hésité à utiliser l'appréciation directe dans la détermination de la valeur locative qui sert de base à la patente ; désormais, ils devront se conformer à l'arrêt suivant du Conseil d'Etat rendu le 4 décembre 1931, arrêt dont beaucoup de *médecins pourront faire leur profit :*

M. X..., avoué à M..., demandait au Conseil d'Etat, l'annulation d'un arrêté par lequel le Conseil de Préfecture siégeant à V... avait rejeté sa demande en réduction des impositions locales perçues au titre de la contribution des patentes.

X... faisait valoir que l'Administration des Contributions avait évalué pour servir de base au droit proportionnel de la patente à 6.500 fr., la valeur locative de l'immeuble dont il est propriétaire, lors que la seule valeur locative *légalement* admissible est celle de 1914 majorée de 125 % (loi du 1er avril 1926) quand tout ou partie des locaux est affecté à l'usage d'une profession ou d'une fonction.

Qu'en conséquence, son imposition à la patente devait être établie sur une valeur locative de 2.200 francs, montant du loyer de 1914 majoré de 125 %.

Le Conseil d'Etat, par arrêt du 4 décembre 1931, faisant droit à la requête de M. X..., a réformé l'arrêté du Conseil de Préfecture comme il suit : « Considérant que la valeur « locative servant de base au droit proportionnel de patente « doit, en l'absence d'un bail ou d'une location verbale, être « déterminée par comparaison ou par voie d'appréciation « directe, compte tenu des lois qui, au 1er janvier de l'an- « née de l'imposition, limitaient la hausse du prix des « loyers et notamment de la loi du 1er avril 1926 ; qu'en « vertu de la dite loi, le propriétaire ne peut exiger pour « les locaux affectés à l'exercice d'une profession ou d'une « fonction une majoration supérieure à 125 % de la va- « leur locative de 1914. C'est donc à tort que X... a été « assujetti et maintenu au droit proportionnel de patente « et à la taxe vicinale d'après la valeur locative fixée à « 6.500 fr. et non d'après la valeur locative de 1914 ma- « jorée de l'augmentation légale. »

Dr J.-M. LE GOFF.


LENIFORME
2.5 et 10%
HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE
est indiqué dans le
CORYZA
PUISQUE
l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.
Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)
SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MALADIES INFECTIEUSES

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Par P. ADIDA.

GÉNÉRALITÉS

De la voie intraveineuse dans la vaccination dite « régionale par la porte d'entrée. ». (DELCOURT-BERNARD. *Soc. de Biol.*, t. CVIII, 1931, n° 34, p. 819.) — Les auteurs, après une série de vaccination antigonococcique par la voie veineuse, ont fait les constatations suivantes :

1° Le frisson se produit après l'injection intraveineuse ;

2° Quand il y a réaction, après injection dans les glandes de Skéne, il y a réaction après injection intraveineuse et réciproquement ;

3° Les mêmes doses agissent dans les deux cas ;

4° Inversement, quand le moment est venu où le malade ne réagit plus, les mêmes doses se montrent inopérantes dans les deux cas ;

5° Le nombre de réactions est le même, chez un même malade, que l'on ait recours à la voie intraveineuse ou à « la porte d'entrée ».

Le rôle joué par « la porte d'entrée » dans le déclenchement des phénomènes réactionnels paraît être réduit. Cependant les réactions produites par les injections intraveineuses sont moins énergiques :

La « porte d'entrée » joue ou peut jouer un rôle, dont la nature n'est pas déterminée et qui, pour l'auteur, paraît modifier les réactions immédiates, locales et générales, plutôt dans le sens d'une accentuation.

Comment réagit l'immunité du sang sous l'influence de la narcose et de l'anesthésie. (G. J. PFALZ. *Klin. Woch.*, t. IX, n° 29, 19 juill. 1930.) — L'auteur s'est demandé si, au point de vue biologique, il y avait une différence entre la narcose générale et l'anesthésie locale ou rachidienne. Il a déterminé l'index bactéricide du sang, d'après la technique capillaire de Wright, à l'égard des staphylocoques hémolytiques. Le sang, recueilli 14 heures et 1 heure avant le début de la narcose générale, puis pendant l'intervention, et enfin au bout d'une heure de narcose, 15 minutes et 7 heures après la fin de l'opération, a montré, dans 95 p. 100 des cas, une augmentation nette du pouvoir bactéricide, s'élevant en moyenne à 20 fois la valeur constatée avant l'intervention. Les maximums observés ont été soit immédiatement après la fin de la laparotomie, soit 7 heures plus tard. La narcose générale ne paralyse donc pas les centres de défense.

Au cours de laparotomie sous anesthésie lombaire, sacrée ou locale par la tutocaïne à 1,5 p. 100, ou par la novocaïne — suprarénine — à 0,5 p. 100, le pouvoir bactéricide du sang s'est trouvé augmenté comme au cours de l'anesthésie générale.

L'index bactéricide a été également augmenté au cours de narcoses à l'éther pour simple diagnostic et aussi au cours des anesthésies à la novocaïne pour névralgies arthritiques.

Le pouvoir immunisant provoqué par une injection de protéine détermine une phase négative caractéristique qui ne se produit avec aucune forme de narcose ou d'anesthésie.

In vitro, en mélangeant, dans un tube à essai, du sang avec des quantités de novocaïne ou de tutocaïne de manière à faire un mélange de la concentration observée dans la pratique, le pouvoir bactéricide du sang n'est pas augmenté. Pfalz conclut que la narcose agirait indirectement, en stimulant les fonctions physiologiques des cellules par augmentation du métabolisme fermentatif des cellules.

Rôle du système nerveux et des réflexes dans l'immunité. (S. MÉTALNIKOV. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. XLVI, N° 2, fév. 1931.) — Les réflexes conditionnels, selon Pavlov, sont ceux obtenus par une excitation dite conditionnelle, par exemple auditive, visuelle, olfactive ou mécanique ; une de ces excitations peut par exemple déterminer l'écoulement de la salive après avoir été combinée plusieurs fois avec des excitations gustatives immédiates.

En combinant des injections répétées d'un antigène quelconque avec une excitation conditionnelle, Métalnikov a obtenu une modification de la formule leucocytaire du sang, des réactions cellulaires dans le péritoine des cobayes et la formation d'anticorps. Si après 12 à 15 jours de repos, on pratique l'excitation externe précédente sans injection d'antigène, on voit apparaître dans le péritoine ou dans le sang des cobayes de la leucocytose et une augmentation des anticorps. L'auteur en tire la conclusion qu'il est possible de provoquer une réaction d'immunité, par une excitation externe, c'est-à-dire par l'intervention du système nerveux.

L'immunité ne serait pas un phénomène autonome, mais un phénomène purement vital, réglé par le système nerveux.

La défense de l'organisme se réalise grâce à l'activité des différentes cellules. Elle serait due à cinq méthodes principales : la phagocytose, la formation de cellules géantes, la formation de capsules qui entourent les microbes, la formation des anticorps. L'immunisation est une mobilisation et une sensibilisation des diverses cellules de l'organisme. Dans ces divers phénomènes, le système nerveux joue certainement un rôle que l'étude des réflexes conditionnels met en évidence.

Influence de l'alcalose et de l'acidose sur la réaction thermique vaccinale, sur la production des agglutinines et sur la résistance à une toxine microbienne. (J. DAVESNE et P. HABER. *Soc. de Biol.*, t. CVIII, 1931, N° 37, p. 1053.) — Les auteurs ont déjà signalé l'importance de l'hyperthermie provoquée au moment de l'injection vaccinante dans la

production des agglutinines : l'injection d'une substance hyperthermisante, comme la B tétrahydronaphtylamine provoque, chez l'animal immunisé, des variations du pouvoir agglutinant qui suivent parallèlement celles de la température.

Par contre, l'alcalose et l'acidose expérimentales, dans les conditions réalisées par les auteurs, n'ont pas eu d'action notable sur la réaction thermique provoquée par l'injection du vaccin, ni sur la production des agglutinines, ni sur la résistance de l'animal à la toxine histolytique.

Influence de l'hyperthermie sur la production et la variation du taux du pouvoir agglutinant. (J. Davesne et P. Haber. *Soc. de Biol.*, t. cviii, 1931, N° 34, p. 766.) — Le titre agglutinant d'un sérum préparé est d'autant plus élevé que la réaction thermique qui a suivi l'injection d'antigène a été plus forte.

Il est possible de renforcer la réaction thermique par l'injection de B tétrahydronaphtylamine ; mais cette pratique n'est pas sans danger : l'hyperthermie provoquée par la B tétrahydronaphtylamine se surajoute à celle provoquée par le vaccin et amène souvent la mort de l'animal.

Chez l'animal immunisé, on constate, à la suite de l'injection de B tétrahydronaphtylamine une élévation parallèle de la température et du pouvoir agglutinant.

Phénomène de zones et saturation des agglutinines. (Rochaix, Sédaillian et Mme Clavel. *Soc. de Biol.*, t. cviii, N° 27, p. 84.)

STREPTOCOCCIES

Epidémie de fièvre puerpérale causée par un même streptocoque d'origine pharyngée. (P. Courmont et P. Sédaillian. *Presse Méd.*, N° 12, 9 sept. 1931, p. 1325.) — Les auteurs rapportent l'observation suivante : une sage-femme atteinte d'une infection streptococcique tout à fait latente, fait du 24 mai au 11 juin 1931, 11 accouchements : 6 de ces femmes contractent une infection puerpérale et l'une d'elles meurt. Entre temps, le 2 juin, la sage-femme dévoile son infection par une angine à streptocoque hémolytique. Les streptocoques isolés de la sage-femme et d'une des accouchées se sont montrés bactériologiquement rigoureusement identiques.

De cette épidémie, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

La nature épidémique quoiqu'elle soit parfois peu apparente, ne fait point de doute ; la cause se trouve dans les porteurs pharyngés de germes, convalescents ou sains. Au cours des manœuvres, ceux-ci projettent inconsciemment le germe pathogène sur leurs doigts déjà désinfectés ou sur leurs gants stérilisés.

L'étude de cette épidémie au seul point de vue clinique serait déjà convaincante ; les précisions bactériologiques sur le streptocoque causal ajoutent le trait final à cette démonstration. Le danger des gouttelettes de Flügge évident pour les hygiénistes, qui savent que c'est ainsi que se transmettent les épidémies, est trop facilement oublié. Les sages-femmes, les infirmières et le personnel subalterne des maternités ne paraissent pas éduqués à ce point de vue. Et enfin, le masque cependant préconisé par certains, est-il systématiquement utilisé par l'accoucheur ou les sages-femmes ? C'est pourtant là le seul moyen d'éviter les séries de fièvres puerpérales semblables à celles dont les auteurs ont rapporté la triste histoire.

Action sur le streptocoque hémolytique des biles humaines prélevées par tubage duodénal. (R. Buttiaux et A. Chavy. *Soc. de Biol.*, t. CVII, 1931, N° 17.) — Des expériences de Buttiaux et Chavy, il ressort : 1° La bile humaine pure possède un pouvoir bactéricide important pour le streptocoque hémolytique. Un séjour de 4 heures de ce germe, dans la bile, à la température du laboratoire, suffit à retarder son développement ultérieur après ensemencement sur gélose jusqu'à la 72e heure d'étuve à 37°. Un temps de contact de 18 heures empêche complètement tout développement. Ce pouvoir bactéricide disparaît presque complètement dans la bile humaine autoclavée.

2° Les biles humaines additionnées de faibles quantités de sulfate de magnésie ou recueillies après épreuve de Meltzer-Lyon au sulfate de magnésie, possèdent un pouvoir bactéricide considérable pour le streptocoque hémolytique, et beaucoup plus marqué que celui des biles pures. En règle générale, après une heure de séjour du même germe, étudié dans ces biles additionnées de sulfate, le streptocoque ne se développe plus en milieux artificiels. Cette propriété disparaît en grande partie dans les biles additionnées de ce cholagogue, mais autoclavées à 120° pendant 30 minutes.

Donc au point de vue pratique dans la recherche du streptocoque hémolytique dans les biles humaines prélevées par tubage duodénal, il faut : 1° abandonner l'emploi du sulfate de magnésie comme cholagogue dans l'épreuve de Meltzer-Lyon ; 2° ensemencer les biles immédiatement, après leur prélèvement.

TYPHOIDE

A propos des infections typho-paratyphiques chez les vaccinés. (J. Gadrat. *Le Progrès Méd.*, N° 36, 5 sept. 1931.) — L'auteur étudie les raisons qui permettent le développement d'une infection typho-paratyphique chez les vaccinés à la suite d'un cas de septicémie à bacilles d'Eberth qu'il a observé chez un boucher de 22 ans vacciné 13 mois auparavant.

Suivant les milieux, on trouverait, parmi les typhiques, la proportion de 1/8 à 1/11 de vaccinés. Dans la plupart des cas, la vaccination est trop récente, moins de 15 jours, ou trop ancienne, plus de 5 ans. Cependant, l'infection typhoïde survient quelquefois plus tôt. Le mode de vaccination est également à incriminer. La vaccination digestive est certainement inférieure à ce point de vue à la vaccination par injection sous-cutanée.

Cantacuzène et Panaïtescu trouvent une morbidité de 0,03 % chez les vaccinés par voie sous-cutanée et de 0,26 % chez les sujets ayant absorbé du bili-vaccin. Pour les sept premiers mois, la morbidité est donc huit fois plus considérable avec la bilivaccination qu'avec la voie sous-cutanée.

La fièvre typhoïde des vaccinés, dans la majorité des cas, est atténuée, abortive et de pronostic bénin. L'hémoculture reste le procédé de choix pour faire le diagnostic, mais lorsque la vaccination date au moins de 2 mois, le séro diagnostic conserve sa valeur à la condition d'être supérieur au taux de 1 p. 300. L'explication de ces faits doit être cherchée dans la non-installation après la vaccination d'un état allergique que des injections ultérieures peuvent faire apparaître. Il conviendrait donc dans les semaines qui suivent la vaccination de rechercher par l'intradermo-réaction, avec un filtrat glycériné de culture éberthienne, l'allergie typhoïdique et de faire une ou plusieurs injections de vaccin aux sujets qui ne sont pas sensibilisés par les doses courantes.

En attendant qu'elles deviennent obligatoires pour la population civile, on ne saurait trop multiplier les vaccinations anti-typho-paratyphiques dont la valeur prophylactique ne fait plus de doute.

Les réactions de Widal et les hémocultures. (J. Seydel. *Soc. de Biol.*, t. CVII, 1931, N° 17.) — Au cours d'une épi-

démie de typhoïde, l'auteur a examiné toutes les bactéries provenant des hémocultures des malades. Il a ainsi obtenu 7 groupes classés d'après les propriétés morphologiques et biochimiques des bactéries. A la suite de cette expérimentation, Seydel soulève les deux hypothèses.

Il est possible que les bacilles observés résultent de la dissociation du bacille typhique, où l'élément dissociant serait l'organisme même du malade. Ainsi les souches isolées seraient des anneaux intermédiaires dans la grande chaîne de variabilité du bacille typhique.

Il est possible aussi que les capillaires sanguins de l'intestin, permettant le passage des bacilles typhiques, laissent passer aussi d'autres bactéries de la flore intestinale. Le fait que les hémocultures se présentent souvent comme culture pure semble infirmer cette dernière hypothèse.

Nouvelle préparation par cataphorèse d'un bactériophage purifié. (L. Marmier et Victor Grysez. *Soc. de Biol.*, t. CVII, 1931, N° 17.)

Production d'anticorps, apparition et persistance d'un bactériophage antityphique dans les selles, chez l'homme, à la suite d'injections intra-veineuses d'un bactériophage antityphique purifié, préparé par cataphorèse. (V. Grysez, Ch. Gernez et Mlle Dubernard. *Soc. de Biol.*, t. CVII, 1931, N° 17.)

Emploi du bactériophage pour l'obtention d'un sérum antityphique. (F. Arloing, A. Josserand et A. Narbonne. *Soc. de Biol.*, t. CVII, 1931, N° 18, p. 493.) — Les auteurs ont constaté que: 1° le lysat par bactériophagie d'une émulsion de bacilles d'Eberth a un pouvoir antigénique très net chez le lapin. Ce pouvoir est conservé malgré la désintégration bactérienne. Il est donc possible d'obtenir, en utilisant ce lysat comme antigène, un sérum anti-endotoxique très efficace chez le cobaye. Des applications thérapeutiques sont susceptibles d'en découler.

De la vaccination antityphique par la voie buccale au moyen du vaccin bilié, d'après le procédé de Besredka. (K. Kumagai. *Soc. de Biol.*, t. CVIII, 1931, N° 29, 373.) — L'auteur qui depuis 1928 vaccine le personnel de l'hôpital d'Osaka au moyen du vaccin bilié par voie buccale, considère cette méthode, qui ne comporte aucune réaction, ni contre-indication, comme un moyen très efficace de préservation contre la fièvre typhoïde.

L'ultravirus paratyphique. (Sannarelli et Alessandrini. *Soc. de Biol.*, t. CVIII, 1931, N° 30, p. 460.) — Le virus paratyphique (bacille ictéroïde) produit, comme les virus typhique et tuberculeux, *in vivo* et *in vitro*, un ultravirus qui est capable de traverser facilement les ultra canalicules des ultrafiltres de collodion.

L'ultravirus paratyphique représente, comme l'ultravirus typhique, une phase biologiquement atténuée et pas toujours cultivable *in vitro*, de la souche bacillaire dont il dérive.

Cependant, quelques passages *in vitro* et *in vivo* des formes bactériennes primordiales dérivées de l'ultravirus, suffisent pour qu'elles acquièrent de nouveau les propriétés antigènes et pathogènes originaires.

Quand l'ultravirus d'une souche microbienne douée d'une extrême virulence, comme le bacille ictéroïde, sort des parois d'un sac de collodion placé dans le péritoine d'un animal sensible, il peut déterminer chez cet animal une maladie de longue durée, mais cependant guérissable.

Ce processus morbide atténué ou éphémère est relevé par un taux d'agglutination spécifique progressif décelable, pendant quelque temps, par le sérum sanguin de l'animal.

Dans certains cas, l'ultravirus ictéroïde qui a passé à travers les parois des sacs de collodion introduits dans le péritoine d'un animal sensible, peut acquérir de nouveau, dans les tissus du même animal, sa virulence primitive, déchaînant le processus septicémique caractéristique.

Contribution nouvelle à l'étude de l'intra dermo-réaction aux toxines typhiques. (Arloing, Dufourt, Meerssemann et Pujos. *Soc. de Biol.*, t. CVIII, 1931, N° 35, p. 892.) — La valeur de l'intra dermo-réaction aux toxines typhiques paraît difficilement conciliable avec les faits observés par les auteurs. Il semble que des réactions d'allergie, telles que celles qui suivent une vaccination insuffisante, viennent s'imbriquer avec les réactions d'immunité et rendent de ce fait la lecture des résultats d'une interprétation très difficile et peu sûre.

A propos de la vaccination antityphoïdique. (A. Lemierre. *Presse Méd.*, N° 18, p. 329, 2 mars 1932.) — Le nombre des injections vaccinales ne peut être impunément abaissé et la réduction du nombre de ces injections est une des causes des échecs enregistrés pendant ces dernières années.

Pour la typhoïde, nous ne possédons pas de test biologique comparable à la réaction de Schik, nous permettant de dépister l'immunité conférée par la vaccination antityphoïdique et d'évaluer le pouvoir vaccinant des antigènes typhiques et paratyphiques dont nous nous servons. Mais la vaccination antidiphtérique nous a appris l'intérêt qu'il y a à multiplier les injections immunisantes.

Pour Lemierre, il y a donc lieu de revenir à la pratique d'avant-guerre et du début de la guerre. Une série de 4 inoculations vaccinales paraît être un minimum propre à accroître les chances d'obtenir une immunité solide et durable.

Injections de 1/2 cc., 3/4 cc., 1 cc. et 1 cc. avec un intervalle de 15 jours entre chaque injection. Chez les enfants très jeunes, on débute par 1/10 cc. pour arriver progressivement à 1/2 cc.

L'auteur conseille également, en dehors de la revaccination périodique, une réinjection vaccinale chez les personnes se préparant à entreprendre un voyage dans les pays où l'endémicité typhique est particulièrement accentuée.

Les réactions vaccinales sont légères (douleur au point d'injection, poussée fébrile, céphalalgie) et d'une durée de 24 à 36 heures. Parfois plus accentuées chez des sujets émotifs ou présentant un déséquilibre du système nerveux végétatif.

La vaccination est contre-indiquée chez les sujets tuberculeux ou suspects de tuberculose, les cachectiques, les cardiaques mal compensés. Dans ce cas, l'auteur conseille la vaccination par voie buccale.

Chez les sujets porteurs d'une albuminurie légère sans trouble de la perméabilité rénale, il est prudent d'agir avec des doses minimes. En temps d'épidémie, la vaccination antityphoïdique peut être entreprise à condition de commencer par des petites doses.

Donc pour le professeur Lemierre, « en écourtant la vaccination antityphoïdique, on a fait fausse route. Il faut revenir aux quatre injections vaccinales de jadis et instituer la revaccination périodique au moyen d'une injection. Malgré les mesures de prophylaxie collective sans cesse en progrès, la fièvre typhoïde a des retours offensifs redoutables et inattendus. Vis-à-vis d'elle, la sécurité recherchée dans ces seules mesures n'existe pas encore. Ce serait folie, devant cette menace, de consentir plus longtemps à une réduction des armements ».

SCARLATINE. ROUGEOLE. VARICELLE

Porteurs de germes et contagion tardive au cours de la scarlatine. (W. Richter et H. Sievers. *Münch. med. Woch.*, t. LXXVIII, n° 31, 31 juillet 1931.) — Des recherches bactériologiques ont été faites systématiquement chez tous les scarlatineux hospitalisés. Les enfants étaient rendus à leur famille 4 à 6 semaines après la disparition des signes cliniques et surtout après des ensemencements négatifs.

L'enquête faite dans les familles a montré d'assez fréquentes contagions tardives. 9 sur 10 de ces malades encore contagieux avaient un ensemencement négatif au point de vue streptococcique lors de leur sortie d'hôpital ; mais ils présentaient des complications, soit existant dès leur sortie, soit apparues tardivement : coryza, otite, néphrite, lymphadénite.

Pour les auteurs, les malades guéris, non compliqués, n'entrent pratiquement pas en ligne de compte dans la dissémination de l'infection, et lorsqu'une contagion est observée, un examen complet décèlera toujours la complication passée inaperçue. L'infection se produit en général du 2e au 11e jour après la sortie et est de moins en moins fréquente jusqu'au 33e jour. La date de sortie n'influe pas de façon évidente, puisque certains sujets, surtout ceux atteints d'otite, se sont montrés contagieux jusqu'à la 17e semaine.

Ces faits entraînent donc des conséquences prophylactiques importantes.

Prévention de la rougeole. (Knoepfelmacher et Stross. *Wiener Klin, Woch, t. XLIV*, n° 7, 13 févr. 1931, in *Presse Méd.*, août 1931.) — Divers procédés ont été utilisés pour réduire la gravité de la rougeole ; par analogie avec la variolisation, on a pratiqué la morbilisation à l'aide de produits divers (sang, larmes, mucus nasal). L'inconvénient de cette technique est de créer autour de l'enfant inoculé, et qui, lui, fera une rougeole atténuée, un foyer épidémique. Hiraishi et Okamoto d'une part, Débré et Joannon d'autre part, ont obtenu une immunisation active à l'aide d'injection de petites quantités de sang de rougeoleux. Hermann immunise le nourrisson avant qu'il soit apte à contracter la rougeole et, sur 75 enfants ainsi prémunis, 70 observés pendant 4 à 8 ans restent indemnes. L'immunité passive, créée par l'injection de sang d'un sujet convalescent, atténue la maladie, voire même la supprime. C'est dans la semaine qui suit l'apyexie que le sang du convalescent contient le maximum d'anticorps, mais il est probable que chaque fois qu'un sujet immunisé se trouve en contact avec des rougeoleux, il se produit chez lui un renforcement temporaire de l'immunité.

Les auteurs ont injecté à des donneurs volontaires ou professionnels 10 cc. de sang frais de rougeoleux à trois reprises et à 15 jours d'intervalle entre chaque injection. Une semaine après, on soustrait une certaine quantité de sang au donneur ainsi préparé, et le sérum obtenu de cette façon est utilisé dans la prophylaxie de la rougeole, cette méthode ayant l'avantage de mette à la disposition du médecin d'importantes provisions de sérum. Il y eut immunisation nette dans 64 à 72 p. 100 des cas, les variations de la teneur du sang en anticorps semblant varier suivant le jour de la soustraction.

Les infections varioliques inapparentes. (P. Teissier, J. Reilly, E. Rivallier et Stefanesco. *Soc. Biol.*, t. CVIII, n° 37, p. 1039.)

TOXI-INFECTIONS. DIPHTÉRIE. TÉTANOS

Influence des doses d'anatoxine diphtérique dans l'immunisation active chez l'homme. (G. Ramon, R. Debré et M.-G. Mozer. *Soc. Biol.*, t. CVII, 1931, n° 18, p. 485.) — L'augmentation des doses d'unités anatoxiques injectées lors de la vaccination antidiphtérique (anatoxine titrant 16 unités au lieu de 10 ; dont 64 unités au total au lieu de 30) peut permettre non seulement d'obtenir chez tous les sujets vaccinés (265 fois sur 265 essais) une réaction de schick négative, mais encore un degré d'immunité relativement très élevé.

Essais d'immunisation active chez l'homme au moyen d'une anatoxine diphtérique de valeur antigène élevée. (G. Ramon et P. Nélis. *Soc. Biol.*, t. CVII, 1931, n° 18, p. 487.)

Sur les propriétés essentielles de l'anatoxine diphtérique. (G. Ramon. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. XLVI, n° 5, mai 1931.) — L'action du formol et de la chaleur, qui fait disparaître entièrement la nocivité de la toxine diphtérique, n'altère pas les qualités antigènes de l'anatoxine résultant de cette action. L'anatoxine se révèle aussi spécifique dans son pouvoir floculant, dans son pouvoir saturant vis-à-vis de l'antitoxine, que la toxine elle-même.

L'anatoxine n'est pas une toxine simplement modifiée par le formol et la chaleur ; non seulement elle a perdu toute nocivité, mais elle a gardé ses propriétés antigènes, son pouvoir floculant et immunisant. Elle flocule en présence de la toxine, et la mesure de ce pouvoir de floculation est aussi celle de son pouvoir de saturer la toxine *in vitro* et de déterminer *in vivo* l'immunité spécifique.

Il est à peu près impossible, pratiquement, de fixer sur l'animal d'expérience, la valeur absolue de l'action immunisante d'un échantillon d'antitoxine. La floculation permet d'estimer rapidement la valeur antigène intrinsèque absolue de chaque échantillon d'anatoxine ou, autrement dit, le pouvoir qui appartient en propre à chaque échantillon de produire l'immunité spécifique. Trois séries d'essais dans les colonies scolaires ont montré le parallélisme du pouvoir floculant et du pouvoir immunisant. Après 2 injections d'anatoxine titrant 7 et 4,5 unités, 80 p. 100 des enfants vaccinés sont immunisés ; avec les mêmes doses d'anatoxine titrant 16 et 12,5 unités, 94,2 p. 100 des enfants sont immunisés.

L'auteur a mesuré la valeur antitoxique du sérum de chevaux immunisés soit avec de la toxine, soit avec l'anatoxine : les sérums obtenus avec l'anatoxine atteignent des titres d'antitoxine aussi élevés que ceux préparés avec la toxine. La valeur des diverses propriétés de l'antitoxine varie avec le pouvoir intrinsèque de l'antigène utilisé, qu'il s'agisse de toxine ou d'anatoxine, et aussi avec certains facteurs appartenant à l'organisme producteur.

La réaction de floculation permet encore d'apprécier le pouvoir dissociant de l'anatoxine.

L'anatoxine diphtérique ajoutée à un mélange neutre de toxine et d'antitoxine spécifique dissocie ce mélange et, s'unissant à l'antitoxine, libère une portion plus ou moins grande de toxine.

L'anatoxine diphtérique conserve intégralement ses propriétés pendant 5 années au moins. Elle résiste à la chaleur ; elle est irréversible, c'est-à-dire qu'elle ne risque pas de redevenir toxique dans l'organisme vivant.

Ces propriétés : innocuité, résistance particulière à la chaleur, irréversibilité, valeur antigène intrinsèque, se traduisant par le pouvoir de provoquer la formation abondante d'antitoxine dans l'organisme humain ou animal, pouvoir dissociant, confèrent à l'anatoxine une existence propre, justifiant sa dénomination spéciale.

Le sérum antidiphtérique et son action thérapeutique vis-à-vis de l'intoxication diphtérique expérimentale. (G. Ramon. *Soc. de Biol.*, t. CVIII, 1931, n° 30, p. 488.)

Immunisation antidiphtérique des enfants par une injection unique d'anatoxine diphtérique purifiée et concentrée. (C. Jensen. *Soc. de Biol.*, t. CVIII, 1931, n° 31, p. 528.) — Les expériences faites par Jensen démontrent que les anatoxines purifiées et concentrées sont des antigènes de haute valeur immunisante. Elles ne semblent pas donner lieu à des réactions plus fortes que les anatoxines brutes. L'immunité apparaît rapidement, sans qu'on constate la « phase négative » que craignent quelques auteurs. L'emploi des anatoxines purifiées et concentrées est donc tout indiqué en pleine épidémie.

De la vaccination antidiphtérique par la voie cutanée. (A. Besredka. *Soc. de Biol.*, t. CVII, 1931, n° 26, p. 1487.) — Le lapin frictionné d'abord, soumis ensuite à la vaccination active ou passive, voit s'accroître son immunité vis-à-vis de la toxine diphtérique appliquée sur la peau. Sous le couvert de l'immunité par friction, conjuguée avec celle que confère une petite quantité de sérum, il devient possible d'effectuer, en peu de temps, une cuti-vaccination intensive, laquelle aboutit rapidement à la cuti-immunité locale d'abord, puis progressivement à l'immunité antidiphtérique générale.

Etude biologique et immunologique sur la diphtérie. (R. Debré, G. Ramon et P.-L. Thiroloix. *Ann. de Méd.*, t. XXIX, n° 5, mai 1931.) — Les auteurs ont étudié minutieusement dans 40 cas de diphtérie l'évolution de la maladie et les germes pathogènes. Ils insistent sur l'intérêt qu'il y a à étudier toujours avec la même méthode les germes isolés dans les cas de diphtérie. Il ne s'agit pas seulement d'envisager et de doser l'aptitude toxigène du filtrat. La propriété toxigène est le facteur décisif et caractéristique du germe diphtérique, mais la virulence est un élément tout différent et dont l'appréciation, le dosage, est infiniment plus difficile, car il s'agit d'une propriété assez instable. Or, un pouvoir pathogène élevé peut être l'apanage d'un germe diphtérique relativement peu toxigène, mais au moins spontanément très virulent ; un pouvoir pathogène réduit peut appartenir à un germe très toxigène, mais peu virulent. Il faut donc, par une technique sûre et commode, étudier, dès la sortie de l'organisme, dès l'isolement de la culture, le pouvoir pathogène essentiel, c'est-à-dire les troubles morbides déterminés chez l'animal d'expérience par le germe seul, à l'exclusion de toute toxine secrétée *in vitro*. On constate alors, dans chaque cas, une intime relation entre les phénomènes morbides observés chez l'homme atteint de diphtérie et réalisés ensuite sur l'animal d'expérience, en ce sens que les formes graves de diphtérie, en particulier les diphtéries mortelles, sont déterminées par des germes doués d'un pouvoir pathogène essentiel particulièrement élevé. Il serait donc capital qu'au cours des épidémies frappant les contrées les plus diverses ce pouvoir pathogène essentiel fût étudié et mesuré, comme le permet la technique proposée par les auteurs. Ceux-ci ne doutent pas qu'on arrive ainsi à déterminer le rôle important que joue cette propriété variable du bacille diphtérique dans la gravité des diphtéries malignes et dans les oscillations de bénignité et de sévérité que montre l'étude épidémiologique de la diphtérie, ainsi que dans l'immunisation naturelle ou occulte. Une telle recherche permettra de préciser dans quelque mesure la notion, à la fois si juste et si vague, du « génie épidémique ».

Quant à la capacité de résistance des sujets infectés, à l'attitude qu'ils sont capables de prendre vis-à-vis de l'agression microbienne, son importance majeure ne saurait être niée. Le dosage de l'antitoxine dans le sang, au début même de la maladie, permet d'apprécier cet élément essentiel, à condition, ici encore, d'employer une technique suffisamment précise et à l'abri de l'erreur.

Ces deux éléments : d'une part les qualités du bacille diphtérique, d'autre part le degré d'immunisation du sujet atteint, sont donc bien mesurables. L'étude de leurs combinaisons variées permet d'apprécier les raisons de gravité ou de bénignité de la diphtérie dans un cas ou dans un milieu déterminé. Enfin, pour apprécier d'une façon valable toute thérapeutique et juger sainement de ses effets, il faut, aux constatations cliniques, aux éléments tirés de la statistique, joindre les études et les dosages dont les auteurs ont, dans leur travail, exposé la technique et les résultats.

Le traitement des diphtéries malignes, d'après les observations faites à Berlin et à Copenhague. (E. Kœnigsberger. *Deut. Med. Woch.*, t. LVII, n° 20, 15 mai 1931.) — Les cas de diphtéries toxiques, graves, avec accidents cardiaques et nerveux, ont été très fréquents en Allemagne, et le taux de mortalité s'y est considérablement élevé, 15 p. 100, alors qu'au Danemark, la mortalité reste toujours aussi faible, 2 p. 100.

La cause de cette différence réside-t-elle dans la posologie du sérum ? A Copenhague, on utilise des doses de 30 à 800.000 unités antitoxiques, environ 10 fois plus élevées que celles couramment utilisées en Allemagne.

Un assistant d'une clinique de Copenhague, ayant observé les cas berlinois, affirme que la gravité de ces derniers n'était pas plus grande que celle des diphtéries observées dans son pays ; il attribuait donc à la thérapeutique les heureux résultats obtenus au Danemark.

L'auteur, sur l'avis de Finkelstein, est allé à Copenhague.

La classification des cas n'est pas superposable ; les âges des malades sont différents ; la gravité même de l'affection, du « génie épidémique », serait moindre au Danemark. Il semble très douteux, par conséquent, d'attribuer à la thérapeutique les différences observées. L'évolution des signes locaux, la régression des phénomènes toxiques paraît se faire aussi bien avec les petites doses qu'avec les grandes doses. A Hambourg, des résultats absolument comparables ont été obtenus dans deux établissements traitant les malades selon les deux méthodes thérapeutiques.

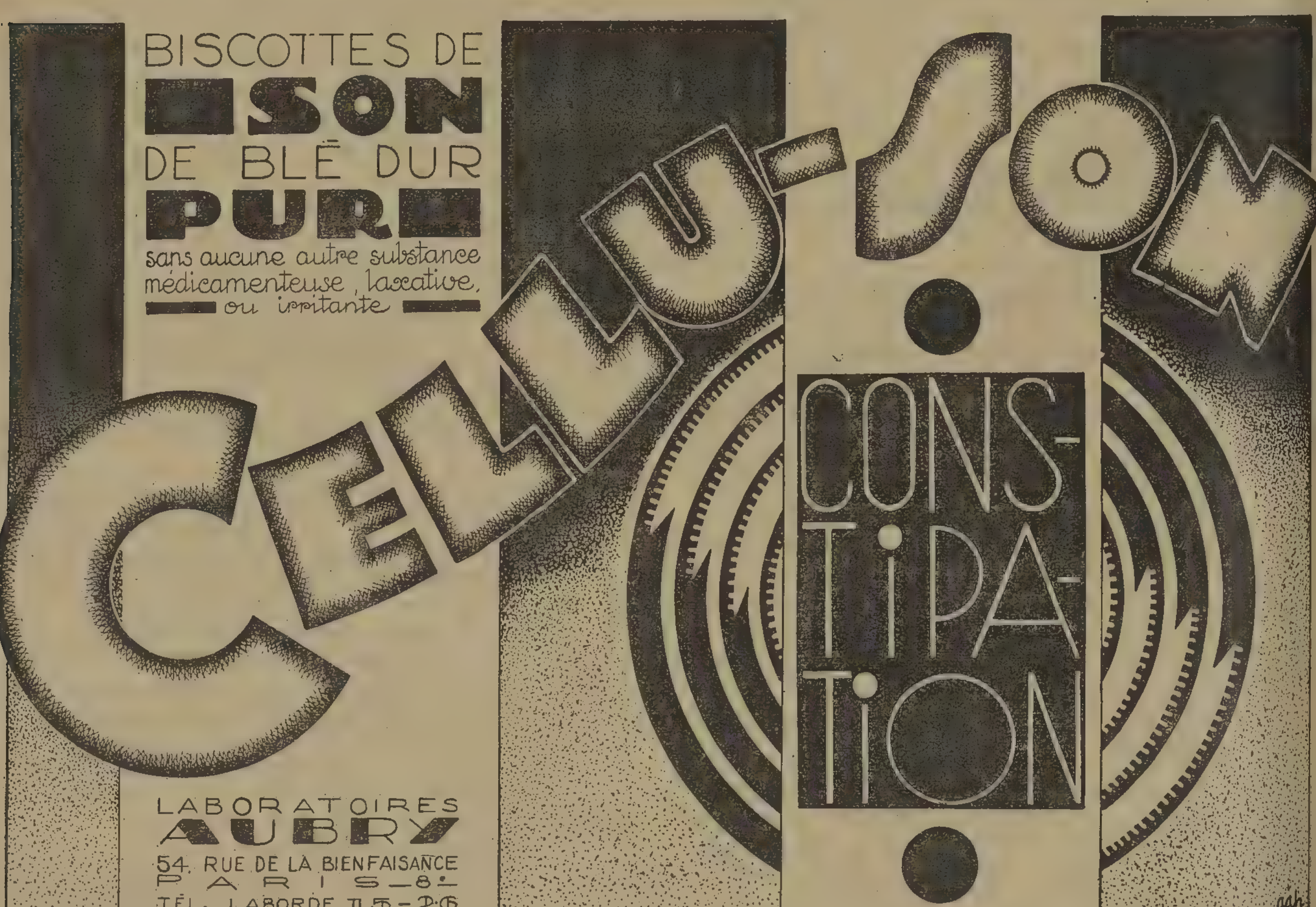
Pour Kœnigsberger, rien ne prouve la supériorité des fortes doses, 800.000 unités, utilisées à Copenhague, sur les petites doses, 80.000, employées par les Allemands.

Enfin, l'auteur remarque que les injections intraveineuses (1 cc. par kilogramme pendant deux jours) ne sont pas pratiquées en Allemagne.

L'enquête ne donne guère d'arguments probants pour la supériorité des doses fortes, et les conditions économiques font hésiter encore à adopter, et même à essayer sur une échelle suffisante, cette posologie, dont la supériorité est loin d'être prouvée.

La vaccination des animaux domestiques contre le tétanos. (G. Ramon et E. Lemétayer. *Soc. de Biol.*, t. CVII, 1931, n° 24, p. 1261). — Les auteurs ont déjà montré qu'on peut obtenir un effet analogue à celui du tapioca en ajoutant à l'anatoxine du chlorure de calcium. Des recherches effectuées sur l'action que peut exercer le chlorure de calcium ou le précipité de phosphate de chaux qui résulte de son addition au bouillon anatoxique, sur l'antigène et son pouvoir immunisant, il découle que l'anatoxine ainsi préparée entraîne chez le cheval une production abondante d'antitoxine spécifique même si l'addition de chlorure de calcium a été faite longtemps d'avance et si le mélange a été chauffé.

L'anatoxine tétanique additionnée de chlorure de calcium représente donc, au point de vue pratique, un bon agent d'immunisation active et peut être employée dans la vaccination courante des animaux domestiques contre le tétanos.



BISCOTTES DE
SON
DE BLÉ DUR
PURE
sans aucune autre substance
médicamenteuse, laxative,
ou irritante
CELLU-SON
CONS-
TiPA-
TiON
LABORATOIRES
AUBRY
54. RUE DE LA BIENFAISANCE
PARIS 8e
TÉL. LABORDE 15-26

Du tétanos d'origine digestive. (R. KAUFMANN et M. GALÉA. *Soc. de Biol.*, t. CVII, 1931, n° 26, p. 1459.) — Des expériences faites chez les cobayes par Kaufmann et Galéa, il ressort que le tétanos d'origine digestive post-opératoire serait dû soit à une souillure de la laparotomie (accidentelle ou par le fait du drain), soit à une contamination exogène par le matériel chirurgical, soit et c'est l'hypothèse préférée des auteurs, à une souillure de la peau de l'opéré (plis cutanés, ombilic).

Sur l'immunisation antitoxique active et sur la production intensive de l'antitoxine tétanique chez le cheval. (C. RAMON, P. DESCOMBEY et E. LEMÉTAYER. *Ann. de l'Institut Pasteur*, t. XLVI, n° 4, avril 1931.) — La vaccination du cheval par l'anatoxine apporte à cet animal l'immunité antitoxique qu'il ne sait acquérir naturellement. Une injection de rappel, un an après la vaccination, multiplie 2.000 et 20.000 fois le titre antitoxique du sérum.

En ajoutant du tapioca à l'anatoxine, on obtient une immunité 150 fois plus grande qu'en injectant de l'anatoxine seule.

Ces notions ont été utilisées pour la préparation du sérum antitétanique chez le cheval et ont permis d'obtenir un sérum d'un titre antitoxique très supérieur à celui obtenu auparavant. Le titre antitoxique moyen pour 25 sérums ainsi préparés fut de 4.800 unités antitoxiques internationales, alors qu'en 1924 le titre moyen était de 100 unités internationales.

Ces nouvelles méthodes ont donc de multiples avantages : hyperimmunisation très rapide des chevaux, absence de risques pour la vie des animaux, quantité relativement faible d'antigène injecté et surtout production intense d'antitoxines.

POLIOMYÉLITE. VIRUS RABIQUE, HERPÉTIQUE. ZONA

Diagnostic et traitement de la poliomyélite épidémique au début. (L. LANGE. *Münch. med. Woch.*, t. LXXVII, n° 34, 22 août 1930.) — Au point de vue prophylactique, les mesures préconisées sont peu efficaces. Désinfection obligatoire, isolement des malades sont des mesures insuffisantes, puisque la maladie peut se transmettre par les porteurs de germes sains.

La prophylaxie individuelle consiste essentiellement en une désinfection rhino-pharyngée : solution iodée homéopathique, préconisée par Bier.

La fermeture des écoles est indispensable si plusieurs cas y ont éclaté.

L'isolement théorique des malades est de six semaines, quoique le virus ait pu être décelé dans certains cas au troisième mois. Lange, pour la question thérapeutique, envisage les divers traitements préconisés : sérum de convalescent, antiseptiques, désinfection rhino-pharyngée, traitement physiothérapique et orthopédique, sans d'ailleurs indiquer son opinion personnelle sur l'utilité relative de ces divers procédés et les résultats qu'on peut en attendre.

Diagnostic et traitement de la poliomyélite épidémique dans ses stades initiaux. (F. LANGE. *Münch. Med. Woch.*, t. LXXVII, N° 33, 15 août 1930.) — Lange passe en revue les notions nouvelles apportées ces dernières années par les auteurs américains et allemands.

Le germe de Flexner-Noguchi paraît bien réellement l'agent pathogène, dont le rôle est démontré expérimentalement.

L'incubation est en général de une à deux semaines, mais peut varier de 2 à 33 jours. Le début se fait souvent par des phénomènes naso-pharyngiens qui font penser à une porte d'entrée siégeant à ce niveau. Dans d'autres épidémies, les troubles digestifs dominent : vomissements, diarrhée ou constipation. La fièvre est peu élevée, 38°-39°, avec pouls rapide.

On a insisté sur des phénomènes oculaires précoces : aspect porcellanique, vitreux, avec gonflement péri-orbitaire. L'agitation, l'hyperesthésie notable, les sueurs sont souvent dominantes. Le « spine sign » de Draher peut avoir une valeur diagnostique. Les phénomènes moteurs et sensitifs plus tardifs sont bien connus.

L'auteur étudie rapidement les principales formes cliniques et insiste, en ce qui concerne ce diagnostic, sur la ponction lombaire, qui doit cependant être faite prudemment, puisqu'on l'a accusée de favoriser l'évolution de la maladie.

Le liquide céphalorachidien dans l'encéphalite herpétique expérimentale du lapin. (S. NICOLAU et L. KOPEIOWSKA. *Soc. de Biol.*, 1931, t. CVI, n° 13.) — Le liquide céphalorachidien, rendu virulent par le déversement de l'émulsion herpétique introduite dans le cerveau des lapins, a tendance à se stériliser, malgré le processus infectieux toujours en progression au niveau du névraxe ; le 4e et le 5e jour de l'infection ce liquide serait prêt à être débarrassé des germes, quand survient la mort de l'animal. Un processus de déversement des éléments cellulaires appartenant aux enveloppes enflammées du névraxe restitue au liquide son activité pathogène en grande partie perdue.

Les auteurs ont également étudié le liquide céphalorachidien de plusieurs lapins immunisés contre le virus herpétique et sacrifiés entre 10 et 30 jours après l'inoculation cérébrale. Ils ont constaté l'absence de virulence de ces liquides avec aspect particulier de la formule cytologique : lymphocytes et cellules plasmatiques tantôt en très grand nombre, tantôt en nombre restreint.

Sur l'antagonisme du virus herpétique et du virus rabique. (A.-C. MARIE et Ach. URBAIN. *Soc. de Biol.*, t. CVIII, 1931, n° 26, p. 1488.) — Les expériences des auteurs ont montré qu'*in vitro*, comme *in vivo*, le virus herpétique et le virus rabique n'ont aucune action antagoniste l'un sur l'autre.

Existe-t-il une encéphalite zonateuse ? Herpès zoster à foyers multiples (mort au 8e jour). (André THOMAS et J. B. BUVAT. *Paris Méd.*, t. XXI, n° 26, 27 juill. 1931, et *Presse Méd.*, n° 93, 21 nov. 1931.)

Nouvelles contributions à la pathogénie et à la physiologie du zona. (MARINESCO, *Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. II, n° 6, juin 1931.) — Il n'y a pas de zona symptomatique ou syndrome zostériforme sous la dépendance de causes différentes. Tout zona véritable est l'expression de l'action d'un virus spécial, probablement invisible, le virus zostérien. Les éruptions cutanées ou muqueuses qui caractérisent principalement le zona, représentent l'action nocive du virus sur la peau au niveau de la région du ganglion intéressé, et non pas un trouble trophique consécutif à la lésion du ganglion spinal.

Les lésions histologiques du système nerveux retrouvées dans la plupart des cas de zona, c'est-à-dire processus inflammatoire du ganglion, des racines ou même de la moelle, relèvent d'une névrite ascendante.

L'infection primitive localisée à la peau se propage par les terminaisons nerveuses le long des nerfs.

Les recherches de ces dernières années tendent à prouver que le zona représente une lésion cutanée due à un virus spécial. L'existence de ce virus semble démontrée par les essais de transmission aux animaux et d'inoculation à

l'homme, par les réactions d'immunité obtenues avec le sérum des malades atteints de zona ou de convalescents atteints de la même maladie.

Ce virus spécial, par l'intermédiaire des nerfs sensitifs et vaso-moteurs, donne naissance à l'exanthème et aux vésicules caractérisant le zona.

L'auteur pense que le virus se propage le long des voies préformées représentées par les espaces situés entre les faisceaux et les fibres nerveux, sans dénier cette propriété au cylindraxe.

Sur une épidémie hospitalière de varicelle liée au zona. (P. J. Barslawsky. *Presse Méd.*, n° 91, 14 nov. 1931, p. 1671.) — Dans son service hospitalier, l'auteur, à la suite d'un cas de zona, a vu se développer une épidémie de varicelle : 7 enfants, les plus rapprochés de l'enfant atteint de zona, furent tous atteints de varicelle typique.

De l'observation de cette épidémie, Braslawsky tire les conclusions suivantes :

Les épidémies hospitalières intérieures de varicelle se développant dans les milieux exposés (asiles ou services d'enfants) peuvent reconnaître pour cause non seulement l'importation de cette infection du dehors, mais, dans certains cas, le zona surgissant (quelquefois sans cause déterminée) dans l'établissement même.

En se basant sur cette observation et en tenant compte des données analogues recueillies dans la littérature médicale, l'auteur considère la doctrine de Bokoy établissant un rapport étiologique étroit entre le zona et la varicelle comme fondée, au moins pour un certain groupe de zonas.

La liaison étiologique existant entre le zona et la varicelle témoigne en outre (en dehors des autres considérations) en faveur de la nature infectieuse du zona.

LÈPRE

Le bacille de la lèpre a-t-il été obtenu en cultures artificielles ? (E. Marchoux, J. Markianos et V. Chorine. *Soc. de Biol.*, 1931, t. CVI, N° 13.) — Les auteurs ont repris les travaux de Shiga et de William Wherry, sur la question : culture sur pomme de terre cuite en bouillon glycériné de BH 7,2-7,3 ; culture sur un milieu à l'œuf additionné de glycérine, d'acide oléique et de gluse). Ils ont également essayé l'ensemencement, par le procédé suivant : au-dessus d'un culot de gélose peptonée sucrée auquel on ajoute avant solidification un peu de carbonate de chaux stérilisé, on dispose une couche de 5 cm. de hauteur de sang de lapin glycériné à 5,10 et 15 % recouvert ou non d'huile de vaseline.

Dans ces différents cas, les auteurs ont constaté qu'il s'agissait, non pas d'une culture du bacille de la lèpre, mais plutôt d'un phénomène de transport des germes d'un milieu sur le suivant et qui se continue d'autant plus longtemps que les germes lépreux, toujours très abondants, sont plus riches au début.

Lèpre et virus filtrable. (J. Markinos. *Ann. Inst. Pasteur*, t. XLVI, N° 3, mars 1931.)

Sérodiagnostic de la lèpre par l'agglutino-sédimentation des globules de mouton formolés. (C. Rubino (Montevideo). *Ann. Institut Pasteur*, t. XLVII, N° 2, août 1931.) — Il existe dans le sérum des lépreux une substance spécifique qui se fixe électivement sur les globules de mouton formolés et en amène l'agglutination et la sédimentation rapide. L'auteur a réussi à mettre au point la technique d'une réaction qui met en valeur cette propriété du sérum des lépreux et pourra servir au diagnostic de la lèpre.

10 à 15 cmc. de sang suffisent ; la réaction se fait en 6 tubes à hémolyse. Comme certains sérums humains normaux ou pathologiques possèdent aussi la propriété d'agglutiner et d'amener la sédimentation des globules de mouton, pour éviter l'erreur qui pourrait résulter de ce fait, la réaction doit toujours se faire en présence de globules de mouton formolés et naturels. Les hétéro-agglutinines des sérums humains s'attachent indifféremment sur les globules de mouton naturels ou formolés, alors que les agglutinines des lépreux ne se fixent que sur les globules formolés.

On utilise les globules du sang de mouton défibriné, dilués dans du sérum physiologique au double du volume primitif du sang. A cette dilution globulaire, on ajoute 10 % de son volume de formol qu'on laisse agir 18 à 24 heures, à la température ordinaire, pour avoir les globules formolés.

La réaction doit être considérée comme positive quand elle se produit en moins d'une heure et que la sédimentation des globules formolés existe seule ou qu'elle est notablement plus marquée pour ceux-ci que pour les globules naturels. Elle est négative quand il n'y a pas d'agglutino-sédimentation ou quand la sédimentation est à peu près au même taux dans les deux séries de globules naturels et formolés.

Sur 36 cas de diverses formes de lèpre, la réaction a été positive 27 fois, négative 7 fois et 2 fois douteuse. Sur 304 sérums provenant de divers malades, la réaction est restée négative, sauf dans un cas : chez un sujet qui, ayant fait plusieurs séjours aux colonies, présentait 2 nerfs cubitaux volumineux et des fourmillements dans les doigts correspondants ; des examens ultérieurs éclaireront la réalité d'une contamination lépreuse dans ce cas.

PALUDISME. AMIBIASE

L'impaludation artificielle, source du paludisme congénital. (H. Schadow. *Mün. Med. Woch.*, t. LXXVII, N° 23, 5 juin 1931.) — L'auteur rapporte l'observation d'un enfant né avant terme sans stigmates d'hérédo-syphilis évidents, avec seulement une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang du cordon, d'une mère atteinte de méningo-encéphalite diffuse spécifique. Au cours du traitement spécifique, vers la troisième semaine, le nourrisson présente des accès fébriles qui se régularisent et prennent rapidement l'allure d'une fièvre tierce. L'examen révèle l'existence d'une rate augmentée de volume et on trouve dans le sang du plasmodium.

L'évolution se fit vers la guérison après traitement quinique et transfusions sanguines répétées, nécessitées par une anémie intense et progressive.

L'enquête révèle que la mère avait subi trois semaines avant la naissance de son enfant une inoculation de paludisme. Après 6 accès assez violents, elle accoucha spontanément au huitième mois. Son état demeura sérieux et elle succomba en quelques mois.

De cette observation, il faut retenir les conséquences possibles de l'impaludation d'une femme enceinte ; et il est prudent d'en tenir compte, d'autant plus que le pronostic de la syphilis tertiaire des parents est bénin pour l'enfant.

Utilisation de la sérofloculation de Henry dans le diagnostic et le traitement du paludisme. (J. Lavergne et H. Monier. *Bull. de la Soc. path. exotique*, 8 juillet 1931, N° 7.) — Le travail des auteurs a été exécuté à l'Institut Pasteur dans le laboratoire du professeur Marchoux : sur 61 sujets non paludéens et 119 paludéens, Lavergne et Monier formulent les conclusions suivantes :

La réaction de Henry paraît être un élément fort intéressant pour le diagnostic du paludisme. La présence de ce signe dans les cas où la clinique n'en fournit que de douteux, paraît justifier même en l'absence du diagnostic microscopique l'institution d'un traitement antipalustre.

La mélanafloculation leur a paru la plus sensible, la plus exacte.

Malaria-floculation de Henry et protéines du sérum palustre. (LE BOURDELLÈS et VELLUZ. *Soc. de Biol.*, t. CVIII, 1931, N° 29, p. 402.) — Dumolard, Aubry et leurs collaborateurs ont signalé, chez les indigènes algériens gravement impaludés, cachectiques, hépatosplénomégaliques, une diminution souvent énorme des albumines totales pouvant tomber à 10 gr., avec inversion du rapport sérine/globuline.

Le Bourdellès et Velluz se sont demandé si la malaria-réaction n'était pas liée à des perturbations de cet ordre. De leurs recherches, il résulte qu'une malaria-floculation positive coexiste avec un taux sensiblement normal des protéines et du cholestérol sanguins. Les variations des protéines observées dans le paludisme chronique, paraissent être un phénomène tardif sans relation avec la malaria-floculation qui se montre positive dès les premiers accès ; les résultats de leurs recherches sont en faveur de la conception biologique de la réaction.

Malaria-floculation ; les antigènes ; l'observation macroscopique des résultats. (HENRY (A.-F.-X.) *Soc. de Biol.*, t. CVIII, 1931, N° 26, p. 1520.)

La réaction de Henry Nella malaria. (ARNALDO POZZI. *Policlinico*, Sezione Medica, 1930, N° 7.) — L'auteur a étudié la réaction de Henry (mélanofloculation et ferrofloculation sur 115 paludéens.

Chez les malades présentant des parasites dans la circulation périphérique, la réaction est positive dans l'intervalle des accès dans 95 % des cas, négative dans 85 % durant l'accès palustre.

Chez les paludéens chroniques, certains en apyrexie avec recherche d'hématozoaire négative, la réaction est positive dans 100 % des cas.

20 sujets normaux et 25 sujets atteints d'affections diverses ont fourni des réactions constamment négatives.

La sérofloculation Paludica (Réaction de Henry). (P. CARTANA. *Medicina de los Paises Calidos*, mars 1931.) — L'auteur a étudié la malaria floculation chez 134 sujets et a pratiqué 145 réactions. Il distingue les groupes suivants :

1° Sujets non paludéens : 30 cas réactions toutes négatives ;

2° Paludéens, récents en évolution, prélèvement en apyrexie : 36 cas, 35 réactions positives, une négative. Dans ce cas, la ferrofloculation fut seule pratiquée. Dans un cas, la réaction positive a incité à rechercher, et avec soin, l'hématozoaire qui n'avait pas été décelé antérieurement. Pendant l'accès, la réaction peut s'atténuer ou disparaître ;

3° Malades présentant une rate palpable avec hématozoaires dans le sang : 14 cas. La réaction est positive dans 12 de ces cas ;

4° Anciens paludéens. Rate peu ou non palpable, infection remontant de 3 à 23 ans : 30 cas, 8 réactions positives chez des sujets avec antécédents très chargés.

5° Anciens paludéens mais plus récemment atteints (depuis quelques mois à 3 ans), 31 cas, 20 positifs ;

6° Malades traités par malariathérapie (voie intramusculaire plasmodium vivax). Suivant la durée d'incubation (6 jours à 16 et 19 jours), la réaction est nettement positive après le premier ou le second accès. Deux à trois mois après traitement, la réaction est très légèrement positive.

L'auteur a enfin constaté que la réaction à la mélanine est en général la plus sensible ; dans quelques cas cependant, l'avantage reste à la ferrofloculation.

Sur les localisations extra-intestinales de l'amibiase. (R. DESCHIENS. *Presse Méd.*, N° 36, p. 654, 6 mai 1931.) — Pour Deschiens, la preuve de l'amibiase maladie générale, avec grande fréquence de la localisation intestinale, n'est pas faite. Il faut toujours considérer la conception classique de l'amibiase, maladie intestinale, présentant occasionnellement par métastases ou propagation directe des complications viscérales suppurées. Abcès du foie, du poumon, de la rate, du cerveau.

L'auteur insiste sur la preuve parasitologique de certaines complications et en particulier discute les trois observations suivantes : Observation de Castex et Grenway d'amibiase broncho-pulmonaire ; observation du Dr Gambier : cystite amibienne compliquant une amibiase intestinale ; observation de Froilano de Mello. Cystite hémorragique avec amibes dysentériques. L'épreuve thérapeutique par l'émétine en dehors des complications classiques (abcès du foie, rate, poumon), n'est pas suffisante ; il faut retrouver les amibes après coloration par l'hémotoxyline ferrique sur des frottis humides fixés au liquide de Bouin.

Le noyau d'une amibe est régulièrement arrondi, coloré par l'hématoxyline ferrique ; il présente un caryosome central ou excentrique plus ou moins volumineux et une couche de chromatine périphérique plus ou moins épaisse.

La présence de ces éléments est le seul critérium d'amibiase.

Le rôle de la maladie de Nicolas-Favre dans l'étiologie du rétrécissement inflammatoire du rectum. Etude de 21 cas par l'intradermo-réaction de Frei. (R. BENSAUDE et A. LAMBLING. *Soc. de Biol.*, t. CVIII, 1931, N° 31, page 1050.) — L'étiologie si obscure et si controversée du rétrécissement rectal paraît devoir être éclairée par la connaissance de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë ; les adénopathies suppurées si caractéristiques de cette affection, peuvent être observées chez certains sujets atteints d'une sténose rectale. La preuve biologique d'une identité morbide a été apportée par Frei dans l'intradermo-réaction à l'antigène lymphogranulomateux.

Les auteurs, sur 21 cas observés ont eu 19 réactions de Frei positives. Ils concluent donc que la maladie de Nicolas-Favre sans être l'agent exclusif de toutes les sténoses rectales, n'en reste pas moins un facteur étiologique important, et que cette constatation permet d'espérer que tout progrès dans la thérapeutique de la lymphogranulomatose inguinale sera également acquis pour le traitement jusqu'ici si décevant du rétrécissement rectal.

Spirochétose ictéro-hémorragique. Durée de la période d'incubation. (V. DE LAVERGNE et Robert LÉVY. *Presse Méd.*, N° 36, p. 651, 6 mai 1931.) — A la suite d'une étude clinique, physio-pathologique et expérimentale, les auteurs apportent les conclusions suivantes :

La durée de la période d'incubation de la spirochétose ictéro-hémorragique, chez l'homme, varie suivant qu'il s'agit de spirochétose d'origine hydrique ou de spirochétose chirurgicale : les cas de spirochétose d'origine hydrique évoluent après une incubation courte, centrée autour de cinq jours, n'excédant qu'exceptionnellement dix jours ; les cas de spirochétose chirurgicale évoluent après une incubation plus longue, centrée autour de quinze jours, presque toujours supérieure à dix jours.

Cette différence tient à ce que la durée de la période d'incubation est commandée surtout par le nombre de germes infectants et leur virulence. Or l'ingestion permet l'introduction dans l'organisme d'un nombre de germes bien plus élevé que tout autre mode de pénétration. Ces conclusions basées sur des faits encore trop peu nombreux, ne sont point définitives. Les auteurs ont voulu seulement poser le problème de la durée d'incubation de la spirochétose ictéro-hémorragique chez l'homme.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

QUELQUES TYPES D'ORDONNANCES POUR UNE CONSULTATION DE MÉDECINE INFANTILE [1]

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher).

POUSSÉE ÉVOLUTIVE

1° Appliquer tous les deux jours, à l'endroit indiqué, un petit cataplasme sinapisé *tiède*, qu'on retirera dès que la peau aura rougi.

2° Donner, au milieu de chacun des deux principaux repas, une semaine sur deux, dans un peu d'eau, une bonne pincée à sel de la poudre suivante :

Poudre

Poudre de Ferrier .... 25 grammes
(Provision.)

3° Laisser l'enfant au lit, bien couvert, la fenêtre ouverte le jour, si possible, mais en s'arrangeant pour que l'air ne vienne pas directement sur lui. Repos complet.

Régime alimentaire. — Potages épais, œufs, laitages, viandes grillées ou rôties sans sauces, poissons bouillis, légumes en purée, sardines ou thon à l'huile, purées, pâtes alimentaires (riz, macaroni, entremets), confitures ou fruits cuits. Peu de pain (la croûte seulement). Comme boisson, eau pure.

4° Si l'enfant crache, le faire cracher dans un crachoir spécial, qui sera désinfecté en le trempant dans de l'eau additionnée de cristaux que l'on fera bouillir un quart d'heure.

5° Eloigner de lui les autres enfants.

PRURIGO. STROPHULUS

1° Lotions avec de l'eau vinaigrée tiède (un quart de vinaigre, trois quarts d'eau).

2° Poudrer ensuite avec la poudre suivante :

Poudre

Camphre..................... 0,50 centigrammes
Talc......................... 50 grammes
M.

3° Donner, tous les deux jours, une semaine de suite, le matin à jeun, dans un peu d'eau, un des granules suivants :

15 granules de calomel à un centigramme.
(Provision.)

4° Régler l'alimentation.

SCABIOSE

1° *Scabiose simple.* — Faire, trois jours de suite, une onction de tout le corps (tête exceptée) avec la :

Pommade

Pommade au polysulfure de Milian.. 100 grammes
(Provision.)

Le troisième jour, savonnage et bain.
Désinfection du linge à l'étuve.

2° *Scabiose infectée.* — Commencer par faire tomber les croûtes avec des pansements à l'eau boriquée, et appliquer ensuite la pommade de Milian.

TRACHÉITE AIGUE

§ I. — *S'il n'y a pas de fièvre.*

1° Mettre dans chaque narine, cinq à six fois par jour, gros comme un pois de :

Pommade

Vaseline camphrée au 1/50 .... 30 grammes

2° Donner, trois fois par jour, une cuillerée à ...... de :

Sirop de Tolu .... 125 grammes

3° Laisser l'enfant au lit et au chaud. Alimentation légère.

§ II. — *S'il y a de la fièvre.*

1° Mettre dans chaque narine, cinq à six fois par jour, gros comme un pois de :

Vaseline camphrée au 1/50.......... 30 grammes

2° Bains à 36°-37°, d'une durée de cinq minutes, en ayant soin d'appliquer sur le front, pendant toute la durée du bain, un petit mouchoir trempé dans de l'eau fraîche : deux par jour, un le matin, un le soir.

3° Dans l'intervalle, et pendant deux jours au plus, enveloppements humides et chauds du tronc.

4° Chaque jour, avant le repas de midi, appliquer sur la poitrine, tantôt en avant, tantôt en arrière, un cataplasme sinapisé *tiède*.

5° Donner toutes les trois heures, le jour, la potion suivante :

Potion

Acétate d'ammoniaque .... 2 grammes
Alcool à 40°........................ 5 —
Sirop de Tolu....................... 20 —
Eau distillée............ Q. S. P. 90 cent. cubes
M.

6° Lui mettre, chaque soir, un des suppositoires suivants :

Suppositoire

Sulfate de quinine........... vingt centigrammes
Beurre de cacao .... 2 grammes
M.
Pour un suppositoire arrondi. — 6 (provision).

7° Repos au lit et au chaud. Alimentation : lait, bouillon de légumes, tisanes chaudes.

STOMATITES

1° Appliquer, au-devant du cou, des compresses humides et chaudes.

2° Gargarismes, s'ils sont possibles, quatre fois par jour, avec un verre d'eau bouillie très chaude dans laquelle on aura fait dissoudre un des paquets suivants :

Paquets

Salicylate de soude.................. 1 gramme
Pour un paquet. — N° 12 (provision).

3° Sinon, faire sucer, chaque jour, 3 à 4 pastilles de chlorate de potasse.

4° Alimentation réduite ; repos à la chambre ou au lit, selon les cas ; faire voir les urines (albuminurie).

(*A suivre.*)

---

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 60, p. 1128 ; n° 65, p. 1208 ; n° 72, p. 1326 ; n° 78, p. 1428 ; n° 82, p. 1494.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1931-1932 (1)

DOCTORAT D'ÉTAT. — 9. BERTRAND. — Les idées délirantes religieuses dans la schizophrénie.

28. BIECHLER. — Les ventouses sèches dans la thérapeutique. Histoire et résultats physiologiques de leur application.

29. BLEITRACH. — Etude médico-sociale des législations françaises sur les accidents du travail (Loi du 9 avril 1898 et législation appliquée en Alsace-Lorraine.

7. BLOCH. — Contribution à l'étude du délire de jalousie.

30. GRÉMILLET. — Contribution à l'étude du traitement général des infections septicémiques.

4. GRÉVILLIOT. — Sur un cas de réticulo-granulomatose maligne diffuse à prédominance cutano-musculaire avec état leucémique terminal. Contribution à l'étude des granulomatoses malignes.

31. GROGNOT. — Considérations sur les phlegmons de la loge amygdalienne.

1. GRUNWALD. — La torsion intestinale chez les reptiles.

6. HELLER. — Un cas d'aphasie glosso-psychique (Aphasie paramnésique de Pitres).

20. HOFSTEIN. — Influence du régime sans sel sur la sécrétion gastrique. Applications thérapeutiques.

17. IRRMANN. — Résultats éloignés des résections d'estomac pour cancer.

14. KISSEL. — Notes biographiques sur Emile Küss, professeur à la Faculté de médecine, maire de Strasbourg (1815-1871).

26. KUEPPERT. — Contribution à l'étude des formes fantastique et confabulante de la paraphrénie.

21. KUNLIN. — Contribution à l'étude de l'ulcère peptique expérimental.

8. MESSERLIN. — La source sulfureuse « Juvo » à Altkirch (Haut-Rhin). Etude chimique et physico-chimique. Indications thérapeutiques.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, Montpellier, n° 79, p. 1446; Marseille, n° 85, p. 1558.



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Livraison des bagages à domicile. — Les bagages expédiés d'une gare quelconque du P.-L.-M. à destination de Paris, Lyon, Marseille, Cannes, Nice, Monte-Carlo et Menton peuvent être, sur demande faite au moment de l'enregistrement, livrés à domicile.

Les frais de livraison sont payés à domicile en même temps que la taxe d'enregistrement.

15. METZGER (Henri). — Recherches sur la constitution des protides du sérum à l'état normal et pathologique.

12. METZGER (Oscar-Georges). — Essai sur l'arachnoïdite spinale. (D'après dix cas personnels).

13. MEYER. — L'accouchement sans douleur au pernocton.

26. NERSON. — Les cas de procédence du cordon ombilical observés à la Clinique d'accouchements de Strasbourg pendant les dix dernières années (1921-1931).

32. REDELSPERGER. — Notes biographiques sur le docteur Charles Schützenberger, professeur à l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg (1809-1881).

27. SCHAEFFER. — Quelques réflexions sur l'appendicite aiguë.

22. SCHREIBER. — Les travaux récents de médecine légale en Allemagne.

28. SCHWOB. — Contribution à l'étude de la néphrose lipoïdique.

10. SILBER. — Contribution à l'étude de la vitesse de sédimentation des globules rouges.

19. STAUB. — Médecine légale actuelle des armes de chasse. (Détermination de la distance du tir).

11. STOERR. — L'anorexie mentale.

34. VAINCHTOCK. — La conception d'un quartier de sûreté pour aliénés criminels.

27. WENINGER. — Contribution à l'étude des malformations dentaires et maxillaires dans quelques états psychopatiques constitutionnels.

5. WESTPHAL. — Contribution à l'étude de la tuberculose de l'urètre et, en particulier, du rétrécissement tuberculeux urétral.

31. WIEDERKEHR. — Les tumeurs du carrefour des grandes voies biliaires et leur traitement opératoire.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 2. BERGER. — Contribution au diagnostic précoce des appendicites aiguës atypiques. A propos de deux observations personnelles d'appendicite aiguë avec diarrhée et vomissement.

29. DIMITROFF. — Introduction à l'étude du paludisme en Macédoine orientale.

37. FRIED (Edouard). — Contribution à l'étude des hernies intraspongieuses du disque intervertébral chez l'adulte.

18. FRIED (Etie) (Mlle). — Etude clinique et expérimentale de la fièvre récurrente hispano-africaine. (A propos des trois premiers cas de fièvre récurrente à tiques observés en Tunisie).

35. GOLDWERTH. — Etude sur quatre observations de paraplégie à début rapide.

3. HALBRECHT. — L'importance sociale de la médecine préventive. Un exemple à l'Université de Strasbourg.

36. RABINZON. — Contribution à l'étude des injections intra-tissulaires de l'eau minérale de Sierck isotomisée.

33. RIKOWER. — La mortalité cancéreuse en Alsace-Lorraine dans les dix dernières années (1921-1930).

16. SEIDMAN. — Histoire du paludisme en Alsace au XIXe siècle.

32. SER. — Contribution à l'étude du chimisme gastrique.

24. SLAVTCHEFF. — Biographie du professeur Bouchard.

25. SPERBER. — Contribution à l'étude des colites ulcéreuses chroniques.

30. STERGIOU. — Les résultats éloignés du traitement sanglant des fractures malléolaires récentes et fermées.

23. ZACH. — Contribution à l'étude des fractures isolées des apophyses transverses lombaires.

LIVRES NOUVEAUX

La cure thermale carbo-gazeuse en thérapeutique cardio-vasculaire (1), par Pierre-Noël DESCHAMPS, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, médecin assistant du service de cardiologie de l'hôpital Lariboisière, médecin-consultant à Royat. Préface du professeur H. VAQUEZ.

Bien que de nombreux travaux aient paru concernant l'emploi, en thérapeutique cardio-vasculaire, des bains carbo-gazeux naturels ou hydro-minéraux, il n'existe encore aujourd'hui, au moins en France, aucun ouvrage d'ensemble sur la question. Et pourtant, il s'agit là d'un mode de cure thermale qui repose sur des bases physiologiques établies et dont l'efficacité se juge par les bons effets constatés chez les malades. Le but de ce petit livre essentiellement pratique est de mettre au courant de cette méthode thérapeutique, de ses indications, de ses résultats, de sa technique, les médecins qui connaissent déjà, par ses résultats, la cure thermale carbo-gazeuse, ceux qui l'ignorent, ceux même qui affichent à son égard un certain scepticisme. Il s'agit d'un travail avant tout objectif, où l'auteur a fait une place prépondérante à la relation des faits expérimentaux et cliniques, en se gardant le plus possible des pures hypothèses.

Après une étude sur les sources thermales carbo-gazeuses, et sur l'action pharmacodynamique du bain carbo-gazeux, il expose les médications des cures carbo-gazeuses, montrant leurs effets conjugués ou opposés suivant la source à laquelle on a recours.

La posologie des cures carbo-gazeuses est traitée comme s'il s'agissait d'une ordonnance. Pas de détail qui n'ait ici son importance ; l'auteur spécifie tout avec précision : la conduite de la cure, le régime, les médications adjuvantes.

Une bibliographie termine ce livre. L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 24 octobre. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Legueu, Lemierre, Fey. — M. SOMMILLON. Action des extraits placentaires sur les troubles de la ménopause naturelle et provoquée. — M. GARNIER. Des phlegmons prostatiques. Leur traitement par voie urétrale. — Mme DELTHIL. Les conjonctivites de nature anaphylactique.

Mardi 25 octobre. — Jury : MM. Binet, président ; Brindeau, Gougerot, Gastinel. — M. MAGGI. Etude de la vaccination intra-dermique. — M. PETIT. Sur les différents procédés de césarienne abdominale utilisés dans les cas impurs. — M. LEVIN. La réaction de conglomération de Muller. Son application au diagnostic de la syphilis.

Jeudi 27 octobre. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Tanon, Olivier, Sézary. — M. BEUSIMON. Essai sur le comte de Cagliostro, aventurier, philanthrope et guérisseur occasionnel. — M. CHAMBRIN. Organisation de l'hygiène sociale dans le département des Côtes-du-Nord.

Mardi 25 octobre. — (Thèses vétérinaires). — Jury : MM. J.-L. Faure, président ; Tanon, Bresson, Coquot, Dechambre, Robin. — M. DAINTIER. Ovariectomie de la jument par le fuyant du plane. — M. HANTZ. Production mulassière du Maroc.

(1) Collection Médecine et Chirurgie pratiques. In-8 de 142 p. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

CIRRHOSE ATROPHIQUE DU FOIE [1]

1° Tuberculose. — *Péritonéale.* Cette complication est peut-être moins fréquente qu'on ne le croyait. Le ventre devient douloureux, l'ascite tend à perdre sa mobilité, des vomissements, de la diarrhé apparaissent, la température se met à osciller. Mort dans la cachexie.

Pleuro-pulmonaire. Mode de terminaison fréquente du cirrhotique dans le milieu hospitalier : tuberculose pulmonaire ou même granulique.

2° Affections aiguës. — Elles sont fatales aux cirrhotiques. Pneumonie bâtarde, congestion pulmonaire sans vive réaction, érysipèle entraînant rapidement la mort.

Les pyogènes peuvent venir contaminer le liquide d'ascite, soit à la suite d'une ponction, soit par voie sanguine. Cette complication est peut-être plus fréquente qu'on ne le croyait, la symptomatologie de ces péritonites est le plus souvent très fruste. Nous en avons déjà parlé à l'occasion du liquide d'ascite.

Enfin, nous ne pouvons que signaler la pyléphlébite oblitérante, qui est un accident rare.

FORMES CLINIQUES

Cirrhose avec ictère. — Dans la C. alcoolique, en dehors de toute teinte ictérique des téguments, l'examen des urines montre la présence de sels biliaires et de pigments — uroboline le plus souvent —, parfois pigments normaux. La cholalurie sans pigments a été signalée.

La C. de Laënnec n'est, en général, que subtérique. Rarement on constate un ictère franc, passager ou persistant. Tous ces faits témoignent de l'atteinte parenchymateuse au cours des cirrhoses.

L'ictère hémolytique a été signalé au cours de la C. de Laënnec.

DIAGNOSTIC

A. Période pré-ascitique. — Le diagnostic est difficile. On ne peut guère qu'en soupçonner l'existence quand on trouve chez un alcoolique des troubles digestifs, un léger subictère, un ventre météorisé, des veines abdominales distendues.

Parfois, le diagnostic est égaré :

— C'est une hématémèse, qui fait penser à un ulcère ou à un cancer ;

— C'est un œdème des membres inférieurs qu'il ne faudra pas prendre pour un œdème brightique ou cardiaque ;

— C'est une poussée de subictère qui peut faire croire à un ictère catarrhal.

B. Période ascitique. — Le diagnostic est en général facile.

a) *L'ascite est aisément reconnue* et nous ne nous arrêterons guère à signaler des erreurs de diagnostic qu'évitera un examen un peu attentif.

— Rétention d'urine,

— Grossesse avec hydramnios,

— Kyste de l'ovaire qui peut d'ailleurs se compliquer d'ascite.

Nous insistons, au contraire, sur la difficulté de déceler une légère ascite dans un abdomen adipeux ou météorisé.

b) *Eliminer les autres causes d'ascite :*

Péritonite tuberculeuse. — Dans sa forme ascitique n'apparaît pas à l'âge de la cirrhose de Laënnec.

— Sujet jeune en général,

— L'absence de grosse rate, de circulation collatérale nette montre qu'il ne s'agit pas d'hypertension portale,

— Foie normal,

— Il y a généralement de la température et souvent des douleurs,

— Liquide d'ascite plus fibrineux. Contient dès la première ponction de nombreux lymphocytes et tuberculise le cobaye,

— Mais l'ascite cirrhotique peut se bacillisèr et les associations sont possibles.

Péritonite cancéreuse. — Cachexie rapide.

Liquide d'ascite souvent hémorragique. On y recherche la présence de cellules néoplasiques.

Recherche du cancer viscéral.

c) *Si le diagnostic hésite, on ponctionnera l'ascite, on pratiquera une palpation minutieuse de l'abdomen après évacuation.*

Petit foie, grosse rate qui masquait l'ascite.

On fait un diagnostic de cirrhose de Laënnec et on élimine une cirrhose hypertrophique ascitique, un néo secondaire du foie venant comprimer la veine porte.

Il ne s'agit maintenant que de faire un diagnostic étiologique :

L'alcoolisme reste la cause essentielle de la C. de Laënnec. On le recherchera avec soin. Interrogatoire du malade et de son entourage, recherche des stigmates d'éthylisme. Mais parfois on ne trouve rien de précis, on doit toujours songer à la

Syphilis, qui peut donner une cirrhose atrophique. C'est dire avec quel soin on fouillera les antécédents de ce malade et que l'on recherchera à dépister les stigmates possibles de la spécificité.

Toujours on fera une réaction de Wassermann avec le sang ou même le liquide d'ascite.

Tuberculose. — On n'omettra jamais d'examiner les sommets d'un cirrhotique. Il faut savoir, en effet, que la tuberculose, chez les alcooliques peut, rarement il est vrai, donner une cirrhose atrophique : un foie ficelé tuberculeux (Hanot et Gilbert) à marche rapide, à manifestations fébriles. Le liquide ascitique est fibrineux et pathogène pour le cobaye. Enfin, on pratique :

L'examen du cœur. — La cirrhose, dite cardiaque, se montre surtout chez les cardiaques alcooliques.

Tels sont les éléments étiologiques que l'on devra rechercher et, si l'on dépiste l'un d'eux, l'on n'oubliera pas qu'il n'est pas forcément la cause de la cirrhose qui évolue. On voit donc que la lésion scléreuse du foie, du type Laënnec, n'est qu'un syndrome anatomo-pathologique, commun à des affections de causes diverses. Parmi ces dernières, il nous reste à signaler la Maladie de Banti qui, arrivée au terme de son évolution, peut réaliser tout le tableau de la Cirrhose de Laënnec.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 82, p. 1498; n° 84, p. 1538.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 87. — SAMEDI 29 OCTOBRE 1932. 105e ANNEE. SAMEDI 29 OCTOBRE 1932. — N° 87.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : **50** c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE PARIS. — La séance solennelle de rentrée de l'Université aura lieu le 5 novembre prochain, à 15 h., dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Charléty, recteur. Les nouveaux docteurs *honoris causa* MM. Sugiyama, professeur de droit français à l'Université de Tokio; William Guthrie, professeur honoraire aux universités de Colombia et de Yale; Sanarelli, professeur à la Faculté de médecine et de chirurgie de Rome; Marañon, professeur à l'Université de Madrid; sir C. Raman, professeur à l'Université de Calcutta, et M. Staff, professeur à l'Université d'Upsal, recevront le diplôme et les insignes de leur grade.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — A l'occasion de la rentrée de l'Université, les cours et travaux pratiques de la Faculté vaqueront le samedi 5 novembre. La bibliothèque sera fermée.

— ALGER. — Il est créé, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, un emploi d'agrégé et un emploi d'assistant.

CITÉ UNIVERSITAIRE. — On vient d'inaugurer deux nouvelles fondations à la Cité universitaire. L'une est la fondation Rosa Abreu de Grancher destinée aux étudiants cubains, l'autre, due à l'initiative de M. Politis, ministre de Grèce à Paris, abritera les étudiants hellènes.

Sont en voie d'achèvement : la maison des provinces françaises, le collège d'Espagne, le collège néerlandais, le pavillon suisse, le pavillon de Monaco et le collège franco-britannique.

Des services centraux comprenant le service médical sont également en cours.

Actuellement, grâce aux admirables et persévérants efforts de M. le sénateur Honnorat, la Cité universitaire dispose des chambres suivantes :

Fondation Deutsch de la Meurthe, 340 chambres; Argentine, 75; Belgique, 220; Canada, 45; Cuba, 71; Danemark, 40; Etats-Unis, 258; Grèce, 60; Indochine, 100; Japon, 58; Institut agronomique, 150.

GUERRE. — Sont nommés professeurs à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, à compter du 3 novembre 1932 :

Chaire de chirurgie de guerre, appareillage et orthopédie. — M. le médecin commandant Clavelin, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Chaire de chirurgie spéciale. — M. le médecin lieutenant-colonel Lacaze, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

— Mutations :

M. le médecin commandant Codvelle, professeur agrégé du Val-de-Grâce, est nommé professeur agrégé libre chargé d'enseignement à l'Ecole du Service de santé militaire.

M. le médecin commandant Saby, médecin des hôpitaux militaires, est affecté à l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon.

M. Delaye, médecin commandant, professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole du Service de santé militaire, Lyon, est affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, Paris (chaire de chirurgie de guerre (appareillage et orthopédie).

M. Hugonot, médecin commandant, professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole du Service de santé militaire, Lyon, est affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, Paris (chaire de neuro-psychiâtrie, médecine légale,

législation, administration et service de santé militaire, déontologie).

M. Ferrabouc, médecin capitaine, professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole du Service de santé militaire, Lyon, est affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, Paris (chaire d'hygiène et de prophylaxie).

M. Germain, médecin capitaine, professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, Paris (chaire de chirurgie de guerre, appareillage et orthopédie), est maintenu à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, Paris (chaire de chirurgie spéciale).

MARINE. — Les officiers du Corps de santé dont les noms suivent ont obtenu, après concours, le titre de professeur agrégé des écoles de médecine navale.

A. LIGNE MÉDICALE. — *Branche bactériologie-hygiène.* — M. Bideau, médecin principal, en service à Paris.

B. LIGNE PHARMACEUTIQUE. — *Branche chimie, sciences physiques et naturelles.* – M. Audiffren, pharmacien-chimiste de 1re classe en service à Toulon.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Est nommé médecin directeur de la colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier), en remplacement de M. le docteur Ameline, admis à faire valoir ses droits à la retraite, M. le docteur Vié, déjà chargé, à titre provisoire, des fonctions de ce poste.

CONCOURS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un concours pour l'emploi de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de la Santé publique, le lundi 6 mars 1933.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à 12.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, de pièces justificatives de leurs états de service et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère de la Santé publique, 7, rue de Tilsitt, jusqu'au samedi 4 février 1933 inclus.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET LA PRÉPARATION MILITAIRE SUPÉRIEURE

Après les démarches faites au ministère de la Guerre par la délégation de l'Association Corporative des étudiants en médecine que j'accompagnai fin septembre, M. le directeur du cabinet du ministre m'a informé par lettre officielle *que c'est uniquement en raison des compressions budgétaires que les admissions au concours des E. O. R. du Service de santé ont été sensiblement réduites cette année.* Il a ajouté cependant « *qu'il sera examiné avec le Directeur du Service de santé si des facilités nouvelles peuvent être envisagées en faveur des étudiants qui, n'étant pas titulaires du brevet de P. M. S., ont cependant obtenu de bonnes notes à l'examen* ».

Je rappelle en effet que les candidats n'ont été nommés élèves-officiers de réserve du service de santé qu'au-dessus de la note 14,95 sur 20, qui est en somme une bonne note à moins que les chiffres n'aient plus de valeur. L'Association Corporative a pris acte de la promesse ministérielle et a décidé d'en référer au Parlement qui doit faire respecter sa volonté.

D'accord avec M. Viogey, président de la section de médecine de l'Association, nous nous sommes présentés chez le colonel Fabry, député de Paris et président de la Commission de l'Armée, qui nous a fort bien accueillis. *Quelle que soit la formule de désarmement arrêtée à Genève,* nous a-t-il dit, *on n'a pas le droit de diminuer les cadres d'officiers de réserve, surtout quand il s'agit de les instruire. Or le service actif des élèves-officiers de réserve constitue pour ces derniers une véritable école militaire. Si jamais le clairon sonnait à nouveau comme le* 31 *juillet* 1914, *les officiers de réserve auraient dans le pays une charge écrasante à remplir. Qu'on ne l'oublie pas.* Sur les conseils du colonel Ferrandi, conseiller municipal de Paris et secrétaire de la rédaction de la *France militaire*, nous avons déposé dans les mains du colonel Fabry les contre-propositions de l'Association Corporative qui sont au nombre de trois et qui consistent à :

A. Nommer médecins auxiliaires tous les candidats à la P. M. S. ayant obtenu 12 sur 20 et au-dessus ; par compensation de cette dépense (100.000 francs environ), ne les nommer sous-lieutenants que lors de leur passage dans la réserve.

B. Si c'est trop onéreux, les nommer au bout de deux mois de service.

C. En tout cas, ne pas leur faire faire leurs classes et leur faire remplir dès leur incorporation les fonctions de médecin auxiliaire.

La question est étudiée à la Commission de l'Armée et nous croyons savoir qu'une solution favorable doit intervenir.

MAURICE MORDAGNE.

XLIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 3-8 octobre 1932 (1)

PREMIÈRE QUESTION

CHIRURGIE DU CŒUR

Chirurgie des tumeurs et des rétrécissements valvulaires du cœur.

Résumé du rapport de M. Lenormant (de Paris).

Les tumeurs primitives du cœur sont rares ; la littérature n'en relate que 150 cas ; toutes ont été des trouvailles d'autopsie.

Il s'agit de tumeurs des valvules, généralement petites et pédiculées, ou de tumeurs des cavités dont le siège le plus habituel est l'oreillette gauche, ou bien enfin de tumeurs des parois.

Cinquante-huit fois sur cent, ce sont des néoplasmes bénins : rhabdomoymes, myxomes, fibromes, lipomes ; dans les autres cas, ce sont des tumeurs malignes, des sarcomes le plus souvent.

L'extirpation chirurgicale devrait être pratiquement réalisable, exception faite du sarcome qui donne trop précocement ses métastases. Mais la symptomatologie est tellement fruste ou tellement banale que pas une seule fois le diagnostic clinique n'a pu être posé.

A côté des tumeurs proprement dites, il convient de considérer les kystes hydatiques du cœur, dont 137 observations ont été retrouvées par Dévé. Les conditions anatomiques sont ici jusqu'à un certain point favorables à l'opération. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une manifestation unique, et contrairement à l'opinion classique, initiale de l'échinococcose. Le kyste siège le plus souvent dans l'épaisseur du myocarde, à gauche surtout. Là encore, la symptomatologie est pauvre : arythmie, palpitations, dyspnée, élargissement de la matité cardiaque. Livré à lui-même le kyste évolue vers la rupture dans le péricarde ou les cavités cardiaques. La mort n'est point fatale ; on observe généralement une échinococcose secondaire, mais la guérison spontanée est possible dans 12 % des cas.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic fait, grâce surtout à la radiographie et aux réactions de Weinberg et de Casoni, rien ne s'oppose au traitement chirurgical qui devrait consister en une ponction évacuatrice suivie du formolage de la poche kystique. Ainsi comprise, l'intervention n'a pas encore été pratiquée.

Brunton proposa en 1902 la section du rétrécissement mitral. Cette proposition suscita de nombreuses recherches expérimentales et quelques applications cliniques.

Trois méthodes ont été utilisées chez l'animal.

1° La section à ciel ouvert de dehors en dedans (Von Hacker, Tuffier, Carrel). — Elle nécessite la suspension de la circulation, ce qui en limite singulièrement l'emploi. Elle est restée « un tour de force » sans application pratique.

2° La section de dedans en dehors par voie ventriculaire (Schopelmann, Allen, Cushing, Cutler, Beck, etc.). — Par une incision du myocarde, on introduit dans la cavité du ventricule un ténotome courbe que l'on dirige vers l'orifice auriculo-ventriculaire. C'est une méthode aveugle. Seize fois sur cent, la valvule fut « manquée » par Allen. La mortalité chez l'animal est considérable, et cependant, Doyen et Cutler n'ont pas hésité à utiliser cette technique chez l'homme.

3° La section de dedans en dehors sous contrôle de la vue par voie auriculaire. — La minceur des parois de l'oreillette permet l'introduction des instruments et leur progression dans les cavités cardiaques. On peut s'aider, à la manière d'Allen, d'un cardioscope éclairant l'instrument et la valvule. Dans ces conditions, Allen a pu opérer 186 animaux sans manquer la valvule une seule fois, avec deux morts opératoires seulement. Usant de la même méthode chez l'homme, il eut cependant un échec.

Le nombre des tentatives opératoires en chirurgie humaine pour des rétrécissements des orifices cardiaques est actuellement de douze. Les résultats sont peu encourageants. Des 12 opérés, 9 sont morts avant la fin de la première semaine ; et des 3 autres, un seul a guéri ; encore est-il difficile d'affirmer que l'élargissement réalisé par l'opération au niveau de la valvule mitrale ait été pour quelque chose dans l'amélioration de sa circulation.

La section des rétrécissements valvulaires n'est pas la seule intervention chirurgicale que l'on puisse imaginer dans le traitement des lésions orificielles.

La sténose mitrale est mieux tolérée, semble-t-il, quand elle est associée à une persistance du trou de Botal.

Firket et Lutembacher ont observé que cette double lésion n'avait pas empêché 2 femmes de vivre jusqu'à 61 et 74 ans, et de mener à bien l'une, sept grossesses et l'autre onze. D'où l'idée de traiter le rétrécissement mitral par la perforation chirurgicale de la cloison inter-auriculaire.

Des essais ont été faits sur des moutons, des chiens et des lapins. L'opération n'a jamais été pratiquée chez l'homme, mais il convient de noter que quelques-uns des animaux ainsi traités ont survécu.

D'autre part, l'expérimentation a montré que la section du péricarde pouvait modifier heureusement les troubles qu'entraînent les lésions valvulaires.

Le sac péricardique joue vis-à-vis du myocarde un rôle de soutien. Il fait contrepoids à la pression intracardiaque ; il empêche le cœur de se dilater ; il renforce la faible musculature des cavités droites et les maintient au-dessous de leur maximum de capacité. Ainsi, le cœur du chat enfermé dans son péricarde peut contenir 12 centimètres cubes de sang ; après ouverture du péricarde, il peut recevoir 11 centimètres cubes de plus.

De ces faits expérimentaux, on ne saurait tirer des conclusions toujours applicables à l'homme, car la dilatation cardiaque consécutive à une péricardotomie ne peut être utile que si le cœur est encore capable de réagir et de s'accommoder.

Au surplus, on n'a jamais essayé d'intervention de cet ordre ; mais peut-être un jour sera-t-on tenté de le faire.

La chirurgie des péricardites chroniques. — Il ne s'agit plus ici de vues théoriques, de recherches expérimentales ou d'anticipations audacieuses. Le traitement opératoire des péricardites chroniques constitue un chapitre important de la chirurgie du cœur ; une difficulté persiste cependant : celle du diagnostic.

Méthodes opératoires : En 1895, Weill (de Lyon), propose de débrider les adhérences péricardiques au moment précis où la symphyse arrivée au stade fibreux échappe définitivement à l'action médicale pure.

Reprise par Delorme en 1913 et 1914, l'intervention « se propose comme but général de détruire les adhérences qui unissent le feuillet pariétal du péricarde à son feuillet viscéral, .. au cœur... » La cardiolyse doit être précoce.

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Voir séance d'ouverture, *Gaz. des hôpit.*, 1932, p. 1482.

Weill et Delorme avaient conçu l'opération. Elle fut réalisée par Hallopeau qui trouva peu d'imitateurs.

Actuellement, 8 cas seulement ont été publiés.

Brauer (de Marbourg), frappé de l'importance des signes pariétaux de la symphyse, notamment de la rétraction systolique précordiale, pensa que la résection des cartilages et des côtes éviterait au cœur un travail inutile et dangereux, et le remettrait dans des conditions normales de fonctionnement. L'opération de Brauer se répandit rapidement, et en 1910, 27 observations en avaient été publiées.

Pour juger de la valeur de la cardiolyse (Weill-Delorme) et de la thoracectomie précordiale (Brauer), il est nécessaire de considérer d'abord les lésions des péricardites chroniques et leurs conséquences sur le fonctionnement du cœur.

La péricardite chronique, fréquemment rencontrée au cours des autopsies, est cliniquement beaucoup plus rare. Elle ne se révèle, du vivant du malade, que si elle est suffisamment accusée pour gêner le fonctionnement du cœur.

On la rencontre surtout chez l'enfant et l'adolescent ; elle est rhumatismale ou tuberculeuse.

Les lésions sont excessivement variables en étendue comme en profondeur. On note des adhérences partielles et des symphyses totales. Parfois, les lésions s'étendent à distance, au delà du péricarde, dans l'intimité des tissus voisins.

A chacun de ces types anatomo-cliniques, on a voulu opposer une intervention chirurgicale déterminée : aux brides intra-péricardiques, la section de ces brides ; à la médiastino-péricardite avec adhérences pariétales antérieures, la thoracectomie précordiale de Brauer ; aux adhérences péricardio-diaphragmatiques, la phrénicectomie ; à la péricardite calleuse, la péricardectomie de Schmieden.

Indications cliniques. — L'auteur insiste sur la difficulté du diagnostic qu'il faudra étayer sur les observations cliniques, l'examen direct du cœur, l'examen des troubles généraux de la circulation, les épreuves radiologiques. L'erreur sera toujours possible, mais une bonne clinique diminuera considérablement les méprises.

Le problème se compliquera souvent de l'association aux lésions du péricarde, de rétrécissements ou d'insuffisances valvulaires et d'altérations du myocarde.

Le choix des méthodes chirurgicales devra s'inspirer dans chaque cas, non seulement des lésions anatomiques et des signes cliniques, mais encore des difficultés techniques.

La thoracectomie précordiale. — L'opération de Brauer consiste dans une résection portant sur les cartilages costaux, les côtes gauches, et éventuellement le sternum. Son but est d'assouplir et de mobiliser la paroi thoracique.

La technique est simple (thèse de Merle d'Aubigné, Paris, 1928).

On utilise de préférence l'anesthésie locale ou régionale, sauf chez l'enfant.

L'incision le plus souvent employée dessine un lambeau rectangulaire à pédicule externe et donne un accès large sur les côtes et leurs cartilages. On a parfois observé une gangrène plus ou moins étendue de ce lambeau.

La résection doit porter sur 4 arcs costaux au moins, du 4e au 7e ou du 3e au 6e, suivant la position de la pointe du cœur. En largeur, elle doit aller pour chacun des arcs, de l'extrémité sternale du cartilage jusqu'à une distance de 8 à 10 centimètres.

Faut-il faire une résection sous-périostée ou enlever avec l'os le périoste de sa face profonde ? — La conservation du périoste peut entraîner la régénération des côtes et rendre ainsi l'opération inutile. Elle a cependant l'avantage de ne pas exposer à la blessure de la plèvre et à son infection.

Sur 112 observations de thoracectomies précordiales pour symphyse péricardique, il y a eu 4 morts survenues dans les 48 heures et 2 autres morts au cours de la première semaine, soit une mortalité précoce de 5,3 %.

Il s'agit, au total, d'une intervention relativement bénigne, car beaucoup de malades ainsi traités sont en pleine insuffisance cardiaque.

Quels en sont les résultats ? — On ne peut que les juger après un certain temps, un an au moins.

L'intervention est suivie d'ordinaire d'un soulagement subjectif rapide. La respiration est meilleure, la cyanose diminue, les toni-cardiaques reprennent une certaine efficacité, la diurèse est suffisante.

Cette amélioration peut être durable, mais souvent les symptômes réapparaissent et la maladie reprend son cours, d'autant que parfois, un refroidissement, un écart de régime, une nouvelle poussée rhumatismale aggravent l'état du sujet.

En éliminant les 6 morts précitées, le rapporteur signale 41 cas insuffisamment suivis dont du reste 6 sont probablement des échecs. Restent 65 observations utilisables.

Les survivants après un an, sont au nombre de 43.

Parmi ceux-ci : 3 mourront avant la fin de l'année suivante, 4 entre la 2e et la 3e années ; 5 entre la 4e et la 5e.

La phrénicectomie. — Elle ne peut s'appliquer qu'au cas particulier des adhérences cardio-diaphragmatiques.

C'est une opération simple et logique. Les quelques rares observations connues sont encourageantes ; mais il importe que le phrénique gauche soit non pas simplement sectionné mais encore véritablement arraché sur une certaine longueur.

Opérations directes sur le péricarde. — Une question se pose commune à toutes ces interventions : celle de la voie d'accès.

La plupart des auteurs taillent un lambeau de parties molles à base externe, résèquent 3 ou 4 côtes avec leurs cartilages.

Schmieden conseille, en fin d'opération d'extirper le grand pectoral du lambeau ; on obtiendrait ainsi plus de souplesse et les adhérences se reproduiraient moins facilement.

Dans les cas où l'on se propose la libération du bord droit du cœur, il pourrait être utile de pratiquer une chondrectomie bilatérale portant sur les 3e, 4e, 5e et 6e cartilages costaux.

D'autres auteurs ont sectionné le sternum et écarté les deux fragments ; mais il convient dans ces conditions de réaliser une interposition dans la fente sternale pour éviter le rapprochement ultérieur des fragments.

La libération des adhérences intra-péricardiques se fait soit à la sonde cannelée, soit au doigt, quand elles ne sont pas encore organisées.

Dans les péricardites aiguës, la reproduction des adhérences est de règle, et Tuffier se demandait si certaines d'entre elles ne sont pas par contre, susceptibles de disparaître spontanément.

En cas d'adhérences anciennes, la section instrumentale s'impose.

A la suite d'un échec, après une péricardiolyse, L. Rehn eut l'idée de reséquer la partie antérieure d'un péricarde fibreux dans le but d'empêcher la reproduction des adhérences et de la remplacer par un transplant aponévrotique ou graisseux.

Une telle résection n'entraîne pas de troubles graves. Il s'agit là d'une intervention sérieuse. Pour 12 cas, on compte une mort opératoire, une mort précoce au 9e jour. Chez l'un des opérés, il y eut une déchirure de l'oreillette droite. Une suture fut pratiquée et le malade guérit.

Au total, les résultats à longue échéance ne sont pas supérieurs à ceux de la thoracectomie. Abstraction faite des 2 morts, on compte pour 10 cas, un échec complet, 4 dé-

cès, survenus avant la fin de la 2e année, et 3 succès, dont un seul a été constaté après plus d'un an.

Volhard s'est montré encore plus audacieux. Il a préconisé la décortication du cœur, la péricardectomie viscérale. Cette suppression des 2 feuillets péricardiques n'est jamais pratiquement totalement réalisée. Schmieden conseille pourtant de ne s'arrêter que lorsqu'on voit partout la couleur de la fibre musculaire cardiaque. Il faut « peler le cœur comme une orange » ; il faut « détacher l'une après l'autre les couches calleuses, comme les écailles d'un oignon ».

On conçoit qu'il s'agit là d'une intervention délicate qui expose aux pires accidents. Bigger la considère comme une opération « formidable ». 47 cas publiés comportent 10 décès immédiats, et 2 dans la semaine, soit une mortalité précoce de 25,5 %.

Les accidents le plus souvent observés sont la blessure de la plèvre, la déchirure d'une cavité cardiaque ou de la veine cave, les troubles graves du rythme cardiaque allant jusqu'à la fibrillation, la dilatation aiguë du ventricule droit.

Cependant, si la péricardectomie est grevée d'une mortalité immédiate impressionnante, il faut reconnaître que lorsque le malade peut la supporter, il acquiert des chances de guérison complète et durable que ne saurait promettre la thoracectomie.

La thoracectomie précordiale dans les cardiopathies autres que la symphyse péricardique. — L'idée première de cette opération est due à Treupel qui confia à Bockenheumer un malade de 29 ans atteint d'une énorme hypertrophie du cœur avec souffle systolique mitral et souffle diastolique aortique d'origine rhumatismale (1904).

Une semblable tentative fut faite en France (1908) par Tuffier, puis Delagenière, Vaquez-Delbet, Nobécourt, Broca et Leriche.

L'indication essentielle est dans la disproportion entre le volume du cœur et les dimensions de la cage thoracique. C'est surtout dans les déformations accusées du thorax « en entonnoir » qu'une intervention chirurgicale de ce genre peut être utile.

Meyer, Sauerbruch et Ombrédanne ont ainsi obtenu des résultats intéressants. La gravité opératoire est certainement plus grande dans ces cas de « gros cœurs » que dans les cas de symphyse péricardique. Sur 23 opérés, 12 sont morts avant la fin de la première année, soit 52 %, dont 5 des suites opératoires immédiates.

Cependant, des améliorations ont été observées, et Tuffier, Vaquez, Delbet ont eu 2 succès indiscutables.

Chirurgie des nerfs du cœur.

Résumé du rapport de M. Leriche (de Strasbourg).

L'étude de la physiologie du cœur donne à penser qu'il est possible d'instituer pour tout un département de la pathologie cardiaque, une thérapeutique chirurgicale efficace.

Les affections considérées ne sont que la conséquence des maladies coronariennes, lesquelles évoluent du reste à la façon des maladies des artères des membres. Les auteurs ont été ainsi amenés à vérifier si les modes de traitement qui ont fait leur preuve au niveau des membres étaient également de mise au niveau du cœur.

Leur travail comprend cinq chapitres.

I. — Position de la question et hypothèse. — On observe couramment, aux membres inférieurs notamment, des troubles vaso-moteurs sine materia, dans l'état actuel de nos connaissances, et des artérites. Ces dernières, particulièrement intéressantes, engendrent 3 variétés de phénomènes :

a. des manifestations ischémiques avec nécroses parcellaires dans les muscles ;

b. des insuffisances circulatoires au moment où les muscles entrent en fonction ;

c. des troubles vaso-moteurs relevant d'une certaine perversion de l'innervation sympathique au niveau d'un segment artériel oblitéré.

Dans la plupart de ces états, les interventions portant sur le sympathique amènent souvent d'extraordinaires rétablissements circulatoires.

Or, l'angine de poitrine, les maladies du rythme cardiaque consécutives à une atteinte du faisceau de His sont également la conséquence d'une artérite oblitérante ; et c'est pour cette raison que les auteurs, étudiant expérimentalement la pathologie artérielle et vaso-motrice du cœur, n'ont pas hésité à utiliser, là aussi, les opérations dites physiologiques s'adressant directement au sympathique.

II. Etude expérimentale de la pathologie cardiaque d'origine coronarienne. — Le myocarde est un muscle et, comme tel, demeure soumis aux lois qui régissent le travail de tous les autres muscles ; c'est ainsi que son activité est fonction de sa circulation. Cette dernière est réglée par la vaso-motricité des vaisseaux coronaires.

Certains psysiologistes ont avancé qu'à l'inverse de ce qui se passe ailleurs, le vague est vaso-constricteur au niveau du cœur et le sympathique vaso-dilatateur.

Leurs expériences sont critiquables. Les auteurs, opérant sur un chien vivant à circulation normale, ont introduit une canule dans le bout central de la coronaire antérieure et une autre canule dans le bout périphérique. Or, toutes les deux ont donné des tracés exactement superposables à ceux que donne la circulation générale. De plus, ces tracés, sous l'effet d'une excitation nerveuse, accusent des variations identiques à celles que présente, dans les mêmes conditions, la circulation générale.

On peut donc conclure que le sympathique est vraiment le vaso-constricteur des coronaires ; et l'on conçoit quelle importance cela peut avoir du point de vue de la physio-pathologie et du traitement de l'angor pectoris. A vrai dire, il existe d'autres modes de régulation du travail du cœur, tels que ceux qui relèvent des nerfs de Cyon et de Hering.

Mais les auteurs ont mis en évidence le rôle de l'appareil sensitif du cœur, en injectant des solutions physiologiques contre la face interne du péricarde, contre l'épicarde et même contre l'endocarde. Ces manœuvres, dans l'ensemble, ont engendré des réflexes dépresseurs, sauf au voisinage de l'aorte.

Il existe donc, semble-t-il, une régularisation automatique du cœur par la mise en jeu des nerfs sensitifs du myocarde. Ces réflexes emprunteraient surtout la voie du sympathique et seraient déclanchés par de minimes distensions des cavités cardiaques. Ainsi s'expliqueraient certaines crises d'angor survenant en l'absence de toute lésion coronarienne appréciable.

Il convient de rappeler que le cœur, les coronaires et l'aorte présentent une sensibilité douloureuse intense. Singer a montré que l'ablation des adventices aortique et coronarienne supprimait toute sensibilité aux excitations, qu'après l'exérèse du ganglion étoilé gauche, les excitations demeuraient habituellement sans effet, et que, s'il persistait une certaine sensibilité, celle-ci disparaissait par l'ablation du ganglion étoilé droit ; enfin, que la section du vague ne supprimait jamais cette sensibilité.

On peut donc conclure que la sensibilité corono-aortique demeure nettement sous la dépendance du sympathique.

La fonction de centre réflexe du ganglion stellaire et des éléments ganglionnaires du plexus cardiaque a été niée par certains ; cependant, François Franck, Courtade, Guyon, Laignel-Lavastine et les rapporteurs, à leur tour, l'ont éta-

blie expérimentalement. Du point de vue pathologique, il y a à cela une importance considérable pour qui veut saisir le mécanisme de l'angine de poitrine.

Les auteurs décrivent une série de phénomènes observés après ligature des coronaires.

Leurs expériences ont porté sur la coronaire antérieure du chien, sur le tronc primitif, entre l'origine aortique et la naissance des deux branches terminales, sur la branche descendante avant la première collatérale, soit au-dessous de celle-ci, soit très bas.

Pendant longtemps un grand nombre des ligatures hautes, toutes celles portant sur le segment d'origine, la plupart de celles portant sur le second segment, furent suivies de mort par fibrillation. Plus tard, cet accident ne se produisit plus qu'exceptionnellement.

Au contraire, les ligatures faites au niveau des deux autres segments ont presque toujours été suivies de guérison.

Chez les animaux ayant survécu on a constamment observé, consécutivement à la ligature du segment d'origine et du second segment, un infarctus du myocarde, qui s'est rompu parfois dans le péricarde, après 3 ou 4 semaines.

En cas de ligatures basses, le cœur à l'autopsie présentait un aspect normal ou légèrement scléreux au voisinage de la pointe.

Au total, ces expériences montrent qu'après ligature des coronaires, deux accidents peuvent se produire : l'un, fonctionnel, toujours mortel : la fibrillation suivant presque uniquement les ligatures hautes ; l'autre, anatomique, constant : l'infarctus du myocarde ou la sclérose juxta-apexienne.

Elles montrent aussi, ces expériences, que, lorsqu'il y a une lésion anatomique, celle-ci est toujours très limitée et n'intéresse jamais la totalité du territoire correspondant à la distribution du vaisseau oblitéré. Cela donne à penser que la circulation coronarienne n'est point terminale, mais au contraire richement anastomotique.

Ce fait étant discuté par les classiques, les rapporteurs ont repris l'étude de la question en réalisant une série d'expériences :

a. Sur des cœurs normaux et sur des cœurs à aorte liée, ils ont injecté des masses opaques susceptibles de donner une image radiographique. Invariablement, une injection poussée par la coronaire gauche est venue remplir le système de la coronaire droite quand aucune ligature n'avait été pratiquée. Dans le cas contraire, les auteurs ont toujours vu la masse opaque remonter à contre-courant jusqu'au niveau de la ligature.

Anatomiquement, la circulation collatérale existe donc.

b. Sur le chien vivant, une canule fut introduite dans le bout périphérique d'une coronaire antérieure liée et sectionnée pour mesurer la valeur de la circulation collatérale.

Toujours, dans ces conditions, les auteurs ont trouvé en aval de la ligature une pression positive moitié de la pression carotidienne.

c. Ils ont enfin étudié à l'électrocardiographe les résultats de la ligature de la branche descendante de la coronaire antérieure.

Un électrocardiographe fixé avant, puis de suite après la ligature, puis au bout de 6 mois, puis au bout de 24 mois, a montré la disparition progressive des signes causés par la ligature.

C'est ainsi que, chez deux chiens, l'électrocardiographe s'est montré normal deux ans après la ligature, alors qu'immédiatement après elle, il présentait les signes classiques de l'oblitération coronarienne. Le territoire ischémié se revascularise donc avec le temps d'une façon suffisante.

Peut-on par des opérations sympathiques favoriser le rétablissement de la circulation anastomotique coronarienne ? Il semble que oui, mais les expériences réalisées par Leriche et Herrmann sont encore trop peu nombreuses pour permettre une conclusion.

Trois points particuliers concernant la pathologie coronarienne ont encore été étudiés expérimentalement :

1. La fibrillation ne suit pas immédiatement la ligature. Elle est évitable par une grande minutie opératoire même en cas de ligature du tronc principal. L'ischémie n'apparaît donc pas comme « la condition provocatrice directe de la fibrillation ». Toutefois, il faut noter que, la ligature faite, et la fibrillation ne se produisant pas, une excitation quelconque du cœur, de ses vaisseaux ou de ses nerfs, ou même de la paroi thoracique, peut la déclancher aussitôt. La fibrillation serait donc le résultat d'un réflexe surajoutant son action de déséquilibre à l'influence prédisposante de l'ischémie.

2. Consécutivement aux ligatures pratiquées expérimentalement, s'installent des troubles du rythme cardiaque bien connus depuis les travaux de Th. Lewis et Smith. Mais ces troubles disparaissent à la longue sans laisser de trace.

3. Du reste, ces ligatures entraînent également des lésions anatomiques : des infarctus et des scléroses du myocarde.

Les infarctus sont de petites dimensions et présentent une tendance nette à la rupture.

La sclérose apparaît sous forme de petites taches déprimées et blanchâtres se localisant vers la pointe du cœur ou la face antérieure du ventricule gauche.

III. Des divers procédés chirurgicaux susceptibles d'être appliqués aux maladies du cœur d'origine vasculaire. — Le premier de ces procédés permettant le blocage momentané des réflexes vaso-constrictifs presseurs et douloureux est l'infiltration novococaïnique du ganglion étoilé. Il se produit un syndrome de Claude Bernard avec vaco-dilatation active de l'hémiface et de l'oreille et du membre supérieur. Son action se fait sentir sur le cœur et les poumons, puisque parfois s'arrêtent instantanément crises d'angine et crises d'asthme.

D'autres procédés modifient définitivement l'innervation aortique ou la vascularisation du myocarde ; ce sont :

— la section du dépresseur ;
— la ramisection cervicale basse avec ablation du segment sus-stellaire du sympathique cervical ;
— l'ablation de la chaîne cervico-thoracique ;
— l'ablation isolée de l'étoilé ;
— l'ablation des 2 ou 3 premiers ganglions thoraciques ;
— l'artériectomie segmentaire.

IV. Conditions cliniques d'application des procédés chirurgicaux à la pathologie cardiaque d'origine coronarienne. — Trois sortes de phénomènes sont à considérer :

1° Des phénomènes d'ischémie absolue localisée ;
2° Des phénomènes d'ischémie relative ;
3° Des troubles d'innervation sympathique.

Il faut examiner ces différents éléments.

ANGINE DE POITRINE. — Pour en comprendre le mécanisme, il faut songer aux faits suivants :

a. L'excitation de la région cardio-aortique provoque chez le chien des phénomènes vaso-constricteurs que supprime la cocaïnisation de la région.

b. La stimulation directe des filets sympathiques produit une vaso-constriction coronarienne.

c. L'excitation des parois coronariennes et de la paroi aortique provoque de grandes réactions douloureuses.

d. La piqûre de l'étoilé peut provoquer chez l'homme sain une crise d'angine, et son anesthésie peut arrêter cette crise.

e. Une série d'opérations sympathiques supprime de façon durable l'angine de poitrine et guérit la maladie, si celle-ci n'est pas causée par une oblitération coronarienne.

La crise angineuse apparaît donc comme un trouble fonctionnel réflexe greffé sur un terrain artéritique et déclanché par l'atteinte des éléments d'innervation. Il s'agit d'une crise vaso-constructive coronarienne identique à la maladie de Raynaud.

Du reste, les résultats de la thérapeutique chirurgicale sont en faveur de cette conception.

En quoi peut consister cette thérapeutique ?

On peut faire une anesthésie de l'étoilé au moment de la crise ; puis, plus tard, à froid, soit la section du dépresseur, soit l'ablation sus-stellaire, soit l'ablation cervico-thoracique du sympathique ou l'ablation isolée de l'étoilé.

CLAUDICATION INTERMITTENTE DU CŒUR. — Elle semble répondre à une insuffisance du débit coronarien dans l'effort.

Contre ce trouble nous ne pouvons rien si ce n'est supprimer la douleur. Mais les malades traités n'en restent pas moins des infirmes.

L'INFARCTUS. — Nous pouvons agir préventivement par sympathectomie. Améliorant ainsi la circulation propre du cœur, nous éviterons dans une certaine mesure la nécrose ischémique. L'infarctus installé, nous pouvons infiltrer le ganglion étoilé : procédé antalgique et vaso-dilatateur.

TROUBLES DU RYTHME. — Si ceux-ci dépendent d'une lésion des coronaires et s'il est exact que les sympathectomies stellaires font de la vaso-dilatation myocardique, il serait indiqué d'opérer précocement en cas de troubles du rythme, puisque ceux-ci sont l'indice précoce d'une lésion artérielle qui tuera un jour ; à plus forte raison, chez les malades atteints de tachycardie paroxystique, puisque la double stellectomie a complètement guéri un des malades de l'auteur.

De même, la maladie de Stokes-Adam doit être traitée chirurgicalement en raison de sa gravité et du caractère dramatique des crises syncopales qui la caractérisent.

Dans un dernier chapitre, le rapporteur considère les résultats déjà obtenus avec la section des nerfs du cœur et les ablations ganglionnaires.

Il expose sa statistique et celle de tous les chirurgiens qui ont répondu à son appel.

De cet exposé, on peut conclure que la preuve de l'efficacité du traitement chirurgical est faite. Les résultats seront meilleurs et plus constants quand on saura choisir judicieusement dans chaque cas considéré l'opération vraiment indiquée. Encore faudra-t-il s'efforcer de pratiquer l'intervention sans brusquerie, avec un souci continuel de ménager des éléments nerveux particulièrement fragiles et excitables.

Dans cet ordre d'idées, l'anesthésie locale est la méthode de choix, car plus que toute autre elle impose la lenteur et la douceur opératoires nécessaires. En bloquant les réflexes d'origine traumatique, elle rend l'intervention plus aisée et moins schokante.

Discussion.

Traitement chirurgical de l'angine de poitrine par la méthode de la suppression du réflexe presseur. — Angine abdominale. Tachycardie paroxystique. — Blocage du cœur. — M. DANIELOPOLU (de Bucarest). La méthode en question (sympathectomie cervicale sans ablation du ganglion étoilé, mais par section des rameaux communicants de ce ganglion, du nerf vertébral et des branches du vague cervical entrant dans le thorax) a deux principes essentiels :

1° Ne pas toucher au ganglion étoilé ni au tronc du vague ;

2° Sectionner le plus de filets centripètes cardio-aortiques possible.

La stellectomie à la façon de Leriche paraît à l'auteur dangereuse et inutile dans l'angine de poitrine.

Il la condamne également dans la tachycardie paroxystique et dans le blocage du cœur. Là encore, il propose la section des mêmes nerfs que dans l'angine de poitrine.

MM. LIAN et WELTI (de Paris) considèrent que les opérations portant sur le sympathique cervical sont rationnelles dans l'angine de poitrine.

Faut-il à la façon de Leriche pratiquer l'ablation du ganglion étoilé, ou se contenter comme le voudrait Danielopolu de la section des filets sympathiques ?

Les auteurs pensent que les arguments décisifs seront fournis par l'ensemble de nouvelles recherches que vont susciter les travaux du Congrès.

Des expériences sur le chien ont prouvé aux auteurs que la fibrillation ventriculaire, facilement provoquée par des injections caustiques intra-myocardiques, se produit plus tardivement et moins souvent quand on a supprimé les deux ganglions étoilés.

Deux cas cliniques, l'un d'angor par coronarite, l'autre d'angor par insuffisance aortique, ont été traités par Lian et Welti, par l'ablation du ganglion étoilé gauche sous anesthésie locale, avec dans un cas la section du nerf cardiaque moyen.

Il n'y eut pas de choc ; la pression se montra même plus élevée après l'opération qu'avant. L'amélioration fut progressive. L'une de ces opérations remonte à 7 mois, l'autre à 4 mois. Quelle que soit la technique choisie, il importe de n'employer que l'anesthésie locale, d'opérer doucement et lentement.

Une intervention sympathique n'est à envisager que dans les angors organiques. Elle est à écarter dans les cas d'angors ponctionnels survenant en l'absence de toute affection cardio-vasculaire.

Parmi les angors organiques, l'intervention est contre-indiquée dans les cas de grande insuffisance cardiaque ; elle est à différer au cours d'une période d'exacerbation des crises angineuses.

L'indication de choix est représentée par les angors organiques arrivés à une phase stationnaire, ne cédant plus au traitement médical et ne s'accompagnant ni d'une insuffisance cardiaque marquée, ni d'une grande atypie ventriculaire électro-cardiographique.

Deux cas d'angine de poitrine opérés par la méthode de la suppression du réflexe presseur. — M. JACOBOVICI (de Cluj). Une femme de 45 ans, syphilitique, présente des accès d'angor que n'influence pas le traitement spécifique. Opérée le 6 avril 1925, suivant la méthode préconisée par Danielopolu, elle demeure actuellement guérie.

Une autre femme du même âge atteinte de crises depuis sa 18e année, est opérée le 16 mai 1932, toujours suivant la même technique. Sa guérison se maintient.

Un cas d'angine de poitrine traité par la sympathectomie cervicale bilatérale et l'extirpation des plexus lombo-aortique et hypogastrique supérieurs. — M. JIANO (de Bucarest). Le résultat a été satisfaisant, le malade ayant pu reprendre ses occupations.

La sympathectomie a laissé en place les ganglions étoilés des deux côtés. A gauche, l'exérèse a porté sur le ganglion cervical supérieur et deux nerfs, sans doute le nerf cardiaque supérieur et le nerf dépresseur de Cyon. A droite, le cordon sympathique a été extirpé dans son trajet interganglionnaire.

A noter l'apparition post-opératoire d'une douleur temporo-maxillaire précoce au cours de la mastication et d'un

névrome dans la partie supérieure de la région carotidienne.

L'angor était dû à l'irritation produite par des plaques calcaires de l'aorte et des iliaques et par la sclérose péri-artérielle englobant les éléments nerveux vasculaires.

M. Y. Delagenière (du Mans) présente une belle observation de « gros cœur rhumatismal », traité par la péricardiolyse ou thoracectomie large.

Il s'agit d'une malade qui avait subi, antérieurement à l'opération, 90 ponctions d'ascite évacuant environ 700 litres de liquide.

Après l'intervention, de nouvelles ponctions n'évacuèrent plus que 60 litres, espacées sur 18 mois.

Les signes de rétrécissement mitral s'amendèrent, et la guérison ponctionnelle se maintient complète depuis deux ans et demi.

A propos de cette malade, l'auteur avait conçu et fait exécuter un « valvulotome » pour traiter le rétrécissement mitral. S'appuyant sur les données des chirurgiens américains et allemands, il établit la possibilité d'utiliser cet instrument pour sectionner les valves de la mitrale rétrécie dans le plan même de leur fermeture, ce qui semblerait permettre la reprise d'un fonctionnement quasi normal.

M. Vaquez (de Paris) pense que la chirurgie intra-cardiaque ne doit pas être abandonnée. Ses indications ne peuvent concerner que les rétrécissements, notamment le rétrécissement mitral et le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire.

Certes, les résultats jusqu'ici ont été négatifs, mais la chirurgie intra-cardiaque « en appellera un jour ou l'autre de ses revers ». C'est affaire d'expérimentation et de technique opératoire.

La chirurgie des péricardites chroniques se heurte à la difficulté d'un diagnostic précis. Les erreurs sont encore possibles, mais elles sont beaucoup plus rares que jadis grâce aux méthodes d'examen que nous offre actuellement la radiographie. Un signe a du reste une importance capitale : le relèvement du cœur à l'inspiration, phénomène paradoxal dû à l'immobilisation de l'organe par des adhérences, ou à une exagération de son volume.

Au total, l'indication d'une opération est fournie avant tout, dans le cas considéré, par la constatation de la fixité du cœur dans la poitrine, quel qu'en soit le mécanisme.

Les résultats, parfois encourageants, sont le plus souvent décevants, soit du fait d'une généralisation tuberculeuse s'il s'agit d'une péricardite de cette nature, soit du fait d'une déchéance irrémédiable du cœur quand on a attendu trop longtemps pour opérer.

Considérant ensuite le traitement chirurgical de l'angine de poitrine, l'auteur rappelle qu'après la communication princeps de Jonesco, il fit opérer 4 malades manifestement atteints d'angor par aortite ou coronarite. Dans 2 cas le résultat fut nul ; dans les deux autres, après une cessation momentanée, on observa une exacerbation extrêmement violente.

Actuellement, l'auteur ne ferait plus opérer avant d'avoir essayé les diverses thérapeutiques qui ont donné récemment d'incontestables résultats : extraits musculaires ou endocriniens en injections locales.

M. Jentzer (de Genève) communique deux observations. La première concerne une péricardite d'origine traumatique due à une infection exogène par balle de Flobert. La présence de caillots sanguins infectés dans le péricarde a provoqué un début de symphyse.

Cette observation est peu fréquente, les symphyses ne s'observant qu'après suppuration du péricarde. Elle corrobore celle de Schmieden qui a observé une adhérence phréno-péricardique chez un homme qui avait été péricardotomisé un an auparavant pour un épanchement purulent — et celle de Mattison qui a vu une symphyse totale deux ans après une péricardite suppurée et drainée.

La seconde observation a trait à une jeune fille de 20 ans, atteinte à la fois d'une insuffisance et d'un rétrécissement aortiques et d'une symphyse cardiaque. L'auteur pratiqua une opération de Brauer. La malade mourut un an plus tard par insuffisance pulmonaire liée au rétrécissement mitral. Elle fut cependant tellement améliorée subjectivement et objectivement que sa famille la croyait guérie.

M. de Quervain (de Berne) rapporte l'observation de deux malades chez lesquels il a pratiqué une cardiolyse pour péricardite chronique.

Il s'agit là d'une intervention particulièrement émouvante, mais qu'il ne faut pas hésiter à poursuivre jusqu'au résultat satisfaisant.

Il faut savoir s'arrêter seulement quand on a l'impression d'avoir « pelé » suffisamment le myocarde. Cette impression on l'éprouve quand, battant librement, sans la moindre gêne, le cœur se montre « reconnaissant ».

Ont également pris la parole au cours de la discussion : MM. Paschoud, Guiliani, Pezzi, Alessandri et Shœmaker.

(*A suivre.*) DARIAU.

XIVe RÉUNION ANNUELLE
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

Paris, 7 octobre 1932 (1).

Le vendredi 7 octobre s'est ouverte cette réunion, sous la présidence de M. le professeur Froelich (de Nancy). L'assistance était fort nombreuse et le sera encore plus l'an prochain, étant donné le nombre imposant de membres nouveaux élus dans cette séance, et dont voici la liste :

Membres français : MM. Leveuf (Paris), Boppe (Paris), Coureaud (Marine), René Gourdon (Ker-Pape), Magnani d'Intignano (Dijon), Petrignani (La Rochelle), Michel Salmon (Marseille), Massi (Bordeaux), Ch. Rémy Martin (Angers), Azéma (Paris), P. Brisard (Paris), Forest de Faye (Berck), Duminil (Cambrai), Strohl (Paris), Le Bourgo (Marine).

Membres étrangers : Iserbyt (Courtrai), Henri Bonet (Liége), Mato Sancevi (Zagreb), A. Bailleux (Coq-sur-Mer), Pierre Glorieux (Bruges), Antonio Mezzari (Trieste), Lite Blanco (Pampelune), José Elosegui (San Sebastien), Mol (Haarlem), Paul Roger (Québec).

PREMIÈRE QUESTION

Traitement chirurgical des scolioses.

Rapporteur : M. Marcel Fèvre (de Paris).

Résumé du rapport. — **Historique.** — Le premier essai du traitement chirurgical de la scoliose remonte à Chipault (1900) qui par ses ligatures vertébrales tente d'obtenir une polyankylose vertébrale.

La réalisation de celle-ci est obtenue en 1913 par les méthodes de Hibbs et Albee.

Dès cette même année Kidner et Galloway l'appliquent à des scolioses paralytiques.

Dès lors, l'ostéosynthèse du rachis dans la scoliose se développe rapidement aux Etats-Unis avec Farbes, Hibbs, Kleinberg, Ar. Whitman, Obert et Ghormley, Moffet, Le

---

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Roy-Lowman, Steele. En 1931 Hibbs peut publier les résultats éloignés de 360 opérations pour scoliose. En France, les premières opérations sont exécutées par Leclerc et Lance (1919). Les observations de Guillot sont relatées dans les Thèses de Gauchet (1927), Moreau (1929). Lance publie ses résultats au Congrès de chirurgie de 1929, à la Société belge d'orthopédie (22 mars 1930), où une discussion avait été engagée sur ce sujet. La thèse de Robert Bureau (1930) et un article de Marcel Ferre et Robert Bureau (*J. de chir.*, 1930) donnent la technique et les résultats du professeur Ombrédanne et de ses élèves.

A partir de ce moment, l'emploi de l'ostéosynthèse dans la scoliose pénètre dans tous les pays.

Interventions d'ordre secondaire. — Pour être complet, le rapporteur a cru devoir rapporter brièvement les tentatives chirurgicales autres que l'ostéosynthèse dans le traitement de la scoliose. Les *myotomies* de J. Guérin, dont les indications sont très rares ; les *résections costales* ont été surtout pratiquées sur la gibbosité (Hoffa-Gaudier), permettant ainsi dans certains cas la suppression des escarres du corset, et plus rarement du *côté concave* ou *bilatérales* (Ryerson, Sauerbruch), pour mobiliser plus facilement le rachis.

Les résections costales ne sont plus employées qu'exceptionnellement (escarres récidivantes, compression nerveuse, etc.).

Ostéosynthèse dans la scoliose. — A. INDICATIONS PARTICULIÈRES. — 1° *Scoliose paralytique.* — Il s'agit ici de la statique vertébrale. C'est la grande indication de l'ostéosynthèse dans la scoliose. C'est à des scolioses paralytiques que s'adressent les premières opérations : celle de Kidner, de Galloway, les 59 premières de Hibbs, les premières de Lance. Les résultats ont répondu aux espérances. « A l'heure actuelle, en effet, des centaines d'opérations pour scoliose paralytique ont été exécutées : 160 par Hibbs et ses assistants (en 1931), 31 par Kleinberg et A. Whitman (en 1923), 9 par Lance, 3 par le professeur Ombrédanne, 3 par Galloway et Kidner, 2 par Mathis, 3 par Huc ».

L'opération ankylosante semble maintenant une arme adoptée contre les scolioses paralytiques graves. A quel moment la pratiquer ? Il faut attendre que la période de récupération soit terminée ; les auteurs admettent 18 mois à 2 ans.

D'après les 12 observations que le rapporteur a étudiées (3 du professeur Ombrédanne, 9 de Lance), trois raisons différentes ont fait décider l'opération. Dans trois cas il s'agissait de sujets incapables de supporter un appareillage efficace (indication opératoire de nécessité) ; six autres malades continuaient à se déformer dans le corset (indication opératoire de nécessité) ; enfin trois malades avaient le choix entre le tuteur externe perpétuel ou l'intervention (indication opératoire d'utilité).

2° *Scolioses congénitales.* — Les indications sont ici rares. Cependant l'intervention est indiquée dans les déviations impossibles à maintenir efficacement, comme les formes cervico-dorsales.

3° *Scolioses rachitiques.* — On est intervenu à l'adolescence seulement dans quelques cas de scoliose rachitique anciens et graves.

4° *Scolioses essentielles.* — Le rapporteur en étudie quatre catégories : a) *Scolioses d'intensité moyenne, équilibrées et se fixant.* Ici le traitement chirurgical ne présente aucune indication.

b) *Formes graves progressant malgré le traitement orthopédique.* L'aggravation de la déformation constitue ici une indication de la greffe osseuse. Elle fut la cause déterminante de 12 opérations du professeur Ombrédanne et 5 de Lance.

c) *Formes à rechutes de l'adolescence ne se fixant pas.* Ces scolioses, trop souples, se présentent sous deux formes cliniques : les « décharnées » et les « grosses filles molles » (Lance et Huc). Après de nombreuses tentatives de traitement orthopédique, avec traitement des insuffisances glandulaires, l'ostéosynthèse peut être indiquée. Tel était le cas de 5 des opérés observés par le rapporteur.

d) *Gros gibbeux se tassant.* Les gibbeux se tassant latéralement ou dans le sens antéro-postérieur. Leur fixation peut devenir indispensable, soit à cause de la progression constante de la difformité (3 cas de Lance), soit parce qu'ils deviennent inappareillables (2 cas de Lance). Mais chez ces malades la gravité de l'état général peut constituer une contre-indication formelle à l'opération.

e) *Scoliose de l'adulte. Scolioses douloureuses.* La scoliose de l'adulte obéit moins bien aux moyens orthopédiques que celle de l'enfant et l'adolescent. De plus elle a tendance à devenir douloureuse par tassement rachidien. De nombreuses scolioses de l'adulte ont été opérées : Hibbs 18 adultes sur 360 cas ; 4 cas de J.-C. Bloch et, parmi les observations du rapporteur : 1 du professeur Ombrédanne, 8 de Lance, 6 de Huc. Il y a intérêt à opérer précocement, entre 20 et 30 ans.

5° *Scolioses associées à un mal de Pott.* — Il s'agit soit de mal de Pott en évolution avec déviation scoliotique (Sorrel), soit de scolioses se greffant sur un mal de Pott guéri (Lance, Pr Ombrédanne). L'ostéosynthèse s'applique à ces cas.

6° *Scolioses associées à une tuberculose pulmonaire.* — S'il s'agit d'une tuberculose évolutive, l'opération est contre-indiquée ; elle peut devenir utile (abcès), si les lésions bacillaires paraissent éteintes.

7° *Cas particuliers.* — *Scolioses post-pleurétiques.* Deux cas ont été opérés par Hibbs, un par le professeur Ombrédanne.

Déficience de l'état mental. Impossibilité de faire de la gymnastique. 1 cas Lance.

Myopathie. 1 cas Huc.

Scoliose traumatique. 1 cas Huc.

B. INDICATIONS GÉNÉRALES. — « Il y a deux façons d'envisager l'opération ankylosante de la colonne vertébrale, suivant qu'on la considère comme une opération nécessitée par l'échec des traitements orthopédiques, ou comme une méthode applicable précocement aux scolioses qui semblent graves. » L'opération est indiquée en cas d'échec du traitement orthopédique semble la formule adoptée en France. Aux Etats-Unis on tend à intervenir précocement (Hibbs, Albée) pour prévenir l'augmentation de la déformation, avant que les déformations soient importantes et irréductibles. On doit envisager que les scolioses graves non opérées ont une mortalité importante. Sur 660 scoliotiques Kleinberg a trouvé que 2,5 % seulement dépassent 40 ans, tous les autres meurent avant. Les partisans de l'opération précoce cherchent à éviter cet avenir si sombre.

C. INDICATIONS OPÉRATOIRES D'APRÈS L'AGE. — L'opération ankylosante est-elle applicable chez l'enfant ? Elle est réalisable au point de vue anatomique (Richard). Mais que devient la fusion avec la croissance et quelle action a-t-elle sur les courbures ? L'examen des opérés montre que l'opération ankylosante n'entrave pas la croissance du rachis. Pratiquement on n'a guère à la pratiquer avant 10 ou 12 ans, sauf pour les cas exceptionnels et pour des scolioses paralytiques.

D. INDICATIONS SOCIALES DE L'OPÉRATION ANKYLOSANTE. — Le traitement orthopédique de la scoliose demande des an-

nées et peut devenir inapplicable, soit par la nécessité de travailler, soit par le désir de se marier et de fonder une famille. Enfin certains malades souffrent beaucoup moralement de l'infériorité où les place l'appareillage. Autant d'arguments en faveur de l'opération.

Résultats de l'opération ankylosante du rachis. — 1° Mortalité opératoire. — Cette mortalité existe, mais est très faible (1,1 % Kleinberg, 1,9 Hibbs, 3,03 sur les 90 cas de la statistique du rapporteur). La grande cause est le shock opératoire : opérations trop étendues en une seule séance, préparation insuffisante, ébranlement médullaire et hémorragie. Toutes ces conditions ont été en s'améliorant avec la technique. Aussi la mortalité disparaît au fur et à mesure que l'expérience du chirurgien s'accroît.

2° Effets de l'intervention sur l'état général du scoliotique. — L'amélioration est nette : augmentation de la résistance à la fatigue, de la capacité respiratoire, diminution de la tachycardie. Au total, prolongation de la vie par arrêt de la progression des déformations.

3° Résultats anatomiques et biologiques de l'ostéosynthèse. — La solidarisation des vertèbres par le greffon est absolue (examen histologique de pièce lors d'une réintervention, Whitman, Lance). Robert Bureau a montré ce blocage du rachis par la greffe : le bassin fixé, on prend des épreuves en inflexion maxima droite, gauche, en avant, en arrière, en superposant les calques on se rend compte que la forme de la région greffée ne bouge pas ; les mouvements se passent au-dessus ou au-dessous. Quant au rôle biologique joué par le greffon il est très discuté.

4° Résultats cliniques de l'opération ankylosante. — a) *Intervention et déformation vertébrale.* — L'arrêt de la déformation est obtenu dans 70 à 90 % des cas selon les statistiques. Le rapporteur a pu revoir à distance 52 opérés. Dans 47 cas le résultat est bon, dans 5 cas insuffisant, les malades se cassent au-dessus ou au-dessous d'une synthèse trop courte.

b) *Mobilité rachidienne des scoliotiques opérés.* — Presque tous, quelle que soit l'étendue de la fusion, sont capables de ramasser un objet à terre sans fléchir les genoux.

C. *Intervention et douleurs.* — Sur les observations du rapporteur, 15 ont été opérés pour douleurs, 14 ont vu les douleurs disparaître, la dernière a été réopérée pour fusion trop courte.

D. *Résultats opératoires par catégorie de scoliose.* — Dans toutes les catégories, les résultats sont bons. Seule, la scoliose paralytique donne parfois des résultats incomplets ; mais ici pour apprécier les bénéfices de l'intervention, il faut considérer le point de départ : 17,7 % des opérés de Hibbs étaient incapables de s'asseoir ou de se tenir debout avant l'intervention.

5° Echecs et résultats insuffisants de l'intervention. — Les échecs complets sont rares.

Ils relèvent de cinq causes : 1° insuffisance du traitement post-opératoire ; 2° la fracture du greffon, 1 seul cas ; 3° pseudarthrose du segment greffé, existe surtout au sommet de la courbure, nécessite une intervention ; 4° l'élimination du greffon, très rare, n'entraîne pas forcément l'absence de fusion osseuse ; 5° la mauvaise détermination de l'étendue de la fusion est la cause habituelle des résultats insuffisants, surtout l'insuffisance d'extension vers le bas.

Technique de l'opération ankylosante du rachis pour scoliose. — A. Traitement préopératoire. — 1° *Correction de la scoliose*, 3 grandes méthodes : I. *Redressement rapide par corsets articulés*, corset en 2 pièces réunies par une tige métallique à charnière, méthode très employée aux Etats-Unis ; II. *Redressement par extension continue.* Traction longitudinale et latérale par poids, pendant 6 à 8 semaines, serait très efficace, mais difficile à supporter et la correction ne se maintient pas pendant l'opération ; III. *Méthode des appareils correcteurs à action lente*, employée surtout en France, corsets successifs en correction maxima sur moulages faits dans un cadre correcteur, soit vertical, soit surtout horizontal (Lance) qui permet beaucoup mieux la correction des déviations antéro-postérieures. L'équilibre antéro-postérieur du scoliotique est aussi important à obtenir que son équilibre latéral.

2° *Préparation générale du sujet.* — Elle est indispensable. Un repos au lit prolongé améliore beaucoup l'état général, on doit y joindre les exercices respiratoires et spiroscopiques.

B. Intervention. — 1° *Généralités anatomiques ; 2° Détermination du niveau et de l'étendue de la fusion osseuse.* — A. *Mobilité physiologique et pathologique des segments rachidiens.* — Le professeur Ombrédanne et G. Huc admettent au niveau de la 9e et 10e V. D., un centre de résistance, qui reste ordinairement sur l'axe normal du tronc. Au-dessous, de D^{10} à L^3 existe la « charnière dorsolombaire » (Lance) très mobile. La fixation doit donc aller du centre de résistance (D^9) à un point fixe au-dessous de la charnière L^3 en général. Mais L^5 étant très mobile sur le sacrum, le rapporteur envisage la fixation systématique au sacrum.

Pour les scolioses hautes, ne pas remonter jusqu'à la nuque dont la fixation peut troubler l'orientation de la tête (Huc).

b. *Influence de la forme de la scoliose sur l'aire à fusionner.* — Courbure unique : la fusion sera étendue du milieu de la courbure à une ou deux vertèbres au-dessous des lésions. Double courbure : ne pas s'occuper de la question des courbures primitives ou secondaires, fixer la courbure dorso-lombaire restée mobile avec appui vers le bas.

c. *Influence de la scoliose sur la détermination de l'étendue de la synthèse.* — La scoliose paralytique nécessite une fusion comprenant systématiquement le sacrum, excepté s'il y a paralysie des fessiers (Lance). Dans la scoliose essentielle, alors que les uns comprennent le sacrum dans la fusion, les autres conservent l'articulation lombo-sacrée libre.

d. *Vue d'ensemble de l'étendue de l'aire de fusion.* — Tout le monde pratique de longues fusions appuyées sur le sacrum dans la scoliose paralytique ; dans la scoliose essentielle, les Français agissent à peu près de même, parce qu'ayant affaire à de grosses déformations, les Américains qui opèrent de manière précoce fixent surtout le segment dorsal.

3° Technique opératoire. — 1° *Opération limitée à la 5e lombaire, proposée par Steele en 1928 ;*

2° *Méthode de Hibbs ; micro-arthrodèses*, bien connue, évite l'emploi du greffon, mais est d'une réelle complexité.

3° *Arthrodèses par greffons :*

A. *Méthodes des greffons latéro-spinaux uniques ou doubles.* — On pratique la dénudation de la gouttière vertébrale, soit du côté concave, ou convexe, ou des deux côtés pour y fixer 1 ou 2 greffons.

B. *Méthode combinée de greffe et de résection costale.* — A. Whitman prend les côtés de la gibbosité comme matériel de greffe.

C. *Greffon médio-épineux, méthode d'Albee et dérivées.* — L'opération d'Albee-type s'applique mal à la scoliose : greffon rigide qu'on incurve difficilement, la section à la scie ou au ciseau des apophyses épineuses donne un ébranlent médullaire shockant.

D. *Greffon sous-épineux, technique d'Halstead.* — La section des apophyses à la base donne un excellent lit au greffon, évite l'ébranlement médullaire, mais l'hémorragie est abondante.

E. *Opération de choix : technique mixte de G. Huc.* — Il comprend une fente oblique des épineuses presque exsangue, faite au ciseau-godille sans frapper, section des apophyses à la base, et placements dans cette large loge avivée du greffon tibial. On évite ainsi et l'hémorragie et l'ébranlement médullaire, les 2 causes du shock.

Le rapporteur décrit en détail cette technique suivie maintenant dans le service du professeur Ombrédanne.

C. DANGERS OPÉRATOIRES, SUITES OPÉRATOIRES. TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE. — 1° Dangers anatomiques pendant l'intervention ;

2° Suites opératoires, en cas de shock grave, l'emploi systématique de la transfusion sanguine donne d'excellents résultats.

Le malade est en général placé alternativement sur le dos et le ventre dans le corset de redressement bivalve. dans la valve antérieure duquel il est en général opéré ;

3° Traitement orthopédique post-opératoire. Le malade se lève après un mois et demi à deux mois. Le corset sera enlevé progressivement après vérification radiologique de l'état du greffon.

Discussion.

M. CAMERA (Turin) a opéré 2 malades. Le 1er était une scoliose paralytique qu'il a fixée de la 3e dorsale à la 3e lombaire en deux séances.

Il n'est pas partisan de l'ostéosynthèse dans la scoliose congénitale. Il traite la scoliose essentielle par la méthode de Galeazzi qui donne de beaux redressements. On peut alors fixer la région dorsale, car il pense que c'est là la courbure primitive ordinairement.

M. DELCHEF (Bruxelles) reconnaît comme indications la scoliose paralytique, et aussi les scolioses impossibles à maintenir ou douloureuses et condamnant le malade au corset à vie. Il y aurait intérêt à opérer précocement, mais on ignore l'évolution des scolioses prises à leur début. Il a opéré une scoliose au début pour des douleurs et la malade est guérie.

Ce qui est encore inconnu, c'est l'avenir du greffon. Chez l'adulte et l'adolescent, la réhabitation se fait bien comme le montrent les pièces. Chez l'enfant, il faut craindre une incurvation au moment d'une poussée de croissance comme semble le montrer une pièce présentée. Il ne croit pas à la solidité du greffon chez l'enfant où sa déshabitation est rapide et massive.

LEDENT (Bruxelles) préconise le traitement fonctionnel post-opératoire des scoliotiques. Il montre par un exemple les bons résultats qu'on peut en attendre.

G. HUC (de Paris) présente l'observation d'une malade opérée de scoliose cervicale et de scoliose dorsale basse qui était une grande impotente, et qui a pu reprendre une vie active depuis l'opération.

Il insiste sur la nécessité de rétablir l'équilibre antéro-postérieur du rachis dans la scoliose. Il montre que les malades qu'on opère sont de véritables infirmes que les ostéo-synthèses sont susceptibles de sortir de leur lit et de rendre capables de gagner leur vie.

GALLAND (de Berck) divise au point de vue opératoire les scoliotiques en deux classes : la scoliose des indigents qui n'ont pas le moyen de se soigner implique pour lui l'ostéosynthèse précoce. Chez les malades aisés, le traitement orthopédique qui comporte le décubitus alternant avec les corsets, doit être associé avec le traitement général par la climatothérapie et l'opothérapie.

LANCE (de Paris) est intervenu dans 42 cas de scoliose, mais seulement 12 fois pour des scolioses de l'adolescence. Dans cette forme, l'indication opératoire restera l'exception. La grande indication est la scoliose paralytique grave, mais ici à cause des troubles trophiques des membres inférieurs paralysés, souvent le greffon est de mauvaise qualité. Il y a intérêt à intervenir tôt chez les paralytiques. Chez les grands gibbeux la suppression de la lordose par un corset fait sur moulage pris en décubitus ventral et fixation dans cette position, allonge le tronc et améliore l'état général par décompression des organes thoraciques.

L'opération doit éviter l'hémorragie et la commotion médullaire par emploi du ciseau et du maillet, facteurs du shock, on emploiera de préférence la méthode d'Albee ou de Halstead avec greffon souple, ou dans les cas très déformés, la combinaison des deux. Le greffon doit s'étendre de la 9e dorsale à la 5e lombaire et au sacrum chez les paralytiques. Inutile de prolonger le décubitus plus de 15 jours après l'opération. Corset pendant 6 à 12 mois selon les cas.

PICOT (de Marseille) a opéré une scoliose douloureuse traitée depuis plusieurs années par le décubitus et le corset. Le résultat a été excellent, malgré le manque de correction préopératoire.

TAVERNIER (de Lyon) pense que l'emploi du greffon dans la scoliose est mauvais. Les grands greffons sont susceptibles de se fracturer, chez l'enfant le greffon ne s'accroît pas comme le rachis et peut entraîner une aggravation des courbures.

Il a employé la technique de Schede qui appuie le rachis lombaire sur la crête iliaque sans grand succès. Des greffes d'os de bœuf se sont résorbées.

La meilleure technique pour lui est l'arthrodèse de Hibbs. Mais c'est une opération difficile, shockante, et les pseudarthroses sont fréquentes.

Il faut fixer sur une grande étendue, sans cela il se fait des courbures au-dessous. Il faut aller parfois jusqu'au sacrum.

Il présente 14 observations opérées depuis plus de deux ans, et montre que dans beaucoup de cas, le résultat immédiat bon ne s'est pas maintenu, la courbure s'étant reproduite, soit au-dessus, soit au-dessous par insuffisance de la fixation. Cependant, le résultat reste meilleur que par le traitement orthopédique. L'indication est formelle pour la scoliose paralytique. Pour les scolioses essentielles, il faut opérer celles qui s'aggravant malgré le corset en deviennent douloureuses.

M. FRŒLICH (de Nancy). — Les scolioses du 1er et 2e degré sont justiciables du traitement orthopédique. Dans les scolioses du 3e degré, lorsque le traitement orthopédique, comprenant le corset plâtré en hiver, et en été le massage avec corset amovible, n'a pas arrêté la marche de la maladie, et dans les cas douloureux, il pratique l'ostéosynthèse, avec un greffon de 10 centimètres. Les résultats ont été satisfaisants.

M. FÈVRE (rapporteur) a reçu depuis la publication du rapport un travail de M. LAMY (de Paris) qui a pratiqué 4 fois la résection dans un but esthétique, son quatrième malade étant mort, il n'a pas persisté depuis.

M. RADULESCO (de Bucarest) a pratiqué dans 41 cas la résection costale du côté concave, ce qui permet un léger redressement immédiat de la courbure. On met ensuite des corsets, et on fait l'arthrodèse vertébrale.

Le rapporteur conclut que l'ostéosynthèse du rachis dans la scoliose, donne une fixation, mais non une correction de la déformation. Elle constitue donc un pis-aller, qui rend de grands services dans certains cas, mais ne peut être employée qu'après échec du traitement orthopédique.

(*A suivre.*) M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1932)

Apparition de cancers de la mamelle chez la souris mâle, soumise à des injections de folliculine. — M. A. LACASSAGNE.

(SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1932)

Sur les brouillards nocifs. — M. Camille MATIGNON. Les brouillards qui, en décembre 1930, ont causé la mort de 70 personnes dans la vallée de la Meuse, avaient une origine industrielle et domestique. Ils étaient surtout constitués par des acides sulfureux et sulfurique.

M. Matignon rappelle à ce sujet une observation analogue faite en 1800, par le pharmacien militaire Paisse, dans la même vallée de la Meuse.

Parmentier, dans un mémoire paru à cette occasion attribue les vapeurs nocives aux nombreux foyers de houille existant déjà dans la vallée de la Meuse. Il signale des faits semblables observés à Paris à l'occasion d'un grand brouillard en 1799. On put alors constater que la fumée, à la sortie de la cheminée ne se répandait pas dans l'atmosphère mais était refoulée dans le brouillard.

La croisière du « Pourquoi-Pas ». — M. Jean CHARCOT rend compte à l'Académie des travaux exécutés par la Mission française de l'année polaire 1932-1933 à Scoresby-Sund.

Sérocalcémie et rein. Au sortir du rein, le sang contient moins de calcium. Après l'ablation des reins, élévation passagère du taux de calcium du sang général. — MM. J. CHEYMOL et A. QUINQUAUD.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1932)

M. LE PRÉSIDENT fait part de la mort de M. G.-Charles Mirallié (de Nantes), correspondant national depuis 1920 dans la 1re division (médecine et spécialités médicales).

Les origines de la sérothérapie. — M. Charles RICHET rappelle que dès 1888, il a abordé l'étude de la sérothérapie. La première injection de sérum thérapeutique à un malade fut faite par M. Richet, le 6 décembre 1890.

Absence de corrélation entre les syndromes nerveux et les modifications biologiques du liquide céphalo-rachidien; essai d'interprétation. — M. E. DE MASSARY. L'absence de corrélation entre les syndromes nerveux et les modifications biologiques du liquide céphalo-rachidien se rencontre dans les maladies aiguës telles que les oreillons et dans les maladies à marche lente telles que celles jadis dénommées parasyphilitiques.

Le système nerveux dans son ensemble est constitué par deux tissus : l'un, le tissu parenchymateux, d'origine ectodermique, a comme élément constitutif la cellule nerveuse, élément hautement différencié, irremplaçable ; l'autre, le tissu interstitiel, conjonctivo-vasculaire, d'origine mésodermique.

Lorsqu'on admet l'interdépendance de ces deux tissus, le tissu interstitiel, premier lésé, étouffant la cellule nerveuse, il est difficile de comprendre l'absence de corrélation entre la clinique et les données de la ponction lombaire. Par contre, cette absence de corrélation s'explique en admettant, ce que E. de Massary soutient depuis 1896 et ce qui paraît prouvé par les recherches bactériologiques modernes, que l'agent infectieux ou toxique peut frapper directement le tissu parenchymateux et le tissu interstitiel, sans se servir de l'un pour atteindre l'autre. Cette atteinte peut se faire exclusivement sur un tissu ou simultanément sur les deux, mais dans ce dernier cas, à des degrés variables. Par la clinique nous interrogeons la cellule nerveuse, par la ponction lombaire, le tissu conjonctivo-vasculaire et méningé, les réponses peuvent donc ne pas concorder.

La dissociation auriculo-ventriculaire. — MM. A. CLERC, S. VIALARD et BALACEANU, à propos de trois cas personnels, étudient la *dissociation auriculo-ventriculaire dans le cours du rhumatisme articulaire aigu*, incident rare, mais non exceptionnel. Bien que pouvant réaliser le syndrome de Stokes-Adams avec pouls lent et syncope mortelle, souvent la dite dissociation se montre incomplète, ou bien complète, mais sans bradycardie, fugace ou intermittente, et se termine au bout de quelques semaines ou même de quelques jours par la guérison. Dans tous les cas, sa rareté relative s'oppose à la fréquence de l'augmentation de l'espace P. R. qui sépare sur l'électro-cardiogramme la contraction de l'oreillette de celle du ventricule. De nouvelles observations suffisamment prolongées montreront seules s'il faut voir dans l'anomalie considérée une amorce pour le développement dans un avenir éloigné d'une dissociation permanente.

Autres communications :

M. Emile Roux présente un travail de M. BEZANÇON et de Mlle DREYFUS sur la *vaccination antidiphtérique dans une population scolaire et préscolaire de la banlieue parisienne.* Enfin, M. CROUZON apporte un travail sur *la pathogénie de la dysostose cranio-faciale héréditaire.*

— La séance du 1er novembre est supprimée, la prochaine séance aura lieu le 8 novembre et sera consacrée au centenaire de la naissance de M. Guéniot.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1932)

Sur deux types différents de bacilles paratuberculeux isolés de l'expectoration d'un enfant atteint de lésions pulmonaires tuberculeuses. — MM. J. VALTIS, G. PAISSEAU et F. VAN DEINSE ont pu isoler deux types de bacilles paratuberculeux qui se distinguent surtout par la production de pigments différents de crachats d'un enfant de 6 ans atteint d'infiltration tuberculeuse des poumons en même temps que de tuberculose péritonéale probable.

Etant donné que les crachats ont été obtenus par lavage de l'estomac, les auteurs pensent que les bacilles ont été introduits dans l'estomac avc les matières grasses ingérées.

Etude électro-physiologique du réflexe de Hering. — MM. D. SANTENOISE, V. BONNET et A. RICHARD ont appliqué à l'étude des réflexes cardio-modérateurs et vaso-dépresseurs

consécutifs à l'excitation du nerf de Hering les techniques électro-physiologiques dues à Lapicque et à son école.

Ils ont constaté assez fréquemment des différences de chronaxie de la voie afférente pour les effets cardio-modérateurs et vaso-dépresseurs.

L'étude des caractéristiques chronologiques de la voie efférente vagale leur a permis de constater que les chronaxies trouvées pour le pneumogastrique sont souvent de l'ordre de celles trouvées par le nerf de Hering.

Néanmoins, le fonctionnement du réflexe de Hering est généralement itératif.

Cependant, on observe quelquefois, dans diverses conditions expérimentales, un fonctionnement faiblement ou non itératif.

Tableau histo-pathologique des cobayes infectés par l'ultravirus tuberculeux et des cobayes nés de mères infectées de tuberculose ou d'ultravirus. — MM. C. Ninni et V. Tramontano. L'ultravirus tuberculeux donne lieu chez le cobaye à une réaction histologique qu'on ne peut pas confondre avec celle que déterminent les mêmes filtrats chauffés à 62° pendant une heure.

La différence réside surtout dans l'extension des altérations ; celles-ci sont strictement localisées chez les animaux inoculés avec des filtrats chauffés, et générales chez les animaux inoculés avec des filtrats non chauffés. Elles vont de l'hyperplasie histiocytaire et lymphoïde à la formation d'éléments épithélioïdes, qui font défaut seulement dans le foie.

Ces différences dans l'intensité des lésions sont surtout en rapport étroit avec les différents filtrats inoculés.

Les lésions offrent leur intensité maxima du 20e au 30e jour, et commencent à régresser après le 40e jour ; mais elles n'ont pas encore entièrement disparu 4 mois après l'inoculation.

Ces modifications histologiques s'observent également dans l'infection tuberculeuse héréditaire, sauf qu'en général leur gravité est plus accusée.

Sur la mise en évidence de granules acido-résistants et de bacilles dans les organes de cobayes inoculés avec le liquide céphalo-rachidien de déments précoces. — M. A. Puca. On peut mettre en évidence des granules et des bacilles acido-résistants par inoculation du liquide céphalo-rachidien de déments précoces, soit dans les ganglions lymphatiques, soit dans le péritoine de cobayes préparés par le phosphate de calcium, parfois même par culture sur les milieux à l'œuf et à l'asparagine.

Sur 47 malades examinés, il a obtenu 7 résultats positifs par la méthode d'inoculation intraganglionnaire ; 3 résultats positifs par la méthode du péritoine préparé au phosphate de calcium. Tous ces malades étaient exempts de lésions tuberculeuses.

La déviation du complément aux sérums non chauffés, effectuée avec l'antigène de Boquet et Nègre, assez fréquemment positive avec le sérum de déments précoces, a donné des résultats nettement positifs dans tous les cas biologiquement positifs.

Etude comparative entre l'allergie expérimentalement provoquée par le B. C.G. et celle produite par le bacille virulent. — Les faits relatés par A. Saenz sont superposables à ceux que l'on observe en clinique humaine. Ils démontrent que le B. C. G. est capable de créer une hypersensibilité durable du tégument, mais plus faible que celle qu'engendrent les bacilles tuberculeux virulents à la même dose. Ils paraissent indiquer que ce bacille-vaccin se multiplie dans l'organisme humain et dans l'organisme animal. La lésion bénigne spontanément curable qu'il provoque et au sein de laquelle il vit en symbiose avec les cellules de l'organisme, est indispensable pour engendrer l'immunité, c'est-à-dire cette résistance appréciable aux surinfections qui est l'effet caractéristique de la prémunition.

Etude électro-physiologique de l'action de la vagotonine sur l'excitabilité réflexe parasympathique. — MM. D. Santenoise, V. Bonnet, A. Richard et M. Vidacovitch ont étudié, par la méthode électro-physiologique, l'action de la vagotonine sur les effets cardio-modérateurs et vaso-moteurs des réflexes de Héring et de Cyon. La vagotonine ne modifie pas les chronaxies des nerfs de Héring et des nerfs de Cyon correspondant aux effets cardio-modérateurs et vaso-dépresseurs. La vagotonine ne modifie pas non plus la chronaxie de la voie efférente vagale. La vagotonine ne modifie pas les caractéristiques d'excitabilité du système pneumogastrique-cœur ainsi que le montre l'étude de la loi des nombres, mais elle tend à rendre non itératif le fonctionnement des réflexes cardio-modérateurs et vaso-dépresseurs de Cyon et de Héring.

L'insuline, bien débarrassée de vagotonine, n'exerce aucune action comparable.

Ces faits apportent non seulement une peuve indiscutable de la spécificité et de la netteté de l'action de la vagotonine sur l'activité réflexe des centres parasympathiques, mais précisent son mode d'action.

Azote non protéique du sérum. — M. Ch. Achard, Mlles Jeanne Lévy et M. Marynowski. Le taux d'azote non protéique du sérum ultrafiltré est inférieur au taux d'azote non protéique du sérum désalbuminé par l'acide trichloracétique.

Etant donné que les taux d'urée et d'acide urique sont les mêmes dans le liquide d'ultrafiltration et le liquide désalbuminé, il faut admettre que la désalbumination par l'acide trichloracétique amène une hydrolyse de certains protides.

La richesse des dattes en glucides naturels et leur maturation au soleil tropical conditionnent-elles une richesse correspondante en vitamines B et D ? — M. Raoul Lecoq. Les dattes muscades à pulpe molle constituent un fruit apprécié, riche en sucres naturels, dont il était intéressant d'entreprendre l'essai biologique. Mûries au pays du soleil, elles ne semblent pas avoir fixé sensiblement les radiations antirachitiques (expériences faites sur le rat). Par contre, elles renferment une petite quantité de vitamines B, insuffisante toutefois pour assurer pendant une longue période l'utilisation des glucides qu'elles apportent en abondance (expériences faites sur le pigeon).

Recherches sur la régulation de la calcémie chez le lapin. Influence de l'appareil thyro-parathyroïdien. — MM. A. Baudouin, E. Azérad et J. Lewin ont montré, dans une note précédente, que l'abaissement de la calcémie (obtenu par injection intraveineuse d'axalate) chez le lapin, est suivi d'une réascension tendant à ramener le Ca du sang à la normale. Ils ont étudié l'influence de l'appareil thyro-parathyroïden en procédant à l'ablation : *a*) des parathyroïdes inf. seules, *b*) des parathyroïdes inf. plus les 2/3 des lobes thyroïdiens, *c*) enfin de l'appareil thyro-parathyroïdien en totalité.

Ils ont constaté que le relèvement de la calcémie n'est pas entravé par ces interventions.

Eloge funèbre de M. Maurice Nicolle. — M. Legendre.

— Société de biologie de Lyon (séance du 17 octobre) :

Limites de l'action des sels d'or sur les cultures homogènes du bacille de Koch. — MM. P. Courmont, H. Gardère et P. Pichat, ayant observé l'augmentation du p. bac-

téricide des urines des tuberculeux par les injections de sels d'or, ont cherché l'action bactéricide directe *in vitro* sur le bacille de Koch de doses progressives de sanocrysine et d'allocrysine, depuis 1 p. cinq millions jusqu'à 1 p. 500.

Ces deux sels se montrent effectivement bactéricides à partir d'une certaine concentration de 1 p. 100.000 à 1 p. 50.000. Mais, fait paradoxal, cette action empêchante ne s'exerce plus à partir de certaines doses plus fortes variant de 1 p. 10.000 à 1 p. 2.500, suivant qu'il s'agit de sanocrysine ou d'allocrysine. A ces derniers taux et jusqu'à 1 p. 500, les cultures se développent abondamment en présentant une teinte vert sombre toute spéciale. Les bacilles montrent au microscope des grains vert sombre dont ils sont entourés. Il s'agit certainement d'un phénomène de réduction de l'or autour du corps bacillaire.

Le fait curieux est de voir ces sels d'or n'avoir une action bactéricide qu'entre deux limites, l'une faible et l'autre forte ; ceci peut expliquer bien des divergences des auteurs qui ont étudié expérimentalement les sels d'or depuis R. Koch.

LIVRES NOUVEAUX

Eléments de chirurgie (1), par M. LECERCLE, membre correspondant national de la Société nationale de chirurgie de Paris.

Un manuel élémentaire de chirurgie, en 100 leçons distinctes, — embrassant chacune l'ensemble d'une question et formant par leur réunion un exposé à peu près complet des connaissances chirurgicales actuelles, — tel est le livre du Dr Lecercle.

C'est donc avant tout un livre d'enseignement, destiné aux étudiants, — à tous les étudiants, et aux médecins non spécialisés en chirurgie.

Il n'a pas la prétention d'apprendre à un chirurgien de carrière les derniers raffinements d'une technique délicate, ni de discuter pour lui un diagnostic difficile ou une thérapeutique encore mal définie. Par contre, à l'étudiant et au médecin qui désirent connaître, dans son ensemble, la chirurgie, et qui, pour des raisons d'ailleurs différentes, ne peuvent par eux-mêmes être au courant des idées actuelles, il offre un tableau écrit pour eux de ce qu'ils devraient chercher dans les traités ou dans des revues spéciales.

Ce livre n'en reste pas, en effet, à l'exposé des seuls principes généraux. *Elémentaire*, il l'est par son esprit et sa méthode d'exposition ; il ne l'est pas au sens où la connaissance des « éléments » ne serait qu'une étude théorique simplifiée et éloignée de l'application. Il explique au contraire, d'une façon concrète, pourquoi on opère, les principes et souvent même les moyens de la technique, les résultats à attendre des interventions. En un mot, le lecteur privé de connaissances spéciales comprend les mobiles et les moyens de la chirurgie. Mis à l'hôpital, ou dans la clientèle, devant une hernie, une lithiase rénale, un cancer, il devra savoir ce que la chirurgie peut ou ne peut pas, — fait ou ne fait pas.

Le plan suivi par l'auteur lui a permis d'atteindre son but : il a procédé *a posteriori ;* il a abordé successivement les maladies chirurgicales essentielles, et pour chacune d'elles, a exposé à la fois et en même temps : le diagnostic, la thérapeutique et les principes de la technique. Mais il l'a fait avec le souci de mettre l'accent, chaque fois, sur le point qui éclaire les autres : si telle maladie chirurgicale pose plutôt un problème de physiopathologie, c'est à la physiopathologie qu'il a subordonné son exposé ; si telle autre lésion fournit un simple problème de mécanique chirurgicale (nous dirions de « technologie »), c'est en « mécanicien » qu'il aborde l'étude de cette affection.

De la sorte, chaque section constitue une « Leçon » qui groupe toutes les données qui la rendent instructive. L'on peut lire l'ouvrage chapitre par chapitre, sans connaissances générales préalables.

Cette méthode suppose une condition : aborder un nombre suffisant de « questions », pour que le domaine de la chirurgie soit enserré et attaqué d'un grand nombre de points. C'est ce qu'a fait le Dr Lecercle : son livre, comportant 100 chapitres, entre par cent portes successives dans le terrain qu'il décrit. Sans doute, toute la chirurgie n'est pas là. On ne trouvera pas ici de discussions prolongées sur telles lésions particulièrement rares. Mais toute la chirurgie y est si l'on entend, par là, ce qu'un étudiant doit savoir ou ce qu'un médecin non spécialisé doit connaître.

Un tel livre devait-il ou pouvait-il être illustré ? — Sans doute, mais il ne devait l'être ni à la manière d'un précis de technique, ni à la façon d'un manuel de pathologie chirurgicale. Ses 493 figures, originales ou empruntées aux meilleurs auteurs, ont été choisies dans l'esprit où le livre a été conçu : tel exposé suppose un schéma de physiologie théorique, tel autre une image d'anatomie, tel enfin une figure de technique chirurgicale. L'iconographie s'est pliée à cette variété nécessaire. Ainsi les moyens didactiques étant sans cesse adaptés au sujet, ce livre vivant et clair atteint le but difficile pour lequel il a été écrit. L. G.

(1) Un volume de 812 pages avec 493 figures. — Prix : broché, 100 fr. ; relié toile, 125 fr. — Paris, Masson et Cie.

Traité de physiologie normale et pathologique, publié sous la direction de M. G.-H. ROGER, professeur honoraire de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, et M. Léon BINET, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris. Tome VI : *Circulation* (1), par MM. J. DEMOOR, Ph. FABRE, H. FRÉDERICQ, H. HERMANN, P. MATHIEU, H. DE WAELE.

Division de l'ouvrage : Considérations générales sur la circulation du sang, par Pierre Mathieu (Alger).

Le cœur : activité du cœur et ses conséquences. Physiologie générale du cœur. L'innervation extracardiaque. Physio-pathologie du rythme cardiaque, par H. Hermann (Alger).

L'électrocardiogramme normal et pathologique, par H. Frédericq (Liége).

La circulation artérielle et veineuse, par H. de Waele (Gand).

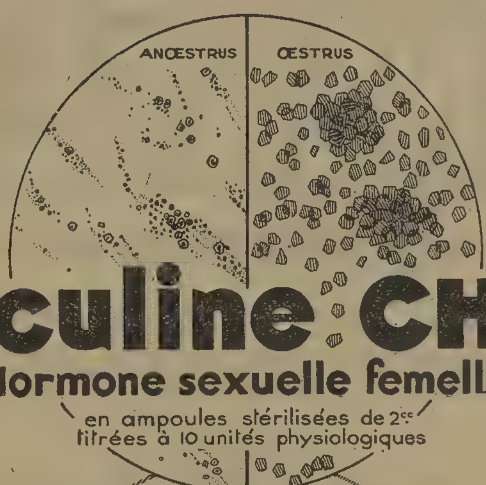
Pression sanguine dans les artères de l'homme, par Ph. Fabre (Paris).

Physiologie des capillaires, par Jean Demoor (Bruxelles). L. G.

(1) In-8 de 592 pages avec 280 figures. — Prix : broché, 90 fr. ; relié, 110 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


ANŒSTRUS
ŒSTRUS

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'aide d'anatomie des hôpitaux. — Sont déclarés admissibles :

MM. Aboulker, Jullien, Calvet, Mialaret, Delangre, Beuzard, Herbert, Lebel et Monod.

Epreuve orale. — Question donnée : « Muscles adducteurs de la cuisse. »

MM. Beuzard, 23; Herbert, 25; Delangre, 23; Aboulker, 27; Mialaret, 25; Jullien et Calvet, 27; Monod, 23; Lebel, 24.

Epreuve de dissection. — Question donnée : « Muscles péroniers latéraux et leurs nerfs. »

MM. Delangre, 28; Jullien, Aboulker, Calvet et Beuzart, 27; Monod, Herbert et Mialaret, 26; Lebel, 29.

Classement des candidats : MM. Aboulker, 82; Jullien, 80; Calvet, 79; Lebel et Mialaret, 74; Delangre, 73; Beuzart et Herbert, 72; Monod, 70.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — Récompenses décernées par la Faculté de médecine pour l'année scolaire 1931-1932 :

Lauréats. — 1re année, mention honorable : MM. Donnat et Toye; 3e année, prix : M. Sibel; 4e année, prix : M. Cadilhac.

Prix de thèse. — 1er prix Fontaine : MM. Anselme-Martin, Gondard, Monnier; 2e prix de thèse de la Faculté, médaille : MM. Lonjon, Micas, Rimattei; mention très honorable : MM. Motte, Mourad, Ratié; mention honorable : M. Guillet.

Prix du XXe Congrès de médecine : M. Caderas.

Prix Bouisson : MM. Cabanac, Anselme-Martin, Gondard, Lonjon, Bory, Reymond.

Bourse Pierre Faurie : M. Alquié.

Bourses Dubreuil et Faurie. — Un nouveau concours sera ouvert au mois de novembre devant la Faculté de médecine de Montpellier en vue de l'attribution de la bourse Dubreuil et d'une bourse Pierre Faurie.

Chaire de chimie biologique et médicale. — M. le docteur Paul Cristol, agrégé, est présenté par le Conseil de la Faculté en première ligne comme titulaire de la chaire de chimie biologique et médicale.

Chaire de clinique médicale infantile. — M. le docteur Maurice Dufoix a été nommé chef de clinique médicale infantile.

Chefs de laboratoire. — Sont renouvelés dans leurs fonctions :

Histologie : M. Brousy; physique (hôpital général) : M. le docteur Parès; physique (hôpital suburbain) : M. le docteur Reynès; chimie (hôpital général) : M. Derrien; chimie (hôpital suburbain) : M. le docteur Monnier; bactériologie et microscopie cliniques (hôpital suburbain) : Mlle le docteur Giraud; Anatomie pathologique : M. le docteur Guibert.

Préparateurs. — Ont été chargés des fonctions de préparateur :

Chaire de bactériologie : Mlle Labraque-Bordenave; chaire de chimie biologique : M. Jean Fourcade; chaire de physique : M. le docteur Sagols; chaire de médecine légale : M. le docteur Estor; chaire d'hygiène : Mme le docteur Rambault.

PRIX NOBEL DE PHYSIOLOGIE. — Le prix Nobel de physiologie a été partagé cette année entre sir Charles Scott Sherrington, de l'Université d'Oxford, et le professeur Edgar Douglas Adrian, de l'Université de Cambridge, pour leurs découvertes concernant les fonctions des neurones.

SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Liste de classement de sortie de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, par ordre de mérite, des médecins et pharmaciens lieutenants élèves en 1932 :

Médecins. — 1. MM. Comte, Marty, Delom, Arquie, Bargues, Grosperrin, Bertrand, Martin (L.), Gallais, Ginieys,

11. Moulinard, Debergue, Goulard, Eymard, Bergougniou, Arnault, Bouisset, Ros, Grall, Marlette,

21. Serafino, Gras, Serre, Raton, Debeugny, Becuwe, Devoivre, Rioux, Denaclara, Delage,

31. Maria, Breteau, Blanchet, Lafleur, Seguy, Laviron, Rosec, Mary, Nouaille-Degorce, Woithelet,

41. Tessier, Metereau, Lagarde, Pourtau, Branche, Nomdedeu, Lombard, Bories, Vesnat, Caillet,

51. Mahoudo, Mazet, Berthon, Matriolet, Casteix, Lutz, Lacorne, Tinard, Creste, Campourcy,

61. Lecaille, Martin (G.), Lambert de Cremeur, Diagne, Ribo, Georges, Gaignaire, Guilhaumou, Chomet, Cauvin,

71. Queneudec, Bouffier, Carmes, Domec, Amigues, Bascou, Calvez, Brunati, Pecarrere, Dupuy,

81. Pous, Moran, Duris, Chedecal, Henry, Moulinier, Rouge, Darnault, Sagnard.

Pharmaciens. — 1. MM. Rivoalen, Auffret, Fagon, Vergnoux, Lancepleine, Laviec, Giboin, Clamen, Bellec, Jacquier,

11. Foerster, Cresp, Randier.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Mme Vve Vignard (de Paris), obéissant au désir de son mari le docteur Vignard, décédé en 1917, chevalier de la Légion d'honneur, ancien médecin chef de l'hôpital maritime de Sulina (Roumanie), a légué à l'Association générale des médecins de France toute sa fortune s'élevant environ à 200.000 fr. Ce legs, qui portera selon la volonté de la testatrice le nom de « Legs Vignard », permettra aux différentes caisses de continuer avec plus d'efficacité l'œuvre d'entr'aide professionnelle qu'elles poursuivent en faveur des membres de l'Association.

— Le docteur Plantier (d'Annonay, Ardèche), propriétaire des Laboratoires de la « Panbiline », a fait don à l'Association d'une somme de 10.000 fr. en faveur des confrères et des veuves auxquels elle vient en aide. Ceux-ci ne manqueront pas d'apprécier, une fois de plus, la délicatesse de ce nouveau geste de notre généreux confrère.

INSTITUT D'ACTINOLOGIE. — Un cours pratique d'actinothérapie s'ouvrira le 14 novembre, à 17 h., à l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle.

Ce cours est réservé aux médecins et étudiants en médecine. Les auditeurs pourront assister aux consultations et aux traitements.

Il comportera dix leçons.

On est prié de s'inscrire au secrétariat de l'Institut d'actinologie. Le droit à verser est de 150 fr. Un certificat sera délivré aux auditeurs qui auront suivi tous les cours.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Delegrange (de Tourcoing), père du docteur Pierre Delegrange, à qui nous adressons nos vives condoléances ; Darteyre, sénateur du Puy-de-Dôme ; le professeur van Ermengen, professeur de bactériologie de Gand, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine de Belgique, à qui l'on doit de belles recherches sur le botulisme ; Pierre Kahn, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris ; Mlle Arrighi de Casanova, externe des hôpitaux ; Mme Walther, née Segond, femme de notre maître respecté et aimé M. Charles Walther, membre de l'Académie de médecine, président de l'Association française de chirurgie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MÉDECINS ET MESURES FISCALES

Nous voyons dans les journaux les idées lancées par le Ministère des Finances touchant l'établissement des impôts sur revenus professionnels pour les membres des professions libérales.

Deux suggestions ont été émises :

— Le carnet de reçus,

— La Commission de taxation fiscale.

— Le *carnet de reçus*, qui serait une complication paperassière nouvelle pour le médecin — lequel aurait à le transporter dans sa poche (un carnet de plus !) — ne présenterait, nous semble-t-il, au point de vue fiscal, que des avantages réduits.

Les recoupements sont en effet difficiles, du fait que nous ne saurions admettre que des noms soient portés sur les reçus. Il faudrait donc supposer que l'Administration compte voir se développer chez les malades un véritable esprit de délation, qui les porterait à transmettre au fisc des reçus à eux donnés.

Le geste manquerait, de la part du Gouvernement, et d'élégance et de psychologie.

— La deuxième formule serait la *Commission de taxation.*

Tout dépend, dans ce cas, et de la composition de la Commission et des modalités de son fonctionnement, au sujet duquel nous prévoyons, d'ores et déjà, des difficultés considérables.

Le médecin n'a jamais refusé de payer ses impôts, et le médecin moyen, dont les déclarations sont normales, trouve excessif que lui soit systématiquement appliquée une suspicion née d'inexactitudes venant de quelques favorisés de la profession.

Surtaxer le médecin au moment où il s'apprête à continuer ses efforts pour une meilleure application des lois médico-sociales, constituerait, de la part du Gouvernement, une erreur de nature à avoir, dans un avenir proche, les répercussions les plus fâcheuses.

Nous protestons contre les commentaires désobligeants parus dans la presse, tendant à faire considérer comme des fraudeurs systématiques les membres des professions libérales.

Nous nous élevons contre cette situation ainsi créée qui tendrait à établir, dans la fiscalité française, une catégorie de *suspects*, alors que les grands principes affirment : tous les citoyens sont égaux devant la loi.

Que les fraudeurs soient poursuivis chez nous comme ailleurs.

Nous voulons la justice, mais nous nous élèverons de toutes nos forces contre des mesures vexatoires susceptibles de porter atteinte au libre exercice et à la dignité de notre profession.

Dr P. CIBRIE,
Secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux français.

**

MALADIE RHUMATISMALE ET INFECTION TUBERCULEUSE

Par M. H. GRENET.

J'ai recherché s'il existe des rapports de causalité entre la tuberculose et le rhumatisme aigu franc.

Avant d'aborder cette étude, on doit rappeler qu'il s'agit de deux maladies assez communes pour qu'il se produise entre elles des coïncidences, même s'il n'existe de l'une à l'autre aucun lien réel. Ces coïncidences n'auront donc de valeur que si on les constate avec une grande fréquence.

D'autre part, la question est souvent mal posée, parce qu'on étend d'une manière démesurée le cadre du rhumatisme. Il importe donc de préciser ce qu'on doit entendre par maladie rhumatismale, ou rhumatisme articulaire aigu franc, ou maladie de Bouillaud.

Ni les arthralgies simples qui précèdent ou accompagnent souvent une maladie infectieuse, parmi lesquelles la tuberculose occupe une place importante, ni les polyarthrites qui, après une phase aiguë, se fixent sur une ou deux articulations, ni celles qui passent à l'état chronique, s'accompagnant ou non de déformations, ni celles au cours desquelles la radiographie montre des altérations osseuses, n'appartiennent au rhumatisme aigu franc

On ne peut accepter sans discussion ce diagnostic que dans les conditions suivantes :

Polyarthrite aiguë fébrile, non suppurée ; évolution indépendante d'une autre maladie infectieuse ; maladie ne passant pas à la chronicité; guérison habituelle, avec ou sans complications cardiaques ; action d'ordinaire favorable du salicylate de soude ; rechutes fréquentes. — Dans les formes mortelles, évolution à type d'infection aiguë, avec complications viscérales, surtout avec cardiopathies évolutives indépendantes de l'endocardite d'Osler. — Possibilité de formes faiblement articulaires, ou même non articulaires, mais caractérisées par certaines localisations (cardiaques entre autres) et par l'action du salicylate de soude.

La lecture des travaux sur le rhumatisme tuberculeux montre avec quelle facilité on parle de rhumatisme dès que surviennent des manifestations articulaires, quels que soient les symptômes qui les accompagnent et l'évolution qu'ils suivent. Une très récente publication sur le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux, riche en documents bien étudiés, ne fait pas exception à cette règle. Or ce n'est qu'en limitant la question avec une précision aussi grande que possible que l'on peut arriver à des conclusions nettes.

Il faut reconnaître que l'évolution clinique de la maladie rhumatismale n'est pas de nature à faire penser à une origine tuberculeuse. Même si l'on admet (opinion d'ailleurs très discutable) qu'il s'agit d'une maladie chronique à rechutes successives, il n'y a là qu'une analogie assez grossière avec les poussées évolutives plus ou moins espacées de la tuberculose. De même l'inflammation aiguë, fugace, mobile, de la séreuse articulaire est peu comparable à l'épanchement fixe et durable de la pleurésie tuberculeuse.

Mais une maladie qui ne se complique ni d'accidents pulmonaires chroniques (les pneumopathies rhumatismales guérissent sans laisser de traces), ni d'adénopathies persistantes, ni d'ostéo-arthrites, qui ne passe pas à l'état chronique, et qui souvent, après une ou deux atteintes, guérit d'une manière complète et définitive, ne ressemble guère à une infection tuberculeuse. Une maladie dont il semble que la porte d'entrée soit souvent (un tiers des cas au moins) dans la gorge, sous la forme d'une angine, suivie, dans la quinzaine, d'accidents aigus, violents et passagers, ne ressemble guère à une infection tuberculeuse.

Si l'on veut lui assigner une origine tuberculeuse, il ne faut donc pas se contenter de quelques rares rapports de coïncidence, ou faire état de manifestations qui n'ont avec le rhumatisme vrai que des ressemblances plus ou moins grandes, mais qui peuvent s'en distinguer par l'examen clinique : il faut apporter des preuves précises.

L'enfant offre à cet égard un terrain d'étude assez favorable parce que chez lui les infections associées sont réduites au minimum, et que l'on peut, plus souvent que chez l'adulte, observer la première crise rhumatismale, ou dépister le premier contage tuberculeux.

* * *

L'étude de 94 cas de maladie rhumatismale chez l'enfant m'a permis de faire les constatations suivantes :

I. Etude des antécédents. — Dans 12 cas, on trouve avec certitude la tuberculose chez les ascendants ou dans l'entourage immédiat des rhumatisants : parents vivants, mais nettement tuberculeux, ou morts phtisiques après un contact prolongé avec l'enfant ; pleurésie ancienne chez la mère ; laryngites fréquentes chez le père et lésions pulmonaires chez l'enfant. Outre la tuberculose des ascendants, on relève, dans un de ces cas, une coxalgie chez un frère, et, dans un autre cas, la mort par méningite chez plusieurs frères ou sœurs.

Retenons d'autre part, sans qu'il y ait de tuberculose connue chez les ascendants, un cas d'ascite, soigné à Hendaye, chez le frère d'un de nos malades ; et, chez un autre rhumatisant, un séjour en préventorium (pour toux et adénopathie trachéo-bronchique) deux ans avant l'apparition de la crise articulaire.

Enfin, dans 6 cas, il existe quelques présomptions fort discutables de tuberculose chez les ascendants : une fois, on signale que la mère est asthmatique ; 5 fois le père est tousseur, ou garde une bronchite légère après avoir été gazé, mais les examens cliniques, radiologiques, bactériologiques, ont été négatifs.

En résumé, l'étude des antécédents montre :

Tuberculose certaine chez les ascendants : 12 fois sur 94 cas.
Antécédents collatéraux ou personnels seuls : 2 fois sur 94 cas.
Présomptions très discutables chez les ascendants : 6 fois sur 94 cas.
Antécédents complètement négatifs : 74 fois sur 94 cas.

Ces chiffres ne plaident pas en faveur de la nature tuberculeuse de la maladie rhumatismale.

II. Recherche des manifestations tuberculeuses chez les rhumatisants. — La coexistence de symptômes tuberculeux et de rhumatisme n'a pas été fréquente. Voici les cas observés.

Obs. I. — D... (Pierre), 4 ans 1/2. — Contamination par une tante morte tuberculeuse. Cuti-réaction à la tuberculine fortement positive. Signes radiologiques (ombres hilaires denses, taches parenchymateuses, sinus costo-diaphragmatique gauche fermé). Rhumatisme articulaire aigu. Je reviendrai sur le détail de cette observation, qui présente un intérêt spécial (voir § VI).

Obs. II. — P... (Denise), 8 ans 1/2. — Le père a des laryngites fréquentes. Chez l'enfant, bronchites à répétition ; — à l'examen radiologique, pommelures au-dessus du hile droit ; — cuti-réaction fortement positive. — Plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu ; maladie mitrale.

Obs. III. — De Tsch... (Raoul), 7 ans. — Rhumatisme articulaire aigu à début abdominal. A l'examen radiologique, ombres parenchymateuses au-dessus du hile droit. Cuti-réaction positive. pas d'antécédents tuberculeux.

Obs. IV. — C... (Renée), 9 ans 1/2. — Plusieurs crises rhumatismales ; maladie mitrale ; symphyse cardiaque. Enfant délicate, bronchites fréquentes. A l'examen radiologique, réaction scissurale droite. Cuti-réaction positive. — Pas d'antécédents tuberculeux.

Dans les deux premiers cas, l'association du rhumatisme et de la tuberculose pulmonaire est certaine ; elle semble probable dans le troisième et dans le quatrième cas.

Elle est bien problématique, dans les observations suivantes :

Obs. V. — D... (Robert), 11 ans 1/2. — Rhumatisme articulaire aigu. Tousse tous les hivers. Pas de signes cliniques ni radiologiques. Cuti-réaction positive. — Père mort tuberculeux six mois après la naissance de l'enfant.

Obs. VI. — M... (Madeleine), 13 ans. — Rhumatisme articulaire aigu. Radiologiquement, le sommet gauche s'éclaire un peu moins que le droit (pas de taches). Cuti-réaction positive. Père mort tuberculeux après avoir été en contact constant avec l'enfant.

Obs. VII. — J... (Alfred), 12 ans. — Rhumatisme articulaire aigu. Ombres hilaires denses. Cuti-réaction positive. Père mort tuberculeux.

Dans les autres cas, je ne trouve aucun signe qui permette de parler de lésions tuberculeuses associées au rhumatisme.

En résumé, sur 94 cas, j'en relève 4 dans lesquels il y a coexistence certaine ou très probable de tuberculose et de rhumatisme ; et 3 dans lesquels il existe quelques signes suspects, mais fort douteux.

Il est impossible de trouver là le moindre argument en faveur du rôle de l'infection tuberculeuse dans le rhumatisme.

III. Etude de la cuti-réaction à la tuberculine chez les rhumatisants. — La cuti-réaction et, dans plusieurs cas, l'intradermo-réaction à la tuberculine ont été faites chez 80 rhumatisants, dont 33 ont eu une réaction négative, et 47 une réaction positive.

Mais les résultats demandent à être étudiés de plus près.

En tenant compte de l'*âge*, je trouve : de 4 à 9 ans, 17 cuti-réactions négatives, 12 positives ; de 10 à 15 ans, 16 cuti-réactions négatives, 35 positives.

Conformément à la règle commune, la proportion des réactions devient plus grande à mesure que l'on observe des enfants plus âgés ; c'est à partir de 10 ans que le nombre des résultats positifs l'emporte d'une manière constante sur le nombre des résultats négatifs.

Quelques points particuliers méritent d'être signalés.

Chez 16 malades, j'ai constaté que la réaction se maintenait négative pendant un temps prolongé après la première atteinte rhumatismale.

Vérification faite au bout de 2 à 4 mois : 5 cas.
Vérification faite au bout de 4 mois 1/2 : 1 cas.
Vérification faite au bout de 1 à 2 ans : 5 cas.
Vérification faite au bout de 4 à 6 ans : 2 cas.
Vérification faite au bout de 9 ans : 1 cas.
Vérification faite au bout de plusieurs années : 2 cas.

Chez 4 malades, la réaction, d'abord négative, est devenue positive (dans la statistique globale, ils ne sont comptés que parmi les cas positifs) :

Obs. VIII. — Pr... (Jeanne), 12 ans. — Parents bien portants. Première crise rhumatismale en juin 1929. Sept séjours hospitaliers d'août 1929 à juin 1932. Cuti-réactions négatives en août et septembre 1929 (3 mois après la première crise) ; positive à partir de février 1930 (8 mois après la première crise).

Obs. IX. — Aug... (Odette), 9 ans. Père tousseur (sans autres renseignements). Rhumatisme cardiaque évolutif. Nombreux séjours hospitaliers du 7 juillet 1927 à janvier 1931. Mort le 25 janvier. Autopsie : pas de lésions tuberculeuses macroscopiques. Gros cœur, symphyse cardiaque ; endocardite mitrale de type rhumatismal. Myocardite, nodules d'Aschoff. Cuti-réaction négative à l'entrée (juillet 1927) : positive en décembre 1927 (5 mois après le début : mais il n'y a pas eu de vérification dans l'intervalle de ces deux dates).

Obs. X. — L... (Marcel), 11 ans 1/2. — La mère a une bronchite et crache ; elle a perdu sept enfants de méningite. Le malade a été vu en novembre 1924, puis en décembre 1925, à l'occasion d'une bronchite ; il avait alors une cuti-réaction négative. En mai 1926, crise rhumatismale légère ; cuti-réaction positive.

Ces trois cas ont un intérêt inégal. Dans le premier (obs. 8), il faut noter la persistance assez longue (3 mois au moins) d'une réaction négative. Dans les deux suivants (obs. 9 et 10), nous ignorons le moment où le changement s'est opéré.

Je discuterai plus loin (voir le § VI, obs. 13) un quatrième cas dans lequel la cuti-réaction, d'abord négative, est devenue positive en moins de 3 semaines.

Quelles conclusions tirer de cet ensemble de faits ?

Autant qu'on peut le dire en tenant compte d'un chiffre total relativement peu considérable, la proportion des résultats positifs est au moins aussi élevée, sinon plus, que chez des enfants de même âge atteints d'une affection présumée non tuberculeuse. Donc, le rhumatisme n'est pas une maladie anergisante, au moins chez l'enfant.

Le nombre des résultats négatifs est assez grand pour que l'on ne puisse pas en tirer argument en faveur de la nature tuberculeuse. On ne saurait soutenir que la crise rhumatismale est d'ordinaire contemporaine du début de la période allergique (ce qui expliquerait les réactions tantôt positives et tantôt négatives), puisque nous avons pu vérifier à diverses reprises la persistance du caractère négatif pendant plusieurs mois et même plusieurs années.

L'étude de la cuti-réaction est donc peu favorable à l'idée d'une infection par le bacille tuberculeux comme cause du rhumatisme aigu.

Chose curieuse, les auteurs qui soutiennent le plus ardemment la doctrine du rhumatisme tuberculeux trouvent très souvent la cuti ou l'intradermo-réaction négative, même chez l'adulte ; il en est ainsi dans plusieurs des observations de Reitter et Löwenstein. Il y a là une contradiction avec une des notions les plus solidement établies en matière de tuberculose. Qu'il me suffise de relever le fait, sans m'attarder aux hypothèses, toutes fragiles, par lesquelles on a voulu l'expliquer.

IV. Résultats des hémocultures. — Nous nous sommes adressés, mon assistant, le Dr Isaac-Georges, et moi-même, à l'hémoculture selon la méthode de Löwenstein, pour rechercher la présence des bacilles de Koch dans le sang circulant. Nous nous sommes attachés à suivre scrupuleusement la technique indiquée ; et nous ne croyons pas nous en être écartés, puisque le professeur Löwenstein, avec une bonne grâce à laquelle nous rendons hommage, a bien voulu préciser les quelques points sur lesquels nous lui avions demandé des éclaircissements.

Nous déclarons tout d'abord que le milieu de Löwenstein (au rouge Congo, et surtout au vert malachite) est très favorable au développement du bacille tuberculeux : dans tous les cas de méningite tuberculeuse, nous avons obtenu, par l'ensemencement du liquide céphalo-rachidien, des cultures abondantes, et toujours faciles à repiquer, en un temps qui a varié de 6 à 25 jours.

Force nous est de reconnaître que les hémocultures ne nous ont pas donné les mêmes résultats.

Nous avons fait et examiné 62 ensemencements, dont 19 chez des rhumatisants. Sur ce nombre, 54 résultats sont absolument négatifs.

Dans 8 cas, nous avons cru voir, sur un seul tube d'ordinaire, et une fois sur deux tubes, quelques très rares bacilles acido-résistants, parfois difficiles à distinguer nettement de dépôts de colorants. Deux de ces cas douteux concernent des rhumatisants : l'un n'appartient pas à notre service, et nous n'avons à son sujet aucun renseignement clinique précis ; l'autre est une fille atteinte d'un rhumatisme récidivant, d'ancienne date, dont la cuti-réaction n'est devenue positive qu'après un long temps et de nombreux séjours hospitaliers ; l'inoculation de son sang au cobaye est demeurée absolument négative : en admettant que la forme bacillaire unique trouvée après de nombreux examens soit bien un bacille de Koch, il resterait à se demander s'il n'y a pas eu contagion tuberculeuse hospitalière.

Dans aucun cas nous n'avons obtenu de cultures macroscopiques ni réussi un seul repiquage.

Donc, sur 19 rhumatisants, 17 hémocultures négatives, 2 très douteuses et nullement démonstratives.

Nous devons reconnaître que plusieurs de nos malades avaient déjà été soumis à la médication salicylée avant l'ensemencement.

V. Résultats anatomo-pathologiques. — Dans quatre cas suivis de mort et que j'ai examinés avec mon chef de laboratoire, R. Levent, nous ne trouvons aucune lésion tuberculeuse, macroscopique ou microscopique.

L'un d'entre eux concerne une forme maligne d'emblée, avec innombrables nodosités sous-cutanées. Les lésions viscérales sont purement inflammatoires ; et aucun nodule n'est trouvé dans le cœur ou ses enveloppes.

Les trois autres ont trait à des sujets qui ont succombé à un rhumatisme cardiaque évolutif. Là encore nous ne constatons que des lésions inflammatoires, avec nodules d'Aschoff dans le tissu sous-épicardique et dans le tissu interstitiel du myocarde.

Il y a donc eu, dans ces quatre cas, des formations nodulaires que l'on considère comme assez particulières au rhumatisme (nodosités sous-cutanées une fois, nodules d'Aschoff trois fois). Sans doute on n'attribue plus au nodule d'Aschoff une valeur rigoureusement spécifique : ce n'est pourtant qu'à titre d'exception qu'on l'a trouvé dans des formes très particulières de tuberculose, comme dans d'autres infections d'ailleurs, et même dans des manifestations protéiniques expérimentales. Il n'en est pas moins vrai que la constatation de ces formations, associées à des lésions inflammatoires plus banales, à l'exclusion de toute apparence de follicule tuberculeux, n'est pas de nature à faire croire à une infection tuberculeuse.

Dans un cas étudié par mon assistant Isaac-Georges et par mon ancienne interne, Mlle Gautheron, qui ont bien voulu m'en communiquer l'observation, il y a eu association de tuberculose et de rhumatisme. Un enfant de 8 ans est atteint d'un rhumatisme aigu compliqué d'une endocardite mitrale. Le salicylate l'améliore d'abord ; puis la fièvre reprend ; le cœur cède ; et l'on découvre un foyer pneumonique. Le malade meurt. A l'autopsie, on constate que la lésion pulmonaire est une broncho-pneumonie tuberculeuse. Il existe d'autre part une endocardite en évolution ; mais les examens histologiques et bactériologiques ne permettent de trouver dans le cœur ou ses enveloppes ni formation tuberculeuse, ni bacilles acido-résistants ; il existe par contre des nodules d'Aschoff. Comment interpréter un tel fait ? Polyarthrite et endocardite tuberculeuses d'allure rhumatismale : on peut le discuter ; il y a des cas de diagnostic difficile ; et il faut reconnaître que par l'évolution et par la complication cardiaque, le type clinique de la maladie de Bouillaud, du rhumatisme franc était complètement réalisé. Mais ne peut-il pas s'agir aussi bien d'une infection tuberculeuse qui s'est superposée au rhumatisme ?

Ce n'est pas sur une seule coïncidence de deux maladies fréquentes, que l'on peut établir une loi générale de causalité, alors que de telles rencontres demeurent exceptionnelles.

VI. De quelques cas particuliers. — Il me paraît utile de revenir sur certains faits qui méritent d'être discutés et interprétés.

Obs. XI. — B... (Henriette), 14 ans, entre à l'hôpital le 23 décembre 1925, avec une crise de rhumatisme dont le début (angine) ne remonte qu'à quelques jours. Elle a une cuti-réaction positive. Sa mère est morte phtisique un mois auparavant.

On serait tenté d'invoquer ce cas en faveur d'une

origine tuberculeuse. Mais de tels faits, où l'inoculation bacillaire semble précéder de peu le début du rhumatisme, sont en réalité trop rares pour que l'on ne doive pas tenir compte des coïncidences possibles.

Obs. XII et XIII. — C... (Raymond), 14 ans, est examiné en octobre 1931. Il a perdu sa mère de phtisie il y a 9 ans, 7 ans avant la première atteinte rhumatismale, qui date d'octobre 1929. Il a subi, depuis cette époque, une série de crises. Il a une endocardite mitrale. La cuti-réaction est positive.

C... (André), *son frère*, âgé de 11 ans, a été en contact constant avec lui. Il a, le 2 juillet 1931, une crise rhumatismale. Cuti-réaction négative le 7 et le 15 juillet, positive le 24 juillet.

Chez le frère aîné, Raymond, ce serait forcer les faits que de vouloir établir une relation précise entre l'antécédent héréditaire (mère morte tuberculeuse), l'éclosion du rhumatisme 7 ans plus tard, et la cuti-réaction positive (à 14 ans, ce qui est banal).

Chez le cadet, André, il est intéressant de noter que la cuti-réaction change de sens et devient positive en moins de trois semaines. Le rhumatisme s'est-il montré anergisant à sa période aiguë ? Je ne le crois pas : le rhumatisme ne m'a jamais paru être une maladie anergisante. On pourrait admettre ici que le rhumatisme a été contemporain de la phase allergique de la tuberculose, et tirer de ce fait argument en faveur de la nature tuberculeuse. Mais la contagion rhumatismale par le frère aîné est pour le moins aussi vraisemblable ; et, chez un sujet de 11 ans, âge auquel la cuti-réaction devient le plus souvent positive, en dehors de toute évolution bacillaire, il convient de ne faire qu'une interprétation prudente.

L'observation suivante, à laquelle il a été déjà fait allusion au début de ce travail, me paraît fort instructive et mérite d'être donnée avec quelques détails.

Obs. I. — D... (Pierre), 4 ans 1/2, entre à l'hôpital le 25 juin 1932. Crise rhumatismale typique, polyarticulaire, fébrile; action rapide du salicylate de soude. Cuti-réaction positive. Examen radiologique: ombres hilaires denses, taches parenchymateuses dans le champ pulmonaire gauche; sinus gauche fermé.

Cet enfant a été en contact avec sa tante, morte de laryngite tuberculeuse dans les derniers jours d'octobre 1931.

Sa sœur, Yvette, 2 ans 1/2, a été gardée, elle aussi, par sa tante tuberculeuse. Grosses amygdales, adénopathies cervicales, quelques râles de bronchite; ombres hilaires touffues. Cuti-réaction négative en novembre 1931 et en juillet 1932.

Un jeune frère, Paul, âgé de 5 semaines, ne présente aucun signe pathologique.

Le père est bien portant. La mère, âgée de 23 ans 1/2, ne présente aucun signe de tuberculose; mais c'est une rhumatisante: première crise à 9 ans; plusieurs crises depuis, la dernière 15 jours après la naissance de Paul (4 semaines environ avant le début du rhumatisme chez le fils aîné). Maladie mitrale qui paraît remonter à une ancienne crise.

Voilà donc un enfant de 4 ans 1/2 qui a été en contact avec une tuberculeuse ; il a une crise de rhumatisme, des signes pulmonaires certains, une cuti-réaction positive : il y a là un ensemble assez impressionnant. Mais le malade vit actuellement dans un milieu non tuberculeux, près d'une rhumatisante d'ancienne date, et qui vient de présenter une poussée subaiguë. Contagion tuberculeuse par la tante ; contagion rhumatismale par la mère : voilà, me semble-t-il, une interprétation vraisemblable. On ne peut pas, malgré les apparences, mettre ce cas à l'actif de la doctrine du rhumatisme tuberculeux.

Il me paraît donc que ni les antécédents des malades, ni l'examen clinique, ni la recherche de la cuti-réaction à la tuberculine, ni les hémocultures, ni l'anatomie pathologique, ne permettent d'attribuer le rhumatisme franc à une infection par *le bacille* tuberculeux, à la condition de ne pas réunir sous l'étiquette de rhumatisme toutes sortes d'arthralgies sans rapport avec la véritable maladie rhumatismale, bien spécifiée cliniquement, et dont j'ai tâché de rappeler les limites au début de ce travail

VII. **Rhumatisme et ultra-virus tuberculeux.** — La discussion que je viens de poursuivre ne s'applique pas complètement à l'hypothèse d'une infection par les formes non bacillaires, par l'*ultra-virus tuberculeux.*

Les travaux de Paisseau et de ses collaborateurs (Oumansky, Mlle Scherrer, Jean Weill), s'orientent dans cette voie. Si l'on se reporte aux cas qu'ils ont étudiés, on reconnaîtra, comme ils le font eux-mêmes, qu'il n'en est que fort peu qui revêtent intégralement l'aspect du rhumatisme franc. Mais deux tout au moins en ont tous les caractères cliniques (Obs. 48 et 49 de la thèse de Jean Weill). Dans ces deux cas, les inoculations de sang et les réinoculations successives des ganglions des cobayes injectés, permirent de constater, après plusieurs passages, le développement d'une tuberculose atypique, correspondant à la forme déterminée par l'ultra-virus. Dans un des cas (Obs. 48), le même résultat fut obtenu en partant du liquide d'un épanchement pleural, et plus tard, dans un nouvel épanchement pleural survenu à l'occasion d'une crise asystolique, on trouva des bacilles acido-résistants qui ne tuberculisaient pas le cobaye. Chez les deux malades, la cuti-réaction demeura négative pendant longtemps (plus d'un an dans l'obs. 48, 6 mois dans l'observation 49) ce qui semble être la règle dans le cas d'infection par l'ultra-virus.

Deux autres cas de Paisseau sont plus discutables (Obs. 50 et 51 de la thèse de J. Weill).

Des résultats bactériologiques analogues ont été trouvés par Paisseau et ses collaborateurs chez des malades atteints de purpura rhumatoïde, d'arthralgies de types différents, et non pas seulement au cours du rhumatisme franc.

Les faits réunis sont encore peu nombreux, en raison de la longueur et de la difficulté des recherches. Ils présentent un très grand intérêt et méritent de retenir l'attention. Mais s'il est démontré que l'on peut mettre en évidence, chez certains rhumatisants (et aussi chez d'autres sujets), l'existence de l'ultra-virus ou tout au moins d'un bacille tuberculeux extrêmement peu virulent, il n'est nullement prouvé (et Paisseau lui-même formule des réserves prudentes à cet égard) que le rhumatisme soit dû à une telle infection, qui n'a encore presque aucune histoire clinique. Quelles réactions pathologiques détermine-t-elle, quelle est sa fréquence, ne pourrait-elle même pas être une forme de l'infection tuberculeuse latente de l'homme sain ? Autant de questions auxquelles il est impossible de répondre.

*
* *

L'examen impartial des travaux poursuivis sur les rapports de la tuberculose et du rhumatisme aigu franc, et mes propres recherches, me conduisent aux conclusions suivantes :

Il peut se produire, chez les tuberculeux, des manifestations articulaires d'allure rhumatismale, mais qui se distinguent cliniquement du rhumatisme franc.

L'infection par le bacille tuberculeux n'est pas, à mon avis, la cause de la maladie rhumatismale, qui garde toute son autonomie.

Rien ne permet, en l'état actuel des recherches sur cette question, d'attribuer la maladie rhumatismale à l'infection par l'ultra-virus tuberculeux.

XXXIIe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

Paris, 4-8 octobre 1932 (1).

Traitement des tumeurs malignes de la vessie.

Rapport de MM. André et Grandineau (de Nancy).

L'importante question du traitement des tumeurs malignes de la vessie revient aujourd'hui en discussion, à une époque où, en plus des procédés chirurgicaux, nous possédons, depuis un temps assez long déjà pour juger des résultats, des moyens physiques, diathermie, radium, rayons X, mésothorium. Le moment semble donc venu de comparer les résultats de la chirurgie d'une part et des procédés physiques d'autre part.

La première question qui se pose est celle du diagnostic de malignité. Si pour les tumeurs sessiles ou infiltrées l'examen cystoscopique seul est très suffisant pour affirmer la malignité, dans les tumeurs pédiculées, elle est au contraire généralement insuffisante, et une biopsie préopératoire est la plupart du temps nécessaire pour savoir si on a affaire à un papillome bénin, ou à un épithélioma.

A. Traitements chirurgicaux. — Les traitements chirurgicaux qui ont été employés jusqu'ici sont l'excision simple de la tumeur, la résection partielle de la vessie et la cystectomie totale.

L'*excision simple* de la tumeur n'est applicable que dans les tumeurs pédiculées ou tout au moins pédiculisables, dont le pédicule n'est pas infiltré par les cellules néoplasiques et où la muqueuse peut encore glisser sur les couches musculaires. Dans ces cas, l'excision assez large, faite à distance, après traction sur le pédicule, peut donner un bon résultat. Il y a d'ailleurs avantage à la faire au bistouri électrique plutôt qu'à l'instrument tranchant et à cautériser à la haute fréquence l'emplacement de la tumeur après son ablation.

Les *résections partielles* comprenant toute l'épaisseur de la paroi vésicale, y compris le revêtement péritonéal, dans les zones recouvertes par le péritoine, s'adressent de préférence à des tumeurs sessiles ou infiltrées, mais bien limitées, et siégeant dans les portions de la vessie où cette résection peut être faite assez largement. Il faut en effet enlever en même temps la tumeur et tout autour une zone d'environ deux centimètres et demi de paroi vésicale apparemment saine. Or, s'il est facile de faire une résection suffisamment étendue lorsque la tumeur siège dans le tiers supérieur, ou encore dans le tiers moyen de la vessie, il devient beaucoup plus difficile de faire cette résection dans de bonnes conditions pour des tumeurs du tiers inférieur, en raison de la proximité immédiate des uretères, car dans ces cas on se trouve amené à devoir reséquer au moins un uretère. Or, la résection de l'uretère aggrave considérablement l'opération.

Les Américains font volontiers la résection et la réimplantation de l'uretère ; en France, on considère que cette opération donne fréquemment des complications graves du côté du rein et nécessite souvent l'ablation du rein et de l'uretère séance tenante, sauf dans les cas où le rein aurait encore un bon fonctionnement, où l'uretère paraîtrait normal et pourrait être facilement réimplanté dans la paroi vésicale.

Malheureusement, 10 p. 100 seulement des tumeurs siègent dans le tiers supérieur de la vessie, 30 p. 100 dans le tiers moyen et 60 p. 100 dans le tiers inférieur. C'est dire que la réalisation d'une cystectomie partielle dans de bonnes conditions ne sera pas très fréquente. Ici encore il y aura avantage à se servir du bistouri électrique qui évitera peut-être les greffes opératoires, qui ne sont pas rares dans les interventions faites au bistouri ordinaire.

La *cystectomie partielle*, qui paraît la plus logique dans les cas de tumeur du bas-fond vésical, est toutefois grevée d'une énorme mortalité, d'au moins 50 p. 100 ; si les résultats en sont généralement mauvais, c'est qu'on l'applique la plupart du temps à des tumeurs trop avancées ou qui ont récidivé après d'autres interventions. Sans doute les résultats seraient-ils meilleurs, si on la pratiquait pour de petites tumeurs plus récentes ; mais il sera toujours très difficile d'obtenir le consentement des malades à cette importante intervention pour des cas relativement au début. Cette opération comporte, bien entendu, la dérivation préalable des urines, par l'abouchement des uretères, soit dans l'intestin, comme le font fréquemment les Américains, soit plutôt par la dérivation cutanée, par la double urétérostomie iliaque selon le procédé de Papin.

B. Traitement par les agents physiques. — La *diathermie cystocopique* n'est à employer que pour des tumeurs pédiculées ; il est reconnu aujourd'hui que dans les tumeurs sessiles infiltrées, elle est insuffisante et ne peut prétendre qu'à un effet palliatif et non curatif. On pourra l'employer à cet effet dans le but de diminuer les hématuries chez ces malades qu'on ne juge pas pouvoir essayer de guérir par une intervention curative en raison de l'étendue de la tumeur.

La *diathermie employée à vessie ouverte* offre la possibilité d'une action beaucoup plus puissante que par voie cystoscopique. Dans un certain nombre de cas, lorsque la tumeur n'a pas infiltré trop profondément l'épaisseur de la paroi vésicale, il est possible d'obtenir sa destruction d'une façon apparemment complète et avec de bons résultats éloignés.

En France, Bœckel et Oraison ont rapporté des observations avec des guérisons datant d'un temps déjà assez long pour être considérées comme définitives.

Dans les cas de tumeurs déjà trop avancées pour qu'on puisse espérer la guérison, l'électrocoagulation par voie sus-pubienne, qui ne paraît pas une intervention grave en elle-même, donnera souvent un résultat palliatif intéressant.

Parmi les applications du *radium* qui ont été utilisées, la térécuriethérapie n'offre pas de possibilités pratiques. Le radium employé par les voies naturelles au moyen d'une sonde a pu donner des résultats dans certains cas, pour arrêter les hématuries et même faire disparaître certaines tumeurs, mais ce procédé est trop peu précis, sauf dans le cas de tumeurs siégeant au niveau même du col. Les Américains se servent volontiers d'application de tubes

(1) *Association de la Presse médicale française.*

de radium, mis au contact de la tumeur au moyen de cystoscopes spéciaux porte-radium, et ont obtenu de bons résultats, surtout pour les tumeurs pédiculées. Dans les tumeurs infiltrées, cette application en surface semble insuffisante.

L'application la plus fréquente du radium se fait par voie sus-pubienne après taille hypogastrique, par l'implantation d'aiguilles dans la tumeur, aiguilles qui sont laissées en place plusieurs jours.

Le traitement par le radium est actuellement très discuté et, après l'enthousiasme des premières années, nombre de chirurgiens y ont renoncé. L'application d'aiguilles de radium détermine souvent des phénomènes douloureux extrêmement prononcés et prolongés et l'élimination pendant très longtemps de tissus cautérisés et nécrosés, avec phénomènes de cystite intense et de brûlures de la vessie pouvant aboutir à un rétrécissement de l'organe, sans compter les phénomènes de toxémie grave et parfois mortelle, lorsqu'on a mis du radium dans une tumeur trop considérable.

A côté de ces mauvais effets du radium, il faut cependant reconnaître que, dans certains cas, il a pu amener une guérison du cancer, vérifiée à longue échéance. Marion et surtout Dargent en ont rapporté des cas.

Le *mésothorium*, employé en injections intra-veineuses faites en séries et même en injections paravésicales, a pu donner d'une part une amélioration de l'état général, d'autre part, un arrêt tout au moins momentané des hématuries, mais la plupart des auteurs s'accordent à dire qu'il n'a pas d'effet réel sur le volume et la marche des tumeurs, et les espoirs qui avaient été fondés sur lui au début ne se sont pas réalisés ; il peut être un palliatif utile, mais sans plus.

Radiothérapie profonde. — L'emploi des rayons X dans le traitement des tumeurs malignes de la vessie n'a pas donné non plus les résultats qu'on en avait espérés ; quelques cas de guérison ont été relatés ; en particulier, par Bœckel, mais les échecs sont beaucoup plus nombreux que les succès et la plupart des auteurs qui l'ont utilisé n'en ont obtenu aucun résultat. Ici encore comme pour le mésothorium on voit parfois les hématuries cesser pour un temps, mais la marche de la tumeur ne paraît pas influencée. Donc là encore résultat purement palliatif et sans qu'on puisse espérer de guérisons fréquentes.

C. **Traitements palliatifs dans les cas inopérables.** — Dans beaucoup de cas où il est malheureusement trop tard pour permettre d'espérer une guérison, on peut toutefois par certaines interventions soulager et prolonger les malades.

La *simple taille hipogastrique*, en mettant la vessie au repos, pourra soulager pour un temps les malades atteints de cystite douloureuse, mais ce soulagement n'est pas toujours complet, ni surtout durable. Il vaut mieux le plus souvent faire une dérivation des urines, par l'urétérostomie iliaque bilatérale de Papin, combinée à des lavages de vessie et parfois à une cystostomie, lorsqu'il persiste des troubles vésicaux dus à l'accumulation dans la vessie de sang et de sécrétions dues à la tumeur.

D. **Conclusions.** — Dans les tumeurs pédiculées ou villeuses, lorsque la tumeur n'est pas trop volumineuse et qu'il ne s'agit pas de tumeurs multiples, il y a intérêt à essayer d'abord l'électrocoagulation par voie cystoscopique. En cas d'échec de ce moyen, ou en cas de tumeurs trop grosses, ou de tumeurs multiples, on interviendra par voie sus-pubienne. Si les tumeurs sont extirpables, on en fera l'excision, de préférence au bistouri électrique, et on cautérisera la base d'implantation soit au thermocautère, soit avec la haute fréquence.

Pour les tumeurs sessiles ou infiltrées, il faut toujours avoir recours à l'intervention par voie sus-pubienne, et ici la question du siège de la tumeur nous guide habituellement dans le choix du procédé opératoire à employer.

Si on a affaire à une tumeur unique, de moyen volume, bien limitée, siégeant soit au sommet, soit sur les parois latérales, antérieure ou postérieure, mais assez loin des uretères pour qu'une ablation large ne risque pas de les comprendre, c'est à la résection partielle qu'on aura intérêt à recourir : résection de toute l'épaisseur de la paroi, péritoine y compris s'il est nécessaire. Si cette intervention donne une mortalité un peu plus considérable que l'emploi du radium ou de la haute fréquence, elle paraît par contre donner plus de chances de guérison définitive.

Pour les tumeurs du bas-fond, sauf les cas rares d'une petite tumeur limitée, pouvant être enlevée assez largement, avec résection et réimplantation d'un uretère d'apparence normale, ou avec ablation du rein correspondant, si le malade est en état de la supporter, il vaut mieux, dans la plupart des cas de tumeurs un peu étendues, renoncer d'emblée à l'exérèse et même à la cystectomie totale qui, faite dans des cas trop avancés, ne peut donner de bons résultats, et surtout pas de bons résultats éloignés, la récidive étant presque fatale.

Dans ces cas, on aurait intérêt à faire d'abord la coagulation à la haute fréquence de la tumeur et de sa base d'implantation qu'on détruira aussi complètement que possible. On pourra ensuite, si la tumeur n'est pas trop étendue, faire dans sa base l'implantation d'aiguilles de radium, laissées en place pendant quelques jours.

De l'examen des statistiques publiées, il résulte que si les interventions pour tumeurs malignes de la vessie donnent aujourd'hui une mortalité immédiate environ moitié moindre qu'il y a vingt ans, par contre, la mortalité éloignée est restée à peu près la même qu'autrefois ; il ne semble donc pas que l'emploi des moyens physiques imaginés dans ces dernières années ait amélioré beaucoup les résultats qu'on obtenait de la chirurgie seule autrefois. Pour obtenir de meilleurs résultats, il faudrait opérer les malades beaucoup plus tôt : c'est parce que dans l'immense majorité des cas nous voyons les malades trop tard, avec des tumeurs trop avancées, que les résultats éloignés sont mauvais, car, même si la tumeur enlevée chirurgicalement ou détruite par les agents physiques ne récidive pas, au bout de quelques mois les infections du système lymphatique ou les métastases emportent les malades.

On doit donc recommander une fois de plus de faire cystoscoper sans délai tout malade qui présente une hématurie sans douleur, ainsi que tout malade présentant de petits phénomènes de cystite qui ne cèdent pas rapidement par les moyens usuels. Ce n'est qu'en procédant ainsi qu'on découvrira les tumeurs relativement au début et qu'on améliorera les résultats du traitement des tumeurs de la vessie.

Discussion.

Sur le traitement des cancers de la vessie. — M. Richer (de Lyon) insiste sur l'association radium-chirurgie et sur les résultats encourageants qu'il a obtenus. Il repousse l'implantation de la tumeur par aiguilles de radium qui donne non pas seulement de la toxémie ou de la cystite, mais bien plutôt de l'urémie par rétraction vésicale douloureuse.

Il utilise la technique suivante : ouverture de la vessie à vide, ablation de la tumeur (pédiculée ou sessile) et de sa base d'implantation muqueuse (toujours possible quel que soit le volume), étincelage hémostatique de la base d'implantation qui n'est pas suturée, mise à plat sur celle-ci de un ou deux tubes de radium (50 à 70 milligrammes de bromure pendant deux à trois jours).

Dans les traitements palliatifs, il insiste sur l'énervation sensitive de la vessie, qui a à son actif quelques résultats encourageants.

Le professeur HOGGE (Liége) considère que toutes les vraies tumeurs de la vessie sont des tumeurs malignes. Il insiste sur la valeur très relative des biopsies en regard de la signification des signes cliniques. Il signale notamment un cas de sarcome pédiculé de la paroi antéro-supérieure de la vessie opéré et resté guéri pendant vingt ans. Par contre, des soi-disant papillomes bénins se cancérisent et se généralisent très souvent.

Les résultats de nos interventions seront mauvais aussi longtemps que nous ignorerons la cause ou les causes du cancer, et l'on n'y arrivera que par une longue étude histopathologique, expérimentale (greffes, implantations, etc.), bactériologique, etc.

Les médecins urologistes appliquent les moyens physiques un peu à l'aveugle. Un concours plus serré est nécessaire entre spécialistes, radiologistes et anatomo-pathologistes. Le professeur Hogge parle ensuite de quelques points de la technique des cystectomies totales ; nécessité aussi d'enlever du même coup la prostate et les vésicules séminales, de faire la symphyséotomie et l'écartement du pubis, abouchement très bas des uretères dans le rectum afin de faciliter la formation éventuelle d'une fistule urinaire périnéale.

Le Dr ORAISON (Bordeaux) expose sa méthode dans le traitement des tumeurs de la vessie. Elle consiste à détruire par électrocoagulation cystoscopique les tumeurs pédiculées ou non de petit volume et à enlever par la taille les tumeurs plus volumineuses ou à les abraser à la curette si elles sont infiltrées, puis à électrocoaguler profondément le point d'implantation. Ensuite, il soumet ses opérés pendant plusieurs années à un contrôle cystoscopique qui lui permet de dépister les récidives à leur début et de les détruire immédiatement. Il rapporte le cas d'un cancer sphacélé qu'il a enlevé il y a vingt et un ans et qui n'a jamais récidivé jusqu'à aujourd'hui. Il se demande, à cette occasion, si le sphacèle ne constituerait pas un processus de guérison.

Traitement des tumeurs de la vessie. — Le professeur GAYET (de Lyon) rappelle les difficultés du diagnostic de malignité. Il considère que les polypes dits bénins sont une maladie à part qui ne dégénère pas en cancer (du moins il ne l'a pas constaté), mais qui peut devenir grave par la repullulation et par la complication entraînées par l'hémorragie, l'infection, l'urémie.

Pour ces tumeurs, la diathermie est l'arme de choix ; parfois il faut l'employer à ciel ouvert, après cystostomie, et celle-ci peut être répétée (un malade suivi vingt ans, cystostomie trois fois).

Pour le cancer, l'auteur ne veut pas renoncer au bistouri. L'opération doit être faite sur des cas bien choisis ; elle peut seule jusqu'à présent donner de longues survies. Le sacrifice d'un uretère peut être nécessaire et est souvent bien supporté, même sans exiger le sacrifice du rein correspondant.

Dans les cas de cancer mal placé (col, trigone) ou trop étendu, la fulguration à vessie ouverte est un bon moyen palliatif.

Le radium n'a donné à l'auteur que des déboires, peu de survie sérieuse et beaucoup d'accidents : sphacèle, infection ascendante, embolie, péritonite, intoxication. La mortalité qu'entraîne une application sérieuse est pour lui beaucoup plus grande qu'on ne le croit en général.

La radiothérapie profonde, plus nouvelle, mérite d'être étudiée. L'avenir amènera peut-être, par le perfectionnement de ces agents physiques et de leur utilisation, la possibilité de reviser ces conclusions pessimistes.

A propos du traitement des tumeurs malignes de la vessie. — M. CATHELIN, sur 570 cas de tumeurs vésico-prostatiques, a observé 213 cancers de la vessie chez 172 hommes et 41 femmes. Il n'en a opéré que 51 avec une mortalité dans le mois de 5 %, qui lui permettent de formuler les conclusions suivantes :

1° Pas d'opération trop radicale, comme la cystectomie totale ; 2° pas de fulguration par les voies naturelles ; 3° *la taille toujours* ou suivant les cas, la thermocautérisation profonde et prolongée ou la résection partielle de la muqueuse avec sutures ; 4° enfin la quininisation prolongée toute la vie, après l'opération.

Il termine par ce mot de la fin : *surtout, pas de zèle.*

Le Dr Jean de Smeth (Bruxelles) relate 22 cas de tumeurs malignes de la vessie, dont 5 femmes et 17 hommes.

Parmi ces malades, 16 sont décédés, mais il a pu constater des survies de quatorze ans dans 2 cas, de six ans dans 2 cas, de quatre ans dans 1 cas et de trois ans dans 1 cas. Les moyens thérapeutiques employés ont été le thermocautère, l'électrocoagulation par le cystoscope ou à vessie ouverte, la radiothérapie profonde et le radium. Les patients traités par le radium en ont souffert énormément et ont succombé en quelques semaines. A son avis, les meilleurs résultats ont été obtenus par l'électrocoagulation cystoscopique pour les tumeurs de petit volume, par l'excision à vessie ouverte par le thermocautère ou l'électrocoagulation pour les grosses tumeurs.

Dr DUVERGEY (de Bordeaux). — La précision du diagnostic est à la base de ce traitement et des résultats thérapeutiques obtenus.

Les *tumeurs malignes pédiculées* sont justiciables de l'électrocoagulation par les voies naturelles si elles sont peu nombreuses et peu volumineuses, à ciel ouvert après cystostomie dans le cas contraire.

Les *tumeurs sessiles* sont justiciables du même traitement. La cystectomie partielle peut être pratiquée avec succès, lorsqu'elles sont implantées sur le dôme vésical. L'emploi du bistouri électrique évite les greffes opératoires.

Les *tumeurs infiltrées* donnent des déboires au point de vue thérapeutique. Le mésothorium est sans action, ainsi que la radiothérapie. La radiumthérapie donne de mauvais résultats. Les méthodes palliatives, comme la dérivation urinaire par la néphrostomie ou l'urétérostomie iliaque bilatérale, ne font pas disparaître totalement le ténesme vésical. L'étincelage, en opérant un véritable curage palliatif, rend de signalés services même dans ces formes graves.

Le Dr A. BOECHEL publie sa statistique de tumeurs malignes de la vessie par la radiothérapie profonde et l'électrocoagulation-étincelage à vessie ouverte, et conclut ainsi :

Etant donnée l'inconstance des résultats de la radiothérapie profonde et de la radiumthérapie, étant donnés, d'autre part, les dangers de la cystectomie totale, l'électrocoagulation à vessie ouverte, qui donne des résultats satisfaisants avec un minimum de risques, peut être considérée comme le *procédé thérapeutique de choix* dans les cancers sessiles ou infiltrés de la zone inférieure de la vessie, lorsque les grandes dimensions de la tumeur ne permettent pas l'électrocoagulation par la voie endoscopique.

M. LEPOUTRE (de Lille). — L'examen histologique de la tumeur doit être la base de toute statistique intéressant le cancer.

Pour les *tumeurs malignes pédiculées*, de bons résultats ont été obtenus par l'extirpation de la tumeur en un temps (taille ou voies naturelles), la coagulation énergique de la base et la radiothérapie pénétrante. L'auteur a des succès datant de plus de sept ans, grâce à cette thérapeutique associée.

Pour les *tumeurs infiltrées*, infiniment plus graves, la coagulation de la tumeur à vessie ouverte est une bonne méthode palliative.

La cystectomie partielle est une mauvaise opération, qui n'enlève pas largement la tumeur avec son territoire lymphatique, et qui donne une proportion énorme de récidives sur place.

La seule opération logique, c'est la cystectomie totale et précoce. Nous ne pouvons juger de cette opération qui, à l'état actuel, est toujours pratiquée trop tard. Elle est la seule qui corresponde aux conditions élémentaires de succès dans la chirurgie du cancer.

Traitement des tumeurs de la vessie par la haute fréquence (électrocoagulation). — M. Le Fur (de Paris). Les courants de haute fréquence doivent être utilisés : 1° *à vessie fermée (par la voie cystoscopique)* en cas de papillomes *petits ou moyens* (au-dessous du volume d'une noix) et aussi en cas de tumeurs suspectes comme aspect au cystoscope, mais bien *pédiculées ;* 2° *à vessie ouverte* (après taille hypogastrique) en cas de *papillomes très volumineux* ou *nettement dégénérés*, ou de *tumeurs sessiles*, mais bien limitées, qui *inspirent des doutes*, au point de vue de leur nature bénigne, mais qui ne semblent pas avoir encore envahi l'épaisseur de la paroi vésicale. Sur 103 cas de tumeurs vésicales observés par nous et suivis, 47 cas favorables, pris au début, ont été traités par la haute fréquence ; 26 par la *voie cystoscopique* avec 56 % de guérisons pour les papillomes dégénérés ; 24 % pour les tumeurs sessiles, 21 cas ont été traités à *vessie ouverte*, avec 12 guérisons, soit 57 % de succès et 9 récidives (soit 43 % d'échecs). Les résultats du traitement par le radium dans notre statistique sont un peu moins bons.

Le Dr M. Gérard (de Lille) oppose les résultats brillants que l'électrocoagulation et l'intervention chirurgicale donnent dans le traitement des papillomes vésicaux à ceux, beaucoup moins brillants, que procure la thérapeutique des tumeurs malignes. Pourtant, il rapporte 3 cas où des tumeurs cliniquement et anatomiquement bénignes se sont comportées comme des cancers.

Ce n'est que dans trois cas — deux fois par éradication chirurgicale, une fois par électrocoagulation — qu'il a obtenu des guérisons au cas de tumeurs malignes ; il s'agissait, d'ailleurs, de lésions à leur début.

Les méthodes chirurgicales, cystostomie avec destruction des tumeurs au thermocautère, puis électrocoagulation, ou cystostomie simple, ne lui ont jamais donné de guérisons appréciables. L'électrocoagulation n'a jamais agi que comme un palliatif à résultats de courte durée, ainsi que les applications de radium et l'emploi du mésenthorium. La radiothérapie profonde, après avoir, dans deux cas, suscité l'espoir de guérisons, et donné des améliorations de durée appréciable, s'est montrée dans des cas beaucoup plus nombreux, totalement inefficace.

L'auteur constate que les tumeurs malignes sont, en général, vues par l'urologue beaucoup trop tardivement. Il est infiniment désirable que l'on soit de plus en plus persuadé de ce fait que toute hématurie qui ne relève pas manifestement d'une néphrite, demande immédiatement un examen cystoscopique. C'est à cette seule condition que l'on verra s'améliorer les résultats du traitement des tumeurs malignes de la vessie.

M. Georges Luys pense que le traitement radical des tumeurs de la vessie est encore à trouver, et que c'est au traitement palliatif qu'on devra avoir recours dans l'immense majorité des cas, car il prolonge la vie des malades.

Il comprendra des lavages minutieux et quotidiens de la vessie ou même la taille hypogastrique permanente.

L'auteur insiste sur les bienfaits de l'électrocoagulation appliquée à titre palliatif. Celle-ci, pratiquée dans l'air avec son cystoscope à vision directe, a une action infiniment plus efficace, plus forte et plus sûre qu'avec les cystoscopes à eau, et il cite à ce sujet des expériences concluantes qu'il a pratiquées.

Sur le traitement des tumeurs malignes de la vessie. — Edmond Papin (de Paris). La malignité de tumeurs vésicales peut être reconnue par : la cystoscopie, la biopsie, la cystoradiographie.

On n'est pas toujours certain, avant l'opération, d'avoir affaire à une tumeur bénigne ou maligne.

Le traitement radical, c'est encore le traitement chirurgical aussi large que possible.

On devrait faire plus souvent la cystectomie totale, mais la dérivation des urines offusque beaucoup de malades.

La mortalité opératoire des opérations larges est assez élevée : elle s'abaisserait si l'intervention était plus précoce.

Les traitements physiques ne sont pas des traitements curateurs, mais ils peuvent donner des améliorations.

Le meilleur traitement palliatif est la dérivation haute par double urétérostomie iliaque. La cystostomie est la plupart du temps insuffisante.

M. Pasteau (de Paris). — Les tumeurs papillaires sont plus souvent qu'on ne le croit des tumeurs malignes. Dire qu'en cas de tumeur bénigne, on arrive toujours assez tôt est en pratique faux, car, trop souvent, il existe de l'infiltration larvée. Seule la biopsie préopératoire donnerait la certitude, mais, outre qu'elle n'est pas toujours possible ni sans inconvénient, elle peut porter sur des points où l'élément néoplasique, qui existe pourtant, ne se trouve pas.

En cas de tumeur papillaire, le traitement de choix est d'abord l'électrocoagulation endoscopique, mais il faut suivre de près et longtemps les malades pour éviter des erreurs graves. Si on a un doute, il faut opérer sans retard, par voie sus-pubienne, largement quand on peut tout enlever, surtout dans le tiers supérieur, la face antérieure et les parois latérales.

La cystectomie est une mauvaise opération, très grave et qui ne donne pas de guérisons durables.

La haute fréquence après intervention sus-pubienne peut rendre de grands services. Le radium ne peut être employé par voie endoscopique que pour les tumeurs bien localisées au niveau du col vésical ; par voie sus-pubienne, il est peu recommandable et n'est qu'un pis aller. La radiothérapie pénétrante m'a semblé sans effet curatif, ainsi que le mésothorium et la chimiothérapie.

Au total, en cas de tumeur maligne infiltrée, il faut autant que possible s'abstenir de toute intervention, à moins de complications d'hématurie et de cystite. Les agents physiques ne semblent pas jusqu'ici avoir donné des résultats importants et l'avenir semble devoir être confié, en dehors des interventions chirurgicales, au laboratoire qui pourra peut-être ultérieurement permettre d'agir directement sur le cancer.

Formulaire des Médicaments nouveaux, 36e édition, pour 1932, par le Dr R. Weitz. Préface de M. le professeur P. Carnot. 1 vol. in-16, 532 pages. Prix : 36 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1932)

M. Pierre DUVAL, président, annonce la mort du professeur Félix Lejars et prononce son éloge.

Abcès du poumon. — M. MÉTIVET rapporte trois cas d'abcès pulmonaires bas situés, qu'il traita par phrénicectomie : deux succès, un échec.

Thrombose mésentérique. — M. GRÉGOIRE a observé un malade opéré par Roger Couvelaire ; intervenant pour occlusion, l'opérateur trouva la fin du grêle et le côlon ascendant sphacélés. Il les extériorisa. Le malade survécut avec son anus. On put même lui enlever un cancer sigmoïdien.

Congrès d'Ottawa. — M. CHEVASSU rend compte en termes émus de sa mission au Congrès d'Ottawa.

Hernie totale rétro-péritonéale du grêle. — Ce travail de M. Oberlin est rapporté par M. PROUST. A l'intervention, M. Oberlin constata que le grêle, plein de caillots, était situé dans une poche rétro-péritonéale bridée par l'artère mésentérique inférieure. Réduction progressive de la hernie. Guérison.

Anesthésie par le Numal. — M. FREDET rapporte deux travaux : l'un de M. Keller, sur trois cents anesthésies au Numal, l'autre de M. Kund Bierring sur deux cent soixante cas. Ces travaux permettent à M. Fredet de préciser les indications du Numal comme anesthésique de base et ses avantages.

M. BRÉCHOT emploie comme anesthésique de base le bromure de sodium, et actuellement donne ce bromure par la bouche. Cette méthode diminue la quantité d'éther nécessaire pour l'anesthésie et supprime les vomissements.

Cancer de l'utérus. — M. HARTMANN a examiné trois cent vingt-neuf observations de cancer de l'utérus. Il constate que la mortalité rapide est de 4 % après l'opération, de 2 % après la curiethérapie. Les interventions ont donc 70 % de guérisons durables, et la curiethérapie, dans les cas opérables, 64,9 %, et 24 % dans les cas inopérables. Actuellement, M. Hartmann serait tenté de pratiquer une désinfection chirurgicale préalable à la curiethérapie. L'hystérectomie secondaire est inutile, car la curiethérapie détruit les cellules néoplasiques de l'utérus. La chirurgie conserve des indications opératoires.

M. PROUST, par curiethérapie employée dans des cas graves, avait en 1926 43 % de guérisons, mais les succès sont souvent temporaires, et les survies actuellement n'atteignent que 10 %. Ces succès obtenus dans des cas inopérables sont très encourageants.

Hémirésection du maxillaire inférieur. — *Présentation de malades.* — M. HARTMANN. Hémirésection du maxillaire inférieur par épithélioma du plancher buccal. L'articulation dentaire est restée parfaite après six semaines d'appareillage.

M. GERNEZ approuve l'appareillage employé par M. Hartmann.

Voie dorsale dans les lésions carpiennes. — M. CADENAT. Luxation rétro-lunaire subtotale réduite par voie dorsale trois semaines après l'accident. Excellent résultat.

M. MOULONGUET a obtenu un très beau résultat en utilisant la voie préconisée par M. Cadenat.

Abcès pulmonaire. — M. PROUST, dans un abcès à évolution rapide, a fait une phrénicotomie.

Chancre buccal. — M. PROUST présente un cas de chancre buccal qui s'accompagnait de lésions inflammatoires et de lymphangite.

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1932)

Occlusion post-appendiculaire. — M. MARTIN rapporte cette observation de M. Barret (d'Angoulême), qui concerne une occlusion survenue dix-sept jours après l'appendicectomie, et qui guérit après iléo-transversostomie.

Fibro-lipome de la boule graisseuse de Bichat. — Ce travail de MM. Hodachi et Marie est rapporté par M. MOULONGUET. Ces auteurs ont opéré ce fibro-lipome de la boule de Bichat en pensant à une tumeur mixte de la parotide.

Greffon dans le mal de Pott. — M. SORREL rapporte ce travail de M. Delchef. Cet auteur a constaté que les greffons chez l'enfant s'infléchissaient, et conclut à la nécessité d'une longue immobilisation chez l'enfant.

M. Pierre DUVAL remarque que, durant la période de remaniements, il n'est pas démontré que même les greffons de l'adulte restent absolument rigides.

M. Louis BAZY, M. BRÉCHOT, M. J.-Ch. BLOCH insistent *sur les remaniements subis par le greffon.*

M. LANCE, après sphacèle des parties molles a vu un greffon d'aspect mort prendre petit à petit un aspect vivant, le greffon a toujours paru solide.

Désinsertion du ménisque externe. — Ce travail de MM. Redon et Vuillème fait l'objet d'un rapport de M. MOUCHET. L'histoire du malade était typique, mais le point douloureux siégeait au niveau du ménisque externe. A l'intervention, il existait une désinsertion de la corne postérieure.

M. BRAINE a opéré six à sept lésions du ménisque externe, et la lésion sur ce ménisque est presque toujours postérieure. Il conseille de sectionner temporairement le ligament latéral externe. L'incision verticale transrotulienne ne donne pas de jour sur la partie postérieure des ménisques, et la double incision latérale vaut mieux.

M. ALGLAVE est d'avis que le ménisque externe est plus souvent intéressé qu'on ne le pense. Il faut tenir compte des autres lésions possibles, et il conseille une section transversale de la rotule.

Hernie périnéale de la vessie. — Ce travail de M. Oberlin est rapporté par M. PROUST. Une femme de quarante-quatre ans présente une tuméfaction de la grande lèvre et de la fesse gauche. Le contenu est liquidien et la hernie peut être repoussée dans le bassin. L'intervention fut suivie de succès temporaire.

Péritonite encapsulante. — Deux travaux de MM R. Bernard et Delalande, et de M. Pinson (de Béziers) sont rapportés par M. L. BAZY. A ce propos, le rapporteur reprend l'exposé des principaux caractères anatomiques de l'affection (intégrité du péritoine pariétal, rideau transversal encapuchonnant l'intestin), et se demande si une lésion scléreuse du grand épiploon, une épiploïte scléreuse encapsulante ne constitue pas le substratum anatomique de l'infection.

M. SOUPAULT pense qu'il faut rechercher les aspects anatomiques intermédiaires qui doivent exister avant les lésions définitives.

M. LENORMANT insiste sur les particularités anatomiques qui caractérisent l'affection.

Tumeur paranéphrétique. — M. QUÉNU a opéré à trois reprises une tumeur paranéphrétique. La première intervention permit d'extirper une tumeur du flanc. La seconde, quatre ans plus tard, enleva une récidive lombaire et une pelvienne. Un an plus tard, nouvelle intervention. L'examen anatomo-pathologique ne montra que du fibrolipome. La malade va bien actuellement.

M. MICHON a opéré un cas heureux, sans récidive. Il s'agissait d'un gros lipome pararénal.

Varices et injections sclérosantes. — *Présentation de malades.* — M. BASSET : réapparition de varices six ans après injections sclérosantes, mais sans aucun trouble fonctionnel et en d'autres lieux que les injections.

M. ALGLAVE : les récidives sont fréquentes après injections sclérosantes.

M. SÉNÈQUE a vu des récidives aussi après saphénectomies.

Astragalectomie. — M. PROUST montre les résultats radiographiques d'une astragalectomie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1931-1932 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 32. ALBARÈDE. — Contribution à l'étude de l'ostéosynthèse dans les cas de fracture de la diaphyse humérale.

49. AMIEL. — Les indications respectives de la ligamentopexie inguinale et de la ligamentopexie abdominale.

37. BAISSET. — Equilibre glycémique et travail des glandes digestives.

2. BARÈS. — Contribution à l'étude clinique et radiologique des artérites pulmonaires au cours des pneumopathies.

45. BAUDOT. — Quelques fausses tuberculoses pulmonaires. Etude clinique et radiologique.

18. BERGRASER-BERAF. — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de la région sacro-coccygienne.

43. BESSE. — Occlusion intestinale par adhérences du diverticule de Meckel avec l'appendice iléo-cœcal.

21. BIROT. — Contribution à l'étude de l'insuffisance mitrale fonctionnelle. Pathogénie et pronostic.

19. BOUCARD. — Tuberculose des os de la voûte cranienne.

4. BOURSIAC. — Contribution à l'étude du sang des cancéreux.

25. BOUSQUET. — Contribution à l'étude des lésions des ménisques du genou.

29. BROQUIN. — Diagnostic et traitement des cholécystites chroniques.

44. DE CAMBIAIRE (Mlle). — Pour la protection légale du consommateur contre les nuisances du lait.

11. CAMPOURCY. — Quelques aspects cliniques de la dilatation bronchique.

30. CASTALOUBE. — Formes cliniques de la microcornée.

1. CARCY. — Contribution à l'étude des hématuries essentielles.

48. CASTETS (Mme) née Boste. — Le preventorium « Les Roches fleuries » (Preventorium du département du Puy-de-Dôme).

6. CASTEX. — Classification morphologique des cancers du col de l'utérus. Fréquence respective des diverses formes.

27. CAUSSE. — Du curettage explorateur dans le diagnostic du cancer du col utérin.

38. CHABBERT. — Sur les périsigmoïdites.

54. CHAPPEL. — Etude sur les rapports de l'appendicite et de la typhlite.

10. CHEMIN. — Les épithéliomas primitifs des gencives et de la muqueuse de la voûte.

23. CLARET. — Contribution à l'étude de quelques formes de péritonite tuberculeuse fibro-adhésive.

20. COMBOURIEU. — Contribution à l'étude du pneumothorax spontané idiopathique bénin.

53. COUTURIER. — De la sténose du pylore chez le nourrisson.

40. DEDIEU. — Localisations latentes et insidieuses de l'infection fuso-spirillaire en oto-rhino-laryngologie.

33. DEFFARGES. — Etude d'une forme d'appendicite. L'appendicite à forme néoplasique.

26. DELBOSC. — Les kystes de l'appendice.

8. DEUMIÉ. — Contribution à l'étude du traitement des pleurésies purulentes chez l'enfant. Ponction ou thoracotomie.

31. DUCOUDRAY. — De l'épilepsie jacksonienne tardive. (Epilepsie syphilitique. Epilepsie des lésions vasculaires cérébrales. Epilepsie des tumeurs cérébrales. Epilepsie solitaire.)

14. DUDEVANT (Mlle). — Contribution à l'étude de l'encéphalo-myélite post-varicelleuse. Les formes choréo-athétosiques.

24. DUPEYRON. — Contribution à l'étude de la chrysothérapie par injection dans les séreuses.

22. ERIEAU. — La cure de travail dans la tuberculose.

12. FAVRE. — Faut-il admettre une otospongiose syphilitique ?

3. GADRAT. — De l'espace périvasculaire du cerveau et de la moelle. Histopathologie et applications thérapeutiques.

16. GINIEYS. — De la forme pseudo-tumorale de l'ectasie aortique. Etude anatomo-clinique.

55. GRUEL. — Etat actuel du traitement de l'infection puerpérale post-abortum.

51. GUIRAUD. — Contribution à l'étude des ténias trièdres.

17. HAVIS. — Les variétés des accidents de torsion axiale de l'utérus.

36. JOUVE. — Contribution à l'étude de l'enfance anormale. Les troubles du tonus chez les enfants arriérés.

39. LABOUCARIÉ. — De quelques tests usuels de l'insuffisance hépatique.

41. LACOUR. — Du traitement des appendicites à chaud. Considérations sur le drainage et la sérothérapie d'après une série de 30 cas.

56. LAHAYE (Mlle). — Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

13. LAMARCHE. — Recherches cliniques et expérimentales sur le diabète rénal.

52. LAMOLINAIRIE. — De la sympathectomie chimique (procédé de Doppler) et de son application à quelques affections des membres.

28. — LAZORTHES. — Contribution à l'étude du traitement de choix des cancers laryngés.

42. — LOUBET. — Tabès et traumatisme. Relations du traumatisme et du tabès. Leurs applications médico-légales.

(1) Voir *Gaz. des hôpil.*, 1932, Montpellier, n° 79, p. 1446; Marseille, n° 85, p. 1558 ; Strasbourg, n° 86, p. 1581.

35. Madrange. — Le traitement arsenical peut-il interrompre la grossesse ? Crises nitritoïdes à retentissement utéro-placentaire.

15. Pervès. — Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux déperditions sanguines.

34. Porée (Mme), née Perrot. — Contribution à l'étude de la stérilisation des sondes urétérales par le formol.

47. Roy-Camille. — Occlusion intestinale et thérapeutique salée hypertonique.

9. Rumeau. — Contribution à l'étude des méningites aiguës lymphocytiques bénignes essentielles en apparence.

57. Sadourny. — Observations de gros kystes de l'ovaire à particularités cliniques.

7. Serny. — Contribution à l'étude du traitement de l'ostéomyélite de croissance. Vaccination ou opération.

50. Souteyrand. — Traitement du zona par le salicylate de soude administré par voie endo-veineuse.

5. Thiry. — Recherches expérimentales sur la bacillémie tuberculeuse.

56. Virenque. — Sérothérapie et cloisonnement méningé dans la méningite cérébro-spinale.

Doctorat d'Université. — 109. — Bivas. — Le cloisonnement vaginal de Le Fort.

110. Cogan. — La ptose-dilatation gastrique liée à un ulcère du pylore. Son traitement chirurgical.

107. Douvidzon. — Action thérapeutique d'un extrait de rein désalbuminé et délipoïdé.

108. Rzecht. — Contribution à l'étude des rapports entre l'ostéosarcome et le traumatisme. Problème médico-légal.

CHRONIQUE

SYNDICAT DES CHIRURGIENS FRANÇAIS

L'assemblée générale du Syndicat des Chirurgiens français s'est tenue le 5 octobre 1932, sous la présidence du professeur J.-L. Faure. Plus de 250 chirurgiens y assistaient. Après l'allocution du président et le rapport du trésorier, l'examen des questions inscrites à l'ordre du jour s'est poursuivi méthodiquement. Les travaux du Syndicat vont aboutir, semble-t-il, à des réalisations pratiques de la plus haute importance.

Les rapports suivants ont été présentés : Rapport du secrétaire général ; projet d'une assurance collective de responsabilité civile professionnelle (Rapporteur : Dr Marquis) ; — La Mutualisation des Assurances sociales (Rapporteurs Drs Madier, Massart, Delagenière) ; — Les Caisses chirurgicales mutuelles (Rapporteur : Dr Delmas) ; — L'Enseignement médical (Drs Desmarets et Baranger).

L'élection au Conseil d'Administration et au Conseil de Famille (durée trois ans), a donné les résultats suivants :

Conseil d'administration. — Titulaires : MM. les Drs Dambrin (Toulouse) ; J.-L. Faure (Paris) ; Bérard (Lyon) ; Marquis (Rennes) ; Deniker (Paris) ; Iselin (Paris) ; Billet (Lille) ; Delaunay (Paris) ; Guillaume (Tours) ; Guyot (Bordeaux) ; Lambret (Lille) ; Leclerc (Dijon) ; Lemarchal (Laon) ; Leveuf (Paris) ; Petit J. (Rouen) ; Stolz (Strasbourg) ; Buizard (Paris) ; Picard (Nord) ; Rottenstein (Sud) ; X. (chirurgiens des hôpitaux de Paris).

Suppléants : MM. les Drs Baranger (Le Mans) ; Basset Paris) ; Braine (Paris) ; Chaton (Besançon) ; Chalier (Lyon) ; Delmas (Agen) ; Gouverneur (Paris) ; Lapeyre (Tours) ; Lefebvre (Toulouse) ; Madier (Paris) ; Massart (Paris) ; Métivet (Paris) ; Papin (Bordeaux) ; Piollet (Clermont-Ferrand) ; Pouliquen (Brest) ; Simon (Strasbourg) ; Planson (Paris) ; X. (Nord) ; Le Jemtel (Sud) ; X. (chirurgiens des hôpitaux de Paris).

Conseil de famille. — *Titulaires* : MM. les Drs Bailleul (Paris) ; Bréchot (Paris) ; Chastenet de Géry (Paris) ; Gosset (Paris) ; Jeanbrau (Montpellier) ; Le Fort (Lille).

Suppléants : MM. les Drs Chifoliau (Paris) ; De Martel (Paris) ; Jayle (Paris) ; Laurence (Paris) ; Legrand (Rouen); Leuret (Paris).

Après chaque rapport, les importantes résolutions suivantes ont été votées :

I. Assurance collective. — L'assemblée générale du Syndicat des Chirurgiens Français, tenue le 5 octobre 1932, charge son bureau d'engager des pourparlers en vue de contracter une assurance collective de responsabilité civile professionnelle.

II. Caisses chirurgicales mutuelles. — L'assemblée générale du Syndicat des Chirurgiens français, réunie le 5 octobre 1932,

Constatant que l'assuré social est actuellement contraint, en raison du faible taux de remboursement des actes chirurgicaux, de se faire traiter à l'hôpital,

Considérant que les cliniques mutualistes et les établissements de soins que les caisses menacent d'édifier, ne peuvent fonctionner qu'au prix de gros inconvénients aussi bien pour les malades que pour les chirurgiens,

Considérant au contraire les résultats déjà obtenus par l'initiative de certains de ses membres en matière de caisses chirurgicales mutuelles,

Charge son Conseil d'étudier la réalisation pratique des caisses chirurgicales mutuelles.

III. Assurances sociales. — Le Syndicat des Chirurgiens français, réuni en assemblée générale, désireux de contribuer au mieux-être de l'assuré, ne pourra accorder aux organisations mutualistes la collaboration de ses membres (au cas où la Mutualité prendrait en charge les assurances sociales) qu'autant que seront insérés dans la loi nouvelle : 1° le respect du secret professionnel ; 2° le libre choix du chirurgien par le malade ; 3° l'entente directe.

IV. Taux de responsabilité. — L'assemblée générale du Syndicat des Chirurgiens français, réunie le 5 octobre 1932, décide d'adopter, lorsque la chose sera possible, une valeur de K égale à 20 pour le tarif applicable aux assurés sociaux, quand sera effectué le relèvement à K 15 du taux de responsabilité des caisses, en ce qui concerne les actes chirurgicaux qui ne sauraient être ni abusifs, ni répétés.

V. Certificat de chirurgie. — L'assemblée générale du Syndicat des Chirurgiens français, réunie le 5 octobre 1932, adopte les conclusions de ses rapporteurs sur la réforme des études médicales, demande la création du certificat de chirurgien, consécration d'études complémentaires de chirurgie ; confie à la Commission de l'Enseignement l'étude du projet de création du certificat de chirurgie par le Syndicat des Chirurgiens.

A l'issue de l'assemblée générale, le Conseil d'Administration a élu le Bureau : Président : Professeur J.-L. Faure ; vice-présidents : Drs Delaunay, Lambret ; secrétaire général : Dr Marquis ; secrétaire général adjoint : Dr Deniker ; trésorier : Dr Iselin .

L'inspection médicale des écoles, par le Docteur Duvernoy, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon, Directeur de l'Institut d'Education Physique. 1 vol. in-8° 236 pages, 2e édition. — Prix : 18 fr. — Chicandre, éditeur, 49, rue Bersot, à Besançon.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PAR LE SOMNIFÈNE (1)

Par M. le docteur Blottière.

Utilisé par voies buccale, intramusculaire et endoveineuse, non seulement dans toutes les insomnies de quelque nature qu'elles soient et dans les états d'hyperexcitabilité, mais encore dans les psychoses graves, le delirium tremens, le tétanos, l'état de mal épileptique, le somnifène a été conseillé depuis 1924 dans l'éclampsie et plus récemment employé systématiquement dans ce cas par MM. Laffont, Houel, Jahier, Larribère et par l'auteur qui a consacré son travail inaugural à l'étude de cette thérapeutique.

Le somnifène s'est toujours montré efficace contre les crises convulsives. Une seule fois l'auteur a dû renouveler la dose de 3 cc. Il a pensé que la dose initiale de 3 cc. n'était pas assez forte et, dans les cas suivants, il a injecté d'emblée 4 cc. Une seule fois les antécédents nerveux de la malade l'ont incité à injecter en totalité l'ampoule de 5 cc.

Dans tous les cas, il a pratiqué l'injection intraveineuse, poussée très lentement, qui assure une action rapide, quasi instantanée, se montre la moins douloureuse et évite la formation d'escharres.

Chez les éclamptiques, le somnifène a toujours été employé pur, sans aucune association médicamenteuse. M. Blottière a toujours employé des doses ne dépassant pas 5 cc., se réservant de les renouveler en cas de nécessité.

En résumé, les propriétés hypnotiques et sédatives du somnifène paraissent trouver utilement leur emploi dans les convulsions de l'éclampsie. C'est un médicament à effet rapide et régulier, et ne présentant qu'un minimum de toxicité aux doses usuelles. Il est d'un maniement facile et peut permettre au praticien de traiter les malades à domicile sans nécessiter sa présence continuelle. Bien entendu, le traitement général de l'éclampsie ne doit pas être négligé.

(1) *Concours méd*, Paris, n° 10, mars 1932.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 3 novembre. — Jury : MM. Achard, président ; Galliard, Gastinel, Verne. — M. Maigre. Le paludisme autochtone dans le marais de Beauvoir-sur-Mer (Vendée).

Vendredi 4 novembre. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Fiessinger, Marcel Labbé, Portes. — M. Pereverseff. Contribution à l'étude du son comme traitement de la constipation. — M. Daubois. Emploi de l'insuline huileuse chez les diabétiques.

Jeudi 3 novembre (Thèses vétérinaires). — Jury : MM. Brindeau, président ; Tanon, Lesbouyries, Panisset, Coquot, Dechambre. — M. Dorval. Gangrène de la vulve post-partum. — M. Buttin. Elevage pratique des chiots.

Vendredi 4 novembre. — Jury : MM. Champy, président ; Dechambre, Lesbouyries. — M. Salomon. Race bovine vosgienne.

Livret de santé, par le Dr Duvernoy, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon, Directeur de l'Institut d'Education physique. — En vente chez Lefrançois, boulevard Saint-Germain, à Paris, au prix de 2 fr. 50 et par quantité (10 au minimum) chez l'éditeur Chicandre, 49, rue Bersot, à Besançon (15 fr. la dizaine).

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'HÉMIPLÉGIE SYPHILITIQUE

De toutes les causes d'hémiplégie, la syphilis est l'une des plus fréquentes. Elle se présente habituellement comme une *Hémiplégie du jeune* à caractères suffisamment particuliers pour qu'on la puisse reconnaître assez facilement.

Son intérêt vient surtout de ce que, par un traitement spécifique bien conduit, elle est grandement améliorable ou même guérissable ; c'est dire combien il importe, en présence d'une hémiplégie, d'en pouvoir affirmer la nature syphilitique.

ÉTUDE CLINIQUE

L'hémiplégie syphilitique peut revêtir des aspects différents suivant la lésion qui l'a provoquée, mais dans les cas les plus fréquents, elle est la conséquence d'un *Ramollissement par Artérite cérébrale.*

C'est cette forme d'hémiplégie artéritique que nous étudierons tout d'abord ; elle réalise le tableau d'une hémiplégie précédée de prodromes, s'installant sans ictus, souvent incomplète ou parcellaire, et toujours susceptible d'une certaine amélioration.

Le sujet est le plus souvent jeune : 30 à 45 ans, car l'hémiplégie survient de cinq à dix ans après le chancre. Cependant, elle est parfois plus précoce, au milieu d'accidents secondaires — et surtout elle peut être plus tardive : on l'a vue survenir vingt et trente ans après l'accident initial.

Peut-être la Syphilis cérébrale serait-elle plus à redouter quand le chancre a été céphalique, bucco-pharyngé par exemple ?

Quoi qu'il en soit, il est exceptionnel qu'une telle hémiplégie survienne d'emblée ; de règle, au contraire, elle est précédée d'une assez longue *phase prodromique.*

Ces prodromes sont variables mais en général fugaces et transitoires. Ils sont fréquemment récidivants ; leur apparition devra éveiller l'attention et faire instituer aussitôt un traitement antisyphilitique capable d'empêcher des accidents plus graves.

Ce sont des signes cérébraux :

— *tantôt diffus,* relevant plutôt de la méningite si souvent associée à l'artérite ;

— *tantôt localisés,* dus plus vraisemblablement au spasme des artères cérébrales.

1° Parmi les *signes diffus,* le plus fréquemment rencontré est :

— La céphalée. Elle est intense, gravative, profonde, véritable encéphalalgie qui présente des exacerbations pénibles, à prédominance nocturne, ou vespérale.

Tenace et récidivante, elle est rebelle aux antinervins habituels et ne cède qu'au traitement spécifique.

Elle entraîne souvent de l'*insomnie.*

Les Troubles psychiques sont également assez fréquents : le malade est triste et abattu ; il devient irritable ; sa mémoire est moins bonne ; son aptitude au travail est diminuée.

Des Troubles de l'état général viennent encore exagérer cette tendance dépressive : amaigrissement, asthénie.

2° A ces troubles diffus, s'associent souvent des *troubles plus localisés* et encore plus suggestifs :

— Les plus fréquents sont d'*ordre sensitif :* le malade accuse des *paresthésies :* fourmillements, engourdissements, sensation de froid, douleurs dans les membres. Parfois il présente une névralgie du trijumeau, une migraine ophtalmique.

— Les *troubles moteurs* sont plus rares, mais très caractéristiques : parfois ce sont des tremblements, des convulsions à type jacksonien ; plus souvent ce sont des *troubles parétiques fugaces :* une faiblesse subite, un dérobement des jambes, une maladresse momentanée, une absence.

C'est quelquefois enfin une *hémiplégie temporaire* durant une demi-journée, disparaissant sans laisser de traces et accompagnée ou non d'aphasie ; ces « éclipses » hémiparétiques peuvent se reproduire à plusieurs reprises et réaliser l'hémiplégie intermittente à répétition.

Nous ne saurions trop insister sur ces hémiplégies transitoires, spontanément curables, et qui faisaient dire à Fournier que « l'hémiplégie syphilitique a pour prodromes l'hémiplégie elle-même ».

— *Parfois les prodromes sont d'ordre sensoriel :*

— bourdonnements d'oreille, vertiges ;

— hémianopsie, paralysies oculaires transitoires.

Tous ces prodromes ont une extrême importance. Survenant chez un malade syphilitique ou suspect de syphilis, la constatation d'un seul d'entre eux, même d'une simple céphalée, pourvu qu'elle soit persistante et rebelle, devra amener à pratiquer une P. L. et surtout à mettre en œuvre un traitement spécifique énergique, capable d'enrayer l'évolution de l'artérite vers des accidents plus graves.

Si cependant ces prodromes ont fait défaut ou n'ont pas été remarqués, l'hémiplégie va s'installer.

Le mode d'installation de l'hémiplégie syphilitique est encore bien particulier :

— *Le véritable ictus est en effet plus qu'exceptionnel.*

Presque toujours, au contraire, *le malade voit son hémiplégie se constituer sous ses yeux.*

— Tantôt il est pris d'un éblouissement, ne peut plus parler ou ne peut plus se servir d'un membre ; cependant il a le temps de s'adosser ou de s'asseoir et s'affaisse plus qu'il ne tombe. En tout cas, il assiste conscient à cet ictus résolutif.

— Tantôt même, le début est encore plus progressif : le malade présente d'abord une paralysie faciale ou une monoplégie brachiale. Et l'hémiplégie s'installe en 24 à 48 heures progressivement par l'adjonction de monoplégies successives.

— Tantôt enfin, le début a lieu pendant le sommeil et le malade se réveille paralysé.

Une fois constituée, la paralysie est flasque et revêt habituellement le *type cortical ;* c'est dire qu'elle est toujours incomplète et souvent même dissociée.

La face peut n'être pas atteinte et, même si elle est atteinte, la paralysie n'est pas totale et prédomine sur certains muscles. Dans ce dernier cas, les traits ne sont que légèrement déviés du côté sain et il faut faire siffler et grimacer le malade pour la mettre en évidence.

En outre, comme dans toute paralysie centrale, le facial supérieur n'est guère atteint.

On recherchera toujours :

— le signe de P. Marie et Foix,

— le signe du Peaucier,

qui affirmeront l'existence de la paralysie faciale ainsi que sa nature organique.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 89. — SAMEDI 5 NOVEMBRE 1932. · 105e ANNEE. SAMEDI 5 NOVEMBRE 1932. — N° 89.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulairés : MM. Garraud, Christiaens, Leperre, G. Patoir, Cauet, Marchandise, Benoit, Bédrine.

Internes provisoires : MM. Dancourt, Lafrance, Hecquet, Lecocq, Bar, Biérent.

Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations de MM. Desmond, Catrine, Noclercq, Mlle Cornillot, MM. Delamon, Ginest, Pinchart, Mlle Waltz, MM. Legrand (Maurice), Jacquemaire, Arsac, Bricout, Graux, Faidherbe, Legrand (Ernest), Lecocq (Jean), Cook, Hémez, Baudry, Labenne, Graye, Croumez, Carin, Butruille, Brabant.

— LYON. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Ambre, Fromaget, Grasset, Picard, Cheval, Godefroy, Viallier-Reynard, Bonifaci, Muller, Bailly-Salins, Grand-Clément, Vincent, Druard, Notter, Michelland, Guillemin, Coester, Gillot, Coudert, Dumond, Magnin, Gerest, Castel, Naouri, Curveillé, Masquin, Geay, Bruno, Mlle Roth, MM. Riondet, Bourdillon, Blanchard, Marion, Galvaing, Baffié, Carrier, Bernigaud, Michaud, Guimet, Mlle Raton, MM. Peissel, Bégule, Loupi, Plaisance, Martin-Barbaz, Baridon, Gasca, Mlle Michon, MM Vial, Béraud, Carlot, Eyraud, Daniel, Massardier, Philippe, Lyathand, Marchand, Mlle Lépanoff, MM. Ballivet, Giraud, Courbe-Michollet, Mlle Lafond, MM. Chambaud, Micaud, Masson, Rochegude, Feugier, Despierres.

Externes provisoires : MM. Thory, Lacoste, Gariel, Gousse, Perrin. Jarsaillon, Veyrier, Zoveine, Fabre, Leclercq, Wang, Garnung, Brochier, Duverne, Lemaître.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. le docteur Coulouma.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CAEN. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de médecine expérimentale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen s'ouvrira le mardi 10 mai 1933 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

MARINE. — Liste supplémentaire des étudiants en médecine nommés élèves du Service de santé à la suite du concours de 1932 :

MM. Jaubertie, Chopis, Riez, Bos, Marjou et Denis.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Daniel est nommé directeur administratif de la maison de santé départementale de la Seine-Inférieure (poste créé).

LES VOIX LATINES. — Sous les auspices de l'Union médicale latine qui a organisé une série de conférences « Les voix latines », et sous la présidence de S. Exc. le comte Pignatti Moreno di Custosa, le professeur Léon Bernard, membre de l'Académie de médecine, fera le jeudi 17 novembre, à 21 h. précises, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, une conférence sur « Ce que la médecine doit à l'Italie ».

On trouvera des cartes d'invitation chez le docteur Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe); librairie Bail-

lière, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe); librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe); Case degli italiani, 12, rue Sédillot, Paris (VIIe).

CROISIÈRES MÉDICALES AU CANADA. — Le prochain Congrès français de médecine aura lieu au Canada en septembre 1934. A cette occasion la section canadienne de l'Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.) a élaboré avec le concours des grandes compagnies plusieurs croisières permettant au départ du Havre de faire le déplacement à des conditions très avantageuses.

Prix forfaitaire (tout compris) :

1° Le Havre, Canada, Washington, New-York, Le Havre. Durée : 30 jours; 1re classe, 10.000 fr.; classe touriste, 8.500.

2° Le Havre, Canada, Chicago, Washington, New-York, Le Havre. Durée : 36 jours; 1re classe, 12.500 fr.; classe touriste, 11.000.

3° Le Havre, Canada, Côte du Pacifique, Vancouver, Winnipeg, Chicago, Washington, Le Havre. Durée : 46 jours. 1re classe, 17.500 fr.; touriste, 16.000.

Renseignements et inscriptions, A. D. R. M., Faculté de médecine, à Paris.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HÔPITAUX. — Programme des cours de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux pour l'année scolaire 1932-1933 (avec indication des opérations répétées sur le cadavre) :

I. Du 14 au 24 novembre 1932 : Chirurgie de la tête et du cou. Chirurgie nerveuse.

II. Du 5 au 15 décembre 1932 : Chirurgie pratique courante.

III. Du 9 au 19 janvier 1933 : Chirurgie du membre supérieur.

IV. Du 23 janvier au 2 février 1933 : Chirurgie du membre inférieur.

V. Du 6 au 16 février 1933 : Chirurgie du thorax et du rachis. Chirurgie orthopédique.

VI. Du 20 février au 1er mars 1933 : Chirurgie gynécologique.

VII. Du 13 au 24 mars 1933 : Chirurgie du tube digestif.

VIII. Du 26 avril au 4 mai 1933 : Chirurgie des annexes du tube digestif.

IX. Du 15 au 23 mai 1933 : Chirurgie des voies urinaires.

X. Du 9 au 19 janvier et fin juin 1933 : Chirurgie ophtalmologique.

Le registre d'inscriptions est clos dix jours avant l'ouverture de chaque cours. Le cours n'aura lieu que si le nombre des inscriptions s'élève au moins à six.

— En dehors des cours des prosecteurs, suivis de répétitions sur le cadavre par les auditeurs, des conférences de technique chirurgicale seront faites par des médecins et des chirurgiens des hôpitaux. Les dates et les sujets seront annoncés par voie d'affiche et dans les journaux médicaux.

Dès maintenant, les conférences suivantes sont annoncées :

MM. Proust et Maurer : Chirurgie de la tuberculose pulmonaire.

M. Mathieu : Chirurgie orthopédique.

M. Heitz-Boyer : Chirurgie urinaire.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE CLINIQUE UROLOGIQUE. (Hôpital Necker. Clinique Guyon. Professeur : M LEGUEU.) — M. le professeur Legueu commencera ses leçons le mercredi 16 novembre 1932, à 11 h., et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure, dans l'amphithéâtre des Cliniques.

Opérations le lundi, de 9 h. 1/2 à 12 h.; le mercredi et le vendredi, de 9 h. 1/2 à 11 h., avant la clinique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons la profonde tristesse d'annoncer la mort de M. J. Babinski, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine, ancien président de la Société de neurologie, commandeur de la Légion d'honneur, et de notre maître très aimé le professeur Chauffard, ancien président de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur.

Nous prions Mme Chauffard, le professeur et Mme Georges Guillain d'agréer l'expression très profonde de notre douloureuse sympathie.

CHRONIQUE

LA NOUVELLE FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

On sait qu'il est question depuis deux ans de reconstruire la Faculté de Médecine, devenue trop étroite pour le nombre actuel d'étudiants. Au premier abord, on aurait pu penser qu'il était facile de l'agrandir en expropriant les immeubles qui avoisinent le Musée Dupuytren. C'était sans doute impossible. On a envisagé alors le transfert de la Faculté sur l'emplacement de la Halle aux Vins, puis dans les jardins de l'Observatoire, enfin sur le vaste terrain d'Issy-les-Moulineaux.

C'est ce dernier emplacement qui a été, paraît-il, définitivement choisi. On le dit fort bien desservi par différents moyens de transport. C'est possible, mais on a peut-être oublié que les transports coûtent cher. Lorsque les étudiants devront se rendre le matin à l'hôpital de Clichy et revenir dans la journée à la Faculté, ils auront à supporter une série de petites dépenses qui finiront par chiffrer. Les charges imposées aux étudiants ne comptent pas pour les administrations... elles sont cependant réelles et pèsent lourdement sur leur budget et celui de leurs parents.

J'ai un jeune parent qui fait ses études à Lyon. Je lui demandais récemment si les communications étaient faciles entre le centre et la nouvelle Faculté : « Oui, certes, m'a-t-il répondu, j'y vais *assez souvent* avec un camarade qui a une Amilcar. »

Cette réponse juge la question ; il est à craindre que les étudiants qui n'auront pas d'auto manquent un peu d'exactitude. Et ce sera tant pis pour les études.

Aussi ne puis-je m'empêcher d'envoyer une pensée attendrie à ce pauvre quartier latin où les étudiants pouvaient travailler, vivre et, dit-on, se distraire.

F. L. S.

REVUE GENERALE

LA PRESSION VEINEUSE PÉRIPHÉRIQUE

Par M. Pierre BARDIN,
Interne des hôpitaux de Paris.

Comme l'a écrit fort justement le professeur Maurice Villaret, « l'étude de la circulation, à l'état normal ou pathologique, doit, pour être complète, porter sur le cœur, les artères, les capillaires et les veines : dans ce parcours, aucune étape ne doit échapper aux investigations du physiologiste ou du clinicien. Or, si les méthodes d'exploration du cœur et des artères ont été amenées à un haut degré de perfection, il n'en va pas de même pour les capillaires dont l'étude est encore peu avancée, et pour les veines, qui, jusque dans ces dernières années, ont été, on peut le dire, complètement négligées ».

Cette lacune a été partiellement comblée, en ce qui concerne la circulation de retour, par les travaux publiés, principalement depuis la guerre, sur la mesure et les variations physiologiques et pathologiques de la pression veineuse périphérique.

Naturellement, la pression veineuse peut être explorée en des points très divers de l'organisme : pression veineuse viscérale ; pression veineuse portale, étudiée par H. Claude et Bailliart ; pression veineuse profonde ; pression veineuse périphérique.

Mais nous nous limiterons, dans cette revue générale, à l'exposé d'ensemble des travaux publiés et des résultats obtenus concernant *la pression veineuse périphérique, c'est-à-dire la pression sanguine dans les veines superficielles des membres.*

Historique de la pression veineuse périphérique.

La plupart des premiers travaux concernant la pression veineuse périphérique émanent des physiologistes. Il faut, en effet, attendre le début du xx° siècle, pour voir apparaître les premières recherches cliniques.

Recherches physiologiques. — C'est en 1733 que la méthode directe semble avoir été employée pour la première fois, chez l'animal, dans la détermination de la pression veineuse au niveau de la jugulaire, expérience qui fut reprise en 1825 par David Barry, puis en 1867 par Jacobson.

Ensuite ce furent les travaux de François Franck, Bayliss et Starling, Plumier, Wertheimer, Delezenne, Hallion, Capps et Mathews.

Enfin les travaux de Mac Dowal, Yokota, Gollwitzer, et surtout en France les travaux de Maurice Villaret et de son école.

Recherches cliniques. — Les premières tentatives pour déterminer la pression veineuse ne remontent qu'à 1902, avec Frey, qui étudie la force nécessaire pour qu'une tige métallique, appuyant sur une veine, détermine son collapsus.

En 1903, Gaertner, en 1904 Von Basch, en 1906 Rechlinghausen, en 1908, Hooker et Eyster, en 1912, Bouchard, Franck et Reh, proposent successivement de nouvelles méthodes de mesure de la pression veineuse. Mais toutes ces tentatives n'ont plus maintenant qu'un intérêt historique, car ces diverses méthodes sont toutes *indirectes*, et de ce fait, sujettes à critiques.

Les premiers essais de détermination *directe* de la pression veineuse sont très récents. C'est en 1910, en effet, que Moritz et Tabora, puis Hocker, se servirent chez l'homme d'un manomètre à eau mis en communication avec une veine du pli du coude, grâce à un tube rempli d'une solution stérile et incoagulable.

Les premiers en France, Claude, Porak et Rouillard publient en 1914 leurs recherches de manométrie clinique et exposent leur technique ; mais leurs résultats sont encore peu nombreux. Cunéo, en 1917, utilise cette méthode pour étudier les anévrismes artério-veineux.

Il faut arriver en 1920, date à laquelle Maurice Villaret publie ses premiers travaux (commencés dès 1912), pour voir mettre au point une méthode d'exploration véritablement pratique, et susceptible de nombreuses applications en clinique courante. Cet auteur continue ensuite ses recherches avec Saint-Girons, Jacquemin-Guillaume, Grellety-Bosviel (lequel fait de la mise au point des travaux parus à cette époque l'objet de sa thèse inaugurale), Markowitch, Mouritch, Sallasc, Martiny, Jonesco, Justin-Besançon et Cachera. Puis, en 1930, Maurice Villaret résume tous ses travaux dans un ouvrage sur la Pression veineuse périphérique, écrit en collaboration avec Saint-Girons et Justin-Besançon.

Enfin, tout récemment, Laubry et Tzanck publient leurs travaux sur la circulation de retour.

Néanmoins, il est curieux de constater que les premières recherches cliniques exactes sur la pression veineuse, nées et poursuivies presque uniquement en France, n'aient suscité pendant longtemps qu'un intérêt relatif dans notre pays, alors qu'elles ont provoqué à l'étranger un grand nombre de travaux.

Physiologie de la pression veineuse périphérique.

1° Mesure physiologique de la pression veineuse périphérique. — Chez l'animal, la mesure de la pression du sang dans la veine n'offre que de légères difficultés techniques. Pour mesurer cette pression, on se sert d'un manomètre à eau, simple tube en U garni de la solution anticoagulante ordinairement employée dans les laboratoires.

Pour mettre le manomètre en relation avec le sang contenu dans la veine, deux procédés sont possibles : soit que l'on utilise une canule qui permette de mesurer la pression latéralement dans le vaisseau, sans interrompre la circulation à son intérieur, soit que l'on place la canule dans une collatérale communiquant avec le tronc principal, sans interposition des valvules.

Maurice Villaret et Justin-Besançon ont imaginé un appareil pouvant servir aussi bien chez l'homme que chez l'animal. C'est un perfectionnement du manomètre à solution anticoagulante, sur lequel on repère, à intervalles de temps réguliers, les chiffres de

pression veineuse que l'on inscrit au fur et à mesure sur une courbe empirique. Cet appareil a été présenté à la Société de Biologie de Paris en 1926.

2° **Enregistrement de la pression veineuse périphérique.** — *Mesurer* la pression veineuse chez l'animal est donc chose facile ; *enregistrer* ses variations est plus délicat.

Divers manomètres à eau répondent à ce but.

Ceux de Hallion, de Mac Dowall sont basés sur le même principe que les Kymographes à mercure. Ils comportent un manomètre à eau avec flotteur et style inscripteur extrêmement légers, pour que leur poids soit négligeable par rapport à celui de la colonne liquide du manomètre, et que l'inertie du dispositif soit aussi faible que possible, étant donnée la faiblesse de la pression veineuse ; mais on ne peut mesurer celle-ci avec précision en valeur absolue.

Dans l'appareil de Loeper et Lemaire, le flotteur est remplacé par une sorte de ludion qui suit plus fidèlement que le flotteur les minimes déplacements de la colonne liquide.

Un gros progrès a été réalisé dans un récent appareil de Maurice Villaret, Justin-Besançon et Cachera, où le flotteur est remplacé par un piston exactement calibré par rapport au tube manométrique et équilibré par un contre-poids. Avec cet appareil, on enregistre en valeur absolue aussi bien les variations amples (cm. d'eau) que les variations minimes (mm. d'eau) de la pression veineuse.

3° **Facteurs de la pression veineuse périphérique.** — Toute modification survenant en un point quelconque du système circulatoire retentit d'une façon plus ou moins profonde sur la tension veineuse. Il est donc logique, pour étudier les facteurs de la pression veineuse, d'envisager successivement, depuis le cœur gauche jusqu'au cœur droit, l'influence des différents segments circulatoires, ce qui nous permettra de montrer l'autonomie relative de la circulation de retour et l'intérêt de son exploration.

1. Role de la systole ventriculaire gauche. — Les physiologistes classiques (avec Gley) ont pendant longtemps considéré la vie a tergo qui pousse le sang dans les veines, comme représentant le reliquat de l'impulsion cardiaque.

Cette conception est beaucoup trop absolue et la progression du sang veineux dépend, comme nous allons le voir, de bien d'autres éléments. Néanmoins, il ne faut pas sous-estimer l'influence du cœur gauche sur la pression veineuse, le cœur influant autant par l'importance de son émission sanguine à chaque systole que par la fréquence de ses contractions (Plumier).

2. Role de la tension artérielle (maxima et minima). — Il n'y a pas, en physiologie, un parallélisme absolu entre la tension artérielle et la pression veineuse. Nombreux sont les exemples où il y a un défaut de solidarité dans les variations des pressions artérielle et veineuse, phénomènes sur lesquels Maurice Villaret, Justin-Besançon et Cachera ont insisté sous le nom d'*anisergies circulatoires*.

3. Role des petits vaisseaux périphériques. — Il s'avère extrêmement important à la suite des récentes découvertes des physiologistes. Mais il est extrêmement difficile d'étudier séparément le rôle de l'artériole, du capillaire, et de la veinule dans la régulation de la pression veineuse.

C'est ainsi que le rôle des *artérioles* est très difficile à saisir, car toute augmentation de leur calibre est facilement compensée, soit par une diminution du nombre des capillaires normalement en fonction dans les muscles et les téguments, soit par une contraction capillaire active.

En effet, les recherches de Krogh ont montré que, normalement, les 2/3 des *capillaires* sont au repos et ne laissent pas passer de sang à leur intérieur, et que ces petits vaisseaux peuvent se contracter ou se dilater suivant certaines circonstances physiologiques, avec une certaine autonomie. Cette dilatation des capillaires, provoquée par l'histamine, par exemple, entraîne une élévation de la pression veineuse.

Enfin, au niveau des *veinules*, entrent en jeu la pression osmotique des protéines et la viscosité sanguine, l'augmentation de cette dernière s'accompagnant d'une élévation de la pression veineuse.

Impressionnés par cette importance circulatoire des capillaires et des petits vaisseaux qui leur sont immédiatement abouchés, aussi bien les artérioles précapillaires que les veinules post-capillaires, certains auteurs ont été amenés à les considérer comme un véritable « cœur périphérique ».

Ce terme de cœur périphérique est du reste assez ambigu, puisque certains auteurs (Gallavardin) qualifient ainsi le ventricule gauche et les grosses artères. Aussi, pour éviter une confusion, Laubry et Tzanck créent le terme de *cœur périphérique d'aller*, pour le ventricule gauche et le système artériel, et le terme de *cœur périphérique de retour* pour le réseau capillaire et le système veineux, avec un triple rôle de réservoir, de moteur et de régulateur de la circulation de retour.

4. Role des veines. — L'*élasticité* longitudinale des veines ne joue qu'un rôle insignifiant. Par contre, la *contractilité* des veines a un rôle indiscutable sur la pression veineuse, que cette contractilité soit provoquée par des agents physiques ou pharmaco-dynamiques. C'est ainsi que l'adrénaline est nettement veino-constrictrice.

Les *valvules* qui existent à l'intérieur des veines jouent un rôle important dans la régulation de la pression veineuse ; mais néanmoins, elles n'empêchent pas la *pesanteur* de se faire nettement sentir dans les veines, comme le prouve la forte augmentation de la pression veineuse du membre inférieur, lorsque l'on passe de la position horizontale à la position verticale.

5. Role des tissus périveineux. — Il est évident que la *compression* d'une veine augmente la pression veineuse en amont. Mais à l'inverse, les tissus périveineux peuvent empêcher le collapsus veineux : c'est ce qui se passe au niveau du cou. Les *battements artériels* ne semblent pas influer sur la pression de la veine voisine.

Le facteur périveineux qui a, de beaucoup, le plus d'influence sur la pression veineuse est la *contraction musculaire*, qui donne des augmentations de pression de 5, 10, 15 cm. d'eau.

6. ROLE DES GROS TRONCS VEINEUX THORACIQUES. — C'est par leur intermédiaire que les mouvements respiratoires influent sur la pression veineuse périphérique chez l'animal.

7. ROLE DU COEUR DROIT. — Les auteurs classiques attribuaient une influence prépondérante, dans la circulation veineuse, à l'aspiration diastolique et systolique du cœur droit ; et cette opinion avait été reprise par Grellety-Bosviel dans sa thèse. En réalité, cette action sur la pression veineuse est loin d'être exclusive. Les physiologistes attachent maintenant beaucoup plus d'importance au débit cardiaque. Et même, pour certains auteurs modernes, ce serait la pression veineuse qui réglerait le débit du cœur droit.

8. ROLE DE LA CIRCULATION PULMONAIRE. — Les poumons jouent certainement un rôle important dans la régulation de la pression veineuse, puisque la formation d'embolie pulmonaire expérimentale entraîne une hypertension veineuse, comme l'ont montré Binet et Justin-Besançon, et comme nous l'avons vérifié nous-même au cours de recherches encore inédites sur les embolies pulmonaires.

4° Rôle de la pression veineues périphérique dans la circulation générale. — Cette question n'a été étudiée que tout récemment, bien qu'elle pose des questions multiples et extrêmement intéressantes.

1. INFLUENCE SUR LA RÉPARTITION DE LA MASSE SANGUINE. — Le système veineux joue, avec les capillaires, le rôle de réservoir sanguin. Pour le vérifier expérimentalement, il suffit d'augmenter ou de diminuer la masse sanguine.

Sous l'influence de la *saignée*, la pression veineuse baisse très fortement, mais remonte plus vite que la tension artérielle.

Une *injection lente de* 500 *cm*³ *de sérum* n'entraîne qu'une très faible et très courte élévation de la pression veineuse, comparativement à celle de la tension artérielle. Au contraire, une *injection rapide de sérum* provoque une rapide et forte élévation de la pression veineuse, mais courte également.

2. INFLUENCE SUR LA PRESSION VEINEUSE CENTRALE. — Les recherches de Delezenne, de Wertheimer ont montré qu'à l'état normal, la masse sanguine totale contenue dans le système veineux se répartit de façon inégale suivant les circonstances physiologiques, entre le système veineux splanchnique et celui des membres. Il s'établit ainsi un véritable balancement entre les pressions veineuses périphérique et centrale, comme le prouve leur inscription simultanée.

3. INFLUENCE SUR L'ÉCOULEMENT DU SANG CAPILLAIRE. — La congestion veineuse augmente de façon considérable la pression capillaire. Et Carrier a montré que la pression capillaire suit la tension veineuse aux divers niveaux de la main.

4. INFLUENCE SUR LA PRESSION LYMPHATIQUE. — La stase veineuse périphérique augmente la quantité de lymphe qui s'écoule par une fistule du canal thoracique.

5. INFLUENCE SUR LA TENSION ARTÉRIELLE. — L'élévation de la pression veineuse retentit passagèrement sur la tension artérielle par voie directe et par voie réflexe.

6. INFLUENCE SUR LE DÉBIT CARDIAQUE. — Il s'agit là d'un des problèmes les plus discutés de la physiologie circulatoire. Il est encore loin d'être résolu, puisque certains auteurs admettent que c'est le débit cardiaque qui règle la pression veineuse, tandis que d'autres expérimentateurs (la majorité, semble-t-il) estiment que la pression veineuse est probablement le principal facteur qui détermine le débit du cœur, et que, sous son influence, le volume de l'émission sanguine systolique varie.

Mesure de la pression veineuse périphérique en clinique.

Comme nous l'avons vu en étudiant l'historique de la question, la pression veineuse a d'abord été prise *indirectement*, à travers les téguments. Ce n'est que depuis peu que l'on mesure la pression veineuse *directement*, à l'aide d'une aiguille introduite dans la veine et reliée à un manomètre.

1° Méthodes indirectes. — Parmi les nombreuses méthodes proposées, le mérite de la simplicité revient de droit à la *méthode de Gaertner*.

Elle consiste à établir la hauteur à laquelle il est nécessaire d'élever le bras pour qu'une veine du dos de la main pâlisse et se vide. La différence de hauteur entre la main et la 5e côte (niveau approximatif de l'oreillette) donne, en cm. de sang, la pression veineuse.

Il est inutile d'insister sur ce que cette méthode, très élégante en apparence, peut avoir d'approximatif.

Toutes les autres méthodes de mesure indirecte de la pression veineuse se rapprochent plus ou moins de la technique utilisée pour la tension artérielle, c'est-à-dire mesure de la pression nécessaire pour comprimer une veine superficielle.

C'est ainsi que dans la *méthode de Hooker et Eyster*, la pression veineuse est mesurée avec un appareil qui se compose d'une boîte vitrée en communication avec une pompe à air et un manomètre à eau. On applique cette boîte sur une veine du dos de l'avant-bras, et l'on gonfle jusqu'à écrasement de la veine.

Le degré de compression enregistré par le manomètre donne le chiffre de la pression veineuse.

Les appareils d'Oliver, Von Basch, Frey, Sewall, Sabli et Clarck, Schneider et Dwight Sisco, Rechlinghausen, se rapprochent tous plus ou moins de l'appareil d'Hooker et Eyster.

Le principe de ces méthodes, s'il est exact en théorie, prête à de nombreuses critiques dans son application.

Tout d'abord, il est difficile d'apprécier le moment précis où la veine est aplatie ; mais surtout, les multiples collatérales des veines dorsales de la main faus-

sent considérablement les déterminations. — Reste enfin une dernière méthode, utilisée successivement et progressivement perfectionnée, par Franck et Reh, Pruche, Payan et Girault. Elle part du principe suivant : si l'on comprime le bras avec un brassard type Pachon, l'avant-bras augmentera de volume quand la force de striction, au niveau du bras, aura atteint le degré de la pression veineuse.

Malheureusement, pour cette méthode, l'avant-bras n'augmente pas considérablement de volume quand le degré de la striction brachiale atteint celui de la pression veineuse périphérique, et il ne se produit pas de stase sanguine notable.

Conclusions. — La comparaison des chiffres fournis par les différentes méthodes indirectes avec les chiffres donnés par la méthode directe, montre le peu de confiance que l'on doit attribuer aux premiers.

Cela tient à la difficulté d'apprécier le moment précis où la veine est comprimée, aux variations individuelles des anastomoses antibrachiales entre les circulations veineuses superficielles et profondes, et aux variations de la résistance des plans superficiels. Toutes ces causes d'erreurs expliquent qu'Eyster puisse donner comme chiffres normaux 4 à 6 cm. d'eau, alors que Claude indique 16 et Maurice Villaret 13 à 14.

On peut donc conclure qu'à l'heure actuelle, les procédés de mesure indirecte n'offrent pas toute la précision désirable en clinique.

2° **Méthodes directes.** — La technique de mesure directe de la pression veineuse périphérique possède, au contraire, une précision indiscutable, qui lui vient de son caractère physiologique. Elle constitue une véritable méthode expérimentale.

Elle fut utilisée pour la première fois à l'étranger, par Moritz et Tabora, à l'aide d'un manomètre à eau.

Leur méthode, améliorée dernièrement par Pruche, est cependant peu sensible et peu pratique.

L'emploi d'un manomètre anaéroïde par Henri Claude d'une part, par Maurice Villaret d'autre part, a constitué un perfectionnement considérable, et c'est cette nouvelle méthode directe que nous allons maintenant exposer en détail.

A. L'instrumentation. — On peut employer le manomètre qu'Henri Claude a imaginé pour la mesure de la tension du liquide céphalo-rachidien. C'est cet appareil qui a servi à Claude, Porak et Rouillard, à Cunéo, et à Maurice Villaret et à ses collaborateurs pendant longtemps.

Mais il est préférable d'avoir à sa disposition un manomètre gradué jusqu'à 60 cm. d'eau, et qu'un dispositif à cadran mobile permet de remettre instantanément à zéro. Tel est le phlébopiézomètre de Maurice Villaret qui répond mieux aux besoins de la clinique.

Si l'on doit faire des mesures sur le membre inférieur en orthostatisme, ou de l'expérimentation, il est bon d'avoir à sa disposition le deuxième appareil de Maurice Villaret, gradué de 0 à 200 cm. d'eau.

Le matériel nécessaire comprend en outre :

1° Un tube en caoutchouc relié au manomètre, et terminé par l'embout métallique de Luer ;

2° Des aiguilles à ponction veineuse, à double ailette.

B. La technique. — Les conditions d'une mesure correcte de pression veineuse, établies d'abord par H. Claude, ont été surtout bien précisées par Maurice Villaret et ses collaborateurs.

Le sujet doit être dans le décubitus dorsal absolu, et on enlève même les oreillers pour que la tête repose bien à plat. Le bras est placé sur un plan constitué par une pancarte ou une alèse pliée, de façon qu'il se trouve, autant que possible, dans le même plan horizontal que les cavités droites du cœur. Précaution essentielle: le bras doit être en état de flaccidité absolue, l'épaule doit être dénudée.

On fait alors saillir les veines du pli du coude à l'aide d'un garrot. On pique une veine apparente comme pour une prise de sang : le sang s'écoule en jet ; on retire alors le lien : le sang ne coule plus que goutte à goutte, et on attend une minute environ, avant de faire la mesure, pour que la pression veineuse, momentanément élevée par la striction du lien, soit revenue à la normale.

On introduit enfin dans l'aiguille l'embout relié au manomètre par le tube de caoutchouc. Aussitôt, l'aiguille du manomètre se déplace lentement et atteint un chiffre auquel elle s'arrête. Celui-ci mesure la pression veineuse périphérique.

Veut-on vérifier le chiffre obtenu ? On retire l'embout de l'aiguille, on laisse couler quelques gouttes de sang, puis on replace l'embout et on voit que l'aiguille, qui était descendue à 0, revient se fixer sur le chiffre précédemment indiqué.

La technique de la mesure de la pression veineuse est peut-être longue à exposer dans le détail ; mais, en réalité, l'ensemble des manœuvres nécessaires pour prendre la pression veineuse, à l'occasion d'une prise de sang, d'une saignée, d'une injection intra-veineuse, par exemple, demande juste quelques secondes, lorsque l'aiguille est déjà dans la veine.

La mesure de la pression veineuse au membre inférieur se fait exactement de la même façon, le membre inférieur étant en décubitus horizontal ; mais les veines étant plus fuyantes qu'au pli du coude la ponction veineuse est moins facile.

C. Critiques de la méthode. — Giraud, dans sa thèse, estime que la viscosité du sang donne des inexactitudes de 2 à 3 cm. d'eau. Mais, d'une part, l'aiguille n'est pas un tube capillaire, et d'autre part, la colonne sanguine est arrêtée dans sa progression par la pression de l'air, qui repousse l'aiguille du manomètre, et qui s'oppose ainsi aux phénomènes de pression capillaire.

De même, on ne peut parler d'inexactitudes résultant de la formation d'un caillot dans l'aiguille, la mesure de la pression veineuse étant terminée avant que commence la coagulation sanguine.

Notons qu'il faut, bien entendu, veiller d'une façon toute particulière à la propreté rigoureuse de l'aiguille et de l'embout, et qu'il faut avoir soin de les débarrasser de toute trace de sang après chaque mesure, avant la stérilisation.

En fait, le seul reproche sérieux qu'on ait fait à la

méthode directe, est de ne pas faciliter les recherches en série, au même degré que les appareils indirects, employés pour la mesure de la pression artérielle. Mais rien n'empêche de prendre chaque jour la pression veineuse directe, chez un asystolique : il n'y a qu'à profiter des injections intra-veineuses d'ouabaïne, des saignées, des prises de sang.

D. Résultats. — *a) Au pli du coude :* D'après les multiples mesures faites par le professeur Maurice Villaret et ses élèves, quand le sujet est dans le décubitus horizontal rigoureux, le *chiffre normal de la pression veineuse* peut être fixé approximativement (les variations étant assez grandes) :

A 13 cm. chez l'homme ;
A 12 cm. chez la femme.

De sorte que l'on peut dire qu'il y a *hypotension* au-dessous de 10 ou 11, *hypertension* au-dessus de 14 ou 15.

Lecomte et Yacoël, Young, Del Sel donnent les mêmes chiffres.

Pour Henri Claude, qui employa une technique légèrement différente, le chiffre normal est un peu supérieur : 16 cm. d'eau.

Par contre, Moritz et Tabora, Schott, Fushs, Castellotti, Bedford et Wright donnent des chiffres beaucoup plus bas, de 5 à 10 cm. d'eau, dus vraisemblablement à des imperfections techniques.

Il est frappant, en effet, lorsqu'on reprend chez un même sujet, avec la technique que nous venons d'indiquer, la pression veineuse plusieurs jours de suite, dans les mêmes conditions, d'obtenir des chiffres d'une fixité remarquable, aux environs de 12 ou 13 au pli du coude.

b) *A la veine jugulaire externe :* la pression veineuse, prise dans le décubitus dorsal, donne les mêmes chiffres qu'au pli du coude, alors qu'elle tombe à 0, quand la tête est verticale.

c) *A la veine saphène :* dans le décubitus horizontal, la pression veineuse du membre inférieur est normalement plus élevée que celle du membre supérieur ; la différence est, en moyenne, de 2 cm. d'eau pour Maurice Villaret. Mais tous les auteurs ne partagent pas cet avis, puisque certains estiment qu'il n'y a aucune différence sensible, et même que la pression veineuse est plus basse aux membres inférieurs.

Dans la station verticale, la pression veineuse augmente considérablement et atteint en moyenne 90 cm. d'eau.

(*A suivre.*)

Indications de la chirurgie thoracique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par G. Derscheid, de Bruxelles, médecin-chef des sanatoriums « Les Pins », membre du Conseil supérieur d'hygiène de Belgique, et P. Toussaint, médecin, directeur des sanatoriums « Les Pins », La Hulpe-Waterloo (Belgique). 1 vol. in-8° de 40 pages avec 6 planches hors texte. — Prix . 16 francs. — Paris, G. Doin et Cie.

XXIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Paris, 10-12 octobre 1932 (1).

PREMIÈRE QUESTION

CARACTÈRES ANATOMO-CLINIQUES DE LA GRANULOMATOSE MALIGNE

PREMIER RAPPORT

Les formes atypiques de la granulomatose maligne.

Rapporteurs : MM. M. Favre, P. Croizat et A. Guichard (de Lyon).

La granulomatose maligne doit être considérée comme une maladie autonome et bien définie ; mais il faut en délimiter exactement le cadre et chercher à établir les limites qui la séparent d'affections qui empruntent certains de ses caractères.

A. Rappel des caractères anatomo-cliniques généraux de la granulomatose maligne. — 1° Caractères anatomiques. — Le terme de granulomatose maligne semble préférable à celui de lymphogranulomatose, car il est plus extensif et implique la tendance métastastique de l'affection. Celle-ci est caractérisée par son polymorphisme à la fois local et régional ; on voit des aspects inflammatoires, fibreux, néoplasiques s'entre-mêler, se juxtaposer à la manière d'une véritable marqueterie.

Les cellules en cause sont des cellules normales de la série mésenchymateuse ; seule la cellule de Sternberg fait une exception, d'ailleurs apparente. Ces cellules sont très modifiées par le virus granulomateux, qui semble un virus cytotrope à affinité mésenchymateuse singulière. Les lésions se développent dans le tissu conjonctif par multiplication et différenciation des éléments autochtones.

L'affection semble à l'auteur surtout de nature inflammatoire ; il s'agit d'une inflammation à caractères singuliers, présentant une affinité très particulière pour le milieu conjonctif ; elle est à la « ligne de partage des eaux » entre l'inflammation et les processus néoplasiques.

2° Caractères cliniques. — Les auteurs passent en revue rapidement les grands symptômes de la granulomatose maligne : adénopathies, splénomégalie, fièvre et signes généraux, polynucléose sanguine avec poussées d'éosinophilie, prurit et prurigo.

3° Valeur des caractères anatomo-cliniques. — Aucun des signes cliniques ne suffit à caractériser l'affection ; seul un ensemble convergent de signes permet le diagnostic. Il en est de même au point de vue anatomique, et si certaines réactions sont particulièrement significatives, aucune n'est pathognomonique. C'est ainsi que la cellule de Sternberg n'a pas la valeur absolue qu'on lui prête souvent. Ce qui importe, c'est la multiplicité des réactions, leurs variations locales, leurs combinaisons, leurs alternances ; ce sont surtout l'intensité de la réaction fibreuse et la multiplication des grandes cellules du type Sternberg.

B. Les formes cliniques anormales. — On a trop facilement tendance à multiplier ces formes et à considérer comme telles des formes classiques dans lesquelles tel ou tel symptôme domine le tableau clinique, ou encore des formes larvées oligosymptomatiques. Il semble préférable de réserver ce terme aux granulomatoses malignes localisées, soit que la localisation granulomateuse persiste longtemps

(1) *Association de la Presse médicale française.*

isolée, soit qu'elle reste sans modifications notables durant toute l'évolution de la maladie.

a. *Formes localisées à type de tumeurs.* — Il s'agit de masses plus ou moins volumineuses, dures, susceptibles de provoquer des compressions. La localisation en est habituellement cervicale ou cervico-axillaire, rarement inguinale. Plus rarement on en observe de médiastinales, d'abdominales.

b. *Formes nerveuses.* — Il s'agit plus souvent d'accidents nerveux, secondaires à d'autres localisations, et notamment à des localisations épidurales, que de formes nerveuses primitives. L'existence de ces dernières reste très hypothétique et n'a jamais été prouvée anatomiquement.

c. *Formes osseuses.* — On peut faire à leur sujet la même remarque : il s'agit de lésions secondaires et aucune localisation osseuse primitive et isolée n'a encore été rapportée. Leur existence aurait cependant une grande importance doctrinale quant au rôle éventuel de la moelle osseuse dans la genèse de la lymphogranulomatose.

d. *Formes spléniques.* — Tantôt il s'agit de formes à début splénomégalique, tantôt de formes à prédominance splénomégalique (il s'agit alors à peine de formes anormales), tantôt de formes splénomégaliques pures.

e. *Formes respiratoires.* — Les formes pleurales sont plus fréquentes qu'on ne le pense ; mais elles sont rarement primitives, cliniquement et surtout anatomiquement.

Les formes pulmonaires, très fréquentes elles aussi, sont souvent muettes ; elles sont parfois isolées et on peut parler ici de formes cliniquement primitives ; il y a même peut-être dans certains cas un chancre d'inoculation pulmonaire du granulome malin.

f. *Formes digestives.* — Leur fréquence est expliquée par l'importance de l'appareil lymphoïde étagé tout le long du tube digestif. Elles sont très polymorphes, mais leur discrimination doit être sévère, car il existe de nombreuses causes d'erreurs, même histologiques.

g. *Formes cutanées.* — On ne doit comprendre sous ce terme que celles qui précèdent l'atteinte ganglionnaire. Il peut s'agir alors de véritables chancres cutanés d'inoculation. Ces formes soulèvent la question d'une inoculation tégumentaire possible du virus pathogène.

Dans toutes ces formes atypiques où manque le tableau clinique, il faudra se montrer très exigeant pour les critères histologiques.

C. **Formes histologiques anormales.** — Elles posent la question des limites de la granulomatose maligne. Le problème est dominé par celui des relations exactes qui unissent le granulome malin aux diverses affections du tissu réticulo-endothélial.

Parmi les *tumeurs réticulo-endothéliales*, le réticulosarcome semble bien différent de la granulomatose par son monomorphisme, son caractère localisé, le peu d'importance du tissu collagène ; le plasmocytome est parfois de diagnostic plus difficile mais présente lui aussi des caractères distinctifs suffisamment nets pour être distingué du granulome malin. Enfin il faut faire les plus extrêmes réserves quant à l'existence de formes sarcomateuses de la maladie de Hodgkin.

Les réactions inflammatoires du tissu réticulo-endothélial (réticulo-endothélioses, granulomatoses) constituent un cadre encore mal défini et très disparate. Les réticulo-endothélioses métaboliques ou de réserve (maladies de Gaucher et de Niemann Pick) sont évidemment très éloignées de la granulomatose maligne. Il en est de même pour les états dits de réaction infectieuse ou les réticulo-endothélioses symptomatiques par infections spécifiques. En tout cas, le caractère monomorphe, homogène et diffus des réticuloses contraste avec l'évolution nodulaire et l'aspect bariolé des foyers granulomateux. Les granulomatoses se distinguent des réticulo-endothélioses par leur aspect plus polymorphe ; certaines d'entre elles sont bien distinctes (granulome tuberculeux, syphilitique, mycosique, lymphogranulome inguinal) ; mais quelques-unes sont de diagnostic plus difficile, tel le mycosis fongoïde. En réalité, dans les cas douteux, il faut tenir grand compte du contexte clinique ; il est préférable de rejeter, provisoirement tout au moins, du cadre bien établi de la lymphogranulomatose les cas douteux ; sinon ce serait risquer, suivant l'expression de Sternberg, « de ressusciter l'antique pseudoleucémie sous le prétexte de lymphogranulomatose atypique » ; estomper les limites du lymphogranulomatome malin serait se priver d'un jalon précieux au milieu du dédale des affections réticulo-endothéliales.

Enfin les rapports avec les *leucémies* posent des problèmes troublants ; des réactions du type leucémique, sinon des états leucémiques vrais, semblent en effet pouvoir s'associer à la granulomatose maligne ou la compliquer ; de plus, la myélocytose simple est notée dans un certain nombre de cas de maladie de Sternberg authentiques.

D. **Variations histologiques normales.** — La granulomatose la plus typique peut se présenter sous des aspects histologiques très variés. C'est ainsi qu'on a pu distinguer de nombreuses formes *évolutives* : les formes du début sont très difficiles à homologuer (formes lymphoïdes, d'hyperplasie réticulaire, d'adénite inflammatoire, etc.; dans le nodule évolué l'aspect, beaucoup plus typique, va de la forme néoplasique à la forme inflammatoire et scléreuse. On peut voir aussi des *formes associées* à une infection aiguë banale ou à la tuberculose ; cette dernière peut modifier la structure du nodule qui devient plus inflammatoire ; les aspects pseudo-tuberculeux signalés par plusieurs auteurs semblent extrêmement rares et relever plutôt d'une tuberculose associée. Enfin on peut voir des formes *modifiées par la thérapeutique* et en paticulier par la radiothérapie, qui suscite des réactions à la fois sclérosantes et constructives.

Les auteurs concluent en insistant sur la nécessité, dans le diagnostic de la granulomatose maligne, de l'étroite association des critères anatomo-pathologiques et des critères cliniques ; seul ce double critère assure une véritable autonomie à la maladie.

DEUXIÈME RAPPORT

La radiothérapie de la granulomatose maligne.

Rapporteurs : MM. R. Gilbert (de Genève) et F. Sluys (de Bruxelles).

Les rapporteurs estiment que la rœntgenthérapie est le traitement de choix de la granulomatose maligne. Cliniquement, les localisations de la granulomatose maligne sont très radio-sensibles ; histologiquement, les tissus granulomateux ont un caractère inflammatoire — lymphoïde — en même temps qu'un aspect rappelant les néoplasmes : cela explique leur grande sensibilité aux rayons.

Les radiations détruisent le tissu granulomateux. Cette destruction est généralement suivie d'une réaction fibroconstructive, exagération d'un processus qu'on peut rencontrer à l'état normal.

Il est nécessaire de détruire tout le tissu granulomateux. La rœntgenthérapie pénétrante ou profonde sera choisie de préférence aux autres modalités techniques ; car la pénétration, la distance et les feux croisés permettent une répartition homogène de la dose efficace, en profondeur. La rœntgenthérapie permet d'irradier, par de larges portes d'entrée, de grandes masses de tissus suspects d'envahissement : cela importe, puisque les lésions sont généralement

plus étendues que la clinique ne le laisse supposer. La curiethérapie n'a que de rares indications.

La durée d'application de la dose aux tissus granulomateux joue un rôle important (facteur temps). La rœntgenthérapie en une seule séance, ou en quelques séances (cinq à six jours) doit être bannie. D'autre part, l'étalement dans le temps ne doit pas être exagéré, et surtout les séances ne doivent pas être espacées (par exemple hebdomadaires). Le traitement comportera, en principe, une seule série de séances ; celles-ci seront quotidiennes. Le traitement consistera à faire absorber aux tissus malades, tant profonds que superficiels, une dose totale d'au moins 400 R, dans la moyenne des cas, pour une première série d'irradiations. La dose incidente par séance n'excède pas 200 R (1). La dose sera étalée sur dix à quinze jours pour chaque localisation, et de quatre à cinq semaines pour la durée totale du traitement. Ces normes d'étalement ne sont pas rigides, notamment si le processus est très étendu ; mais il sera bon de s'astreindre à s'en éloigner le moins possible. Le traitement peut être ambulatoire dans la majorité des cas, à condition qu'on ait bien en main les malades et qu'on soit assuré de leur régularité aux séances quotidiennes, quels que soient les malaises généraux qu'ils puissent ressentir.

Les symptômes tels que prurit, fièvre, douleurs, troubles fonctionnels, modifications de la formule sanguine et de l'état général, doivent servir de guides au cours du traitement. Ils ont aussi une grande valeur pour le dépistage d'une récidive. La radiographie sera également employée dans ce but : elle permettra de déceler précocement des tumeurs profondes, des infiltrats osseux ou viscéraux, et de contrôler, dans ces cas, les effets de la radiothérapie.

La radiothérapie ne doit être dirigée que sur des lésions en évolution ou sur des récidives. Les séances dites « prophylactiques » ou « d'entretien » doivent être bannies. Par contre, le malade doit être surveillé, orienté sur les risques de rechute et les premières manifestations de celle-ci (prurit, fièvre, douleurs, éruptions, etc.), afin que le traitement soit repris au moindre symptôme. Si une récidive ne se manifeste que par des phénomènes généraux (fièvre, prurit, modification sanguine), et qu'aucune localisation ne soit possible, on recourra dans ces cas à la rœntgenthérapie totale à grands champs séparés, ou à la télérœntgenthérapie, conduites avec prudence.

La radiothérapie profonde n'exclut pas les adjuvants tels que l'arsenic, l'opothérapie, les cures climatériques, et même, occasionnellement, la chirurgie.

Quelques cas personnels, illustrés de documents, pour la plupart inédits, montrent le polymorphisme symptomatique de l'affection, les incidents, accidents et récidives, ainsi que les résultats obtenus dans des cas de localisations profondes.

Les auteurs résument enfin quelques statistiques, et la leur, pour montrer les résultats que la radiothérapie permet d'obtenir. Ils étudient principalement le temps de survie moyenne après le début de la rœntgenthérapie. Ils concluent à un prolongement notable de cette survie, à condition que la radiothérapie soit appliquée avec méthode et que la technique d'irradiation soit correcte.

TROISIÈME RAPPORT

Les résultats de l'expérimentation dans la granulomatose maligne.

Rapporteurs : MM. R. WEISMANN-NETTER, V. OUMANSKY et J. DELARUE (de Paris).

Les auteurs divisent leur exposé en deux parties essentielles. L'une, documentaire, relate les diverses recherches biologiques et bactériologiques effectuées jusqu'à présent. Dans l'autre, ils s'efforcent de dégager les enseignements de ces recherches.

1° PARTIE DOCUMENTAIRE. — Des *constatations biologiques* faites jusqu'à présent, il faut retenir l'absence de pouvoir antigénique spécifique des produits granulomateux aussi bien que des microorganismes isolés de ces produits. Les réactions de fixation aux antigènes tuberculeux auraient pour certains auteurs une réelle valeur. Mais les données bio-chimiques sur lesquelles est fondé leur principe ne sont pas certaines. Les réactions tuberculiniques cutanées sont habituellement négatives, moins souvent avec les tuberculines aviaires qu'avec les tuberculines usuelles, mais on n'en peut rien conclure en ce qui concerne l'étiologie tuberculeuse, aviaire ou autre, de la granulomatose.

Les *recherches bactériologiques* ont abouti, les unes à des constatations négatives, les autres à la mise en évidence du virus tuberculeux ; d'autres enfin ont permis d'isoler des microorganismes distincts du bacille tuberculeux. Parmi ces derniers, le groupe le plus fréquemment observé est celui des corynebactéries, isolé pour la première fois par Fraenkel et Much. Le virus tuberculeux a été maintes fois mis en évidence depuis les premières constatations de Sternberg, soit directement, soit par culture, soit par inoculations à l'animal ; celles-ci ont pu produire les différents aspects, typiques ou atypiques, de la tuberculose expérimentale.

On a fait enfin de nombreuses *tentatives de reproduction expérimentale de la granulomatose*, par inoculation, soit de tissus granulomateux, soit de micro-organismes, agents hypothétiques de l'affection. Les résultats probants semblent exceptionnels, dans cet ordre de faits.

2° PARTIE CRITIQUE. — Dans la seconde partie de leur rapport, les auteurs discutent la valeur des résultats expérimentaux, souvent contradictoires, obtenus jusqu'à présent.

Le rôle pathogène des bacilles diphtéroïdes (corynebacterium, streptothrix) est sujet à caution en raison de l'ubiquité de ces micro-organismes et de leur saprophytisme habituel.

Parmi les bacilles acido-résistants rencontrés, seul le bacille tuberculeux mérite d'être envisagé. Il est difficile de tirer une conclusion formelle des faits rapportés jusqu'ici et d'affirmer l'étiologie tuberculeuse de la granulomatose, contre laquelle plaident bien des faits cliniques et histologiques. D'ailleurs trop de causes d'erreurs peuvent intervenir dans les résultats positifs de l'expérimentation.

Pour concilier toutes les constatations bactériologiques et expérimentales, on a pu considérer la granulomatose maligne comme un syndrome ressortissant à de multiples étiologies, comme une réaction tissulaire à des agressions pathogènes diverses.

Pourtant la granulomatose apparaît, par bien des points, comme une véritable entité morbide. On peut se demander si sa place nosologique ne se trouve pas à la frontière encore imprécise et de l'inflammation et de la néoplasie.

Discussion des rapports.

M. J. TAPIE (de Toulouse) estime avec M. Favre et ses collaborateurs qu'il ne faut pas multiplier à l'excès les formes cliniques anormales de la maladie de Sternberg, sous peine de reléguer dans l'ombre les traits cliniques essentiels. L'absence des symptômes caractéristiques est en réalité de courte durée pour qui veut bien systématiquement les rechercher. C'est ainsi que dans les *formes fébriles pseudo-septicémiques* l'hypertrophie splénique et les adénopathies profondes ne font jamais défaut.

L'auteur insiste sur l'importance de l'examen radiologique systématique du médiastin. La forme médiastinale de la

(1) Soit environ 500 R Salomon.

maladie de Sternberg est fréquente ; les formes thoraciques sont presque toujours des formes médiastino-pleurales ou médiastino-pulmonaires. Parmi les formes atypiques, une place mérite d'être faite aux formes associées dans lesquelles la granulomatose et la tuberculose frappent un même organe et évoluent simultanément.

L'auteur met en doute l'existence d'une granulomatose vraie et sépare radicalement la granulomatose maligne des réticulo-endothélioses infectieuses, du mycosis fongoïde et des leucémies.

M. Roch (Genève) critique l'expression d'adénie éosinophilique prurigène, expression qui, ne s'appliquant qu'à une minorité des cas, a l'inconvénient d'empêcher les praticiens de faire un diagnostic précoce.

Or il est utile de poser le diagnostic aussitôt que possible, car le traitement radiothérapique donnera des résultats d'autant meilleurs qu'il aura été appliqué avec toute la rapidité et toute l'intensité voulues. Il règne à l'égard du traitement du granulomatome un certain défaitisme qui se comprend parce que quelques cas sont radiorésistants et surtout parce que beaucoup de malades sont traités trop tard ou mal traités. Une radiothérapie bien conduite donne parfois des succès véritablement miraculeux et qui peuvent amener des rémissions assez longues pour qu'il ne soit pas exagéré de parler de guérisons.

Or il importe que, pour avoir une bonne emprise morale sur ses malades, le médecin soit optimiste, et, pour qu'il puisse être optimiste en toute bonne conscience, il est bon de lui donner des raisons objectives de l'être.

M. G. Roussy (de Paris) apporte dans le débat quelques réflexions personnelles basées sur une observation poursuivie depuis 10 ans au Centre anticancéreux de Villejuif et qui comprend 36 cas de lymphogranulomatose, tous vérifiés histologiquement.

Il considère avec MM. Favre, Croizat et Guichard, l'entité morbide que les Anglo-Saxons appellent maladie de Hodgkin et qu'avec les auteurs de langue allemande nous dénommons maladie de Paltauf-Sternberg comme une « maladie autonome et bien définie, ayant sa véritable personnalité anatomique », malgré l'obscurité qui plane encore sur son étiologie. Mais contrairement aux rapporteurs, M. Roussy préfère l'appellation de « lymphogranulomatose » à celle de « granulomatose » et cela pour des raisons cliniques et anatomiques. A part de très rares exceptions, en effet, la maladie de Paltauf-Sternberg frappe toujours les ganglions ; elle est donc une adénie ; elle fait partie de la pathologie ganglionnaire. De plus, sur le terrain histologique, elle rentre dans le cadre des affections du mésenchyme que l'on peut, toutefois, essayer de limiter encore puisqu'il s'agit avant tout d'une affection frappant le système hémolymphopoiétique ou pour employer l'expression moderne le tissu réticulo-endothélial. Elle est donc bien une lymphogranulomatose, c'est-à-dire une réaction inflammatoire granulomateuse du système lymphohémopoiétique, ganglionnaire ou extra ganglionnaire.

L'expression de « malignité » servait surtout à opposer la maladie de Paltauf-Sternberg aux lymphogranulomatoses dites bénignes. M. Roussy pense qu'à l'heure actuelle les travaux de MM. Nicolas et Favre ont suffisamment précisé les caractères du granulomatome inguinal pour qu'il soit possible de le différencier nettement de la lymphogranulomatose. Il en est de même d'ailleurs de la maladie de Schaumann qui est une lésion cutanée se rapprochant des tuberculides et qui n'a rien à faire avec la lymphogranulomatose.

De plus, la notion de malignité s'attache surtout aux processus tumoraux. Or tout plaide à l'heure actuelle pour ranger la lymphogranulomatose dans le cadre des maladies inflammatoires, infectieuses.

M. Roussy insiste en terminant sur la nécessité de ne pas trop augmenter le nombre des formes anormales ou atypiques, de crainte d'élargir à l'excès le cadre de la lymphogranulomatose dont les limites commencent à bien se préciser. Certes le grand groupe des réactions inflammatoires dites aujourd'hui « réticulo-endothélioses » comprend encore nombre d'affections mal connues et mal classées. Pour celles-ci, il faut attendre que certains types nouveaux soient suffisamment définis tant par leurs caractères anatomiques ou histologiques avant de savoir si oui ou non elles ont droit de cité dans le cadre de la lymphogranulomatose.

Communications ayant trait à la lymphogranulomatose maligne.

Syndrome hépato-splénique avec réticulo-myélose aleucémique mégacaryocytaire. — M. Favre, P. Croizat et A. Guichard (Lyon). Il a été signalé certaines observations de leucémies myéloïdes à productions tissulaires particulièrement abondantes en mégacaryocytes, surtout dans le foie et la rate. Dans un groupe voisin, celui des myéloses aleucémiques, les auteurs isolent un type également très riche en formations mégacaryocytaires que l'on pourrait qualifier réticulo-myéloses aleucémiques mégacaryocytaires. Ce type affecte l'allure d'un syndrome clinique hépato-splénique et est caractérisé par ses lésions histologiques très spéciales, qui par leur richesse en éléments géants pourraient en imposer pour une granulomatose maligne à cellules de Sternberg authentiques. Cette similitude d'aspect plaide peut-être en faveur de l'origine mégacaryocytaire de cette cellule.

A propos de l'évolution post-radiothérapique de certaines granulomatoses malignes. La granulomatose maligne à type de cancer anictérique et douloureux du pancréas. — MM. M. Favre, P. Croizat et A. Guichard (Lyon) rapportent l'observation d'un malade qui se présentait cliniquement comme atteint d'un cancer anictérique du pancréas à forme douloureuse. Il n'y avait pas d'adénopathies superficielles, et ce diagnostic clinique semblait confirmé de plus par l'autopsie. L'examen histologique vint montrer qu'il s'agissait de granulome malin. Cette évolution singulière et particulièrement grave semble, dans une certaine mesure, être le fait d'un traitement radiothérapique antérieur, qui, dirigé sur des adénopathies cervicales, sans qu'aucune biopsie ait été pratiquée, avait amené leur disparition complète et modifié l'évolution d'une forme qui s'annonçait jusque-là normale.

Essais expérimentaux négatifs d'inoculations à divers animaux de granulome malin.— MM. Arloing, M. Favre, A. Josserand et P. Croizat (Lyon) ont pratiqué de nombreuses inoculations ou greffes de produits granulomateux chez le cobaye, le lapin et la poule. Ils ne sont pas parvenus à obtenir des résultats positifs tant du point de vue de la dissémination des lésions que de la mise en évidence de bacilles de Koch dans les ganglions, comme on est accoutumé à les observer dans les tuberculisations du cobaye par virus filtrable.

Ils n'ont également rien obtenu dans un cas où ils essayèrent l'inoculation préalable de bacilles diphtériques chez deux lapins qui furent injectés quelques jours après de produits granulomateux.

Dans le cas de greffe, les auteurs observent une longue persistance du greffon, qui paraît s'accroître lentement pendant un mois, puis se résorbe lentement. On retrouve quelques mois après quelques éléments bourgeonnants rappelant les cellules de Sternberg et un certain degré d'hyperplaxie lymphoïde de voisinage.

Intérêts de quelques réactions biologiques au cours de la lymphogranulomatose. — MM. René Huguenin et Paul Foulon (Paris) montrent que le plus fréquemment, mais inconstamment pourtant, on observe, dans la lymphogranulomatose, une cuti-réaction négative à la tuberculose tandis que l'intradermo-réaction est positive. En même temps, le taux de la floculation à la résorcine est élevé. La cuti-réaction redevient positive tandis que baisse le taux de la résorcine, quand le malade est amélioré. La disparition nouvelle est l'indice d'une rechute, et cela chez des sujets qui sont parfois porteurs de lésions tuberculeuses certaines.

De telles constatations plaident sans doute contre l'étiologie tuberculeuse de la lymphogranulomatose. Elles pourraient, dans une certaine mesure, posséder quelque valeur pronostique, voire diagnostique. Mais surtout lorsqu'on rapproche ce syndrome de la négativité habituelle de la cuti-réaction dans les tumeurs réticulaires (alors qu'elle est positive dans les autres tumeurs), ces réactions biologiques pourraient être considérées comme témoignant d'une atteinte particulière, et dans certaines conditions, d'un système : elles prendraient ainsi quelque intérêt dans la classification des grands syndromes de la pathologie générale.

La radiothérapie de la lymphogranulomatose. — Mme Simone Laborde et M. Nemours (Paris) ont observé au centre anticancéreux de Villejuif 36 malades atteints de lymphogranulomatose. Ils ont utilisé : les rayons X, le radium et les injections de substances radio-actives. En rœntgenthérapie, leur technique est analogue à celle de Gilbert et Sluys. Le radium a été utilisé dans le but de comparer les effets de la radiothérapie pénétrante et de la curiethérapie vis-à-vis des récidives de ganglions déjà irradiés, et pour traiter les adénopathies radio-résistantes d'emblée aux rayons X. Les substances radio-actives, sous la forme d'injections intraveineuses de thorium X et de mésothorium, n'ont amené aucune amélioration. Les survies, après le début du traitement, varient de quelques mois à cinq, six, sept ans.

Recherches relatives à la tuberculose chez trois enfants atteints de la lymphogranulomatose maligne. — MM. P. Nobécourt, René Martin et R. Liège (Paris), chez des enfants atteints de lymphogranulomatose maligne, ont constaté : l'absence de tuberculose dans des ganglions lymphogranulomateux du cou ; des lésions tuberculeuses et des bacilles de Koch dans divers organes ; des cuti-réactions négatives à la tuberculine, malgré l'existence de ces lésions.

Ces constatations autorisent les conclusions suivantes pour les enfants en question :

1° La lymphogranulomatose n'est pas de nature tuberculeuse ;

2° La tuberculose a évolué au cours de la lymphogranulomatose à titre de complication ;

3° Les cuti-réactions négatives à la tuberculine, malgré une tuberculose avérée, témoignent d'une influence anergissante de la lymphogranulomatose.

Les formes splénomégaliques de la lymphogranulomatose maligne chez l'enfant. — M. P. Nobécourt (Paris). Dans la lymphogranulomatose maligne, la rate présente fréquemment une hypertrophie légère ou moyenne. Dans certains cas elle est énorme, prend une place prédominante dans le syndrome clinique et réalise une forme splénomégalique. L'auteur observe cette forme chez deux garçons soignés à l'âge de sept ans.

La très grosse rate peut entraîner des difficultés de diagnostic. Celui-ci ne peut guère être affirmé que par la constatation des lésions caractéristiques dans un ganglion cervical.

Chez un des enfants, on pratiqua la splénectomie : sa rate pesait 850 grammes ; il mourut cinq semaines après l'intervention. La rate de l'autre enfant, prélevée à l'autopsie, pesait 750 grammes.

Aspects différents des lésions de lymphogranulomatose dans certains organes. — P. Foulon. Bien que la lymphogranulomatose procède essentiellement par essaimage nodulaire, il y a lieu, pour l'auteur, de distinguer deux modes particuliers de propagation. A côté des cas les plus habituels, où le processus est d'ordre lymphangitique et se développe de proche en proche, il en existe d'autres, rares à la vérité, où l'atteinte d'un organe se fait de manière diffuse. D'emblée, ainsi que le foie en offre des exemples, tous les éléments réticulo-endothéliaux sont atteints. Au niveau du poumon, des phénomènes semblables peuvent se produire. Ce sont là des faits, qui rapprochent la lymphogranulomatose de certaines réticulo-endothélioses et tendent à justifier la conception de l'auteur, suivant laquelle la lymphogranulomatose serait surtout un syndrome anatomique, parmi lequel la maladie de Paltauf-Sternberg ne constituerait, peut-être, qu'une forme spéciale.

Nouvelles recherches expérimentales sur la lymphogranulomatose. — M. Faure-Beaulieu et Mlle C. Brun (Paris), poursuivant leurs recherches expérimentales, ont obtenu trois nouveaux résultats positifs après inoculation au cobaye de ganglions granulomateux. Le tableau clinique de tuberculisation atypique réalisé chez leurs animaux en expérience semble se préciser 1° par l'observation de 4 cas d'épanchement péricardique avec liquide présentant l'aspect et la formule cytologique des exsudats tuberculeux ; 2° par la mort prématurée — sans lésion viscérale apparente — ou l'athrepsie des cobayes issus de femelles inoculées avant ou au cours de la gestation. Ils rapportent en outre les premiers résultats de leurs recherches bactériologiques : ils ont obtenu à partir d'un ganglion humain et d'une rate de cobaye de deuxième passage — *l'un et l'autre exempts de toute lésion histologique de tuberculose* — des cultures repiquables formées d'éléments granulaires correspondant aux *granula* de Much et d'éléments méningococciformes paraissant s'identifier à ceux qui ont été obtenus et décrits par Vaudremer. Ces germes cyanophiles dans les premières cultures évoluent nettement, mais inégalement, vers l'acido-résistance. Leur inoculation au cobaye a produit au bout de douze jours une hypertrophie ganglionnaire nettement perceptible.

Pour les auteurs, ces éléments représentent le premier stade visible concret du virus tuberculeux, ce qui tend à renforcer l'hypothèse du rôle pathogénique du virus filtrant dans la lymphogranulomatose.

Tuberculose évolutive et granulomatose médiastino-pulmonaire associées ; traitement par le pneumothorax artificiel et la radiothérapie. — M. Jean Tapie (Toulouse) rapporte l'observation d'une femme de trente-cinq ans chez laquelle on vit évoluer simultanément une tuberculose fibro-caséeuse avec expectoration bacillifère et une maladie de Sternberg à localisation médiastino-pulmonaire prédominante. La radiothérapie améliora d'une façon passagère les symptômes liés à la lymphogranulomatose ; mais le bacille de Koch ne disparut de l'expectoration qu'après l'installation d'un pneumothorax artificiel. Le malade a succombé deux ans et demi après l'apparition des premiers symptômes.

L'auteur insiste sur certaines particularités d'ordre radiologique qui lui paraissent susceptibles d'apporter une aide précieuse au diagnostic des formes pleuro-pulmonaires de la maladie de Sternberg.

A propos des formes incomplètes de la lymphogranulomatose maligne. — M. J. Vidal (Montpellier), à propos

de deux observations, signale la dissociation susceptible d'apparaître dans le syndrome anatomo-clinique propre à la granulomatose maligne : la polyadénopathie peut constituer la seule manifestation clinique de l'affection, dont le diagnostic est assuré par l'examen histologique des lésions ; inversement, ce peut être l'aspect histo-pathologique qui prête à discussion. L'auteur s'efforce de dégager les symptômes anatomo-cliniques les plus fidèles et, par conséquent, les plus utiles au diagnostic de ces formes incomplètes.

Les résultats obtenus par la radiothérapie dans la lymphogranulomatose maligne. — M. Slavoj Vésin (Prague). Au cours des dernières dix années, 90 cas ont été traités par les rayons X. On se sert d'un rayonnement d'une pénétration moyenne donnée pour la tension de 160 kilovolts et filtre de 0 mm. 5 Cu plus 1 millimètre Al par a=0,9 mm. Cu. Dans les premières séries, il suffit d'habitude d'une dose de 300 à 450 R internationaux par chaque champ, appliquée par fractions de 150 à 200 R en quatre à six semaines. Dans les tumeurs médiastinales et rétropéritonéales, on irradie quelquefois par champ diffus devant et derrière, à une distance anticathode-peau de 40 centimètres, à la dose de 600 R par fraction de 100 R tous les deux ou trois jours. On renouvelle le rayonnement chaque fois que l'on constate un nouvel accroissement des glandes ou des métastases dans d'autres groupes glandulaires. Parmi les moyens auxiliaires, on emploie parfois avec succès la lumière ultra-violette. La longueur moyenne de la survie de ces malades fut de deux ans et deux mois.

Remarques sur deux formes anatomo-cliniques de la maladie de Hogdkin. — MM. Richon, Florentin et Girard (de Nancy) présentent deux observations avec examen histologique de lymphogranulomatose maligne. Le premier cas est une forme adénopleurale avec atteinte du foie et de la rate, et symptomatologie classique. Le second cas est une forme adéno-pleuro-péritonéale, avec prédominance des masses ganglionnaires dans la région cervicale, le médiastin, la région mésentérique et prévertébrale.

Le sang montrait une forte réaction myélocytaire (17 p. 100). L'examen histologique permettait de suivre la filiation des cellules de Sternberg, dont le point de départ semble être le monocyte.

Lymphogranulomatose, fièvres ondulantes et ultravirus. — M. Mazet (Nice) présente une observation de lymphogranulomatose maligne pour laquelle il a pu mettre en évidence l'existence d'ultravirus tuberculeux dans les ganglions. L'infection se termina par granulie. L'intérêt de ce cas réside essentiellement dans la courbe ondulante de fièvre rythmée à vingt jours, cela durant dix-huit mois.

Il apporte plusieurs autres observations de granulémie tuberculeuse avec fièvre ondulante du même type, avec phénomènes de choc rythmés à vingt jours, et il les rapproche du cycle évolutif du bacille de Koch. Il pense que ces fièvres ondulantes sont l'expression en clinique de la lutte de l'organisme et du microbe, lequel recommence indéfiniment son cycle pour n'arriver que tardivement à s'installer sur le terrain conquis, à moins que l'organisme ne sorte finalement vainqueur de la lutte.

Contributions au pronostic de la lymphogranulomatose maligne par rapport à 80 cas. — M. I. Goia (Cluj). Sur 80 cas de lymphogranulomatose maligne observés dans une période de douze ans, l'auteur fait les constatations suivantes :

La lymphogranulomatose ne donne de guérisons complètes avec aucun des traitements employés jusqu'à présent. La moyenne de la survie comptée à partir de l'apparition des premiers symptômes dans les 80 cas a été de trois ans et un mois.

La moyenne de la survie sous le rapport du traitement appliqué aux cas précités est chiffrée de la manière suivante :

Dans 12 cas, non traités : sept ans et un mois.

Dans trois cas opérés : un sans résultat, l'un a survécu sept ans et le dernier six ans jusqu'à présent.

Dans 4 cas traités avec néosalvarsan : quatre ans et deux mois.

Dans 46 cas qui ont été soumis au traitement Rœntgen et décédés : deux ans et trois mois 4/10.

Dans 17 cas traités avec Rœntgen (vivants) : cinq ans et quatre mois et demi.

La moyenne globale pour les cas irradiés : trois ans un mois. Le succès thérapeutique obtenu dans la lymphogranulomatose maligne dépend, en premier lieu, de l'allure dont la maladie évolue.

Considérations sur 4 cas de lymphogranulomatose maligne localisée. — M. I. Goia (Cluj, Roumanie) relate les observations de 4 cas de lymphogranulomatose maligne localisée, avec une évolution bénigne.

Dans le premier cas, l'adénopathie reste limitée à la région sus-claviculaire droite pendant douze ans. Dans le deuxième cas, grâce à la radiothérapie, l'affection intéresse pendant neuf ans seulement les ganglions de la région cervicale gauche.

Les deux derniers cas représentent la forme digestive de la lymphogranulomatose maligne.

Dans le premier, l'affection granulomateuse évolue pendant trois ans sous l'aspect d'un ulcéro-cancer gastrique. La lésion, strictement limitée, se prêta admirablement à l'exérèse chirurgicale ; actuellement, neuf ans depuis l'apparition des premiers symptômes et six ans après l'intervention chirurgicale, la malade jouit d'une santé florissante.

Dans le premier cas, la tumeur granulomateuse, intéressant exclusivement le cœcum et la portion ascendante du côlon, était également accessible à l'intervention chirurgicale.

Les formes localisées de ce genre me semblent susceptibles de nous indiquer les portes de pénétration du virus dans l'organisme.

L'exérèse chirurgicale faite en temps utile paraît déterminer non seulement une amélioration temporaire, mais aussi des guérisons qui donnent l'impression d'être définitives.

Le sang dans la lymphogranulomatose maligne. — M. I. Goia (Cluj). Des recherches hématologiques faites dans 90 cas de lymphogranulomatose maligne se dégagent les conclusions suivantes :

Les formules sanguines trouvées dans la lymphogranulomatose maligne sont très variables et les modifications sanguines n'ont qu'une valeur secondaire de probabilité. On observe par ordre de leur fréquence : lymphopénie relative (61 p. 100) ; polynucléose globale (57 p. 100) ; anémie modérée (50 p. 100) ; éosinophilie absolue (48 p. 100) ; neutrophilie (46 p. 100) ; leucocytose (46 p. 100) ; surplaquettose (35 p. 100).

(A suivre.)

L'hypoglycémie, par Jean Sigwald, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Préface du professeur F. Rathery. 1 vol. in-8° de 320 pages. — Prix : 45 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1932)

Radiographie 20 ans après un pneumothorax artificiel pour tuberculose chez une malade guérie. — M. H. DUFOUR montre la radiographie des poumons d'une tuberculeuse guérie à la suite d'un pneumothorax artificiel datant de 20 ans.

La radiographie faite récemment montre une attraction du cœur et du médiastin dans l'hémithorax gauche atrophié et une légère scoliose dorsale à convexité droite.

Dans une zone triangulaire à base externe, le sommet du poumon gauche est obscurci avec des tractus et parties sombres, et d'autres claires et arrondies. L'image radiographique n'est pas lavée. L'auteur pense qu'il ne faut pas attacher une importance absolue dans le critérium de guérison du lavage des radiographies. La suppression des autres signes cliniques et les bacilles conservent toute leur valeur.

Poids du sang. Tension artérielle. — M. H. DUFOUR — La viscosité du sang et son poids sont deux qualités physiques très différentes. Pour peser le sang, l'auteur indique une technique simple, qui consiste à peser successivement dans une fiole tarée et jaugée 5 cc. de sang, puis 5 cc. d'eau. Le quotient des deux chiffres trouvés donne la densité. Tout doit être pris en considération lorsqu'on envisage les effets découlant d'un sang lourd ou léger. Il ne faut pas plus négliger les globules que le plasma.

L'auteur a pesé plus de cent sangs en dehors des néphrites confirmées et d'états de dénutrition accentués. Cet examen doit être fait avant l'absorption du repas de midi.

Chez les tuberculeux en bon état apparent de nutrition, le poids du sang est faible et c'est sans doute là la raison de leur hypotension, avec en général cœur normal ou petit. Les sujets normaux et jeunes ont une densité aux environs de 1043 ou au-dessous. Le poids variable des sangs dépend de facteurs multiples : nombre de globules, hémoglobine, calcium, sodium, glycose, urée, cholestérine, albumines, gaz, etc. On ne peut déduire de la découverte d'un poids élevé la nature du ou des éléments en augmentation dans le sang. Le poids du sang nous permet de compendre l'hypertension solitaire, essentielle ; à la condition que, remontant plus haut dans la pathogénie de la maladie, on envisage derrière la lourdeur du sang le ou les troubles humoraux qui conditionnent son poids. L'enchaînement est le suivant :

1° Troubles humoraux, variété, poids du sang élevé = hypertension.

2) Troubles humoraux, variété, poids du sang diminué = hypotension.

La recherche du poids du sang est aussi utile au médecin que la prise de la tension, car il est des cas où les formules précédentes étant inversées (sang lourd et tension peu élevée) sonnent la cloche d'alarme.

Endocardite ulcéreuse et trombosante cause réelle de gangrène cutanée isolée et récidivante. — MM. Maurice RENAUD et BORDES rappellent qu'ils ont montré le 6 mai une malade qui présentait sur les jambes et les cuisses d'immenses placards de gangrène et dont l'état général était pourtant si satisfaisant que la lésion paraissait être toute locale. Les auteurs avaient conclu qu'ils devaient être secondaires à une endorcardite ulcéreuse et trombosante.

Quelques mois plus tard réapparurent de nouvelles plaques de sphacèle, accompagnées cette fois par un état infectieux très grave.

L'autopsie montra des lésions importantes d'endocardite avec ulcération et trombose.

Importance diagnostique et thérapeutique du martelage de la paroi abdominale. — M. HAYEM estime que le martelage de la paroi abdominale au moyen d'un marteau percuteur gradué peut fournir d'utiles renseignements : en provoquant la contraction des organes, il facilite le transit intestinal ; c'est la meilleure mise en œuvre du manège abdominal.

Zona et varicelle. — M. QUERMONDE (de Caen). Trois observations dans lesquelles on relève la coïncidence du zona et de la varicelle chez deux sujets. Apparition de varicelle dans un cas 12 jours après un zona de la mère.

Maladie rhumatismale et maladies infectieuses. — M. GRENET soutient que les arthropathies de la convalescence se comportent souvent comme le rhumatisme vrai. Il semble que la scarlatine et la fièvre typhoïde provoquent le réveil d'un rhumatisme articulaire vrai.

Documents concernant l'étude des bilans calciques. Nécessité de l'institution d'une ration calcique alimentaire physiologique. Action décalcifiante de l'insuline. — MM. LANGERON, PAGET et CORDONNIER (Lille).

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1932)

Tumeurs pulmonaire et médullaire chez un enfant d'un an. Efficacité de la radiothérapie. — M. B. WEILL-HALLÉ, Mlle C. VOGT, MM. DUHEM et DUBOST rapportent l'observation d'un enfant d'un an porteur de deux tumeurs, l'une pulmonaire se traduisant par une voussure thoracique avec matité et silence respiratoire, l'autre médullaire entraînant une paraplégie flasque avec troubles sensitifs et trophiques importants, et dont la limite supérieure vérifiée par le lipiodol correspondait à D8.

La radiothérapie amena une régression des symptômes lente mais considérable. Cette tumeur radio-sensible semble être un sarcome, sans qu'il soit possible de l'affirmer.

MM. ARMAND-DELILLE et LESTOCQUOY présentent à ce propos les pièces d'une tumeur pulmonaire dont ils ont antérieurement rapporté l'observation et qui a pu depuis être enlevée chirurgicalement. Il s'agit d'un ganglio-neurome typique d'origine sympathique.

Un cas d'acrodynie avec troubles oculaires précoces et prolongés chez un enfant de trois ans et demi. — M. H. JANET et Mlle HUGUET présentent un enfant de trois ans et demi atteint d'acrodynie dont le début fut marqué par une conjonctivite intense accompagnée de sueurs et de troubles du caractère et qui précéda d'un mois l'apparition des troubles vaso-moteurs des extrémités. Actuellement, deux mois après le début des accidents, la conjonctivite a disparu, mais il persiste encore un peu de photophobie qui va en s'atténuant.

Tuméfaction intermittente de la base du cou apparaissant à l'effort chez une enfant de cinq ans. — M. H. JANET et Mlle HUGUET présentent une fillette en pleine santé apparente chez laquelle la base du cou gonfle considérablement à l'occasion des efforts depuis deux ans déjà. On perçoit à ce moment, au-dessus de la fourchette sternale, une tuméfaction ayant l'aspect d'un corps thyroïde hyper-

trophié, mais de consistance plus molle et qui semble venir de l'intérieur du thorax. Les radiographies n'apportent aucune précision au diagnostic.

Etat comateux et hémiplégie par hydropisie méningée localisée. — MM. FÈVRE et MAGDELAINE rapportent l'observation d'un enfant entré à l'hôpital pour une crise d'épilepsie bravais-jacksonienne typique frappant l'hémiface et le bras droits, suivie d'un coma de plus en plus profond avec hémiplégie droite légère et enfin convulsions du côté gauche. Une ponction lombaire permit de confirmer, par l'épreuve de Queeckenstedt, le diagnostic d'hypertension intra-cranienne localisée et de décider l'intervention.

Après trépanation du côté gauche, on tomba sur une dure-mère tendue et peu battante ; une ponction avec une grosse aiguille permit de retirer une grande quantité de liquide céphalo-rachidien un peu différent de celui retiré par ponction lombaire. L'enfant sortit du coma pendant l'intervention et quitta l'hôpital vingt jours plus tard, parfaitement guéri.

Un examen de l'oreille avait montré que la cause de cette hydropisie méningée était une otite séreuse gauche.

Un cas de hernie du diverticule de Meckel. — M. FOLLIASSON (de Grenoble).

Le lait de soja dans l'alimentation du nourrisson. — M. Marcel MAILLET et Mlle YEU ont donné à cent nourrissons du lait de soja. Il résulte de cette étude que ce lait est parfaitement toléré et généralement bien accepté par les nourrissons. Il suffit à assurer le plus souvent une croissance satisfaisante, qu'il s'agisse de nourrissons normaux ou dyspeptiques. Quant aux phénomènes digestifs, ils ne sont modifiés que d'une façon inconstante, et l'action de ce lait végétal est surtout manifeste dans les cas d'intolérance au lait de vache.

En tout cas, ce lait de soja semble ne pouvoir constituer qu'un aliment de remplacement transitoire.

Ensemencement du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse. — MM. GRENET et P. ISAAC-GEORGES ont ensemencé, dans dix cas de méningite tuberculeuse, le liquide céphalo-rachidien sur milieu de Lowenstein, et ont eu dans tous les cas un résultat positif. Les résultats sont évidents vers le vingtième jour, mais il est possible de déceler la présence de microcultures de bacille de Koch par examen au microscope dès le sixième ou le huitième jour de la maladie.

Deux cas d'eczéma avec particularités cliniques. — MM. GRENET, P. ISAAC-GEORGES et MOURRUT rapportent deux intéressantes observations d'eczéma.

Dans le premier cas, l'alternance de l'eczéma avec des crises typiques d'asthme était particulièrement nette.

Dans le second cas apparut brusquement, au cours de l'évolution, une poussée d'hyperthermie considérable à 41° avec œdème pulmonaire et signes d'infection générale. Deux jours plus tard apparurent des signes d'encéphalite caractérisée par des spasmes oculaires et une hémiplégie. Une ponction lombaire permit de retirer un liquide hy-



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Livraison des bagages à domicile. — Les bagages expédiés d'une gare quelconque du P.-L.-M. à destination de Paris, Lyon, Marseille, Cannes, Nice, Monte-Carlo et Menton peuvent être, sur demande faite au moment de l'enregistrement, livrés à domicile.

Les frais de livraison sont payés à domicile en même temps que la taxe d'enregistrement.

pentendu, mais de composition normale. L'enfant guérit, mais avec persistance de séquelles qui semblent durables.

Angine diphtérique mortelle chez un enfant vacciné par l'anatoxine de Ramon. — M. Babonneix communique une observation de M. Pigot (d'Albi) concernant une fillette de sept ans correctement vaccinée par l'anatoxine de Ramon dans le courant de l'année 1930, et qui fut prise le 13 février 1932 d'une angine diphtérique à bacilles longs. Malgré la sérothérapie, des symptômes inquiétants (pâleur extrême, vomissements, dyspnée de type Cheyne-Stokes) ne tardèrent pas à apparaître et entraînèrent la mort, survenue quatre jours plus tard.

Résultats remarquables de l'actinothérapie dans certaines dystrophies de l'enfance et de l'adolescence. — M. Georges Schreiber communique une série d'observations de grands enfants et d'adolescents des deux sexes atteints de dystrophie accentuée et qui ont été remarquablement améliorés par l'actinothérapie. Il existe donc un groupe de dystrophies uviosensibles de la grande enfance qui se rapproche en certains points du rachitisme hypotrophique uviosensible sur lequel MM. Mouriquand, A. Soulier et Mlle Weill ont attiré récemment l'attention.

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE AORTIQUE

En s'appuyant sur les observations de plusieurs cas de cardiopathies diverses intéressant l'orifice aortique avec troubles plus ou moins importants de la compensation, Pasternatzky a cru pouvoir conclure que le chlorure de calcium — envisagé comme diurétique cardiaque — ne justifiait pas les espérances suggérées par les cliniciens anglais.

Il citait même deux cas où des aggravations sérieuses s'étaient traduites par des œdèmes, de l'albuminurie, de la dyspnée au cours du traitement par le chlorure de calcium. Il avait eu recours à l'adonis vernalis pour ramener une amélioration.

Dans un cas de rétrécissement pulmonaire avec insuffisance aortique, le même résultat heureux fut obtenu en prescrivant le Diurène ou extrait total d'adonis vernalis.

LIVRES NOUVEAUX

Le livre d'airain (1), par le docteur Dartigues. Présentation par le professeur Cunéo.

Sous ce titre, qui est celui du IIIe volume de son *Faisceau scriptural*, qui comprend déjà *Para-Chirurgie* et *Guerre-Paix*, le docteur Dartigues vient de faire paraître un livre qui est sans précédent dans ce genre. Alors que tant d'autres n'ont que la faiblesse de la critique diminuante, Dartigues a la puissance bienveillante et rayonnante de dire du bien des autres, d'encourager, de fortifier, de soutenir, de rendre justice.

Dans ce *Livre d'airain*, sorte de « Fastes de la Médecine et de la Chirurgie », où toute une époque de vie médico-chirurgicale contemporaine est évoquée et qu'a préfacé avec un amical jugement et son bon sens habituel le professeur Cunéo, Dartigues a rappelé plus de mille noms, retracé les figures de plusieurs centaines de personnalités médicales, énuméré plus de trois mille travaux scientifiques, repassé des heures mémorables, fait revivre toute une époque. Il faut lire, sous le titre d'*Heures solennelles*, d'*Heures d'allégresse*, d'*Heures d'évocation*, d'*Heures de prospérité*, d'*Heures d'instruction*, d'*Heures de critique*, ces récits de leçons professorales inaugurales, de jubilés, d'éloges, de cérémonies, à propos de statues, de conférences, ses réflexions toujours amènes. Il faut lire aussi cette vaste galerie de *Biographies* et *Nécrologies*, dont de nombreuses étrangères, qui montrent bien les relations scientifiques internationales et amicales pour lesquelles Dartigues a tant travaillé et lutté, surtout par l'œuvre de l'UMFIA. Lisez en particulier la biographie si curieuse, qui est bien plutôt une méditation, sur Mussolini ; celle aussi du grand Français Branly, du grand savant espagnol Martinez Vargas, etc., etc...

Ce nouveau volume du *Faisceau scriptural* de Dartigues, qui précède son prochain *Faisceau scientifique*, fait honneur à l'homme au caractère indépendant, à sa loyauté qui lui permet de parler sans peur et sans reproche, à sa bonté, et à son esprit qui sait intéresser aux idées et aux hommes, dans un style imagé, chaleureux, parfois amusant et truculent qui est la Vie même.

L. G.

(1) Paris, G. Doin.

CORRESPONDANCE

Notre confrère, le Dr Pierre Dordain, de Saint-Maurice-sur-Aveyron (Loiret), nous adresse l'intéressante lettre qui suit :

« Dans une étude de M. Debré et Mlle Lévy parue dans votre journal du 16 mars, sur les convulsions essentielles du nourrisson, ces auteurs écrivent : Pour les convulsions spasmophiliques, pronostic immédiat réservé (mort subite) mais avenir favorable.

Un de mes petits malades a fait du laryngospasme suivi de convulsions toniques, puis cloniques à l'âge de trois mois. Hébétude 1 journée, puis hémiparésie gauche, s'amendant en plus de 6 mois.

Quand l'enfant commence à faire ses dents, on s'aperçoit qu'elles n'ont pas d'émail. Il en sera de même pour les premières dents de remplacement, la moitié de la couronne n'a pas d'émail ; la moitié, à partir du collet, en est pourvue. Les canines et prémolaires de remplacement sont bonnes.

Entre temps, au moment où l'enfant marche et joue, il voit mal et semble myope. A l'âge de 4 ans, il fait une cataracte double (opérée deux fois). Tous examens du sang et liquide céphalo-rachidien négatifs, chez lui et les parents.

L'opération n'a pas entièrement réussi. Il y a ascension de l'iris droit, et deuxième repousse de cataracte à gauche. L'enfant reste fort par ailleurs. J'en conclus : 1° La maladie est cause ou effet d'un trouble de la fonction calcique ; 2° Le pronostic peut être grave immédiatement, et sévère ultérieurement. »

N. D. L. R. — Nous remercions l'auteur de sa très intéressante communication. Il trouvera des faits confirmatifs dans Hutinel : *Les maladies des enfants* (t. V, art. Hutinel et Babonneix, Tétanie, p. 908).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 90. — MERCREDI 9 NOVEMBRE 1932. 105e ANNÉE. MERCREDI 9 NOVEMBRE 1932. — N° 90.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Assistants d'électro-radiologie. — Un concours pour la nomination à neuf places (au maximum) d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris sera ouvert le mardi 29 novembre 1932, à 9 h., à l'administration centrale, salle des commissions, 3, avenue Victoria.

Cette séance sera consacrée à l'épreuve sur titres.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir et qui rempliront les conditions réglementaires seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, de 14 à 17 h., du lundi 7 au mardi 15 novembre 1932 inclusivement.

— Prix Fillioux. — Composition du jury : MM. Baldenweck, Aubin et Hautant, oto-rhino-laryngologistes; Vallery-Radot, médecin; Legueu, chirurgien.

AGRÉGATION. — Les *concours du second degré de l'agrégation* des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris le 8 mai 1933.

Ces concours sont limités aux sections désignées et auront lieu aux dates fixées ci-après :

8 mai 1933 : médecine générale.

10 mai 1933 : chirurgie générale.

15 mai 1933 : obstétrique, oto-rhino-laryngologie, hygiène.

17 mai 1933 : physiologie, physique médicale, pharmacologie et matière médicale.

22 mai 1933 : anatomie, chimie médicale, médecine légale, bactériologie.

24 mai 1933 : histologie, histoire naturelle médicale et parasitologie, anatomie pathologique, pathologie expérimentale.

29 mai 1933 : pharmacie, histoire naturelle pharmaceutique.

Les registres d'inscription seront ouverts dans les académies du 7 janvier au 6 mars 1933 inclus.

Les emplois d'agrégé des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie mis au concours pour les sections ci-dessus désignées se répartissent de la manière suivante :

Anatomie : Aix-Marseille, 1; histologie, Paris, 1; Lille, 1; Nancy, 1; Toulouse, 1; bactériologie : Montpellier, 1; histoire naturelle médicale et parasitologie : Paris, 1; physiologie : Aix-Marseille, 1; Lyon, 1; Nancy, 1; chimie médicale : Lyon, 1; Nancy, 1; physique médicale : Aix-Marseille, 1; Bordeaux, 1; Lyon, 1; pharmacologie et matière médicale : Paris, 1; pathologie expérimentale : Paris, 1; médecine générale : Paris, 4; Aix-Marseille, 2; Bordeaux, 2; Lille, 1; Lyon, 1; Montpellier, 2; Toulouse, 1; Alger, 2; anatomie pathologique : Aix-Marseille, 1; Nancy, 1; Alger, 1; hygiène : Lyon, 1; Nancy, 1; médecine légale (par transformation de l'emploi d'agrégé de dermatologie et syphiligraphie) : Lille, 1; chirurgie générale : Paris, 3; Aix-Marseille, 2; Lille, 2; Lyon, 2; Montpellier, 3; Nancy, 2; Strasbourg, 1; Toulouse, 1; oto-rhino-laryngologie : Bordeaux, 1; Lyon, 1; obstétrique : Paris, 2; Lille, 1; Lyon, 1; histoire naturelle pharmaceutique : Aix-Marseille, 1; Bordeaux, 1; Lyon, 1; Alger, 1; pharmacie : Aix-Marseille, 1.

— Les dates des compositions du *concours du premier degré de l'agrégation* des facultés de médecine fixées primitivement :

Aux 7 et 8 novembre, sont reportées aux 14 et 15 novembre 1932; aux 9 et 10 novembre, sont reportées aux 16 et 17 novembre 1932.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

COLONIES. — *Au grade d'officier.* — M. Poulenc, administrateur de sociétés.

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Charrier (de Paris), Charrin (de Saint-Didier-en-Velay).

VOLUME JUBILAIRE DE M. LE PROFESSEUR ROGER. — La remise à M. le professeur Roger du volume jubilaire rédigé par ses élèves aura lieu le mardi 15 novembre, à 16 h. 30, au laboratoire de physiologie, à la Faculté de médecine de Paris.

ERRATUM. — Dans la Revue générale de MM. le professeur Jeanneney et H. Grenet, parue le 22 octobre dans la *Gazette des hôpitaux* (1932, n° 85), faire les corrections suivantes :

1° Page 1545, col. 2, ligne 24, au lieu de : « Morgen arrive en 1931 à grouper 139 tuberculoses du sein », lire *439*.

2° Page 1545, col. 2, lignes 38 et suivantes, au lieu de : « l'affection semble rare. A ce jour nous avons pu réunir, etc. », lire : « l'affection semble rare. En réalité, il faut .., etc. »

CHRONIQUE

LA SÉANCE SOLENNELLE DE RENTRÉE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

L'Université de Paris a tenu samedi sa séance solennelle de rentrée, sous la présidence de M. le recteur Charléty. A ses côtés se trouvaient M. le Président du Sénat, M. le Président du Conseil municipal et le maréchal Pétain. Au cours de la cérémonie, il a été procédé à la réception de docteurs *honoris causa*. Les diplômes ont été décernés à MM. William Guthrie, professeur de droit des Universités Colombia et Yale ; Sugiyama, professeur de droit français à l'université de Tokio ; Marañon, professeur à la Faculté de médecine de Madrid ; Sanarelli, professeur à la Faculté de médecine de Rome ; Sir C. Raman, professeur de physique à l'université de Calcutta, et M. Staff, l'éminent romaniste de l'université d'Upsal.

C'est M. le professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine, qui a prononcé l'allocution concernant MM. Marañon et Sanarelli.

En termes très heureux, M. Balthazard rappelle l'œuvre considérable du grand savant espagnol. MARANON, depuis quelques années, s'est consacré entièrement à l'étude des glandes à sécrétion interne. Dans plus de 500 communications réunies en 22 volumes, Marañon a étudié successivement l'hérédité endocrine, les glandes thyroïdes et parathyroïdes, les capsules surrénales, les glandes sexuelles, l'hypophyse. Comment ne pas citer aussi ses ouvrages sur le métabolisme, le diabète, etc...

Marañon occupe la première chaire d'endocrinologie qui ait été instituée. Il faut féliciter l'université de Madrid de cette création pour une science ignorée encore il y a quelques années, mais il fallait un Marañon pour l'occuper.

Les recherches du savant espagnol ont transformé nos idées sur l'évolution sexuelle, son grand mérite a été de démontrer que chez des individus d'un sexe déterminé peuvent exister des caractères du sexe opposé.

Marañon a joué un très grand rôle dans les événements politiques récents de son pays. Alors que les plus grands honneurs le sollicitaient, il a préféré continuer ses travaux scientifiques, donnant ainsi un splendide exemple de désintéressement.

En 1892, alors que Pasteur était à l'apogée de sa gloire, SANARELLI, jeune docteur de Sienne, ancien élève de Golgi, vint lui demander l'autorisation de travailler à ses côtés.

C'est ainsi que Sanarelli vint à Paris où il demeura de longues années. A l'Institut Pasteur, il est l'élève de Metchnikoff ; à la Faculté celui de Bouchard. Avec de tels maîtres, il ne devait pas tarder à donner sa mesure.

On lui doit d'abord des perfectionnements de technique, parmi lesquels l'invention des sacs de collodion, puis des travaux très remarquables. C'est à Sanarelli que l'on doit d'avoir envisagé la fièvre typhoïde comme une septicémie. Il étudie le choléra, son vibrion et montre que c'est aussi une infection sanguine. Sa monographie de 1931 sur le choléra est un monument admirable.

Il faudrait encore citer parmi ses innombrables travaux ses recherches sur le charbon, sa découverte chez le lapin, en 1897, grâce au sac de collodion, d'un virus filtrant, ses recherches sur les spirochétoses, sur l'hérédo-immunité dans la tuberculose, etc.

Sanarelli occupe une place de premier ordre parmi les savants européens, les académies de médecine de Paris, Bruxelles, Rio-de-Janeiro, la Société de biologie de Paris le comptent parmi leurs membres. Il est grand officier de la Légion d'honneur. Il a surtout un titre qui nous touche très fort. Il est un vieil, un fidèle, un très grand ami de la France, et l'a prouvé dans les jours de péril, quand, membre de la Chambre des Députés d'Italie, il se montra le chaud partisan de la coopération de son pays à la lutte pour le droit.

Balthazard rappelle à ce propos en termes émouvants des souvenirs de camaraderie franco-italienne pendant la grande guerre, où il fut témoin de la valeur de nos alliés de Rome. Et en terminant, il dit à Sanarelli toute notre gratitude pour son amitié qui reste toujours aussi vive et aussi agissante.

F. L. S.

RENTRÉE DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

La séance solennelle de rentrée des Facultés de l'université de Lyon a eu lieu, sous la présidence de M. Lirondelle, recteur de l'Académie de Lyon, entouré des doyens et des nouveaux docteurs *honoris causa*, MM. Emile de Grosz, professeur de clinique ophtalmologique à l'université de Budapest ; Edvard Ehlers, professeur de clinique dermatologique à l'université de Copenhague ; Jean Verhoogen, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Bruxelles. M. le professeur Karoli (de Copenhague) retenu, s'était fait représenter.

RENTRÉE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

La séance solennelle de rentrée des Facultés de l'université de Montpellier a été marquée par la remise des insignes et des diplômes de docteurs *honoris causa* à quatre professeurs étrangers : les professeurs Ferrer y Gagigal et Jaime Payri, de la Faculté de médecine de Barcelone ; Bordet, de la Faculté de médecine de Bruxelles, et Pirenne, de la Faculté des lettres de la même université.

ÉTABLISSEMENT THERMAL D'ENGHIEN. — Pour répondre à un grand nombre de demandes, la clôture de la saison a été retardée et tous les services de l'établissement thermal continueront à fonctionner jusqu'à la fin de l'année.

RÉTRÉCISSEMENT MITRAL ET SOUFFLE DIASTOLIQUE

Par MM. CH. LAUBRY,
DANIEL ROUTIER et LENÈGRE.

L'adjonction d'un souffle diastolique au rythme de Duroziez est une éventualité fréquente. Le voisinage immédiat des orifices mitral et aortique explique l'atteinte sigmoïdienne par extension du processus inflammatoire, plus particulièrement localisé à la mitrale. Mais il n'en est pas toujours ainsi. L'examen de la pièce ne montre qu'une endocardite exclusivement mitrale avec un orifice aortique absolument indemne. Les uns (Vaquez) ont fait intervenir, pour expliquer le souffle diastolique, l'insuffisance fonctionnelle de l'orifice pulmonaire. Les autres (Laubry, Routier et Mével) nous montrent que le souffle diastolique est bien dû à une insuffisance aortique, sans lésion valvulaire, mais par entrave au bon fonctionnement de la valvule postéro-gauche, à cause de l'épaississement inflammatoire mitral bridant l'insertion de cette valvule sigmoïde.

L'un et l'autre mécanismes trouvent leur justification dans bon nombre de cas, mais quelques-uns leur échappent encore, témoin, celui que nous rapportons ci-dessous.

OBSERVATION. — Mme G., âgée de 50 ans, employée de bureau, entre à l'hôpital Broussais le 30 décembre 1930, parce que depuis une quinzaine de jours, elle tousse et crache.

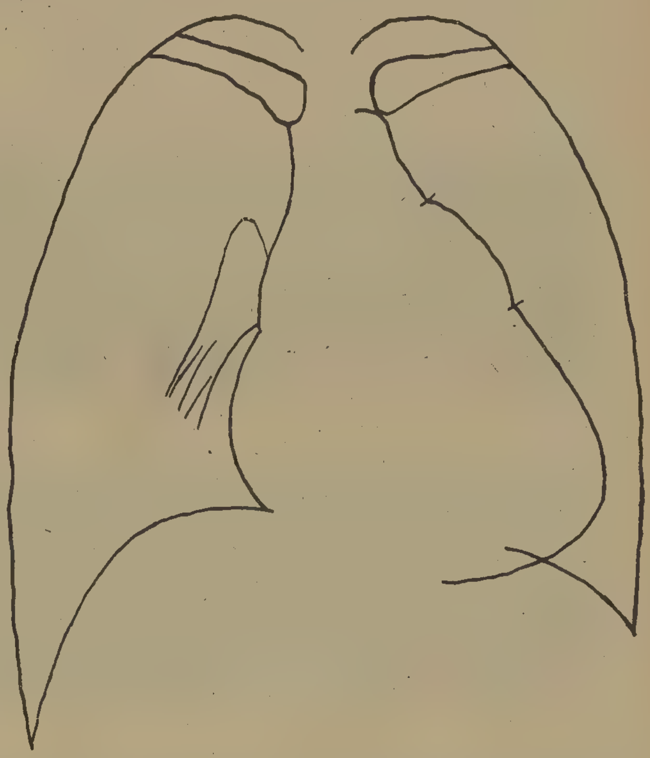
L'examen pratiqué ce jour ne montre rien d'anormal aux poumons : par contre, au cœur, on note les signes suivants : pointe dans le 6e espace avec frémissement diastolique à son niveau ; à l'auscultation, on entend : un roulement diastolique, un éclat du premier bruit et un dédoublement du second. A la base, le long du bord gauche du sternum, on entend un souffle diastolique, intense, aspiratif ; son maximum est dans le deuxième espace intercostal gauche contre le sternum. Il irradie vers la clavicule gauche. C'est ce souffle diastolique qui constitue le signe dominant.

A la radioscopie, faite le 5 janvier 1931, l'ombre cardiaque est de dimensions sensiblement normales, la pointe, convexe, ne plonge pas sous le diaphragme, mais elle est déformée par une forte saillie de l'arc moyen qui dessine sur le bord gauche une marche d'escalier. Les hiles sont un peu flous. En transverse gauche le bord postérieur du cœur ne fait pas saillie.

Le rythme cardiaque est régulier et de fréquence 66 par minute. Le pouls huméral est bondissant, ample, dépressible. La tension est de 11-6 (méthode auscultatoire). Abdomen, foie, tube digestif, système nerveux : rien à signaler. La température est au-dessous de 37° et atteint le soir 37°8. La malade est suivie à la consultation de cardiologie du service depuis 1925. A cette époque, elle était venue consulter pour de l'essoufflement à l'effort, apparu vers 1918, époque à laquelle on diagnostiqua un rétrécissement mitral. On ne trouve dans ses antécédents ni chorée, ni rhumatisme articulaire aigu, franc ou fruste. A sa première visite, en décembre 1925, on note à l'auscultation un roulement diastolique, un éclat systolique et un dédoublement du deuxième bruit. La radioscopie montre un arc moyen un peu allongé, la tension artérielle est notée 12-7 1/2.

Elle est revue en septembre 1927, à l'occasion de douleurs qu'elle ressent le matin, au réveil, dans le bras gauche. Les signes sthétoscopiques ne sont pas modifiés.

Elle fait un séjour à l'hôpital en novembre 1928. Il est noté : roulement diastolique, éclat du premier bruit, dédoublement du 2e bruit, souffle diastolique dans le deuxième espace intercostal gauche ; tension artérielle : 13-8. Pouls régulier, petit, à 65 par minute.



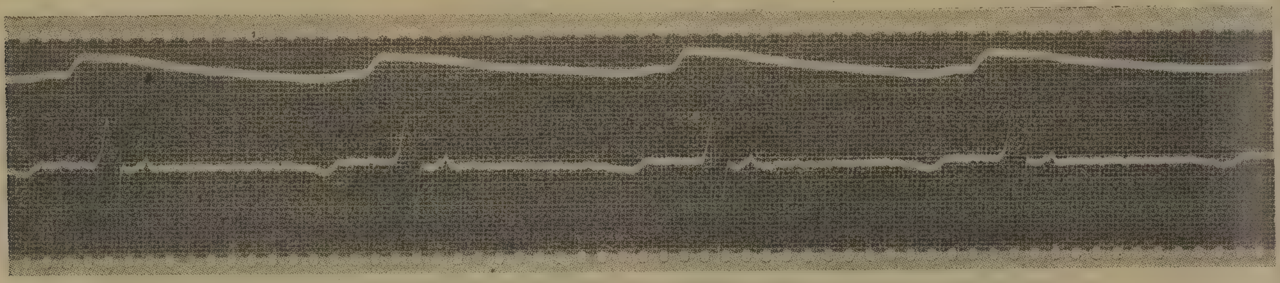
En somme il s'agit d'une endocardite du type rhumatismal : rétrécissement mitral avec insuffisance aortique. Toutefois ce diagnostic d'insuffisance aortique n'est pas maintenu, lors de son 2e séjour en 1931. Le siège du souffle diastolique à gauche dans le deuxième espace, l'absence de signes artériels périphériques, l'absence d'hypertrophie du ventricule gauche, font pencher le diagnostic vers l'insuffisance pulmonaire malgré l'absence de cyanose.

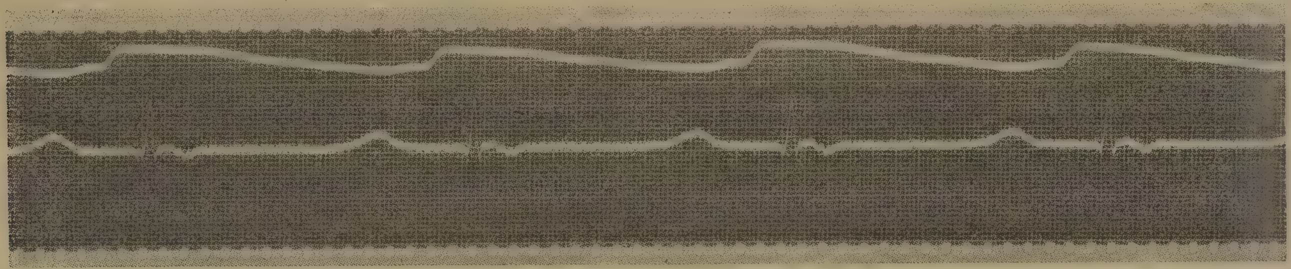
A peine 15 jours après son entrée, le 12 janvier 1931, vers 19 heures, apparaissent subitement dans le membre supérieur gauche des fourmillements et un engourdissement accompagnés d'un certain degré de parésie et d'une sensation de froid. L'examen objectif permet de constater l'intégrité du système neuro-musculaire : les réflexes tendineux sont conservés, la sensibilité est normale, la force musculaire est intacte. Par contre, la peau est nettement froide, les pulsations artérielles ont complètement disparu tant à la radiale qu'à l'humérale et même à la sous-clavière gauche. La recherche des oscillations au Pachon montre que du côté sain la tension artérielle s'inscrit à l'humérale à 15-6 avec une amplitude maxima de 4 1/2 divisions, à la radiale à 14-7 avec une amplitude de 2 divisions. Du côté gauche, on trouve à l'humérale 13-5 avec une amplitude maxima de 2 divisions ; à la radiale aucune oscillation n'est perceptible.

Cette oblitération incomplète dure une dizaine de jours, pendant lesquels on fait une injection quotidienne intramusculaire d'acétyl-choline (0 gr. 10) puis, progressivement, les pulsations réapparaissent et les troubles oscillométriques régressent. Tout est revenu à l'état normal le 28 janvier.

Le 8 février, la malade se plaint de céphalée, de gêne pharyngée et de dysphagie. La fièvre monte aux environs de 39°5. La gorge est rouge, à l'auscultation, le thorax est semé de gros râles sonores. On commence une série d'injections intra-veineuses quotidiennes de septicémine. Vers le 15 février, tout s'est amendé, la température est retombée à 37°.

Le 15 février, vers midi, à la suite d'un lavement, apparaissent brusquement des vomissements alimentaires, puis bilieux. Un état nauséeux s'installe avec des douleurs abdominales violentes localisées à la moitié droite de l'abdomen et plus particulièrement à la région appendiculaire. Il existe à cet endroit de la contracture et de la défense musculaire réalisant presque le ventre de bois. On trouve en outre une hyperesthésie cutanée légère et un point douloureux localisé à deux travers de doigt au-dessous et en dehors de l'ombilic. Malgré cette symptomatologie classique, le diagnostic d'appendicite reste douteux. La température s'est abaissée à 36°5. Les extrémités sont refroidies et très cyanotiques, surtout, le pouls s'est ralenti entre 40 et 50. Il s'agit, comme on le lit sur l'électrocardiogramme, d'une bradycardie totale.







Le lendemain, les douleurs, les vomissements et les contractures persistent, l'état général est toujours aussi alarmant, les extrémités restent pâles et cyanotiques. La tension artérielle se maintient à 15-6 au Pachon. L'exploration oscillométrique des membres ne montre rien d'anormal.

Le 18 février, les troubles fonctionnels s'amendent, les extrémités reprennent leur aspect normal, la température monte à 38°2. Les signes locaux s'atténuent légèrement. Cette amélioration se développe les jours suivants. La bradycardie cesse brusquement le 20 février, le cœur battant à 80 régulier.

Le 21 février, tout semble terminé, lorsque subitement, la malade accuse un malaise avec angoisse et lipothymies. Il est impossible de retrouver les signes d'auscultation des jours précédents et bien difficile de compter les battements au nombre de 150 environ par minute. La tension artérielle s'abaisse à 10-8, puis devient impossible à mesurer. La mort survient le soir, après quelques heures de tachyarythmie, dans un état de collapsus.

A l'autopsie, pratiquée le 23 février, on trouve quelques centimètres cubes de liquide séreux dans le péricarde ; un cœur de volume normal, bien musclé et pesant 410 grammes après lavage. Couleur et consistance normales.

L'artère pulmonaire est remarquable par l'augmentation de son calibre.

Les cavités droites sont normales, elles ne contiennent ni végétation ni caillot organisé. L'endothélium est souple, sain et les valvules sigmoïdes pulmonaires sont normales. La valvule tricuspide est également normale. On remarque un épaississement généralisé de la musculature du ventricule droit : en particulier l'infundibulum pulmonaire est rétréci, admettant tout juste le passage de l'extrémité de l'index et sa musculature est anormalement développée. La tranche de section mesure en effet, une quinzaine de millimètres. Ce rétrécissement infundibulaire est immédiatement sous-jacent à l'appareil sigmoïdien et contraste avec la dilatation sus-sigmoïdienne du tronc de l'artère pulmonaire. Il est d'ailleurs purement musculaire et l'endocarde est intact à son niveau, sans la moindre trace d'inflammation récente ou ancienne. Les cavités gauches présentent toute une série d'anomalies : l'oreillette gauche a un endothélium épaissi, infiltré, comme gaufré. Ce n'est pas l'aspect de l'endocardite plastique rhumatismale avec son endocarde porcelainé ; la teinte est gris-rosé au contraire. L'oreillette gauche contient un caillot libre, ovoïde, régulier, de la dimension d'un petit œuf de poule. Ce caillot en grelot est résistant, non friable et se présente stratifié à la

coupe. Il semble même limité extérieurement par une membrane d'enveloppe.

L'orifice mitral est rétréci, n'admettant que la pointe du doigt. Cette sténose est très spéciale : elle consiste en un entonnoir membraneux d'épaisseur uniforme (un millimètre environ) de teinte blanchâtre tranchant sur la couleur rosée de l'endocarde auriculaire. L'orifice est régulier et circulaire, à bord lisse, net et mince. Les piliers sont charnus et les cordages souples.

Le ventricule gauche, l'orifice aortique et ses valvules sont normaux. L'infundibulum aortique est souple, non élargi ni déplissé. Sur le versant aortique de l'entonnoir mitral, il n'existe aucun épaississement, aucune induration ni bride rétractile. Les coronaires sont perméables, leur calibre est régulier, leur endothélium intact, sans la moindre manifestation visible d'inflammation. Cependant, dès l'origine de l'aorte et sur toute sa longueur, principalement sur l'orifice de la coronaire droite, on trouve des petits placards athéromateux. Il en existe d'autres semblables sur les deux branches de division de l'artère pulmonaire.

Les poumons sont pâles et ischémiés. Le droit pèse 370 grammes, le gauche 280 grammes. On n'y trouve nulle part trace d'infarctus. Les artères pulmonaires sont perméables, mais semées, comme nous venons de le dire, sur leurs grosses branches seulement, de placards athéromateux, en tous points semblables à ceux de l'aorte.

L'ouverture de l'abdomen montre un épiploon libre, des anses intestinales non dilatées. Le cæcum est un peu congestionné, mais rien ne rappelle l'aspect d'un infarctus mésentérique ; l'appendice iléo-cæcal est plutôt petit, non œdématié, de couleur blanc grisâtre et rétro-cæcal. Il ne présente pas le moindre signe d'inflammation. Le foie, un peu congestionné, pèse 1100 grammes, la rate, diffluente, a un volume et un poids normaux (120 grammes). Aucun de ces deux viscères n'est le siège d'infarctus.

Le rein gauche est macrospiquement normal (120 gr.). Le rein droit, par contre, est adhérent à sa loge dont on l'extrait difficilement. Il se décapsule facilement et il est bourré d'infarctus anciens, de couleur jaune mastic. Sur la tranche de section, comme à la surface, des infarctus occupent bien plus de place que le tissu sain.

Nous ne discuterons pas, dans le cas que nous venons de relater, l'étiologie de la sténose mitrale malgré l'intérêt qu'elle présente : si, en effet, cliniquement, l'affection pouvait être considérée comme un rhumatisme cardiaque primitif, anatomiquement il n'en était plus ainsi. De même nous laisserons de côté la pathogénie de la thrombose intra-auriculaire. Nous ne nous occuperons que du point de séméiologie concernant le souffle diastolique.

Nous venons de voir qu'au cours des différents examens pratiqués chez cette malade, le souffle diastolique avait été interprété comme relevant d'une insuffisance pulmonaire. L'insuffisance aortique avait été éliminée, à cause de l'absence complète de signes périphériques artériels, à cause de l'aspect radiologique (ventricule gauche de volume normal) et enfin, à cause de la localisation dans le 2e espace intercostal gauche du souffle diastolique.

Le diagnostic d'insuffisance pulmonaire avait été posé par exclusion, bien qu'il n'y ait ni frémissement diastolique au foyer maximum du souffle, ni cyanose. A l'examen anatomique force était de considérer l'orifice aortique comme hors de cause. Il n'en était pas de même de l'infundibulum pulmonaire ; toutefois, l'anomalie observée n'expliquait pas comment l'orifice aurait pu être insuffisant, puisque cet infundibulum, à lumière étroite et à musculature hypertrophiée, se présentait avec les caractères exactement opposés à ceux que l'on invoque dans le mécanisme des insuffisances pulmonaires fonctionnelles : grosses dilatations infundibulaires avec amincissement des parois, privant l'appareil sigmoïdien de son soutien musculaire indispensable.

Il restait l'orifice mitral ; pouvait-on le rendre logiquement responsable du souffle diastolique ? Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative : nous ne voyons pas pourquoi, en effet, un souffle diastolique ne pourrait pas naître du passage du sang de l'oreillette dans le ventricule à travers l'orifice mitral rétréci. Le bruit résultant est habituellement un roulement, que l'on perçoit à la pointe selon cette modalité, mais qui, déjà à distance, perd ses caractères de roulement et prend ceux du souffle. Cela tient à ce que les souffles intra-cardiaques, comme nous l'avons montré avec Thiroloix, et comme ce dernier l'a exposé dans sa thèse, ne sont pas sous la dépendance exclusive de la veine liquide formée au niveau de la partie rétrécie, mais naissent aussi des remous qui se forment en deçà de la sténose.

On conçoit que le bruit issu de la veine liquide soit plus intense et plus rude (roulement) que celui provenant des remous, qui sera doux et soufflant ; d'autant que dans le cas du rétrécissement mitral, la veine liquide a ses pleins effets à la pointe, c'est-à-dire contre la paroi thoracique, alors que les remous restent dans la profondeur, intra-auriculaires.

A l'étranger, la plupart des auteurs n'insistent pas sur la distinction étroite du roulement et du souffle dans la sténose mitrale. Nous n'en tirons d'ailleurs pas argument pour justifier notre pathogénie et nous pensons, au contraire, que cette distinction doit toujours être faite : un souffle diastolique surajouté au rythme de Duroziez doit toujours être retenu et discuté ; mais nous avons tenu à montrer par le cas ci-dessus, qu'en dehors des éventualités aortiques et pulmonaires, il fallait faire entrer en ligne de compte l'éventualité mitrale.

OUVRAGES REÇUS

Formulaire. Consultations médicales et chirurgicales, par MM. G. LEMOINE, professeur honoraire de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille ; E. GÉRARD, professeur de pharmacie et de pharmacologie, correspondant de l'Académie de médecine à la Faculté de médecine de Lille ; LEULIER, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Lyon ; H. VIGNES, accoucheur des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; AUGUSTE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, avec la collaboration de MM. Ed. Antoine, Bisson, Boulanger-Pilet, F. Bourgeois, Ch. David, A. Escalier, L. Girard, A. Lavenant, B.-J. Logre, R. Miégeville, A. Monbrun, J. Pescher, R. Rabut, P. Rouffiac, F. Rousseau, anciens internes des hôpitaux de Paris ; P. Arnold, P.-E. Cassan, J. Guex, L. Sandzer. 1 volume, relié peau souple, de 1170 pages. Prix : 50 francs, franco de port. — Société de Publications Scientifiques et Médicales, 161, rue Saint-Jacques, Paris (5e).

XIVe RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

Paris, 7 octobre 1932 (1).

DEUXIÈME QUESTION

Traitement précoce de l'ostéomyélite aiguë (non traumatique) des membres.

Rapporteur : M. Pierre INGELRANS (de Lille).

Résumé du rapport. — Le rapporteur limite son sujet au traitement chirurgical, la vaccinothérapie ayant un emploi restreint (ostéomyélite du nourrisson, professeur Ombrédanne).

Considérations sur la pathogénie. — L'ostéomyélite aiguë des adolescents est due à une invasion microbienne avec bactériémie antérieure à la localisation osseuse. Celle-ci se fait d'abord au niveau du bulbe de l'os (Lannelongue). Pour Lannelongue, l'infection porte d'abord sur la moelle osseuse, le tissu osseux étant secondairement intéressé. Il faut donc d'emblée trépaner l'os pour drainer la cavité médullaire.

Depuis Lannelongue, de nombreux auteurs allemands et américains, Wilenski en particulier, se sont efforcés de démontrer que la nécrose résultant d'une embolie artérielle septique est primitive ; l'infection, phénomène secondaire, est incapable à elle seule de déterminer une nécrose.

Wilenski reconnaît 5 groupes d'ostéomyélites selon le siège de l'embolie : abcès sous-périosté, nécrose osseuse superficielle, séquestre diaphysaire total, séquestre annulaire limité, nécrose totale de l'os. On a fait de nombreuses objections à cette opinion trop systématique, qui ne tient pas assez compte de la clinique.

En fait, le début est ordinairement métaphysaire. De ce point (Stern et les chirurgiens de Toronto) l'infection gagne plus la région sous-périostée que la profondeur, le décollement peut être très étendu avant que le canal médullaire soit atteint, — chez l'enfant âgé, l'ostéomyélite diaphysaire est exceptionnelle ; plus fréquente chez l'adulte, elle évolue surtout sous le périoste et envahit les espaces intermusculaires.

Cette conception conduit à l'ouverture de l'abcès sous-périosté avec trépanation *étroite* de la métaphyse, la trépanation large propage l'infection. Donc entre la théorie de la nécrose primitive qui rejette toute trépanation comme nuisible, celle de Lannelongue et des classiques commandant la trépanation large, celle de Platt la trépanation très limitée, il y a opposition absolue.

En face des désespérantes séquelles de l'ostéomyélite aiguë, une autre méthode s'est depuis longtemps constituée : celle de la résection primitive de l'os malade.

Traitement chirurgical. — LES MÉTHODES. — *L'incision simple de l'abcès sous-périosté.* — Sitôt le diagnostic posé cette incision s'impose, c'est un traitement d'urgence, qui est classique en France (Broca-Ombrédanne). Vignard préconise cependant la temporisation. Depuis qu'il a vu un certain nombre de décès par septicémie rapide à la suite de débordements larges et précoces, avec ou sans trépanation. Lasserre est d'un même avis. En Allemagne, après Bilroth, la temporisation a fait de nombreux adeptes.

LA TRÉPANATION. — Pour Lannelongue, la trépanation large systématique était « la seule méthode dont l'opportunité et les indications soient indéniables ».

Depuis, de fortes réserves se sont imposées : l'ostéomyélite des nourrissons et de la première enfance (avant 3 ans) guérit le plus souvent par un traitement simple (Ombrédanne). A tout âge, la simple incision guérit les périostites. Il faut lorsque l'abcès sous-périosté est incisé, avant de trépaner, tenir compte de l'aspect de l'os sous-jacent, s'il est sec, blanc, ne saignant pas, la trépanation est indiquée; après incision simple, si la température reste élevée, l'état général inquiétant, la trépanation s'impose. Telle est la ligne de conduite de la majorité des chirurgiens français.

LES PROCÉDÉS DE TRÉPANATION. — Ici le plus grand désaccord.

1° *Trépanation large.* — C'est l'ouverture large, en tranchée, de la cavité médullaire sur une grande étendue ou sa totalité comme le voulaient Lannelongue, Broca, comme le fait Leriche.

2° *La trépanation asociée à la désinfection.* — En Angleterre et aux Etats-Unis, certains auteurs après ouverture de la cavité médullaire tentent sa désinfection par des antiseptiques, ce qui paraît bien illusoire.

3° *La trépanation limitée.* — Starr et Robertson (Toronto) Platt (Manchester), après incision du périoste forent avec un drille la métaphyse en plusieurs points parallèlement à l'épiphyse : appliquée précocement, cette méthode peut obtenir la guérison sans séquestration (26/207, Starr, 14/22, Platt.)

Beaucoup de chirurgiens s'élèvent contre la trépanation large précoce qu'ils accusent de disséminer les germes infectieux.

De cet ensemble d'opinions, il ressort qu'il est très difficile de distinguer les cas où on peut ne pas trépaner, ceux où on peut se contenter d'une trépanation à la triphine ou au contraire la trépanation large est indispensable.

Hédri (Hongrie) a montré récemment que la suppuration médullaire au cours de l'ostéomyélite s'accompagne de lipurie ; la présence de celle-ci imposerait la trépanation.

Ce signe perdrait de sa précision en cas de foyers multiples.

L'étude anatomo-pathologique de l'ostémyélite entraîne la conviction que, la plupart du temps, la trépanation s'impose par des procédés variés. Mais celle-ci n'aggrave-t-elle pas le pronostic de la maladie ? De nombreux travaux ont été faits en Allemagne sur les résultats comparatifs de l'incision simple de l'abcès. Rost a eu une mortalité de 14 % chez les trépanés, 7 % chez les cas non trépanés primitivement, méthode appliquée à tous les cas. Pour Mayer, plus on retarde la trépanation, plus la mortalité diminue (42,1 % dans la trépanation précoce, 13,3 si elle est retardée).

Pour Brandt, la mortalité est doublée par la trépanation (16,66 % contre 7,59 %).

La trépanation favorise les embolies septiques et les complications articulaires. Elle augmente la mortalité (Rost, Haberer, O. Mayer, etc..). L'incision des abcès sous-périostée suffit à drainer les toxines.

LA RÉSECTION SOUS-PÉRIOSTÉE. — Ollier distingue deux variétés de résections osseuses dans l'ostéomyélite : la résection pour nécrose adhérente, extirpation précoce d'une diaphyse destinée à mourir, et l'extirpation d'un séquestre mort englobé dans une capsule d'os périostal nouveau, opération tardive.

Pour Leveuf, la résection précoce est faite avant l'apparition du séquestre, avant limitation entre le mort et le vif, le périoste restant souple et sans néoformation osseuse, elle peut être primitive imposée par la gravité du cas, ou secondaire après échec d'interventions antérieures.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 87, p. 1594.

L'histoire de cette résection précoce remonte loin ; après Holmer (1866) qui la pratique, le 1er pour ostéomyélite, d'autres chirurgiens la tentent, en particulier Duplay, Giraldès, Th. Anger, Cerné. Le traité de résection d'Ollier (1886) en rapporte des observations nouvelles et nombreuses.

Depuis, elle rencontre des défenseurs que le rapporteur énumère — mais aussi d'ardents détracteurs parmi lesquels il faut citer A. Broca.

Leveuf depuis 1926 a repris une campagne en faveur de la méthode, et a rapporté à plusieurs reprises des observations à la Société de chirurgie, puis des rapports sont faits à la même Société sur les cas d'Astariadès, Brugeas, Carajannopoulos, Marcel Barret, A. Martin, d'Allaines. A l'étranger, la méthode présente aussi de nombreux adeptes.

TECHNIQUE DE LA RÉSECTION PRÉCOCE. — *Incision des parties molles. Détachement du périoste.* — Le décollement du périoste est toujours spontané. Si on opère assez tôt ou si l'abcès sous-périosté a été bien drainé, la gaine périostique intacte adhère au tissu musculaire. Son intégrité est indispensable à la régénération de l'os.

La section de l'os. — L'os est blanc, sec, mat, mais sans sillon d'élimination. Où sectionner ? Dans la résection précoce secondaire, pas de difficulté (Leveuf) ; ou l'ostéomyélite est bipolaire et il faut enlever toute la diaphyse, ou elle est unipolaire, on sectionne la diaphyse à 1 centimètre au-dessus de la limite du décollement et on l'enlève jusqu'au cartilage de conjugaison. Dans la résection primitive, le problème est plus délicat. La radiographie ne montre encore rien. Leveuf se fie à l'étendue du décollement périosté.

Ni lavage, ni drainage, pas d'antiseptiques. Faite très précocement dans ces conditions, la résection sera suivie de régénération osseuse.

CRITIQUES ADRESSÉES A LA RÉSECTION PRÉCOCE. — Cette opération présente deux gros avantages (Leveuf) : 1° Elle assure la guérison des phénomènes infectieux locaux qui retentissent si souvent de manière grave sur l'état général ; 2° elle est suivie de reconstitution d'un os sain mettant ainsi à l'abri des séquelles de l'ostéomyélite.

Mais ce qui fait reculer la plupart des chirurgiens, c'est la crainte de la non-régénération de l'os. Des cas en ont été rapportés (Martin, d'Allaines). Mais si on étudie les échecs publiés (Leveuf), on voit que le plus souvent, ils ne sont pas consécutifs à des résections précoces, mais à des résections faites tardivement quand la gaine périostique était déjà détruite par la suppuration, ou trop parcimonieuse, laissant de l'os infecté qui suppure.

Le second reproche vise la forme et la qualité de l'os régénéré. Le raccourcissement est variable, mais avec un bon appareillage, quand le cartilage de conjugaison a été conservé, est de 1 ou 2 centimètres. Cet os est souvent irrégulier de forme, mais on n'y a jamais signalé de rechutes.

Enfin on reproche à la méthode d'être aveugle : rien ne peut guider le chirurgien dans l'étendue de sa résection. N'est-il pas plus sage au début de trépaner l'os pour drainer et ensuite, dès que la radiographie a montré l'étendue des lésions, de réséquer ?

Les faits seuls peuvent montrer la place prépondérante à donner à ces deux façons d'agir.

RÉSULTATS DES OPÉRATIONS CONSERVATRICES. — *Résultats immédiats. Mortalité.* — Elle est élevée et varie selon les statistiques de 13 à 34 % ; en moyenne 16 %.

Elle reste moins élevée chez les nourrissons et au-dessous de 3 ans. La mortalité est plus élevée pour les lésions du fémur, et surtout de l'humérus que pour celles du tibia.

Amputation. — Dans la statistique du rapporteur (Service du professeur Lefort) sur 50 cas traités par la méthode conservatrice à 7 décès, il faut joindre 5 amputations.

Cause des décès. — Le pronostic offre le maximum de gravité de 10 à 15 ans. La majorité (9/15) ont été emportés dans les 15 premiers jours par une forme toxique septicémique, ou une pyohémie à localisations multiples.

Les uns ont été trépanés précocement ou non, les autres pas. Mais, quelle que soit la thérapeutique employée, elle se révèle inefficace dans les cas suraigus.

INFLUENCE DU TRAITEMENT SUR LA MORTALITÉ ET LES COMPLICATIONS. — On a en Allemagne beaucoup combattu la trépanation, nous l'avons déjà vu.

Il ressort du rapport très documenté de Monnier à la Société suisse d'orthopédie — que « les opérations osseuses ne raccourcissent en aucune façon la durée de la guérison ; mais qu'au contraire, celle-ci est notablement prolongée toutes les fois que l'os a été ouvert », mais la guérison serait de meilleure qualité, « les séquestres se produisant deux fois moins fréquemment chez les trépanés que chez les incisés ». L'examen des observations personnelles du rapporteur l'incline à la même opinion.

La trépanation ne peut être rendue responsable ni de la formation de séquestres volumineux ni de localisatione multiples, ni de complications articulaires. S'il en a été ainsi après la trépanation dans beaucoup de cas, c'est que les malades ont été adressés au chirurgien trop tardivement. Sans trépanation, on peut assister à la formation de séquestres volumineux et l'abstention favorise leur extension.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — L'étude des résultats immédiats permet de conclure que la trépanation peut être pratiquée sans hésitation, chaque fois que les lésions osseuses sont évidentes ou après échec de la simple incision, à l'exception des formes toxiques suraiguës qui ne sont pas du domaine chirurgical.

Quelle est la qualité de la guérison ainsi obtenue ? Souvent médiocre, sujette à des rechutes interminables. La statistique du rapporteur montre que sur 73 cas retenus, il y a 42 bonnes guérisons, 6 cas franchement mauvais, 2 non-régénérations, après résection tardive pour nécrose adhérente, 4 fistuleux.

RÉSULTATS DES RÉSECTIONS PRÉCOCES. — Le rapporteur a pu réunir dans la littérature 22 résections précoces primitives et 56 précoces secondaires.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — *Action sur l'état général.* — Il n'est pas douteux qu'elle amène une sédation rapide de l'infection générale.

LA RÉSECTION PRÉCOCE PRIMITIVE. — Dans les formes sévères d'ostéomyélite avec état général grave d'emblée, faut-il avoir d'emblée recours à cette méthode radicale « qui supprime complètement le foyer d'infection » (Leveuf) quitte à engager l'avenir fonctionnel du membre. Cette opinion serait très soutenable, si l'on était sûr d'enrayer l'infection. Mais ici, l'infection n'est pas locale. Le foyer n'est que la manifestation d'une infection sanguine, le malade peut succomber après l'exérèse de l'os, ou d'autres foyers se révéler.

Le rapporteur incline à accepter les conclusions de Mathieu sur la résection précoce primitive : « C'est un procédé un peu aveugle, dont l'usage doit être réservé (pour l'instant du moins), à des formes d'ostéomyélites spéciales : état général grave, lésions d'ostéite sévère constatées au cours de l'intervention. »

Les résections précoces secondaires. — Elle a une action très favorable, et sans la crainte parfois justifiée de la pseudarthrose, elle serait véritablement la méthode d'élection pour le traitement des formes qui ne cèdent pas à la trépanation élargie.

Action sur l'état local. — Le rapporteur insiste sur la nécessité de l'asepsie, le rejet de l'emploi de tout antiseptique qui peut compromettre la régénération osseuse.

Quand on compare les suites opératoires immédiates de la trépanation et de la résection précoce, on est bien obligé de convenir que l'avantage reste à cette dernière. Au lieu de demander 5 à 8 et 10 mois pour la fermeture d'une trépanation petite ou large, après résection, la cicatrisation est obtenue en 3 semaines à 3 mois (Leveuf).

Résultats orthopédiques. — Dans quelles proportions observe-t-on la non-régénération de l'os, ou un tissu de mauvaise qualité ? De l'examen des observations publiées et des siennes, le rapporteur conclut que les cas où la régénération ne s'est pas faite ou très lentement avec production d'un os grêle sont des résections trop tardivement faites, et pour les observations anciennes, en bourrant la cavité de mèches imbibées d'antiseptiques.

Il semble qu'à présent, la régénération soit devenue la règle si l'opération a été précoce, si on a évité l'emploi d'aucun antiseptique, et enfin, élément important, si l'immobilisation du membre après l'opération a été absolue. Wismet Orr a préconisé aux Etats-Unis une méthode qui a de nombreux adeptes, et donne d'excellents résultats dans l'ostéomyélite : après opération, bourrage de la plaie avec un pansement vaseliné, pansement très rare (3 à 4 semaines), grand plâtre. Le point délicat est le moment d'intervenir. Il faut intervenir avant que le périoste soit altéré, assez tard pour qu'il soit décollé par l'abcès et qu'on n'ait pas à le décoller à la rugine. Comme les limites de la nécrose sont en général décelées par la radiographie avant que le sillon d'élimination de l'os nécrosé soit constitué, le rapporteur conclut : « Mise à part, la résection d'emblée pour des formes nécrotiques rapides, la résection secondaire rapide est recommandée lorsque la radiographie est capable de renseigner sur l'étendue du segment à extirper ».

Qualités de l'os régénéré. — Le rapport expose ensuite les variétés du raccourcissement primitif, secondaire, la forme de l'os. L'os régénéré en cas de fracture se comporte comme un os normal.

Résultats éloignés. — Ils ne sont pas assez nombreux à l'heure actuelle pour pouvoir en juger.

Indications opératoires et conclusions. — Au début d'une ostéomyélite aiguë, vue précocement, il convient d'attendre, si possible, qu'une collection sous-périostée soit formée. On doit pendant ce temps radiographier, faire une hémoculture, chercher la lipurie. L'incision de l'abcès sous-périosté suffit souvent chez le nourrisson et le petit enfant. Si la radiographie est positive au début, ce qui est rare, ou s'il existe de la lipurie, si l'os est dénudé, sec, huileux, on pratiquera la trépanation étroite de la métaphyse (méthode de Starr), qu'on élargira si les lésions s'étendent à la diaphyse. Il ne faudra pas craindre alors l'abrasion très large et complète des tissus malades. Si l'incision de l'abcès montre un os sain, en rester là.

Vaccination. — Si les signes locaux généraux persistent, intervenir rapidement.

Dans tous les cas, drainer lagement, panser à plat, pas d'antiseptiques, immobilisation rigoureuse. La résection primitive précoce ne convient qu'à des cas nécrotiques rapides, rares. La résection précoce secondaire interviendra après échec de la trépanation, au bout de 2 à 3 semaines. Faites selon une technique définie, elle donne de bons résultats immédiats.

Discussion.

M. Martin du Pan (Genève) est très conservateur. D'emblée, il fait du propidon tous les deux jours, habituellement la douleur disparaît, l'abcès se collecte, on l'incise et plus tard on enlève le séquestre.

Depuis deux ans, il emploie le bactériophage et l'autobactériophage.

Il apporte une statistique de 120 cas avant le propidon, il a eu 12 morts, et seulement 2 depuis son emploi. La durée du traitement a été considérablement raccourcie (fémur, 2 et 3 ans avant, 3 mois à 1 an après). Humérus 1 mois 1/2 au lieu de 9 mois, péroné, 2 mois au lieu de 18 mois, etc...). Le résultat fonctionnel s'est très amélioré.

M. Martin (de Paris) présente une observation de résection de la diaphyse du radius chez un enfant, 2 ans après l'opération, le radius ne s'est pas reconstitué et le cubitus s'accroissant, il en résulte une grosse déformation.

M. Trèves (de Paris) croit que la trépanation est souvent inutile. Après l'incision simple, si l'amélioration est insuffisante, on peut toujours trépaner.

Il est difficile de poser des règles de technique et de date pour l'opération de résection précoce. La résection primitive doit être exceptionnelle. Il a été obligé de la pratiquer dans un cas et l'os s'est reconstitué en quelques mois.

Il est partisan de l'emploi du propidon dans tous les cas. Il emploie l'héliothérapie pour les vieilles fistules.

M. Billiet (de Lille) distingue l'ostéomyélite ordinaire dans laquelle les phénomènes locaux dominent les symptômes généraux, et l'ostéomyélite grave où c'est le contraire. Dans le premier cas, la vaccinothérapie (vaccin de Carrion ou auto-vaccin) réduit l'opération au minimum. Dans le deuxième cas, le vaccin est utile mais insuffisant, la trépanation, et au besoin la résection diaphysaire, lui paraît l'intervention de choix.

M. Lasserre (de Bordeaux) distingue trois formes : la forme hypertoxique ou les opérations doivent rester minimes ; la forme septicémique temporaire, où on pratiquera des opérations minimes, plus du vaccin et secondairement des opérations plus importantes ; la forme septicémique prolongée avec abcès sous-périostique, on incise l'abcès et si la température ne baisse pas, trépanation minime.

La résection précoce doit être exceptionnelle.

M. Leveuf (de Paris). — Deux principes sont établis : 1° la régénération se fait d'autant plus vite que la résection a été plus précoce ; 2° pour que la régénération se fasse, il faut respecter l'intégrité du périoste, pas de drains, de mèches, d'antiseptiques. Après l'exérèse de la diaphyse, si la technique a été régulière, l'os nouveau est déjà visible à la radio au bout de 15 jours. Le rôle des ostéoblastes est nul dans la production de l'os nouveau. Cependant, l'intégrité du périoste est indispensable, et de plus, il faut que le périoste soit irrité par une infection ; dans ce cas, les vaisseaux unissant le périoste aux masses musculaires sont très développés.

L'os nouveau apparaît au début, non au niveau du périoste, mais se dépose sur l'os ancien, de manière si intense que la zone d'union est invisible. L'ablation de la totalité de l'os ancien, mort, privé de circulation, ne retarde pas la régénération osseuse, au contraire, si le périoste vascularisé est intact.

Leveuf préconise la hardiesse dans la résection primitive, on est sûr d'enlever tout l'os malade si l'on résèque la portion sous-jacente au décollement sous-périosté. L'effet de cette résection sur l'état général est excellent, l'os entier étant une éponge de pus. L'incision de l'abcès sous-périostée et la trépanation sont souvent un drainage incomplet. Cependant, on doit presque toujours commencer par elles. La résection précoce primitive restera l'exception ; la résection précoce secondaire, la règle.

MM. MOUCHET et HARDOUIN (de Paris) rapportent trois cas de résection au 6e, 26e et 41e jour. La régénération a été insuffisante dans ce dernier cas. Ils adoptent le point de vue de Leveuf.

M. RICHARD (de Berck) est aussi d'accord avec Leveuf.

Il a eu un cas de non-régénération, parce que la résection a été trop tardive (4 mois 1/2). Dans un deuxième cas, quelques jours après la trépanation, il en résèque les deux tiers inférieurs du tibia, la régénération et la cicatrisation ont été très rapides. Au bout de quelque temps, il s'est fait une fracture de l'os nouveau. Elle est restée sept mois sans se consolider. On a fait une greffe ostéo-périostique, actuellement, la consolidation n'est pas encore obtenue.

M. G. HUC (de Paris) est d'accord avec Leveuf. Il est partisan de la vaccination surtout dans les cas chroniques des sels d'or dans les septicémies à répétition.

Il a pratiqué deux fois la résection primitive. Une fois pour forme très grave hémorragique avec résultat immédiat excellent. Réparation très rapide, mais à la limite inférieure, un petit séquestre a obligé à une intervention secondaire. Dans l'autre cas, la gravité de l'état général a obligé à réséquer le fémur, régénération parfaite avec raccourcissement. Ce malade a eu une fracture qui s'est réparée.

MM. SORREL et OBERTHUR (de Paris) rapportent une statistique de 68 ostéomyélites avec 18 % de mort. 40 formes aiguës avec 4 guérisons spontanées, 36 opérés ; une résection du péroné, une résection de l'aile iliaque, tous les autres cas sont des incisions sous-périostées ou trépanations. Il y a eu 40 % de réinterventions.

Il y a en tout 2 résections primitives et 4 secondaires (1 tibia au 23e jour, 1 fémur au 54e, 1 tibia au 48e, 1 clavicule au 25e jour). Il faudra suivre attentivement les malades à la radio.

M. FROELICH (de Nancy) montre des déformations secondaires à de simples trépanations sans résection.

M. INGELRANS, rapporteur, conclut que la plupart des auteurs acceptent l'opinion de M. Leveuf sur la nécessité de faire la résection précoce, primitive exceptionnellement, et plus souvent secondairement. Beaucoup d'auteurs appliquent de manières variées la vaccination et en ont tiré des bénéfices.

Communications particulières.

Les calcifications et ossifications périarticulaires de l'épaule. — M. MAUCLAIRE (de Paris). Les calcifications de la bourse séreuse sous-acrominale peuvent siéger en dehors de cette bourse dans les tendons périarticulaires. C'est une affection rare survenant sans traumatisme, ou à la suite d'un traumatisme. Il existe des formes aiguës, douloureuses, ou des formes chroniques d'emblée ou secondairement à un épisode aigu.

On différenciera avec l'arthrite scapulo-humérale à cause de la conservation d'une abduction à 45° et de l'image radiographique. La diathermie donne de bons résultats, et si on a à intervenir, il faudra respecter le deltoïde.

Les transplantations tendineuses dans les déformations paralytiques du pied. — M. J. DELCHEF (de Bruxelles). Dans deux cas de pied bot varus équin, la transplantation a donné un résultat stable excellent. Il pense que l'application judicieuse et suivant une technique sévère des transplantations tendineuses enlèvera à cette méthode le discrédit injustifié qu'elle subit aujourd'hui.

Fracture de la colonne, laminectomie et ostéosynthèse combinées, guérison. — C'est un cas de compression médullaire par fracture avec tassement du corps de la 12e dorsale. Il a pratiqué une laminectomie suivie de l'application d'un large greffon ostéopériostique sous les apophyses épineuses sectionnées. Bon résultat.

Fallait-il amputer ? — M. SCHOLDER (de Lausanne) présente un cas très intéressant de pseudarthrose post-traumatique étendue aux deux os de l'avant-bras. Après plusieurs opérations : greffes osseuses, transplantations tendineuses, il est arrivé à un résultat fonctionnel satisfaisant de prosupination, et d'opposition du pouce et de l'index.

Pseudarthroses et fractures des greffons dans les arthrodèses pour coxalgie. Leurs causes. Précautions à prendre pour les éviter. Leur traitement. — MM. DELAHAYE (de Berck) et DUPUIS. En dehors des deux cas de *résorption totale* du greffon malaisés à expliquer, les *pseudarthroses* sont dues principalement : 1° à l'interposition périostique au niveau du trochanter, il faut enlever tout le périoste du bout distal du greffon qui pénètre dans le trochanter ; 2° à l'état cartilagineux du trochanter ; avant 10 ans, ce noyau osseux est insuffisant pour assurer la soudure. Avant cet âge, il faut introduire le greffon dans un lit diaphysaire.

Le traitement de ces pseudarthroses sera l'apposition d'un large greffon ostéopériostique dans le foyer avivé.

Les *fractures* du greffon sont dues, soit à un effort brusque, soit à un micro-trauma. La fracture siège à 1 centimètre au-dessus du grand trochanter.

L'immobilisation assure en général la consolidation.

Deux nouveaux cas de sporotrichose osseuse. — MM. MEYER et A.-G. WEISS (de Strasbourg). L'un fut considéré comme une ostéomyélite chronique du tarse. Le curettage montrant les grains caractéristiques, le traitement iodé fut institué. L'autre étiqueté kyste du petit trochanter, disparut par l'iodure. Les auteurs se demandent si l'aspect radiographique de cavité claire à bords condensés ne pourrait pas être une image pathognomonique de sporotrichose. Il faudra y penser toujours dans ce cas.

Sur le traitement des fistules osseuses. — M. P.-R. CHIAROLANZA (de Naples). Peu satisfait des trépanations et séquestrectomies des cavités osseuses fistulisées, l'auteur a vu des guérisons remarquables à la suite d'enlèvement en bloc de toute la cavité, parois malades y compris.

Sur le traitement opératoire du genu recurvatum. — M. TAVERNIER (de Lyon). Dans un cas de genu recurvatum grave, l'auteur a réalisé une butée antérieure du genou en glissant entre tibia et rotule un greffon large doublant en arrière le tendon rotulien. Il ossifie ainsi l'appareil rotulien sans enlever en rien de la fonction du genou. Très bon résultat.

A propos de la technique des grands évidements osseux des membres. — M. LASSERRE (de Bordeaux) relate et montre les radios d'une série de cas d'ostéomyélites aiguës, chroniques, uni ou bipolaires, ou abcès enkystés, parfaitement guéris sans fistulisation par la méthode classique des trépanations larges et séquestrectomies. Il croit que cette méthode que Soultet pratiquait déjà en 1660, serait moins discréditée si elle était appliquée avec plus de soin et, à ce point de vue, l'instrumentation électrique avec forets et scie circulaire joue un rôle primordial.

Interventions opératoires prophylactiques contre la production des contractures et des attitudes vicieuses durant la période de régression de la poliomyélite. — M. Ugo CAMERA (de Turin) insiste sur l'importance et, clichés à l'appui, sur l'excellence de l'emploi des tendons de soie de Lange, avec une soie bien stérilisée et une technique bien appro-

priée, la méthode donne des résultats remarquables, surtout dans les paralysies des extenseurs.

M. G. Huc (de Paris) souligne l'intérêt de cette communication. Il considère que tout muscle paralysé a une fonction nouvelle, spéciale, d'appendement, mieux de suspension, qui compromet sa régénération. Le traitement logique à appliquer pendant la période de régression de la paralysie, est donc la suppression de cette fonction néfaste d'appendement. L'auteur a vu à la suite de son opération pour paralysie du moyen fessier ce muscle se régénérer complètement. Ces considérations ouvrent des horizons nouveaux au traitement des séquelles de la poliomyélite.

Ostéochondrite hémorragique du fémur. — M. H.-L. Rocher (de Bordeaux) intervenant pour un syndrome de blocage du genou, on trouve sur le condyle interne une zone hémorragique le soulevant. Evacuation de la poche. Application soigneuse du cartilage. Guérison complète. Aucun traumatisme dans les antécédents.

Troubles sympathiques dans la paralysie obstétricale. — MM. H.-L. Rocher et Guérin. Cette affection ne tient pas seulement à l'élongation des fibres motrices du plexus brachial, mais aussi à celle des filets sympathiques qui les accompagnent. Le gantelet ischémique fugitif décrit par Rocher, bien connu des accoucheurs, en est une preuve. Un cas de paralysie obstétricale avec griffe de Volkmann persistante, lésions de sphacèle à la base de l'index, doit être considéré comme une irritation traumatique des trous sympathiques du plexus brachial.

* * *

La Société décide que les prochaines journées orthopédiques auront lieu à Paris en juillet avant la réunion de la Société internationale d'orthopédie qui se réunit à Londres.

Questions mises à l'étude pour la 15e réunion de la Société d'orthopédie en octobre 1933 :

1. **Réduction sanglante de la luxation congénitale de la hanche.** — Rapporteur : M. Mutel (de Nancy).

2. **Arthrites sèches de la colonne vertébrale.** — Rapporteur : M. Richard (de Berck).

Question proposée pour 1934 :

Correction ostéoplastique des déformations sterno-costales. — Rapporteur : M. Garnier (de Paris).

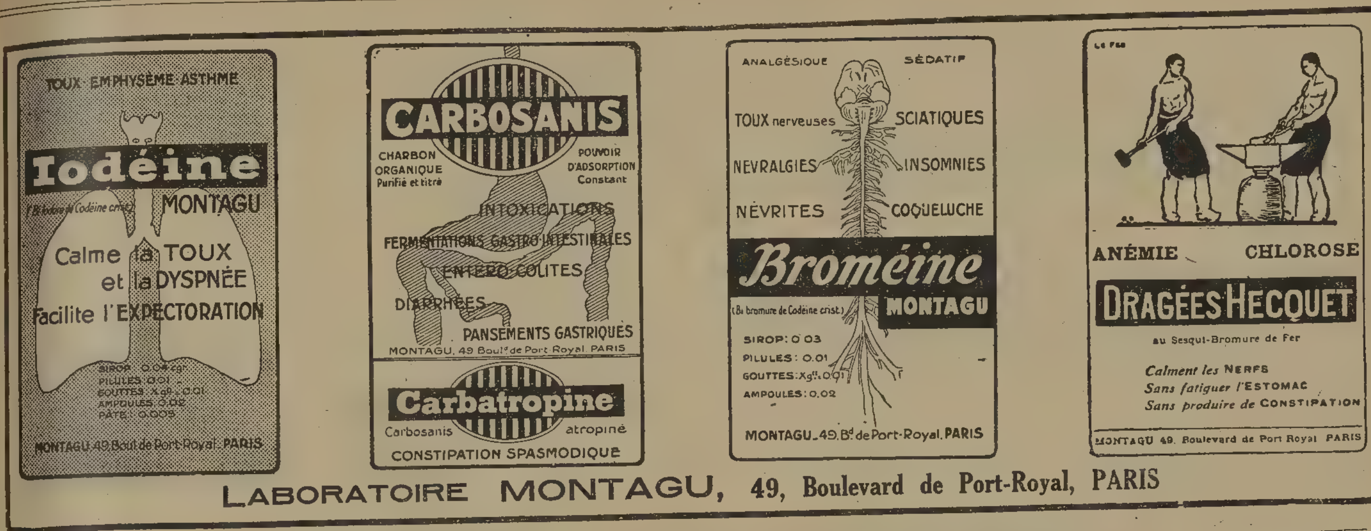
M. LANCE.

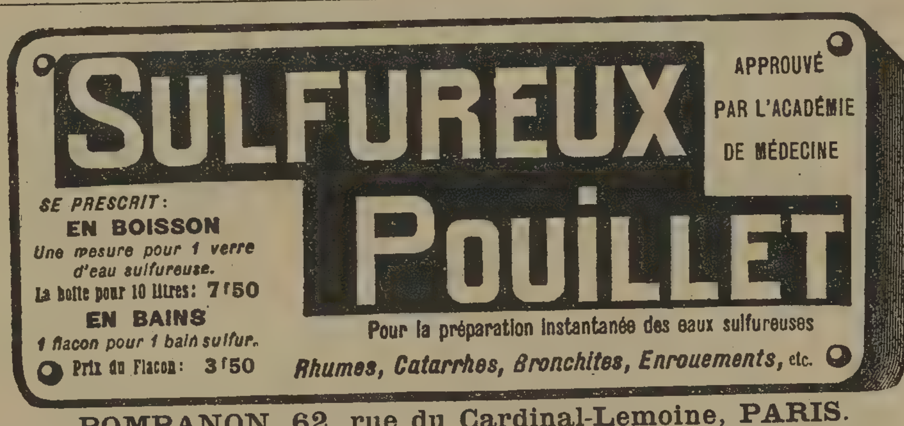
CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Pour voir la Côte d'Azur sous ses différents aspects, il faut parcourir, dans les autocars P.-L.-M., la magnifique route du Littoral qui passe par toutes les plages entre Marseille et Nice.

Prix : 85 fr. pour le parcours simple dans l'un ou l'autre sens, et 150 fr. pour l'aller et retour.

On délivre tous billets ou coupons d'autocar dans les grandes gares du P.-L.-M. ou dans ses bureaux de ville.


TOUX EMPHYSÈME ASTHME
Iodéine
MONTAGU
Calme la TOUX
et la DYSPNÉE
Facilite l'EXPECTORATION
MONTAGU 49 Boul. de Port-Royal PARIS
CARBOSANIS
CHARBON ORGANIQUE Purifié et titré
POUVOIR D'ADSORPTION Constant
INTOXICATIONS
FERMENTATIONS GASTRO-INTESTINALES
ENTÉRO-COLITES
DIARRHÉES
PANSEMENTS GASTRIQUES
MONTAGU, 49 Boul. de Port Royal, PARIS
Carbatropine
Carbosanis atropiné
CONSTIPATION SPASMODIQUE
ANALGÉSIQUE SÉDATIF
TOUX nerveuses SCIATIQUES
NEVRALGIES INSOMNIES
NÉVRITES COQUELUCHE
Broméine
MONTAGU
SIROP: 0.03
PILULES: 0.01
AMPOULES: 0.02
MONTAGU_49, Bd de Port-Royal, PARIS
ANÉMIE CHLOROSE
DRAGÉES HECQUET
au Sesqui-Bromure de Fer
Calment les NERFS
Sans fatiguer l'ESTOMAC
Sans produire de CONSTIPATION
MONTAGU 49, Boulevard de Port Royal PARIS
LABORATOIRE MONTAGU, 49, Boulevard de Port-Royal, PARIS


SULFUREUX
POUILLET
APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
SE PRESCRIT:
EN BOISSON
Une mesure pour 1 verre d'eau sulfureuse.
La boîte pour 10 litres: 7f50
EN BAINS
1 flacon pour 1 bain sulfur.
Prix du Flacon: 3f50
Pour la préparation instantanée des eaux sulfureuses
Rhumes, Catarrhes, Bronchites, Enrouements, etc.
POMPANON, 62, rue du Cardinal-Lemoine, PARIS.


sirop "roche"
au thiocol
toutes les affections des voies respiratoires
Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10, Rue Crillon —— PARIS

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'HÉMIPLÉGIE SYPHILITIQUE [1]

Aux membres, on ne constate qu'une *hémiparésie*, d'ailleurs inégale et toujours à *prédominance brachiale*.

C'est donc surtout le membre supérieur qui est atteint, et les mouvements les plus gênés sont ceux de supination, de flexion, d'abduction et d'élévation de l'épaule.

Malgré le caractère hémiparétique de ces troubles, les petits actes de la vie courante sont rendus difficiles.

Par contre *la marche reste toujours possible* en traînant la jambe : ce sont surtout les raccourcisseurs et les abducteurs qui sont atteints.

Cependant *la paralysie est souvent dissociée*, peu évidente et il faut la rechercher avec soin :

— en comparant la force segmentaire d'un côté à l'autre ;

— en faisant serrer les mains alternativement ;

— par l'épreuve du dynamomètre.

C'est surtout dans les cas où l'hémiplégie est fruste que *la recherche des signes secondaires s'impose :*

— au membre supérieur : signe de Raimiste, flexion exagérée de l'avant-bras, signe de la pronation automatique de Babinski ;

— au membre inférieur : flexion combinée de la cuisse et du tronc.

Mais deux ordres de troubles sont surtout importants à rechercher :

a) *Les troubles réflexes.* — Les réflexes tendineux et cutanés sont souvent diminués, parfois non modifiés.

Les réflexes d'automatisme médullaire sont peu nets.

Ce qu'il importe de mettre en évidence c'est, du côté parésié : *l'existence d'un Babinski positif.*

Il ne manque presque jamais et permet d'affirmer la lésion pyramidale même dans les cas où elle est fruste.

b) *Les troubles sensitifs* sont fréquents, mais demandent à être recherchés : ils consistent en une *hémianesthésie* avec parfois un certain degré d'*hémiagnosie.*

Par ailleurs, le malade accuse toujours quelques paresthésies, plus rarement des douleurs véritables.

Devant un tel tableau d'hémiplégie flasque incomplète et parcellaire, à début progressif, sans ictus chez un sujet jeune, c'est à la syphilis qu'on pense avant tout.

Un examen plus complet permet rapidement de constater que *cette hémiplégie est en général associée* à d'autres accidents ; presque toujours, en effet, on trouve :

— *des signes de syphilis nerveuse :* S. d'Argyll-Robertson, dont on connaît la valeur considérable, ou même simple inégalité ou irrégularité pupillaire. *Les paralysies oculaires sont fréquentes*, atteignant surtout le III, plus rarement le IV et le VI. Elle sont ordinairement *dissociées*, se résumant en un ptosis, un strabisme externe.

D'autres fois, on rencontre des *signes de syphilis médullaire associée*, réalisant des lésions partielles, multiples, disséminées, donnant par leur association des complexes neurologiques un peu inattendus (syphilis tigrées).

— *d'autres lésions viscérales syphilitiques :* aorte, foie, rein, etc., d'où la nécessité dans tous les cas d'un examen complet.

Le B.-W. dans le sang peut être négatif.

Mais *la P. L.* systématiquement pratiquée permettra de retirer un liquide clair, avec augmentation de l'albumine et un certain degré de lymphocytose, en raison des lésions méningées qui, si fréquemment, accompagnent l'artérite. Les réactions de B.-W. et du benjoin colloïdal y sont ordinairement positives ; on y a même parfois retrouvé le tréponème.

ÉVOLUTION

L'évolution de cette hémiplégie syphilitique est variable :

1° *Traitée énergiquement dès son apparition*, elle peut régresser avec une grande rapidité et même disparaître complètement sans séquelles. Encore faut-il se défier de la possibilité de récidives et poursuivre ultérieurement le traitement antisyphilitique.

2° *Si elle n'est pas traitée aussitôt*, elle devient très rapidement *spasmodique :* en quelques jours apparaissent des signes de contracture latente : les mouvements passifs sont gênés, les réflexes reparaissent ou s'exagèrent. Mais, dès ce moment, le traitement spécifique devient sans action.

Mais si elle devient spastique, *cette hémiplégie va entrer rapidement en régression*, de sorte que la contracture ne sera jamais très marquée.

La face n'est jamais contracturée et la légère asymétrie du début s'efface peu à peu.

Aux membres, l'hémiplégie régresse souvent complètement aux membres infer. Le membre super, toujours plus touché, est un peu raide avec une tendance à la flexion. Mais il persiste une maladresse suffisante pour gêner le malade : ce sont d'ailleurs surtout les petits mouvements des doigts qui sont gênés, rendant difficiles les menus actes de la vie courante.

Même non traité, le syphilitique hémiplégique n'est donc jamais un infirme, et le plus souvent, après quelques mois, on ne retrouve qu'une légère diminution de la force musculaire, un Babinski positif et parfois une certaine exagération des réflexes tendineux.

Mais le gros danger, c'est que le pronostic ultérieur reste toujours assombri du fait des *récidives* possibles, qui parfois aboutiront à la mort dans le coma à la suite d'un ramollissement étendu.

FORMES CLINIQUES

L'aspect clinique des hémiplégies syphilitiques peut être extrêmement varié.

1° D'APRÈS LES SYMPTÔMES. — a) *Les formes frustes* sont fréquentes : tout se borne à une certaine maladresse, de la lourdeur passagère dans un côté du corps, et seul un exament complet affirme l'hémiparésie, en mettant en évidence une légère diminution de la force et surtout un Babinski positif.

Souvent, dans ces cas, le membre inférieur est complètement indemne.

b) *Les formes associées* sont également très fréquentes. Nous ne reviendrons pas sur celles associées :

— à une paralysie oculaire,

— à un syndrome médullaire,

— à un syndrome méningé,

mais nous signalerons *la forme avec aphasie.* C'est une hémiplégie droite qui s'accompagne soit d'une aphasie transitoire, soit d'une aphasie plus durable, le plus souvent à type Broca ou anarthrique, plus rarement à type Wernicke. Parfois elle s'associe à l'*Hémianopsie.*

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 88, p. 1622.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 91. — SAMEDI 12 NOVEMBRE 1932. 105e ANNÉE. SAMEDI 12 NOVEMBRE 1932. — N° 91.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — GRENOBLE. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Etienne Berthet, Hakami, Joseph Rebuffet, Roche, Delattre, Déroudille, Cairel, Stolzenberg.

Internes provisoires : MM. Cadence, Mockers, Roger Genin, Grange, Peyron, Jean Ricard.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Rochaix, médecin du cadre des asiles en disponibilité, est nommé médecin chef de service de l'asile public d'aliénés de Bron (Rhône), poste créé.

CONCOURS D'INTERNAT A L'ASILE NATIONAL DES CONVALESCENTS. — Des concours auront lieu à l'Asile national des convalescents, 14, rue du Val d'Osne, à Saint-Maurice (Seine), le 8 décembre 1932 : 1° pour deux emplois d'interne provisoire en médecine générale; 2° pour un emploi d'interne titulaire en électroradiologie.

Les candidats doivent être Français, âgés de moins de trente ans et pourvus de douze inscriptions de doctorat au moins. Les docteurs en médecine ne peuvent prendre part au concours.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 1er décembre 1932.

Les internes de l'Asile sont nommés pour un an. Leurs fonctions peuvent être prorogées d'année en année pendant deux ans. — Les internes titulaires et provisoires sont logés, chauffés, éclairés et nourris par l'établissement qui est situé dans le bois de Vincennes, à dix minutes en tramway de la Porte Dorée. Ils reçoivent, en outre, une indemnité annuelle fixée : pour la première année, à 4.000 fr.; pour la seconde année, à 4.700 fr.; pour la troisième année, à 5.400 fr.

Pour tous renseignements concernant le programme et les conditions du concours, s'adresser au secrétariat de la direction de l'Asile.

LE CINQUANTENAIRE DE LA THÈSE DE DOCTORAT DU DOCTEUR BRANLY. — L'illustre père de la TSF a longtemps exercé la médecine comme médecin de quartier. Il avait passé sa thèse de doctorat en médecine en 1882 sur *Le Dosage de l'hémoglobine dans le sang par les procédés optiques*. Cette thèse porte le n 197, le diplôme de docteur en médecine porte le n° 303.

C'est cet anniversaire que l'UMFIA et son infatigable animateur notre ami Dartigues ont célébré mardi matin, à l'Institut catholique, en une cérémonie intime, à laquelle assistait M. le doyen Balthazard ; il n'y a pas eu de discours, il y a eu mieux : une manifestation de respect et d'admiration envers un illustre savant dont la modestie est égale au génie.

Dans l'assistance : MM. Bandelac de Pariente, Gaullieur l'Hardy, Delaunay, professeur Roule, Foveau de Courmelles, Baillière, Noir, Molinéry, Bellencontre, Pierra, Gardette, Jayle, Fiessinger, Crinon, Blondel.

M. Dartigues a remis à M. Branly la *Revue de l'Union médicale latine* consacrée à son œuvre.

UNE CONFÉRENCE DU PROFESSEUR GREGORIO MARANON. — L'Association générale des étudiants latins-américains avait organisé lundi une manifestation en l'honneur de M. Marañon, professeur d'endocrinologie à la Faculté de médecine de Madrid.

Cette manifestation a eu lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris. Le professeur G. Marañon a traité de l'insuffisance surrénale. Il a été l'objet d'une véritable ovation.

Le savant espagnol est reparti mardi pour Madrid.

CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE PRATIQUE. — MM. les docteurs A. Terson et H. Joseph commenceront, le jeudi 17 novembre, à 17 h., à la Clinique du docteur Joseph, 22, rue Monsieur-le Prince, une suite d'entretiens cliniques et thérapeutiques pour les praticiens non spécialisés.

Ces conférences, gratuites, auront lieu les mardis et jeudis, à 17 heures.

Les auditeurs pourront poser les questions ophtalmologiques qui les intéressent.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — — CHAIRE D'HYDROLOGIE ET CLIMATOLOGIE THÉRAPEUTIQUES. (Professeur : M. Maurice VILLARET.) — M. le professeur Maurice Villaret commencera le cours d'hydrologie et climatologie thérapeutiques le mercredi 16 novembre 1932, à 16 h., dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Il continuera son cours au petit amphithéâtre les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

Ce cours sera complété par des leçons cliniques d'hydrologie et de climatologie thérapeutique pratique au lit du malade, au Centre d'hydro-climatologie des hôpitaux de Paris (hôpital Necker, salle Delpech), le matin à 11 h. 30, à partir du mois de février 1933.

— CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE. (Hôpital Laennec. (Professeur : M. Léon BERNARD.) — M. le professeur Léon Bernard commencera ses leçons à la salle des conférences de la Clinique le mercredi 16 novembre 1932, à 11 h., et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Le Professeur A. CHAUFFARD

(1855-1932)

C'est avec une profonde tristesse que j'ai appris la mort de mon bon maître le professeur Chauffard. Il y a peu de jours, je l'avais vu à l'Académie de médecine souriant et alerte, tout heureux d'accompagner son ami, le professeur Pierre Marie qui revenait après une longue absence.

Pouvais-je soupçonner qu'il allait disparaître si brusquement, au soir d'une vie particulièrement remplie ?

Ce n'est pas sans émotion que je me reporte aux heureux jours de ma jeunesse où mon frère, Paul Ravaut et moi nous étions *roupious* dans son service de Broussais. Je revois encore le patron, les deux pouces passés dans son tablier, nous interrogeant avec son sourire légèrement moqueur.

Ce sourire nous intimidait beaucoup, et cependant comme il dissimulait mal sa grande bonté. Derrière le patron, je revois aussi ce charmant Bouglé, son interne, si tôt disparu, je revois plus tard mon vieil ami Ernest de Massary.

Le service de M. Chauffard était très recherché, il avait déjà une grande réputation de clinicien. Cette réputation, ses succès, il ne les devait qu'à lui-même, bien qu'il fût le fils d'un maître qui a laissé un grand souvenir à la Faculté de Paris et qu'il appartînt à une belle famille médicale.

On sait qu'il avait épousé la fille de M. Bucquoy, qui présida l'Académie de médecine en 1908. M. Bucquoy était lui-même le gendre de Danyau et le petit-fils du baron Boyer.

M. Chauffard était apparenté, d'autre part, à la famille Pamard qui, depuis deux siècles, à Avignon, a fourni, de père en fils, sans interruption, des chirurgiens de renom.

Ces souvenirs de famille ne sont pas inutiles à rappeler. Ils montrent le rôle que peut jouer la tradition quand elle vient seconder une haute intelligence comme celle de mon regretté maître.

Anatole Chauffard était né le 22 août 1855 à Avignon. Il fit à Paris ses études au Lycée Louis-le-Grand, puis sa médecine. En 1877, il est reçu 6e à l'internat dans une promotion qui comptait Faisans, Gaucher, Comby, Netter, Béclère, Galliard, Juhel-Rénoy. Il obtint la médaille d'or de l'Internat. En 1885, il est nommé médecin des hôpitaux, en même temps que Letulle, en 1888, il est chef de service à Broussais.

Le concours de l'agrégation lui donne l'occasion d'un nouveau succès. En 1886, il est nommé agrégé de médecine dans la promotion de Brissaud, Ballet et Déjerine. Douze ans après, en 1908, il est nommé professeur et succède à M. Laboulbène, dans la chaire d'histoire de la médecine, puis devient enfin professeur de clinique médicale à Saint-Antoine lors de la retraite de M. le professeur Hayem.

L'Académie de médecine lui ouvrit ses portes en 1902, il en fut le président en 1923.

L'œuvre de M. Chauffard a été particulièrement importante. Tout le monde connaît son article sur les maladies du foie dans le Traité Charcot-Bouchard, son articles sur les maladies du rein dans le traité Brouardel-Gilbert. D'autres, plus qualifiés que moi, rappelleront encore ses recherches en histologie, ses travaux de laboratoire consacrés surtout aux maladies du foie, ses travaux sur l'ictère hémolytique avec Noël Fiessinger, sur la cholestérine avec Grigaut, sur les maladies de la nutrition, etc...

Cette énumération certes incomplète indique cependant l'étendue de l'œuvre de celui qui fut un grand clinicien et un chef d'école respecté.

M. Chauffard a formé, en effet, toute une génération de médecins qui, pour la plupart, sont devenus des maîtres à leur tour. Il savait choisir ses élèves, diriger leurs travaux, il demeurait un ami pour eux. Ils le pleurent maintenant, car tous sentent profondément la perte qu'ils ont faite.

Que Mme Chauffard, que ses enfants, le professeur et Mme Georges Guillain veuillent bien trouver ici l'expression très émue de notre respectueuse et profonde sympathie.

F. L. S.

L'héliothérapie, par le Dr Henri DAUSSET, chef du service central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu. Les Actualités physiothérapiques, publiées sous la direction du Dr Duhem. 1 vol. in-8° (20 × 13) de 112 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, Gauthiers-Villars et Cie.

REVUE GENERALE

LA PRESSION VEINEUSE PÉRIPHÉRIQUE[1]

Par M. Pierre BARDIN,
Interne des hôpitaux de Paris.

Variations physiologiques de la pression veineuse périphérique chez l'homme.

Ces variations ont été bien précisées par Maurice Villaret et ses collaborateurs.

1. *La position du membre* influe beaucoup sur la pression veineuse : elle diminue si on élève le bras, augmente si on l'abaisse, ou si l'on fait asseoir le sujet.

2. *Le moindre effort musculaire* augmente immédiatement la pression veineuse.

Ces deux notions expliquent les précautions à prendre pour que la mesure de la pression veineuse soit correcte.

3. *La température ambiante* ne produit que peu ou pas de modifications.

4. *La respiration* n'entraîne aucune modification dans l'inspiration ou l'expiration normales. Au contraire, on constate de l'hypertension veineuse dans l'hyperpnée volontaire, dans l'expiration bloquée, et au cours de la toux (Maurice Villaret et Grellety-Bosviel).

5. *Le réflexe oculo-cardiaque* détermine, avec la bradycardie, une élévation marquée de la pression veineuse (Maurice Villaret et Grellety-Bosviel) ; il en est de même pour le *réflexe solaire* (H. Claude et Lamache).

6. *Les règles* peuvent amener une très légère élévation de la pression veineuse.

7. La pression veineuse est le plus souvent augmentée dès les *premiers mois de la grossesse*, sans hausse concomitante de la tension artérielle, ce qui éclaire d'un jour nouveau la physiologie pathologique des troubles circulatoires pendant la gestation.

8. *L'âge* influe peu sur la pression veineuse : elle semble basse chez l'enfant ; mais elle est égale chez l'adulte et le vieillard en position couchée.

Au contraire, dans la station assise, la pression veineuse augmente avec l'âge.

9. A l'état normal, il y a un parallélisme presque constant entre la *tension artérielle maxima* et la pression veineuse ; celle-ci correspond environ au treizième de la tension artérielle maxima (Maurice Villaret). Au contraire, à l'état pathologique, nous verrons que ce rapport n'existe plus.

10. *Pression veineuse cérébrale :* H. Claude, Lamache et Dubar ont spécialement étudié la *pression veineuse rétinienne*. Celle-ci peut être supérieure, inférieure ou en équilibre avec la tension du globe oculaire.

Si la tension veineuse est la plus élevée, on fait naître le pouls veineux par compression du globe : la technique de Bailliart consiste à mesurer la tension du globe au tonomètre, puis à comprimer progressivement à l'aide d'un dynamomètre, jusqu'à apparition des premières pulsations veineuses ; la graduation donne alors la valeur de la tension minima dans la veine centrale de la rétine. Celle-ci est d'environ 22 mm. de mercure, soit 24 à 25 cm. d'eau, donc le *double de la pression veineuse périphérique*. Mais il est impossible, à l'heure actuelle, de préciser les relations exactes entre les pressions veineuses prises au bras et à la rétine.

11. *Pression du liquide céphalo-rachidien :* on sait que l'élévation rapide de la pression veineuse intracranienne, provoquée par la manœuvre de Quechenstedt, détermine une augmentation de tension du liquide céphalo-rachidien.

Cependant Claude, Targowla et Lamache ne trouvent pas de rapports constants entre la pression veineuse périphérique et celle du liquide céphalo-rachidien.

Tzanck et Renault estiment que « la façon rationnelle de mesurer la tension veineuse est de s'adresser au *liquide céphalo-rachidien*. Sa quantité relativement stable est contenue dans une cavité à parois rigides, et ses changements de pression sont forcément en rapport avec le liquide de pression variable contenu dans le plexus veineux. Lui seul peut ainsi donner une image, à peu près fidèle, de la pression veineuse ».

Mais en admettant que la pression du liquide céphalo-rachidien reflète la pression veineuse profonde, elle ne peut la mesurer. En tout cas, elle n'est l'image que d'une circulation profonde, celle-ci variant suivant les régions et les organes, en raison de la notion des anisergies circulatoires.

Variations pathologiques de la pression veineuse périphérique.

La pression veineuse a été étudiée dans de multiples affections, mais c'est surtout au cours des affections du cœur, du médiastin, de la plèvre et des poumons, qu'elle présente, semble-t-il, le plus d'intérêt pratique.

Pression veineuse et cardiopathies.

Nous résumons ici les recherches de Maurice Villaret et de ses collaborateurs, notamment Saint-Girons et Grellety-Bosviel, qui ont particulièrement étudié ce sujet.

Dans les **cardiopathies bien compensées,** aussi bien mitrales qu'aortiques, la pression veineuse est normale.

Mais si l'on voit, chez ces malades, la pression veineuse s'élever sensiblement au-dessus de la normale, on peut conclure aussitôt à une décompensation cardiaque tout à fait à son début, *alors qu'il n'existe encore aucun signe clinique d'hyposystolie.*

C'est ainsi que dans l'insuffisance aortique à type Corrigan, une hypertension veineuse passagère semble prouver l'existence d'une légère défaillance du cœur droit, non objectivée cliniquement, mais qui

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 89, p. 1629.

précède l'asystolie terminale, irréductible, classique dans cette affection.

Dans l'**asystolie du cœur gauche**, la pression veineuse est normale. L'insuffisance ventriculaire gauche n'entraîne d'hypertension veineuse que s'il y a stase et hypertension dans la circulation pulmonaire (œdème aigu du poumon), ou insuffisance ventriculaire droite surajoutée, donc asystolie complète.

Dans l'**asystolie du cœur droit**, au contraire, la pression veineuse est toujours élevée, et cette hypertension dans la circulation de retour a un triple intérêt diagnostique, pronostique, thérapeutique :

Intérêt diagnostique. — Elle confirme l'origine asystolique des phénomènes pathologiques présentés par le malade. Il est certain que l'hypertension veineuse n'est qu'un épiphénomène au cours d'une asystolie typique, bien qu'elle permette de substituer à une impression clinique une mesure exacte.

Mais, par contre, elle permet de déceler une asystolie légère, à son début. D'autre part, les cas ne sont pas rares, en clinique, où l'on hésite sur l'origine d'un gros foie : cirrhose éthylique ou asystolie hépatique ? Or un gros foie cirrhotique s'accompagne, comme l'a montré Maurice Villaret, d'hypotension veineuse plus ou moins marquée ; tandis qu'un gros foie cardiaque s'accompagne d'hypertension veineuse nette.

Intérêt thérapeutique. — Elle montre l'efficacité ou la non-efficacité du traitement tonicardiaque, dont elle permet de contrôler et de suivre les effets ; elle indique au praticien s'il faut renouveler une saignée, s'il faut continuer, amplifier ou supprimer l'usage de la digitale, de l'ouabaïne.

Intérêt pronostique, enfin, car « la pression veineuse et l'asystolie décrivent deux courbes parallèles » :

— Si la pression veineuse redescend au chiffre physiologique et s'y maintient à plusieurs examens successifs, l'asystolie est *réductible*.

— Si la pression veineuse ne subit qu'une chute passagère ou partielle : pronostic réservé, l'asystolie n'est qu'*incomplètement réductible*.

— Si, enfin, la pression veineuse reste élevée d'une façon permanente, malgré la thérapeutique toni-cardiaque mise en œuvre : mauvais pronostic, l'asystolie est *irréductible*.

On peut donc conclure que les chiffres successifs de la pression veineuse pris au cours de l'évolution d'une asystolie, ont autant d'intérêt, sinon plus, que les chiffres du pouls et de la tension artérielle (« tensions décapitées »), que la quantité des urines, que le volume du foie.

Pression veineuse et hypertension artérielle.

Ici encore, nous résumons le résultat des recherches de Maurice Villaret, Saint-Girons et Grellety-Bosviel. Dans l'*hypertension artérielle pure, ou essentielle*, la pression veineuse est normale. Il en est de même dans l'*hypertension artérielle des néphrites chroniques et des aortites* (maladie de Hodgson), s'il n'y a pas de fléchissement cardiaque.

Au contraire, dans l'*hypertension des néphrites aiguës* et surtout dans l'*hypertension des athéromateux*, la pression veineuse est basse. Maurice Villaret met ainsi en valeur un test circulatoire de la sclérose des petits vaisseaux, l'opposition entre l'hypertension artérielle et l'hypotension veineuse.

Mais ce qui est capital pour l'établissement du pronostic chez un hypertendu, c'est que la pression veineuse s'élève dès que l'hypertension artérielle, quelle qu'en soit la cause, cesse d'être compensée et s'accompagne d'insuffisance cardiaque.

Pression veineuse et compressions médiastinales.

Comme dans les cardiopathies, les recherches du professeur Maurice Villaret et de son école ont montré que la mesure de la pression veineuse, au cours des compressions médiastinales, était du plus haut intérêt.

En effet, l'hypertension veineuse au membre supérieur, comparée à celle du membre inférieur, permet de dépister une compression du tronc de la veine cave supérieure, ou d'une de ses branches, de mesurer le degré de cette compression, et d'en suivre l'évolution spontanée ou l'évolution sous l'influence de la thérapeutique mise en œuvre.

Il est inutile d'insister sur la difficulté du diagnostic des compressions médiastinales. La dyspnée, la toux sont des symptômes sujets à caution. L'œdème en pèlerine, la circulation collatérale sont plus ou moins rares. Au contraire, il n'est pas de compression médiastinale sans hypertension veineuse des membres supérieurs.

On pourrait objecter que cette hypertension veineuse est liée à une insuffisance ventriculaire droite ; mais il suffit, pour éliminer cette objection, de prendre la pression veineuse aux membres inférieurs. Même si l'asystolie intervient, la pression veineuse prise à la saphène, bien que forte, sera toujours moins élevée que celle prise au coude, ou mieux, aux deux bras comparativement.

En effet, la pression veineuse comparée aux deux membres supérieurs montre, dans certains cas, une inégalité entre les chiffres obtenus, ce qui permet souvent de préciser le siège de l'obstacle à la circulation de retour.

On conçoit tout l'intérêt de cette hypertension veineuse dans les **anévrismes de la crosse de l'aorte**, où elle aide à la fois au diagnostic et au pronostic, puisqu'elle permet d'apprécier les effets de la thérapeutique sur la *médiastinite* concomitante.

Il en est de même pour le diagnostic des **tumeurs médiastinales**, et la pression veineuse prise comparativement aux deux bras permettra ordinairement, répétons-le, de localiser cliniquement la tumeur.

Il est souvent difficile, au cours de l'évolution des **pleurésies séro-fibrineuses**, de préciser le moment où la thoracenthèse devient indispensable. On sait que les signes fonctionnels, la dyspnée en particulier, n'ont à ce sujet que peu de valeur. Le déplacement des organes, spécialement du cœur, ne constitue pas un test très précis. Au contraire, la phlébopiézométrie,

combinée ou non à la mesure de la pression du liquide pleural, constitue un moyen très simple d'apprécier le déplacement du médiastin et de prévoir les phénomènes d'intolérance. S'il y a une forte hypertension veineuse, il faut évacuer l'épanchement.

De même, au cours de la collapsothérapie par le **pneumothorax artificiel,** il est parfois difficile de préciser la fréquence et l'importance des insufflations, ainsi que la pression à maintenir. Et l'on voit des déplacements médiastinaux très marqués avec des pressions très faibles.

Ici encore, la phlébopiézométrie renseignera sur l'état du médiastin et du cœur. S'il y a intolérance, la pression veineuse montera rapidement, comme l'ont montré Cordier d'une part, Maurice Villaret et Martiny de l'autre.

Le pneumothorax artificiel nous amène à parler de la

Pression veineuse dans la tuberculose pulmonaire.

Question particulièrement étudiée à Paris, par Maurice Villaret et Martiny, par Lecomte et Yacoel, à Lyon par Cordier, à l'étranger par Fuschs et Castellotti, et tout récemment par Floriani.

La pression veineuse n'est pas la même dans les différentes modalités de la **tuberculose aiguë :**

— elle est en général augmentée dans la *granulie;*

— elle est en général abaissée dans la *pneumonie caséeuse* et la *broncho-pneumonie caséeuse.*

Au cours de la **tuberculose pulmonaire chronique :** la pression est normale ou abaissée dans la *tuberculose ulcéro-caséeuse.*

Au contraire, elle est augmentée dans la *tuberculose* fibreuse. — En cas d'*hémoptysie tuberculeuse*, la pression veineuse fournit des renseignements très importants, et constitue un élément de pronostic sur lequel Maurice Villaret a particulièrement insisté, montrant tout l'intérêt que présentent les variations de la pression veineuse dans les formes hémoptoïques de la tuberculose pulmonaire.

La pression veineuse s'élève nettement durant la période prémonitoire de l'hémoptysie, s'abaisse aussitôt l'hémoptysie produite, pour revenir ensuite à son chiffre normal.

Mais si, l'hémoptysie terminée, on voit la pression veineuse redevenir très haute, il faut craindre une rechute et mettre immédiatement en œuvre une thérapeutique efficace.

Pression veineuse et pneumopathies non tuberculeuses.

Nous avons déjà noté que la pression veineuse était très augmentée dans l'**œdème aigu du poumon.**

Elle est élevée également dans l'**emphysème aigu du poumon.** Chez les malades atteints de **sclérose avec emphysème chronique du poumon,** la pression veineuse est rarement normale ou abaissée ; le plus souvent, elle est augmentée comme l'ont montré successivement Maurice Villaret, Célice, du Pasquier.

Pression veineuse et cirrhoses du foie.

Au cours des cirrhoses avec ascite, Maurice Villaret et ses collaborateurs ont, en général, trouvé une diminution assez marquée de la pression veineuse périphérique, mesurée dans le territoire des veines superficielles dépendant du système cave supérieur. Mais si l'hypertension portale entraîne à sa suite une hypotension cave supérieure, elle s'accompagne souvent d'une hypertension dans le domaine de la veine cave inférieure, lorsque l'ascite vient à gêner ce dernier territoire.

Par conséquent, dans les cirrhoses éthyliques avec ascite, on trouvera, en général, de l'hypotension veineuse aux membres supérieurs, de l'hypertension aux membres inférieurs.

Par contre, nous l'avons vu, si la cirrhose est d'origine cardiaque, il y aura hypertension veineuse très marquée aux membres supérieurs ; de même, si la cirrhose éthylique se complique d'insuffisance cardiaque, il y aura aussitôt hypertension veineuse au pli du coude.

Pression veineuse et troubles vasculaires périphériques.

Dans la question si complexe des **acrocyanoses,** la mesure de la pression veineuse a apporté un appoint considérable. Elle a montré d'une part qu'il existe des acrocyanoses avec pression veineuse *faible ou diminuée*, d'origine artérielle ou artériolaire, réagissant à l'acétylcholine (Maurice Villaret, Justin-Besançon et Cachera) ;

D'autre part, des acrocyanoses avec pression veineuse *forte*, d'origine endocrinienne, relevant de l'opothérapie pluriglandulaire, par voie parentérale (syndrome d'insuffisance ovarienne avec acrocyanose et hypertension veineuse, de Maurice Villaret, Saint-Girons et Grellety-Bosviel).

Pour les cliniciens qui ont voulu individualiser un véritable « cœur périphérique », la pression veineuse s'abaisserait, et souvent notablement, lorsqu'il y a des troubles circulatoires à son niveau, et la défaillance du cœur périphérique s'opposerait ainsi à la défaillance du cœur droit qui s'accompagne d'hypertension veineuse.

Les modifications de la pression veineuse au cours des **varices** ont été spécialement étudiées par Maurice Villaret et Salasc.

Naturellement, les **varices symptomatiques,** relevant d'une compression cave inférieure, ont une tension veineuse augmentée au niveau de la saphène.

Au contraire, les **varices essentielles,** diathésiques, ont une tension veineuse inférieure à la normale, à condition que la pression soit prise à la saphène dans le décubitus strictement horizontal.

Il est intéressant de rappeler que, chez la femme enceinte, dès les premiers mois de la grossesse, la pression veineuse est élevée aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, sans hausse concomitante de la tension artérielle.

Le professeur Cunéo a étudié, pendant la guerre, la pression veineuse périphérique dans **les anévrismes artério-veineux du membre inférieur.** Il a constaté des chiffres de 27 à 50 cm³ d'eau, aussi bien à la saphène qu'au pli du coude ; par conséquent, une hypertension veineuse généralisée dans tous les cas.

La pression veineuse en neurologie.

Les recherches de Maurice Villaret et Jonesco ont montré que la pression veineuse était nettement augmentée des deux côtés pendant le **coma hémiplégique.**

Il est intéressant de noter que, d'après ces auteurs, la pression veineuse est augmentée, du côté paralysé, dans l'**hémiplégie flasque,** alors qu'elle est abaissée dans l'**hémiplégie spasmodique,** à l'inverse de la tension artérielle et de l'indice oscillométrique, parallèlement aux variations de la température locale : ces constatations expliquent en grande partie la production des œdèmes chez ces sujets.

Chez les *anciens traumatisés du crâne,* il est important de prendre la pression veineuse, son hypertension prouvant l'organicité des troubles accusés par le malade.

La pression veineuse en psychiatrie.

Cette question a été très étudiée par Henri Claude, Porak et Rouillard, Targowla et Lamache. Ces auteurs ont constaté que la tension veineuse varie, dans une certaine mesure, avec la gravité des cas. De même, les variations qu'elle subit au cours de l'évolution, chez un sujet donné, sont parallèles aux modifications de l'état clinique, et paraissent commandées par des troubles complexes, cardio-vasculaires, respiratoires et neuro-endocriniens diversement associés. L'hypertension veineuse vient s'ajouter aux autres éléments, mis en évidence par les recherches cliniques et biologiques, du syndrome organique des psychopathies, et contribue, en rattachant celles-ci plus étroitement à la pathologie générale, à les définir avec une plus grande précision.

Conclusions.

Une méthode nouvelle d'examen, en médecine, se juge à ses applications pratiques.

A l'aide de la technique que nous avons exposée, la mesure de la pression veineuse périphérique est devenue aussi facile que précise, et pourvu que l'on sache faire une ponction veineuse, on est toujours sûr d'obtenir des chiffres exacts.

En outre, une méthode nouvelle mérite d'être utilisée si elle peut servir à poser un diagnostic, à fixer un pronostic et à établir une thérapeutique.

Or la pression veineuse répond à ces trois critères. N'avons-nous pas vu, en effet, que dans les **cardiopathies,** elle indique avec une très grande précision le début de l'hyposystolie ; et qu'au cours de l'asystolie, elle permet de suivre les effets du traitement institué.

Dans l'**hypertension artérielle,** elle permet de distinguer les cas de sclérose artérielle périphérique des hypertensions rénales, et de différencier l'hypertendu bien compensé de celui qui a déjà forcé son cœur, et par conséquent, d'instituer une thérapeutique appropriée.

Dans les **compressions médiastinales,** elle aide puissamment au diagnostic et à la localisation de la tumeur et permet de suivre l'amélioration du malade sous l'influence de la thérapeutique.

Au cours d'un **pneumothorax artificiel,** elle permet d'éviter les accidents cardiaques consécutifs à des insufflations trop fortes ou trop rapprochées.

Dans la **tuberculose pulmonaire ou pleurale,** elle précise certains diagnostics et permet de prévoir certains accidents, les hémoptysies en particulier.

En conclusion, la mesure de la pression veineuse périphérique mérite d'entrer dans le domaine de la pratique courante : le clinicien trouvera en elle une méthode d'examen extrêmement simple, mais dont les renseignements seront très utiles pour le diagnostic et le pronostic de nombreux processus pathologiques.

BIBLIOGRAPHIE

Toutes les publications antérieures à 1930 se trouvent consignées dans la bibliographie de l'ouvrage de Maurice VILLARET, SAINT-GIRONS et JUSTIN-BESANÇON : *La pression veineuse périphérique* (Masson, 1930).

FLORIANI. La pression veineuse dans la tuberculose pulmonaire. *La Semana Med.*, 31 déc. 1931 ; Mesure de la pression veineuse, *El Dia Med.*, avril 1932.

HESS W.-R. *Die Regulierung des Blutkreislanges.* G. Thienne, Leipzig, 1930.

LAUBRY et TZANCK. La circulation de retour du sang vers le cœur, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 22 juillet 1930 ; Les déséquilibres de la circulation de retour. *Soc. méd. des Hôp.*, 23 janv. 1931 ; la circulation de retour, étude physiologique et pathogénique. *Presse Méd.*, 23 mars 1932.

Maurice VILLARET. Quelques précisions sur la pression veineuse. *Acad. de méd.*, 21 juin 1932.

Maurice VILLARET, JUSTIN-BESANÇON et CACHERA. Les anisergies circulatoires. *Presse Méd.*, 28 oct. 1931 ; recherches expérimentales concernant l'action de l'adrénaline sur la pression veineuse périphérique ; *R. de la Soc. de Biol.*, 17 oct. 1931.

Maurice VILLARET et Henri DESOILLE. Quelques exemples cliniques montrant l'intérêt général de la phlébopiézométrie au point de vue du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique, *Presse Méd.*, 1er oct. 1932.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La rééducation des déficients psychiques et des retardés scolaires, par Mlle le Dr HOFFER, professeur honoraire de l'Université, directrice de Médico-Pédagogie au centre de rééducation du Dr de Parrel, et Mlle ANGLES, inspectrice générale des écoles maternelles, avec la collaboration du Dr Léopold LÉVI, pour la partie endocrinologique. Collection de Parrel des manuels de rééducation. 1 vol. in-8° carré de 238 pages, avec 57 figures et tableaux dans le texte. — Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La célébration du Centenaire de la naissance de M. Alexandre GUÉNIOT (1832-1932)

L'Académie de médecine vient de rendre hommage à son vénéré doyen d'âge et d'élection qui avait accompli le matin même sa centième année.

La salle était bondée, de nombreuses dames avaient pris place dans l'hémicycle où les académiciens étaient au complet. Voici M. le préfet Bouju, le Dr Lobligeois, conseiller municipal, le professeur Sanarelli (de Rome) ; le professeur Thorwald Madsen (de Copenhague) ; le médecin général inspecteur Cadiot, M. Cavalier, directeur de l'Enseignement supérieur, puis de très nombreux représentants de la Société nationale de chirurgie, de la Société d'obstétrique. J'aperçois aussi dans le fond M. Apert, dernier interne de M. Guéniot.

Au premier rang, avec sa famille, notre ami Paul Guéniot, accoucheur des hôpitaux, agrégé, assiste à l'hommage rendu à son père.

Le bureau de l'Académie, en uniforme, fait son entrée accompagnant M. de Monzie, ministre de l'Education nationale, et M. Justin Godard, ministre de la Santé publique. Derrière le bureau apparaît le vénéré M. Guéniot, au bras du général Gouraud, gouverneur de Paris, et fils du regretté docteur Gouraud, médecin de la Charité. Des applaudissements nourris accueillent leur entrée.

Et les discours commencent, chacun des orateurs rend hommage à la vie simple et laborieuse de M. Guéniot, à son dévouement et à sa dignité. Et de fait, quelle carrière bien remplie que la sienne. Né le 8 novembre 1832 à Tignécourt, dans les Vosges, il fait sa médecine à Paris, est externe en 1856, arrive 12e à l'internat en 1857, en même temps que Dujardin-Beaumetz, Tillaux et Lancereaux. En 1865, il est chirurgien des hôpitaux et le demeure jusqu'en 1895. On sait qu'à cette époque, il n'y avait pas d'accoucheurs des hôpitaux. Les accouchements étaient faits par des chirurgiens comme Guéniot, comme Lucas Championnière. En 1869, M. Guéniot arrive à l'agrégation d'accouchements. La même année, ses collègues Bouchard, Brouardel et Cornil étaient nommés agrégés de médecine ; MM. Lannelongue et Le Dentu étaient nommés en chirurgie. En 1880, il est élu à l'Académie de médecine, il en est président en 1906.

Ce sont tous ces souvenirs que rappellent les orateurs, M. le président Meillère, dans une allocution de belle tenue ; M. le secrétaire général Achard, dans une harangue pleine de finesse et d'esprit. M. le professeur Bar, avec sa haute autorité, dit la gratitude des obstétriciens pour leur maître vénéré qui a été un modèle de désintéressement et dont les travaux jamais interrompus ont certainement été la cause de sa verte longévité. M. Pierre Duval, président de la Société nationale de chirurgie, salue celui qui fait partie de la société depuis 64 ans, et a apporté une contribution très importante aux travaux de la Société.

M. Mourier rappelle que le doyen de l'Académie a connu le début de l'ère pastorienne, les progrès de l'anesthésie, les miracles récents de la chirurgie. Il a été l'élève ou le collègue de tant de maîtres dont la postérité garde fidèlement la mémoire, les Velpeau, les Nélaton, les Bazin, les Ricord, les Malgaigne, ombres illustres, et tant d'autres dont le labeur patient et désintéressé a apporté une éclatante contribution au grand œuvre médical.

« On a dit ce qu'a été la carrière du docteur Guéniot ; qu'il me soit donné, cependant, de rappeler son rôle de premier plan dans les hôpitaux de Paris, tant à l'hospice des Enfants-Assistés que comme chef de service à la Maternité, où il demeura pendant de longues années, dispensant à la population pauvre de Paris le trésor de sa science et de sa bonté. »

M. Ambroise Rendu, doyen du Conseil municipal, vient apporter au docteur Guéniot l'hommage du quartier Saint Thomas d'Aquin, envers celui qui, pendant sa longue carrière, a rendu tant de services.

M. de Fontenay, président du Conseil municipal, rappelle que le Conseil aurait voulu célébrer le centenaire à l'Hôtel de Ville. Devant le désir exprimé par M. Guéniot, toujours modeste, la fête est devenue strictement académique. La Ville de Paris s'y associe en décernant sa médaille d'or à celui qui a mis au monde tant de Parisiens.

M. de Fontenay déclare, en outre, qu'il est heureux, comme petit-fils du Dr Nacquard, président de l'Académie de médecine en 1854, d'avoir été désigné pour remplir cette mission.

M. de Monzie, ministre de l'Education nationale, se félicite d'avoir à saluer le doyen de l'Académie : « Vous avez, mon cher maître, dit-il, ressuscité la tradition d'Hippocrate et, du même coup, infligé un démenti à Voltaire, lequel soutenait par malice de malade qu'aucun centenaire n'appartenait à la Faculté. Vous avez eu, il est vrai, d'assez nombreux prédécesseurs dans la pratique du centenaire médical. On cite Saporta, médecin de Charles VIII, qui mourut à 106 ans ; Louis Patenôtre, maître chirurgien à Loisy-en-Brie, qui opéra jusqu'à 103 ans ; Dufournelle de Barjac, né en 1690, que Napoléon se fit présenter en 1800 ; le docteur Zalewski, qui avait 13 ans quand il assista à l'exécution de Louis XVI et s'éteignit doucement en 1893, et plus récemment les trois frères de Bossy, du Havre, tous trois médecins, qui furent tous trois centenaires. A défaut de conserver tous les malades, la médecine conserve à titre publicitaire quelques médecins de choix. « La médecine, affirment certains statisticiens, *malgré tant de circonstances désavantageuses, est l'une des professions où la vie moyenne est la plus longue.* » Il y a un correctif à cette formule rassurante dont les auteurs précisent qu'elle s'applique dès que le médecin arrive à la notoriété. Ainsi dans la profession médicale, le succès ajoute aux prestiges sociaux un supplément de privilèges biologiques. »

Dans le livre de souvenirs et dans la vie même de M. Guéniot, l'orateur recheche les secrets de la longévité. Suffit-il d'être toujours attentif ? Faut-il, pour se préserver d'une vieillesse qui, selon certains, serait la rouille de la vie, et, pis, une « sclérose généralisée », faut-il s'adonner au tra-

vail, sans songer à la retraite, à cette retraite qui, dit-on, fait plus de victimes que la tuberculose ?

« Ne vous êtes-vous point avisé, le 22 février 1922, de faire à l'Académie de médecine une communication sur la faculté de ne penser à rien ? C'était, je crois, la seule faculté que la nature, prodigue envers vous, vous eût refusée. Vous pensez toujours à tout. »

Et en terminant, le ministre salue le doyen qui est un magnifique exemplaire de l'optimisme français.

M. Alexandre Guéniot monte à son tour à la tribune au milieu des applaudissements. Il est très ému, certes, mais comme à l'ordinaire, sa voix est ferme et sa diction parfaite. Après avoir remercié les orateurs, après avoir dit sa gratitude à ses collègues, à ses amis, il parle de ses souvenirs, sur lesquels il a publié il y a deux ans un si charmant volume. Le souvenir, dit-il, nourrit l'esprit du vieillard et en empêche la déchéance.

Avec sa bonne grâce et son esprit habituel, le vénéré doyen rappelle quelques détails de l'histoire de l'Académie, à ce propos, il envoie un petit « coup de patte » si j'ose ainsi m'exprimer, aux promesses ministérielles. Le ministre qui, lui-même, avait envoyé quelques instants auparavant un petit coup de patte aux médecins, ne pouvait se fâcher. Il prit le parti de rire de bon cœur.

En terminant, M. Guéniot rappela qu'à l'ancienne Académie de la rue des Saints-Pères, la voix des orateurs n'était jamais couverte par le bruit des conversations particulières et il fit une spirituelle et aimable critique de l'Académie actuelle.

Quand il descendit de la tribune, M. Guéniot fut salué par une ovation formidable, dernière manifestation du respect et de l'affection que tous ses confrères éprouvent pour leur vénéré doyen.

F. L. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 28 octobre 1932)

Asthme essentiel chez une tuberculeuse atteinte de cardiopathie. — M. G. Caussade. Observation qui apporte des éléments de discussion sur l'asthme dit « tuberculeux ».

Quant à l'asthme tuberculeux, en tenant compte surtout des observations de E. Sergent et de A. Bernard, et de la sienne propre, il est possible d'admettre qu'asthme et tuberculose sont peut-être initialement coopérants, la tuberculose modifiant ou trouvant le système neuro-végétatif et les humeurs déjà troublés. Dans son observation propre, et dans celles des auteurs précédents, la tuberculose devenant évolutive, les crises d'asthme s'atténuent ou même disparaissent, quitte, dans un cas, à reparaître sur un substratum scléreux. La thérapeutique de l'asthme tuberculeux doit être étudiée spécialement quand l'asthme semble être seul en cause.

Pneumococcie. — MM. Chabanier et Porin relatent l'observation d'une pneumococcie et d'une pneumococcémie avec abcès cutanés multiples et placards érythémateux, tous fonctions du pneumocoque, avec ce fait particulier que toute affection pulmonaire ne fut pas observée. Guérison.

Hémorragie rénale bilatérale sans néphrite au cours du traitement par l'insuline chez un diabétique jeune. — MM. Roch et Eric Martin. L'insuline, quelle qu'en soit la marque, paraît pouvoir provoquer occasionnellement des hémorragies et en particulier des hématuries d'origine rénale. L'observation relatée est celle d'un homme de 26 ans traité depuis trois ans par l'insuline et qui présenta pendant deux semaines d'abondantes hématuries sans aucun signe quelconque de néphrite.

Un cas de maladie de Chauffard-Still.— MM. G. Etienne, Drouet, Louyot et Richon (Nancy) relatent un cas de cette maladie observée chez une femme de 24 ans. Ils relèvent chez elle : une surdité prononcée, l'apparition des premiers symptômes peu après un accouchement, l'existence d'une grosse rate, la présence d'adénopathies médiastinales. La malade présente une insuffisance mitrale. Les auteurs restent donc dans l'incertitude sur la nature de ce curieux syndrome.

Gliome du lobe frontal. Importance diagnostique du syndrome épilepsie et céphalée. Evolution brusquée, mort rapide, imprévue. — MM. E. de Massary et Boquien. Observation d'une femme de 29 ans, entrée à l'hôpital. La céphalée était intense, continue avec paroxysmes. On pensa à une tumeur cérébrale.

Un traitement d'épreuve par le cyanure améliora passagèrement la situation.

Une aggravation brusque survint au moment où une intervention se décidait.

A l'autopsie, gliome astrocytaire, gros comme une mandarine dans le lobe frontal droit.

Paramyotonie congénitale. Troubles dans les échanges du calcium sanguin. Traitement par la parathyroïde Richter. — M. C.-I. Urechia, Mme Retzeanu et M. Dragomir (Cluj) relatent ce cas observé chez une fillette de 15 ans : on constata une hypocalcémie, s'accentuant pendant les accès. L'opothérapie parathyroïdienne avec le produit de Richter fit monter les valeurs du calcium sanguin et disparaître les crampes.

Remarques sur la sérothérapie anticharbonneuse. — MM. Théodore Dumitresco et A. Jonnesco (Bucarest), affirment que la sérothérapie anticharbonneuse doit être appliquée à doses massives. Ces doses seront répétées pendant plusieurs jours, même si les phénomènes cliniques ont disparu.

Association de maladie de Parkinson et de maladie de Basedow. — MM. Alajouanine, Boudin et Maire. Malade ayant eu il y a cinq ans une encéphalite léthargique qui a donné lieu à un syndrome parkinsonien avec torticolis et palilalie et, parallèlement, à des troubles vaso-moteurs. Il existe un tremblement qui est du type basedowien ; le métabolisme basal est très augmenté.

A propos de cette observation, les auteurs discutent la pathogénie des troubles neuro-végétatifs consécutifs à l'encéphalite et la possibilité de disfonctionnement thyroïdien à la suite de ces perturbations fonctionnelles.

Epilepsie cardiaque chez un individu atteint de cardiopathie valvulaire. — M. C.-I. Urechia (Cluj) rapporte l'observation d'un homme de 38 ans, qui, huit ans après une attaque de rhumatisme polyarticulaire survenu en 1923 et ayant entraîné une sténose mitrale avec insuffisance aortique, présenta des crises espacées d'épilepsie, qui semblent bien d'origine cardiaque, et sont peut-être dues à des crises transitoires d'hyposystolie cérébrale, suivant l'hypothèse émise par Lian.

Pneumonie pulmonaire aiguë curable, image radiologique simulant une broncho-pneumonie tuberculeuse. — MM. H. Cain, Oury et Mlle Barnaud. Chez un jeune homme, le caractère atypique des signes respiratoires brusquement

apparus et l'atteinte de l'état général firent craindre une tuberculose aiguë. Mais il existait une forte leucocytose et les crachats purulents contenaient des pneumocoques à l'état de pureté, à l'exclusion du bacille de Koch. L'évolution clinique et radiologique confirma les données du laboratoire.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1932)

Les propriétés biologiques des bacilles tuberculeux isolés de cobayes inoculés avec de l'ultravirus tuberculeux et traités par l'extrait acétonique de bacilles de Koch. — MM. J. VALTIS et F. VAN DEINSE ont observé que les souches de bacilles tuberculeux issues de filtrats de cultures ou d'organes, c'est-à-dire de l'ultravirus tuberculeux, présentent aux premiers stades de leur évolution des caractères instables avant de se fixer dans l'un des types connus du virus tuberculeux.

Acide urique ultrafiltrable. — M. Ch. ACHARD, Mlle Jeanne LÉVY et M. MARINOWSKI. Le taux d'acide urique ultrafiltrable et le taux d'acide urique du sérum désalbuminé sont concordants. Si l'on admet, avec Delaville et Jones, qu'on ne dose dans le sérum désalbuminé que l'acide urique libre, on peut conclure que pendant la désalbumination, il n'y a aucune perte en acide urique.

Sucre ultrafiltrable. — M. Ch. ACHARD, et Mlles Jeanne LÉVY et Madeleine PACU. Aussi bien chez les sujets normaux que chez les diabétiques ou dans diverses maladies, le sucre du sang est ultrafiltrable.

Sur l'élimination des bacilles tuberculeux virulents de l'infection, par voie hépatobiliaire chez le cobaye vacciné par le B. C. G. — M. VANDESTRATE MAX. Chez des cobayes auxquels on a inoculé du B. C. G. six semaines auparavant, on ligature le canal cholédoque au niveau de son abouchement duodénal.

Immédiatement après, on leur inocule du bacille tuberculeux virulent.

Par la culture directe ou après traitement par l'acide sulfurique de la bile prélevée 24 heures, 48 heures, 72 heures après l'intervention, on constate que les bacilles tuberculeux de surinfection sont éliminés. L'inoculation des cobayes a montré que les colonies obtenues étaient constituées de bacilles virulents.

Chez le cobaye non préparé au B. C. G., on ne constate pas cette élimination précoce.

De la thermo-résistance de la toxine tétanique diluée en présence des divers acides aminés. — MM. BELIN, S. MUTERMILCH et Mlle SALAMON signalent que l'addition des traces de sérum normal à la toxine tétanique diluée au 1/1000e lui confère une conservation pratiquement illimitée (3 ans au moins).

En étudiant au même point de vue certains acides aminés, ils ont constaté que le glycocolle est un stabilisateur faible, que la leucine et l'allumine agissent à peu près comme le sérum, que la phénylalanine et le tryptophane sont peu actifs et que l'action de la lysine est nulle.

La valeur protectrice de toutes ces substances ne dépend, ni de la souche bacillaire choisie, ni de la virulence de la toxine ; par contre, il fut établi que les toxines provenant de la filtration des cultures âgées se montrent plus thermolabiles et se prêtent mieux à la stabilisation par les substances protectrices que les toxines provenant de la filtration des cultures jeunes. Les auteurs ont ainsi été amenés à supposer que certains dérivés de la peptone du milieu de culture exercent une action empêchante pour les substances productrices.

Sur le sort éloigné de cobayes inoculés avec de l'ultravirus tuberculeux et du B. C. G. — M. F. VAN DEINSE montre que le filtrat tuberculeux n'exerce aucune action activante sur la virulence du B. C. G. dans l'organisme du cobaye, et le B. C. G. s'avère une fois de plus complètement inoffensif pour cet animal, même à des doses très élevées et après une survie très prolongée (jusqu'à 664 jours) des animaux.

Parallélisme entre la diurèse normale ou provoquée et l'élimination de la phénolsulfonephtaléine injectée par la voie intrapleurale. — MM. LESNÉ, HAZARD, BOQUIEN et LARDE. La courbe d'élimination rénale de la phénolsulfonephtaléine injectée par la voie intrapleurale suit de très près la courbe d'élimination urinaire normale.

Dans le cas d'une diurèse provoquée, la quantité du colorant éliminé est dans les mêmes conditions de temps plus grande qu'au cours de la diurèse normale. Il semble donc y avoir un parallélisme assez étroit entre le fonctionnement rénal et l'élimination d'une substance injectée dans un circuit dérivé.

(SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1932)

Méthode rapide de préparation de sérums antivenimeux — antivipéridés et cobras — au moyen des anavenins formolés. — MM. E. GRASSET et A. ZOUTENDYK. L'utilisation des anavenins formolés dans l'hyperimmunisation des chevaux producteurs de sérums antivenimeux, permet de préparer rapidement, en cinq à sept semaines, et sans danger pour les chevaux immunisés, des sérums antivenimeux, antivipérides, colubrides, ou polyvalents, de valeur thérapeutique comparable à celle de sérums obtenus en douze à seize mois par la méthode de doses progressivement croissantes de venins non modifiés.

La résistance naturelle du chien vis-à-vis de la diphtérie est-elle due à une immunité d'origine occulte ? — MM. G. RAMON, V. ROBIN et R. RICHOU. Des épreuves de Schick ont été pratiquées chez un certain nombre de chiens, elles ont été positives. La recherche de l'antitoxine diphtérique a été effectuée dans le sang de 36 chiens de races différentes et de provenances diverses et dont l'âge varie de 1 à 15 ans. Aucun des chiens ainsi examinés ne recèle de traces appréciables d'antitoxine diphtérique dans son sérum. L'état réfractaire du chien vis-à-vis de la diphtérie, dans les conditions naturelles, n'est donc pas dû à l'existence, chez lui, d'une immunité antitoxique spécifique dont l'origine ne pourrait être qu'occulte, cet animal n'offrant aucun signe clinique apparent d'infection attribuable au bacille de Löffler.

L'immunisation et la production d'antitoxine diphtérique, chez le chien, au moyen de l'anatoxine spécifique. — MM. G. RAMON et R. RICHOU. Chez les chiens immunisés au moyen de l'anatoxine diphtérique, la production de l'antitoxine spécifique est relativement faible, proportionnellement beaucoup moins abondante que chez d'autres espèces animales, l'espèce équine par exemple. Cette différence entre les deux espèces s'explique sans doute par le fait que le cheval, grâce à l'immunité d'origine occulte qu'il est capable de posséder, est d'avance préparé à la production artificielle d'antitoxine ; le chien n'étant pas susceptible d'acquérir cette immunité se montre peu apte à fournir de l'antitoxine en réponse aux injections d'antigène.

Excitabilité du nerf de Hering. — M. L. LAPICQUE présente au nom de M. Matton une note concernant l'étude chronaxique du nerf de Hering. La chronaxie d'hypotension est en général comprise entre 0°,30 et 0°,45 ; la chronaxie de bradycardie est plus élevée.

Sur l'excitation électrique du nerf de Hering. — MM. H. Bénard, F.-P. Merklen et L. Vitanyi montrent qu'il est possible de dissocier dans la réponse cardio-vasculaire du nerf de Hering, par des excitations électriques graduellement croissantes, une action hypotensive pure et une action bradycardisante. Cette dissociation peut être mise en évidence non seulement avec les excitations faradiques, mais encore avec des décharges rythmées de condensateurs. Ils signalent l'intervention des réactions respiratoires et de sensibilité générale comme susceptibles de modifier les effets cardio-vasculaires de l'excitation électrique du nerf du sinus carotidien.

Mesures de l'excitabilité du nerf de Hering. — MM. H. Bénard, F.-P. Merklen et L. Dermer ont appliqué les techniques de L. Lapicque à la mesure de la chronaxie du nerf de Hering et à l'étude des lois de sommation concernant ce nerf itératif. Ils trouvent pour la réponse d'hypotension des chiffres oscillant autour de la valeur moyenne 0°,43 (c'est-à-dire 0,43 millièmes de seconde) ; la réponse de bradycardie correspond d'ordinaire à un chiffre plus élevé.

Présentation d'ouvrage. — M. Baudoin présente l'ouvrage de MM. Pénau, Blanchard et Simonnet, *La thyroïde*.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMENT LES MÉDECINS ONT DÉFENDU LES HUMANITÉS EN 1932

Pour faire comprendre la faiblesse des arguments qui nous sont opposés dans certains milieux politiques et universitaires, il est nécessaire, au début de la nouvelle année scolaire, de jeter un rapide coup d'œil sur l'évolution de la campagne pro-humaniste durant l'année écoulée. Notre campagne a pris une importance considérable du fait qu'après l'Association Corporative des étudiants en médecine et les journalistes médicaux, les premiers entrés dans la lice, plusieurs éminents maîtres de la Médecine n'ont pas craint de venir avec nous prendre part au tournoi. Heureuse année 1932 qui a vu le doyen Balthazard, le professeur Marfan, le professeur Sergent, le doyen Lépine proclamer en termes très nets la précellence de la culture classique. Remercions les grands organes de l'Université, le *Bulletin de la France Ancienne*, la *Revue Universitaire* (librairie A. Colin) et l'*Information Universitaire* de se mêler au corps à corps que nous livrons aux ennemis de la culture générale traditionnelle, et de rester toujours dans notre camp. Félicitons Léon Blum, le critique bien connu, pro-

fesseur honoraire au lycée Janson-de-Sailly et Hippolyte Parigot, notre éminent confrère du *Temps* et agrégé de l'Université, pour avoir apporté aux médecins français le concours que l'on sait, l'un dans une conférence remarquée à la mairie du 10e arrondissement, l'autre dans ses articles quotidiens.

L'article de M. Marfan. — Mais ce n'est pas tout : le professeur Marfan reprenant les grandes lignes de son interview qui a paru dans ces colonnes (1), a publié dans les *Débats* du 16 août dernier un remarquable travail sur les *Humanités gréco-latines et les études médicales.* Le maître a dévoilé dans cette étude ses grandes qualités de pédagogue et a expliqué le fléchissement du niveau intellectuel des lycéens ; il a réclamé notamment pour y remédier le *retour à l'enseignement du latin en 8e et du grec en 6e*, comme cela se pratiquait selon la méthode de Port-Royal, la seule qui mette en évidence la nécessité de l'étude du latin et du grec pour bien apprendre la langue française. Evidemment, ceci ne cadre pas du tout avec les concepts de M. de Monzie qui veut supprimer les classes de 9e, 8e et 7e dénommées depuis peu — *et à tort* — « classes primaires de l'Enseignement Secondaire ». M. Marfan, professeur-né, a replacé le secondaire à sa place, dans son cadre réel, et lui a rappelé son but essentiel qui est celui d'apprendre à penser. Aussi à cet effet, le veut-il déchargé des matières qui ont leur place plus marquée dans l'enseignement supérieur réservé à la spécialisation, comme certaines applications scientifiques.

L'article de M. Marfan a eu un grand retentissement, la grande presse lui a fait écho, le *Paris-Médical* du 1er octobre l'a reproduit in extenso, et *la Dépêche* de Toulouse, en donnant le 3 octobre une belle analyse, a écrit ce qui suit :

« *On peut espérer que la sanction des études secondaires, le baccalauréat remanié selon les vues du Dr Marfan, ne serait plus un examen de quantité, mais de qualité.* » Et comme conclusion, le grand journal du Midi ajoutait : « *Il n'y a pas à désespérer de l'issue de la lutte, car l'Association Corporative des étudiants en médecine et des personnalités éminentes des différents partis politiques soutiennent énergiquement la cause des vieilles humanités.* »

A ce concert d'éloges de la presse se sont jointes les félicitations motivées et argumentées de M. Léon Bérard, l'ancien grand-maître de l'Université, apôtre de la défense classique, du Dr Roux, directeur de l'Institut Pasteur, du doyen Audollent, de la Faculté des Lettres de Clermont-Ferrand, du professeur Lereboullet, du général Roget qui a laissé dans l'armée la réputation d'un officier de grande valeur et de caractère ; de Me Rousset, l'ancien bâtonnier parisien ; du Dr Bazy, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, etc....

***

Le referendum syndical. — Après cette vue d'ensemble sur notre année de propagande, ne soyons pas surpris du succès que vient de remporter le referendum syndical auprès des professeurs des Facultés et Ecoles de médecine sur la question du baccalauréat. L'article de M. Herpin, un convaincu lui aussi, publié ici même, a précisé que 246 maîtres sur 400 qui ont envoyé des réponses, ont opté pour le baccalauréat classique. Quant aux autres — j'ai lu leurs lettres — s'ils n'osent pas fermer la Faculté aux élèves de B, leurs préférences vont nettement aux études classiques qui comprennent du reste le même programme scientifique que le baccalauréat B. Le Ministre de l'Education nationale et le Conseil supérieur de l'Instruction publique ont le devoir de tenir compte des vœux de nos maîtres, et le Parlement ainsi puissamment conseillé, doit écouter non seulement M. Léon Bérard et les docteurs Armbruster et Dentu, mais aussi la voix d'outre-tombe des regrettés sénateurs Debierre et Victor Bérard qui ont fait voter l'obligation du baccalauréat A pour l'accès à la Faculté de médecine. Nous croyons savoir que le Sénat ne se déjugera pas. Tel est le bilan de la campagne de défense des humanités, campagne qui ne cessera que le jour où nous aurons triomphé des Barbares.

MAURICE MORDAGNE.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 29 juin 1932.

LIVRES NOUVEAUX

La Sympathicothérapie (1), par Paul GILLET, ancien interne des Hôpitaux, ex-chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris.

Dans cet ouvrage, intitulé *La Sympathicothérapie*, le docteur Paul Gillet indique comment l'excitation du Sympathique nasal ou rectal permet d'obtenir des améliorations remarquables chez un grand nombre de malades du système nerveux.

Très loyalement, il établit que ce procédé n'est pas nouveau. Les Chinois, 2.600 ans avant Jésus-Christ, et combien de guérisseurs depuis, ont utilisé inconsciemment les propriétés du grand Sympathique.

Expérimentalement, le docteur Gillet signale les différences considérables de pression au niveau du liquide céphalorachidien lorsqu'il excite le Sympathique.

De même, il note des phénomènes de leucopénie marquée chez ses nombreux malades.

Cette double constatation prouve entre autres le pouvoir que détient la *Sympathicothérapie.*

Une ingénieuse théorie, basée sur des constatations objectives et sur certains travaux modernes consacrés à la physio-pathologie nerveuse, apporte une contribution remarquable à l'étude des phénomènes jusqu'alors inexpliqués et bien souvent mis en doute.

Entre des mains expertes, la méthode de traitement du docteur Gillet demeure inoffensive.

Dans une seconde partie, le docteur Paul Gillet établit, avec observations à l'appui, une longue liste de malades qui relèvent de sa méthode.

Ce sont, tout d'abord :

1° Les déséquilibrés du grand Sympathique : angoisses, vertiges, céphalées, asthme nerveux, angine de poitrine.

2° Les grand douloureux tenaillés par une névralgie souvent atroce et persistante C'est fréquemment le cas des sujets atteints de névralgie du trijumeau, de névralgie sciatique.

3° Les ataxiques : le déséquilibre et les douleurs diminuent et cessent parfois complètement chez des tabétiques anciens.

4° Les paralytiques. Chez l'adulte, cette méthode améliore nettement l'hémiplégie avec contracture en diminuant cette dernière. Mais, c'est surtout chez l'enfant atteint de paralysie infantile que les résultats s'avèrent merveilleux. L'amélioration se manifeste par une diminution rapide de l'atrophie musculaire et par des modifications très favorables du côté de l'électro-diagnostic.

En résumé, *La Sympathicothérapie* est une arme nouvelle que possède la thérapeutique actuelle pour améliorer la foule des malades du système nerveux.

L. G.

(1) In-8 de 222 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 92. — MERCREDI 16 NOVEMBRE 1932. 105e ANNEE. MERCREDI 16 NOVEMBRE 1932. — N° 92.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE



INFORMATIONS

AGRÉGATION. — Les dates des compositions du concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine, catégorie L, histoire naturelle pharmaceutique, fixées par l'arrêté susvisé du 31 octobre aux 16 et 17 novembre 1932 sont reportées aux 21 et 22 novembre 1932.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Chefs de clinique (1932-1933) :

Cliniques médicales. — Hôtel-Dieu : MM. Augier, Delaporte, Caroli et Thiroloix, titulaires.

Cochin : MM. Benoist, Horowitz, Cahen et Poumailloux, titulaires.

Saint-Antoine : MM. Oumansky, Delarue, Mlle Pau, titulaires; Mme Ragu, adjointe.

Pitié : MM. Desoille et Dreyfus-Gilbert, titulaires.

Cliniques chirurgicales. — Hôtel-Dieu : MM. Blondin, Cahen et Meillière, titulaires.

Cochin : MM. Patel et Darfeuille, titulaires.

Salpêtrière : MM. Funck, Lecœur et Audouin, titulaires.

Saint-Antoine : M. Husseinstein, titulaire.

Vaugirard (thérapeutique chirurgicate) : MM. Merle d'Aubigné et Dulac, titulaires.

Cliniques spéciales. — Oto-rhino-laryngologie (Lariboisière) : MM. Lemoyne, Thomas, Camus, Maduro, Rémy-Néris, titulaires.

Urologique (Necker) : MM. Fayot, Lieutaud, titulaires.

Maladies mentales (Sainte-Anne) : MM. Lacan, Corman, Masquin, Ey, Dublineau, titulaires.

Maladies infectieuses (Claude-Bernard) : MM. Lièvre, Cattan, Layani, titulaires.

Hygiène et clinique de la première enfance (Enfants-Assistés) : MM. Garnier, Vannier, Baize, Bohn, titulaires.

Médicale infantile (Enfants-Malades) : MM. Kaplan, Liège, titulaires; Gouyen, adjoint.

Neurologique (Salpêtrière) : MM. de Sèze, Lereboullet, Bize, Rouques (Lucien), titulaires.

Ophtalmologique (Hôtel-Dieu) : MM. Dollfus, Renard, titulaires; Mlle Braun, M. Dupuy-Dutemps, adjoints.

Maladies cutanées (Saint-Louis) : MM. Decourt, Cohen, Ragu, titulaires.

Cliniques obstétricales. — Baudelocque : MM. Merger, titulaire; François, adjoint; Sureau, délégué.

Tarnier : MM. Bidoire, Jarrousse, titulaires.

Pitié : Mlle Versini, MM. Dejeune, Weill (Adrien), titulaires.

Cliniques diverses (Fondations). — Gynécologique (Broca) : M. Peytavin, Mme Stuhl, M. Saint-Pierre, titulaires.

Propédeutique (Charité) : MM. Poumeau-Delille, Mamou, Thiébaut, Launay, titulaires.

Chirurgicale infantile (Enfants-Malades) : MM. Garnier (Ch.), Leydet, titulaires; Armingeat, adjoint.

Tuberculose (Laennec) : MM. Even, Thoyer, Mlle Blanchy, titulaires.

Thérapeutique médicale (Pitié) : MM. Derot, Maximin (M.), Rudolf, titulaires.

GUERRE. (Armée active.) — Sont nommés :

Médecins des hôpitaux militaires. — MM. les médecins capitaines Tricault, assistant des hôpitaux militaires, de l'Ecole du Service de santé militaire; Jacob, assistant des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Chirurgiens des hôpitaux militaires. — MM. les médecins capitaines Monot, du 510e rég. de chars de combat; Pesme et Carillon, assistants des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Pharmacien chimiste du Service de santé militaire. — M. le pharmacien capitaine Rey, de l'Ecole du Service de santé militaire.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PROPHYLAXIE DE LA CÉCITÉ. — L'assemblée annuelle aura lieu le samedi 19 novembre, à 14 h., 66, boulevard Saint-Michel, en présence de M. Justin Godart, ministre de la Santé publique.

Cette réunion sera consacrée à l'étude de la très importante question des écoles pour la préservation de la vue (écoles pour amblyopes).

Après le compte rendu du président M. le professeur F. de Lapersonne, on entendra le professeur Pierre Villey, le docteur Bishop Harman (Grande-Bretagne), Mme Winifred Hathaway (U. S. A.), le professeur Bartels (Allemagne), le docteur Dufour (Suisse), le docteur Redslob (de Strasbourg) et le docteur Monbrun (de Paris).

PRIX NOBEL DE MÉDECINE ET DE PHYSIOLOGIE. — Le prix Nobel de médecine et de physiologie pour 1932 a été attribué conjointement à deux neurologues britanniques, sir Charles Sherrington et le professeur Edgar Douglas Adrian. On annonce également que le titre de docteur honoris causa de médecine sera conféré à sir Charles Sherrington par l'Université d'Upsala.

RENSEIGNEMENTS

LE MERCREDI 7 DÉCEMBRE 1932

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication de la fourniture des *instruments en gomme, caoutchouc, cristal, etc.*, nécessaires au service des divers établissements de l'Administration pendant l'année 1933, savoir :

1er lot.	*Instrumts en gomme et caoutchouc.*	75.000 f.
2e	— —	75.000
3e	— *Gants et doigtiers en caoutchouc.*	750.000
4e	— *Articles de caoutchouc*	250.000
5e	— *Tétines et obturateurs*	88.000
6e	— *Thermomètres médicaux*	non mis en adj.
7e	— *Seringues en cristal*	372.900 f.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des lettres de demande d'admission jusqu'au 23 novembre 1932, avant 16 heures.

J. BABINSKI

(1857-1932)

Babinski vient de mourir. C'est une perte cruelle pour la neurologie française, dont il était un des représentants les plus éminents, une perte irréparable pour ses amis.

Interne des hôpitaux de Paris en 1879, Babinski avait d'abord été séduit par l'anatomo-pathologie et, sous la direction de Cornil et de Vulpian, s'était adonné à son étude avec passion. L'influence de Charcot, dont il fut le chef de clinique, l'orienta définitivement vers la neurologie.

Médecin des hôpitaux en 1890, il devenait bientôt chef de service au vieil hôpital de la Pitié. C'est là que, en 1899, j'ai eu l'honneur d'être son interne.

Il venait, après une patiente et systématique étude des réflexes cutanés chez différents malades, de découvrir le signe qui porte si justement son nom.

Babinski était alors dans toute la force de l'âge ; sa haute taille, sa vigueur qui se jouait de contractures paraissant invincibles, son calme imperturbable en imposaient à ses malades. Il parlait peu, les observant méthodiquement, minutieusement, répétant ses examens avec une inlassable persévérance, jusqu'à ce qu'il fût certain de n'avoir rien négligé.

Sous sa froideur, son impassibilité apparente, Babinski dissimulait une extrême sensibilité, qui supportait mal les objections, et souffrait parfois cruellement des critiques que soulèvent malgré tout les affirmations les plus réfléchies, les plus scrupuleusement pesées.

Chaque jour, il passait à son laboratoire et examinait quelques-unes des belles coupes que préparait, avec un soin méticuleux, son ami M. Nageotte, puis il quittait l'hôpital, presque toujours accompagné de son frère aîné, M. Henri Babinski.

Son enseignement était déjà très suivi, surtout, il faut l'avouer, par des médecins étrangers ; n'était-ce pas d'ailleurs de l'étranger qu'étaient venues les premières confirmations de ses belles découvertes, alors que ses collègues ne paraissaient pas en saisir encore la grande importance.

Il a poursuivi cet enseignement pendant de longues années, à l'ancien puis au nouvel hôpital de la Pitié, au delà même de l'âge de la retraite, son ami de toujours, le professeur Vaquez, lui ayant alors ouvert son propre service pour qu'il pût y continuer ses consultations et ses leçons.

Il aimait peu écrire et n'a laissé aucune œuvre d'ensemble. C'est surtout dans des communications à la Société médicale des hôpitaux et à la Société de neurologie, dont il fut l'un des fondateurs, et dans quelques articles de journaux, que l'on peut retrouver l'exposé de ses belles recherches sur les signes permettant le diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique, de ses études sur le syndrome cérébelleux, l'asynergie et l'adiadococinésie, sur le syndrome adiposo-génital, sur la dissociation du tabès et de l'aortite syphilitique qu'il publia avec Vaquez, sur les réflexes de défense et des troubles de la sensibilité qui lui permirent avec Jarkowski de déterminer avec une grande précision le siège des tumeurs de la moelle, sur les tumeurs du cerveau avec Chaillous, sur les arthropathies syphilitiques avec Barré, sur l'hystérie surtout dont il entreprit le démembrement et à laquelle il donna le nom si expressif de pithiatisme.

Est-il besoin de rappeler les services que cette conception de Babinski, propagée par ses élèves dans les ambulances et les hôpitaux, en particulier par Cl. Vincent, a pu rendre pendant la guerre, en évitant tout à la fois de véritables défections et l'attribution abusive de pensions onéreuses.

Mais pendant cette guerre, M. Babinski lui-même, bien que dégagé de toute obligation, n'employa-t-il pas le meilleur de son temps à étudier, au lycée Buffon, les blessés du système nerveux, à localiser leurs lésions et à indiquer les interventions nécessaires ;

Les honneurs étaient venus tout naturellement vers cet homme si simple ; il avait été élu à l'Académie en 1914 ; il avait reçu la croix de commandeur de la Légion d'honneur. Il avait eu enfin la joie de voir renaître à la liberté le pays dont sa famille était originaire, et le grand accueil qui lui fut fait à Varsovie, lors du Congrès de médecine, montra bien que la Pologne le considérait comme une de ses gloires.

Il y a à peine plus d'un an, la mort de M. Henri Babinski, son frère très aimé, vint lui porter un coup fatal. Depuis de longues années tous deux vivaient ensemble, unis par une profonde affection, son aîné s'ingéniant, avec une sollicitude sans cesse en éveil, à le décharger des soucis matériels, pour laisser toute la liberté possible à cette intelligence qu'il admirait sans réserve.

Sa santé déclina dès lors rapidement : malgré l'affection dont ses amis l'entourèrent, la solitude qui était maintenant son lot lui pesait durement. Aussi n'est-il pas un de ses anciens élèves, qui ne soit reconnaissant à ceux — pourquoi ne pas nommer Tournay, Monier-Vinard, Albert Charpentier, — qui jusqu'au bout entourèrent notre maître et lui fermèrent pieusement les yeux.

LOUIS LE SOURD.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE L'ÉTAT

Le Comité de l'Assemblée générale de l'Association des membres du corps enseignant des Facultés de médecine vient de voter dans sa dernière réunion les vœux suivants :

« 1° Considérant qu'il est préjudiciable à l'intérêt général que les agrégés parvenus au terme de leurs fonctions perdent tout contact avec la Faculté au moment où ils ont acquis une pratique et une expérience réelles de l'enseignement,

Considérant aussi qu'il n'est pas équitable qu'ils soient ainsi privés de tous droits à une retraite pour laquelle ils ont régulièrement versé jusqu'alors,

L'Association émet le vœu que les agrégés arrivés au terme de leurs fonctions et selon une modalité à étudier, continuent à faire œuvre d'enseignement (notamment participation aux examens pratiques et théoriques) et soient autorisés à continuer leurs versements pour la retraite sur la base de leur traitement d'ancien agrégé.

2° Considérant que l'enseignement de la médecine, fondement nécessaire de la formation professionnelle du praticien, ne peut être réalisé, si le recrutement des malades dans les hôpitaux publics cesse d'être convenablement assuré,

L'Association émet le vœu que l'article 31, § 1, de la loi du 5 avril 1928, complétée par les lois du 5 août 1929 et du 30 avril 1930, soit modifié comme suit : « Dans tous les cas, la construction et l'aménagement des établissements hospitaliers de prévention et de cure ne pourront s'effectuer dans les villes où siège une faculté ou une école de médecine, ni dans leur banlieue, qu'après avis favorable des commissions administratives des hôpitaux et des conseils de facultés ou écoles de médecine ».

3° Considérant que, dans quelques facultés, on ne met pas au concours les places d'agrégé pour les réserver à des faisant fonction, chefs de travaux ou assistants choisis par leurs maîtres qui n'ont pas les titres nécessaires pour se présenter au concours,

L'Association propose que les places vacantes d'agrégé soient toutes mises au concours, sauf avis contraire du Comité consultatif. »

Bureau pour l'année 1933 : *Président honoraire :* professeur Guyot ; *président :* professeur Baudoin (Paris) ; *vice-présidents :* professeur Jacques (Nancy) ; professeur P. Delmas (Montpellier) ; *Secrétaire général :* R. Fabre (de Bordeaux) ; *Trésorier :* B. Patel (de Lyon).

LIVRES NOUVEAUX

Anatomie des lymphatiques de l'homme (1), par H. Rouvière, professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine.

L'importance du système lymphatique en physiologie normale et pathologique est considérable. Il est présent dans tous les tissus, dans tous les organes (sauf de très rares exceptions), autant sinon plus que le système vasculaire sanguin, et il établit entre eux des relations étroites ; le système lymphatique constitue une voie d'invasion et de propagation suivie dans l'organisme par les agents pathogènes de certaines maladies infectieuses et notamment du cancer. Sa connaissance approfondie est indispensable pour comprendre nombre de processus pathologiques.

Cet ouvrage n'est pas seulement une mise au point des travaux réalisés jusqu'à ce jour dans le monde entier. Beaucoup d'obscurités subsistant encore dans l'étude des lymphatiques, le professeur Rouvière, et sous sa direction ses collaborateurs, ont poursuivi pendant 7 années consécutives des recherches patientes sur un nombre considérable de sujets, afin de dégager plus sûrement le type moyen et normal. Cet ouvrage est la synthèse des résultats qu'il a obtenus.

A l'exception du névraxe, il a exploré ou fait explorer à peu près toutes les régions et tous les organes, soit pour contrôler des résultats acquis, soit pour parachever une description incomplète ou pour étudier des territoires lymphatiques encore inconnus. Il s'est particulièrement attaché à préciser non seulement la topographie et les connexions des ganglions en relation avec les différents organes, mais aussi celle des vaisseaux lymphatiques, car dans la thérapeutique du cancer, le chirurgien et le radiologiste doivent intervenir aussi bien sur les canaux lymphatiques que sur les ganglions.

Les variations n'ont pas été négligées. Toutes peuvent présenter un intérêt clinique, c'est ainsi qu'un ganglion inconstant et rare peut être aussi bien le siège d'une récidive cancéreuse qu'un élément ganglionnaire normal.

Un tel ouvrage ne sera donc pas seulement utile aux anatomistes, il sera indispensable aux pathologistes, aux radiologistes, aux chirurgiens surtout, appelés à intervenir aussi bien sur les canaux lymphatiques que sur les ganglions.

Ils y trouveront une mine inépuisable de documents et de renseignements ; ils le consulteront pour chercher l'explication d'une métastase humorale inattendue, pour régler les détails d'une exérèse rationnelle de cancer viscéral.

Ce livre comporte une belle illustration très démonstrative et plus de 700 références bibliographiques.

L. G.

(1) Grand in-8 de 490 pages avec 120 figures. — Prix : broché, 130 fr.; relié toile, 150 fr. — Paris, Masson et Cie.

Introduction à la chirurgie nerveuse (1), par E.-E. Lauwers, de l'Université de Gand, préface du professeur G. Guillain.

Tout chirurgien peut aborder sans appréhension la chirurgie nerveuse ; les exigences de l'anesthésie, de l'hémostase, du maniement des tissus sont les mêmes qu'en chirurgie générale et les différences sont plus apparentes que profondes. Mais un neuro-chirurgien ne devra pas être seulement un opérateur habile des lésions dites chirurgicales du système nerveux, il devra avoir aussi des connaissances précises sur la physiologie, l'anatomie pathologique et la clinique neurologique.

Le professeur Lauwers, de Gand, déjà connu par de nombreuses publications de chirurgie nerveuse, met au point dans ce livre les questions neurologiques qui sont abordées par le chirurgien, il délimite également le domaine actuellement connu de la chirurgie nerveuse, il en précise les techniques.

L. G.

Les séquelles de l'encéphalite épidémique, étude clinique et thérapeutique (2), par G. Guillain, professeur de clinique des maladies du système nerveux, à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine, et P. Mollaret, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'ensemble des séquelles de l'encéphalite épidémique apparaît maintenant immense et il est encore difficile d'en délimiter les frontières exactes. Cette monographie représente précisément un essai de synthèse actuelle exposant tout ce dont la connaissance de cette maladie a enrichi progressivement, en les bouleversant souvent, les différents domaines de la neurologie, de la psychiatrie, de la pathologie générale et de la médecine légale.

On y trouvera discutée la fréquence de chaque séquelle, sa date et ses conditions d'apparition. Une place importante est consacrée à l'étude du syndrome parkinsonien post-encéphalitique, ainsi qu'à celle de son autonomie. D'autres chapitres, abondamment illustrés, groupent sur des données physiopathologiques élémentaires, les diverses séquelles motrices, toniques, sensorielles, endocriniennes, végétatives et psychiques.

L'existence de formes localisées est envisagée avec prudence, en même temps que sont condensés les différents éléments du diagnostic, et que sont précisées les possibilités, malheureusement encore restreintes, de la thérapeutique.

Dans l'exposé de tant de connaissances récentes, on verra transparaître sans cesse le souci d'une révision critique indispensable à l'heure actuelle, si l'on veut éviter d'englober à tort dans l'encéphalite épidémique, affection hier encore inconnue, tous les syndromes nerveux d'origine discutable.

L. G.

Hygiène des goutteux et des rhumatisants, par R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital Broca, et F. Françon, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hospice thermal Reine-Hortense, d'Aix-les-Bains. — Collection « Hygiène et Diététique », publiée sous la direction de F. Schulmann, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 118 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(1) In-8 de 122 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8 de 104 pages avec 21 figures dans le texte. — Prix : 28 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

QUELQUES REMARQUES SUR LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS CÉRÉBRALES

Par M. ANDRÉ-THOMAS.

Les tumeurs cérébrales sont-elles réellement plus fréquentes ou ne le paraissent-elles pas parce qu'elles sont plus facilement diagnostiquées qu'elles ne l'étaient autrefois ? La réponse à la première question peut rester en suspens ; la réponse à la deuxième ne laisse subsister aucune ambiguïté.

Il n'est pas douteux que les neurologistes reconnaissent mieux l'existence d'une tumeur cérébrale, qu'ils la localisent avec plus de précision, qu'ils se trompent moins souvent sur sa nature. Les méthodes d'examen se sont perfectionnées, de nouvelles ont surgi. Un grand effort s'est développé de toutes parts dans ce sens et s'accentue d'autant plus que la chirurgie cranioencéphalique a fait et accomplit encore des progrès considérables ; elle vient couronner ainsi par d'heureuses sanctions la vaste entreprise neurochirurgicale. L'importance d'un examen ophtalmologique complet et consciencieux pour le neurologiste, la non moindre importance d'un examen neurologique complémentaire pour l'ophtalmologiste ont rendu leur collaboration plus intime et plus efficace. Les interventions chirurgicales sont exécutées avec plus de sécurité ; elles deviennent de plus en plus nombreuses. Les vérifications et les confrontations anatomocliniques se multiplient. Avec une expérience plus vaste, la valeur d'un signe, considéré comme pathognomonique de telle ou telle localisation, s'affirme ou se déprécie. Les variations de sa valeur diagnostique suivant l'époque de son apparition se confirment.

En présence d'un syndrome qui laisse supposer qu'il peut s'agir d'une tumeur cérébrale, trois questions se posent. Existe-t-il une tumeur ? Quel en est le siège ? Quelle en est la nature ?

La difficulté, en ce qui concerne l'existence d'une tumeur, n'est pas la même, suivant que la maladie en est encore aux premiers symptômes révélateurs ou parvenue à une phase plus ou moins avancée. Un diagnostic précoce est toujours moins aisé. En ce qui concerne son siège, les difficultés ne sont pas de même ordre, suivant que l'on se trouve en présence de l'une ou l'autre occurrence : au début la sémiologie n'est généralement pas assez riche ; plus tard elle l'est trop. Cela mérite une explication.

Suivant sa nature, une tumeur détruit ou comprime les centres nerveux, quelquefois elle fait l'un et l'autre. Elle occasionne des troubles circulatoires (compression des artères, compression des veines), d'où l'apparition de l'œdème, la formation de foyers nécrotiques, de foyers hémorragiques. Par un mécanisme encore assez obscur, elle provoque la sécrétion exagérée du liquide céphalo-rachidien, l'hypertension des cavités ventriculaires, des espaces sous-arachnoïdiens. La sémiologie des néoplasmes de l'encéphale est la résultante de cet ensemble de lésions et pas seulement de la présence exclusive d'une tumeur. L'importance relative de ces divers facteurs varie avec la nature de la tumeur, la rapidité de son évolution, sa localisation et beaucoup d'autres contingences, mais il faut bien reconnaître que nous ne sommes pas toujours en mesure d'expliquer la filiation des accidents, par exemple pourquoi dans tel ou tel cas l'œdème est plus prononcé que la distension ventriculaire ou inversement.

Il faut compter avec la tolérance du système nerveux, tolérance assez individuelle, parfois très grande, qui explique les surprises que l'on éprouve en découvrant, au cours d'une intervention, une tumeur beaucoup plus volumineuse que ne le laissait supposer l'examen clinique, ou même dans quelques cas la présence d'une deuxième tumeur qui ne s'était révélée par aucun signe. Certaines régions du système nerveux se laissent remanier par des néoformations sans réactionner cliniquement ; elles s'accoutument jusqu'au jour où les vaisseaux moins tolérants vis-à-vis d'une compression excessive s'effacent et laissent se constituer un œdème plus ou moins étendu. Alors la masse plus imposante exerce une compression du voisinage en bloc, compression moins bien tolérée cette fois parce que plus étendue et plus brutale. Ainsi s'explique que les symptômes du début et a fortiori les symptômes qui s'installent à une période plus avancée ne correspondent pas au siège initial de la tumeur, mais à la compression de centres plus ou moins éloignés.

L'hypertension du liquide céphalo-rachidien, la distension ventriculaire contribuent à leur tour à faire apparaître de nouveaux symptômes ou même à exagérer les symptômes de la localisation initiale. L'hypertension se développe elle-même lentement ou procède par crises ; celles-ci se voient plus souvent dans l'évolution des tumeurs malignes, des tumeurs vasculaires ; beaucoup d'autres facteurs étiologiques peuvent être mis en cause parmi lesquels la radiothérapie semble avoir joué dans quelques cas un rôle important. Peut-être même l'irritation locale produite par la tumeur ou les lésions secondaires sont-elles susceptibles de provoquer des répercussions à distance à la manière de réflexes, dont l'excitation centripète prend son origine au niveau des centres, au lieu que ce soit à la périphérie comme dans les autres réflexes. Cette hypothèse doit se rapprocher davantage de la réalité en ce qui concerne un certain nombre de perturbations du système nerveux végétatif.

La physiologie pathologique des tumeurs cérébrales est donc extrêmement complexe. La tâche du clinicien est souvent ardue ; le problème est moins simple que celui qui se pose en présence d'une lésion destructive, en foyer, brusquement constituée. Les causes d'erreurs sont multiples.

Les tumeurs donnent lieu à deux ordres de symptômes, des symptômes d'hypertension et des symptômes de localisation. Les uns ou les autres peuvent ouvrir la scène : les premiers sont représentés tout d'abord par des symptômes subjectifs (céphalée, vertiges, troubles visuels ou auditifs, nausées suivies de vomissements). Chacun de ces symptômes peut être attribué faussement à une affection locale de l'organe, qui est troublé ; quelques observations ont été publiées récemment, de malades ayant subi une appendicectomie à cause de vomissements répétés ; l'appendice était sain et l'évolution ultérieure a montré que les vomissements étaient causés par un néoplasme intracranien.

Les deux grands signes objectifs de l'hypertension sont : la stase papillaire et l'augmentation de la pression intrarachidienne, mesurée au moyen d'un manomètre. La stase papillaire n'est pas constante ; précoce dans certains cas, tardive dans d'autres, sans qu'il soit toujours possible d'expliquer l'une ou l'autre éventualité par le siège ou la nature de la tumeur. C'est pourquoi il est difficile de fixer même approximativement la fréquence de la stase au cours des tumeurs cérébrales. L'hypertension rachidienne peut elle-même être nulle ou insignifiante pendant une période assez longue. La stase peut exister sans hypertension rachidienne, en particulier quand il y a blocage entre les réservoirs céphaliques et le rachis ; l'hypertension peut exister aussi sans stase.

La valeur sémiologique de la stase est très grande ; elle n'est pas absolue ; elle n'appartient pas en propre à l'hypertension intracranienne, elle se rencontre au cours de lésions intraorbitaires (tumeurs, kystes, phlegmons de l'orbite). Elle est alors, il est vrai, unilatérale, mais la stase par hypertension peut être unilatérale au début, éventualité plus rare que la prédominance sur l'un ou l'autre côté.

Quand elle est bilatérale, l'origine de la stase peut être encore discutée. Il n'est pas toujours facile de la distinguer des aspects que les névrites optiques présentent à l'ophtalmoscope ; d'autre part, dans leur rapport de 1928, Bollack et Hartmann n'hésitent pas à affirmer, à propos du diagnostic avec certains œdèmes papillaires d'origine rénale, que celui-ci ne peut se baser que sur l'étude de la perméabilité rénale, la recherche de l'azotémie et la tension du liquide céphalo-rachidien.

La stase papillaire n'en reste pas moins un signe d'une importance capitale, quand on a pu éliminer les méningites chroniques, la méningite séreuse de Quincke, les épendymites, les abcès du cerveau, etc... Il importe de la surprendre à son début, tout d'abord parce qu'elle fixe un diagnostic encore hésitant et aussi parce qu'elle devient une menace pour la vision. Elle entraîne en effet une baisse progressive de l'acuité visuelle qui, à elle seule, commande une intervention chirurgicale. L'examen ophtalmologique doit être renouvelé, afin d'être fixé sur l'existence de la stase et sur le degré de conservation de l'acuité visuelle.

En l'absence de stase et d'hypertension rachidienne, la très lente évolution d'un syndrome de localisation encéphalique est favorable à l'hypothèse d'un néoplasme, surtout s'il est constitué de phénomènes d'ordre irritatif et paralytique, mais cette association n'est pas nécessaire. Le siège de la maladie est facilement diagnostiqué, mais le diagnostic de tumeur est souvent incertain.

Théoriquement, l'idéal serait d'intervenir chirurgicalement, à une période où l'hypertension et l'œdème sont à peine décelables, les dommages encore insignifiants ; si cela est pratiquement vrai pour quelques variétés de tumeurs à sémiologie à peu près fixe, par exemple les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, cela ne l'est plus autant pour beaucoup d'autres tumeurs à sémiologie plus élastique. Il est naturellement moins facile de découvrir une tumeur de petit volume qu'une tumeur plus importante, de même qu'il est plus facile de ponctionner un abcès nettement collecté que de faire sourdre quelques gouttes de pus d'un foyer phlegmasique. L'œdème et l'hypertension sont de fâcheuses complications, mais à la condition de n'être pas trop intenses ils sont susceptibles d'accentuer les signes cliniques de localisation et ils rendent plus facile le diagnostic clinique radiographique. Quand l'hypertension et l'œdème sont plus prononcés, la sémiologie doit être discutée et interprétée ; quelques symptômes appartenant à la fois au syndrome de localisation et au syndrome d'hypertension, ou bien les signes de localisation ne sont pas la conséquence de la tumeur mais de l'œdème.

Les vomissements rentrent dans la très grande majorité des cas parmi les symptômes d'hypertension ; cependant lorsqu'ils sont précoces, qu'ils se renouvellent fréquemment, qu'ils restent longtemps un symptôme isolé, ils attirent davantage l'attention vers la région bulbaire et laissent présumer l'existence d'un néoplasme dans le voisinage du IVe ventricule. Au contraire, les vomissements de l'hypertension sont plus tardifs, ils sont associés à d'autres symptômes de même nature ; ils sont provoqués par toutes les causes mécaniques qui contribuent à augmenter l'hypertension.

L'hypo ou l'inexcitabilité vestibulaire précoce se voit davantage lorsque la tumeur exerce une pression directe sur le tronc de la VIIIe paire, tumeurs de l'angle et certaines tumeurs du cervelet (Barré, Alfandary), tandis que l'inexcitabilité tardive d'origine hypertensive, bilatérale, se rencontre avec toutes les variétés de siège.

Les troubles mentaux sont ordinairement liés à l'existence d'une tumeur frontale ou de la partie antérieure du corps calleux, lorsqu'ils précèdent les autres symptômes et qu'ils sont très accentués (confusion mentale profonde, indifférence affective, euphorie, moria). Le corps calleux et le lobe frontal sont fréquemment envahis ou comprimés simultanément. Tardifs, ils perdent de leur valeur ; liés à l'œdème et à l'hypertension, ils peuvent se rencontrer dans toutes les tumeurs, quelle qu'en soit la localisation. Un syndrome confusionnel n'a pas la même signification à une période avancée et au début de la maladie (Baruk).

Ces quelques exemples suffisent à démontrer qu'il ne faut jamais perdre de vue l'ordre d'apparition des symptômes, l'époque à laquelle ils se sont manifestés.

Les signes considérés comme pathognomoniques d'une tumeur développée dans telle ou telle région ne le sont pas autant qu'on le croit en général ; ils font d'ailleurs souvent défaut.

On a accordé la valeur d'un signe à l'attitude de la tête dans les tumeurs de la fosse cérébelleuse (opisthotonos, emprosthotonos) et plus spécialement du IVe ventricule, attitude permanente ou survenant par crises. Cette attitude est loin d'être constante, elle a été signalée dans les tumeurs de l'étage moyen et même de l'étage antérieur. On peut lui reconnaître néanmoins quelque valeur, quand elle est précoce, tenace et associée à quelques symptômes qui correspondent à la même localisation.

Les hallucinations visuelles, symptôme d'ordre irritatif, se rencontrent soit dans les tumeurs du lobe occipital (lumière, flammes, couleurs), soit dans les tumeurs du lobe temporal (représentations d'objets, de personnages, de scènes vécues, hallucinations lilliputiennes). Souvent unilatérales, elles se projettent dans le champ hémianopsique. Les hallucinations visuelles s'associent quelquefois à des hallucinations gustatives et olfactives, dans le cas de tumeur du lobe temporal, lorsque la circonvolution de l'hippocampe ou du crochet sont atteintes (uncinate crise de Hughlings Jackson. Cependant ces hallucinations ne sont pas constantes : sur 72 cas de tumeurs temporales recueillis par Cushing, les hallucinations visuelles ne sont mentionnées que 17 fois. Elles peuvent apparaître à une phase avancée de tumeurs plus ou moins éloignées de la région temporale, de même que des crises d'épilepsie partielle ou généralisée se produisent, bien que le siège initial de la tumeur ne se trouve pas dans la zone motrice.

Les conditions dans lesquelles se manifestent les symptômes des tumeurs ne sont guère favorables aux déductions d'ordre physiologique. La macrogénitosomie précoce, ou syndrome de Pellizi, considérée tout d'abord comme un syndrome épiphysaire, n'est plus aussi étroitement liée aux néoplasmes de cette région. Un grand nombre de tumeurs de la glande pinéale se développent sans produire ni macrosomie ni hyperplasie sexuelle (J. Globus et S. Silbert). Le même syndrome a été constaté chez des sujets, dont la tumeur siégeait ailleurs (la région mamillo-tubérienne dans le cas de Heuyer, Lhermitte, de Martel, C. Vogt). L'hyperplasie sexuelle a été constatée chez des enfants ayant succombé à une hydrocéphalie chronique, avec lésions inflammatoires disséminées dans le troisième ventricule et l'infundibulum (André-Thomas et H. Schaeffer). La distension ventriculaire et son retentissement sur la région infundibulaire ont été incriminés à cause de la concomitance de la polyurie, de la polydipsie, de la léthargie (Knud-Knabbe). Cependant la distension ventriculaire ne produit qu'exceptionnellement les troubles végétatifs réservés à la pathologie du IIIe ventricule ou de l'infundibulum et quand ils se manifestent, c'est encore assez souvent à l'état isolé; pourquoi dans tel cas la macrosomie, pourquoi dans tel cas l'hyperplasie sexuelle avec ou sans apparition des caractères sexuels secondaires ? Quel est le rôle joué par la compression exercée sur l'hypophyse, par la répercussion exercée d'une manière moins directe sur cette glande et sur les autres glandes endocrines de l'organisme ?

Pour fixer le siège d'une tumeur, il faut donc tenir compte non seulement des signes dont l'ensemble attire l'attention sur telle ou telle région, mais encore de leur ordre d'apparition et de l'époque à laquelle on examine le malade. *La valeur des signes de localisation n'est pas la même suivant que ces signes ont été constatés au début de l'hypertension intracranienne ou à une phase plus avancée.*

Malgré les difficultés auxquelles se heurte trop souvent le diagnostic, il existe néanmoins quelques syndromes qui permettent de reconnaître rapidement le siège de la lésion ; par exemple celui des tumeurs de l'acoustique, quelques syndromes hypophysaires, les syndromes alternes pédonculaires, protubérantiels, bulbaires, la paralysie verticale du regard dans les tumeurs de la région des tubercules quadrijumeaux, l'épilepsie Jacksonienne, motrice ou sensitive, très localisée, un syndrome cérébelleux unilatéral, etc...

Lorsqu'à lui seul l'examen clinique reste impuissant à délimiter la région dans laquelle il faut rechercher la tumeur, d'autres méthodes sont utilisées et rendent de précieux services.

La radiographie met en évidence des tumeurs osseuses ou des tumeurs calcifiées qui sont d'ailleurs rares, des tumeurs qui contiennent des concrétions calcaires comme certaines tumeurs de l'hypophyse, de l'épiphyse, des tératomes. C'est plus souvent en révélant les modifications apportées au squelette par les tumeurs de voisinage que la radiographie rend le plus de services ; chez l'enfant la persistance des fontanelles et le relâchement des sutures, à tout âge l'accentuation des impressions digitales ; l'usure de la table interne et de la table externe (quelques tumeurs, les méningiomes, plus rarement les gliomes, les hémangiomes viennent faire hernie, exceptionnellement, il est vrai, à travers une brèche cranienne); les déformations de la petite aile du sphénoïde au contact d'un méningiome ; les déformations de la selle turcique, différentes dans les tumeurs intrasellaires et les tumeurs extrasellaires, les premières étant caractérisées par la forme en ballon de la fosse pituitaire, l'amincissement du dos de la selle, l'aspect émoussé des apophyses clinoïdes, l'amincissement et la distension du plancher de la fosse qui s'enfonce dans le sinus sphénoïdal sous-jacent, les tumeurs extrasellaires produisant un écrasement et un aplatissement de la selle turcique (A. Béclère), les apophyses clinoïdes peuvent disparaître complètement. Cette distinction est d'ailleurs un peu schématique et lorsque les tumeurs intrasellaires ont débordé les limites de la selle, la discrimination est difficile. Des techniques spéciales permettent de mieux apprécier l'état du rocher dans les tumeurs de cette région ; les modifications apportées au conduit auditif par les tumeurs du nerf acoustique. Les gliomes du nerf optique et du chiasma produisent un élargissement du trou optique que des techniques spéciales mettent bien en évidence. L'épreuve radiographique est indispensable ; on ne doit s'en passer dans aucun cas une fois que le diagnostic clinique a été posé.

Malgré les examens cliniques et radiographiques les mieux conduits, il est encore assez souvent impossible de délimiter le siège du néoplasme. Il est alors indiqué d'avoir recours à l'encéphalographie ou mieux à la ventriculographie de Dandy. La radiographie après injection d'air dans les ventricules permet alors de se rendre compte des déformations, des déplacements, des effacements, des asymétries des ventricules, de la persistance ou de l'absence de leurs communications naturelles, et fournit ainsi des renseignements de premier ordre sur le siège, l'importance, le nombre des tumeurs. Telle qu'elle a été pratiquée au début, l'encéphalographie (injection d'air dans le liquide céphalo-rachidien par la voie lombaire) a causé d'assez nombreux accidents ; elle a été reprise récem-

ment par Laruelle, avec une technique nouvelle ; la quantité d'air injecté n'excède pas cinq centimètres cubes. Une plus longue expérience permettra de se prononcer sur sa valeur.

Au lieu d'étudier les déformations ventriculaires, Egas Moniz a étudié les modifications topographiques subies par les artères du cerveau ; celles-ci sont injectées par ponction de la carotide avec des solutions opaques, par exemple l'iodure de sodium, la radiographie est prise instantanément. Cette méthode n'est guère utilisée en France, mais les épreuves présentées par l'auteur sont fort remarquables et démonstratives.

La nature de la tumeur est plus souvent présumée que formellement diagnostiquée : des tumeurs de telle ou telle région sont plus souvent des méningiomes (au niveau de la petite aile du sphénoïde, de la faux du cerveau) ; l'âge du malade n'est pas sans importance: les tumeurs du IVe ventricule chez l'enfant sont assez fréquemment des médulloblastomes, tandis que chez l'adulte ce genre de tumeur avec une telle localisation est exceptionnel. La rapidité de l'évolution clinique est en faveur de l'existence d'une tumeur d'origine embryonnaire (médulloblastome), tandis que les astrocytomes évoluent beaucoup plus lentement.

La nature de la tumeur ne peut être toutefois affirmée que dans les conditions suivantes : 1° présence de cellules néoplasiques dans le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire ou sous-occipitale ; cette constatation plutôt rare n'a lieu que si les tumeurs se sont développées primitivement aux dépens des parois ventriculaires, des plexus choroïdes, ou bien encore lorsque implantées initialement à proximité de la paroi ventriculaire, elles ont fait irruption dans la cavité. Les modifications du liquide céphalo-rachidien causées par les tumeurs sont d'ailleurs très variables. La pléiocytose n'exclut pas le diagnostic de tumeur, elle accompagne souvent les tumeurs de la poche de Rathke ; la lymphocytose est parfois très abondante dans les compressions exercées sur la base du crâne (Christiansen) ; 2° quelques auteurs ont proposé de pratiquer une trépanoponction au niveau du siège présumé de la tumeur (Neisser et Pollack, Pfeiffer, Forster de Greifswald) ; à travers une brèche très étroite on prélève par aspiration de la seringue une parcelle du néoplasme qui est examinée microscopiquement. La manœuvre n'est pas sans danger et plusieurs cas de mort par hémorragie ont été signalés ; 3° il est préférable dans le cas où l'exérèse est subordonnée à la nature du néoplasme, de prélever un fragment du néoplasme à travers une trépanation plus large, dans un premier temps opératoire.

Lorsqu'il s'agit d'une tumeur infiltrée, inextirpable, il n'est pas indifférent d'être renseigné sur la nature de la tumeur ; les résultats de la biopsie commandent ou contre-indiquent ultérieurement la radiothérapie, suivant qu'il s'agit d'une tumeur radiosensible ou non radiosensible, d'une tumeur susceptible de s'améliorer ou de s'aggraver sous l'influence des rayons.

Le diagnostic passe ainsi successivement par trois phases : diagnostic clinique, diagnostic radiographique, diagnostic chirurgical. Il est bien entendu qu'au préalable un examen plus général a été pratiqué, permettant d'éliminer la syphilis, la tuberculose, le cancer, les tumeurs parasitaires (kyste hydatique, cysticercose). En réalité, la syphilis donne rarement lieu à un syndrome tumoral, plus rarement que les tubercules et le cancer métastatique. La notion d'un traumatisme antérieur doit attirer l'attention sur la possibilité d'une pachyméningite hémorragique ; une méningite ou une arachnoïdite localisée ne se diagnostique guère et elle ne fait assez souvent que masquer une tumeur qu'il faut chercher dans son voisinage.

Ces quelques considérations n'ont eu d'autre but que de rappeler dans quel esprit et suivant quelle méthode il convient d'aborder le diagnostic des tumeurs cérébrales. Il n'est pas douteux qu'il ne se perfectionne encore avec les progrès de la chirurgie et de la technique radiographique, mais la clinique conservera tous ses droits et fournira toujours des indications précieuses et indispensables.

SYMPTOMES DES TUMEURS DU IIIe VENTRICULE ET DE L'INFUNDIBULUM

Par M. Jean LHERMITTE,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin à l'hospice Paul-Brousse.

Il y a fort peu d'années, les néoplasies développées dans le troisième ventricule et l'organe qui en émane directement, l'infundibulo-tuber, restaient mal connues aussi bien dans leur expression clinique que dans leur morphologie. Aujourd'hui, de très nombreux travaux nous ont fait connaître exactement l'origine embryologique de la plus grande partie des tumeurs du ventricule médian et nous ont montré quelles en étaient les manifestations cliniques les plus fréquentes et surtout les plus personnelles. Grâce à ces documents, il n'est pas hasardeux d'avancer que le diagnostic des tumeurs du troisième ventricule et de son appendice ventral compte sinon parmi les plus aisés, du moins parmi les plus précis de la neuro-pathologie. Dois-je ajouter que ce progrès de nos connaissances n'a pas seulement une valeur spéculative, mais aussi une importance pratique, puisque, grâce aux progrès de la neuro-chirurgie, les néoplasmes de la région que nous avons en vue sont accessibles aux interventions et parfois complètement extirpables.

La fréquence de ces néoplasies et fort grande et il semble qu'elle s'exagère depuis la dernière décade. L'enfant et l'adolescent apparaissent beaucoup plus souvent atteints que l'adulte, et *a fortiori* le vieillard, pour la raison que les tumeurs du troisième ventricule reconnaissent une origine spéciale. Depuis Erdheim, on sait que ces noéplasies dérivent de la prolifération plus ou moins tardive des éléments persistants de la poche de Rathke et du tractus cranio-pharyngien ou pharyngo-hypophysaire, et qu'elles peuvent être congénitales.

Sans nullement forcer les faits, on peut ranger en cinq grands groupes les symptômes afférents à ces néoplasies. Certains, qui sont communs à un très grand nombre de tumeurs cérébrales, nous retien-

dront peu ; d'autres, plus originaux, méritent, au contraire, toute l'attention du clinicien.

Signes généraux d'hypertension intra-cranienne. — Ce sont ceux de l'hydrocéphalie avec prédominance sur le ventricule médian. C'est-à-dire que parmi ceux-ci figurent la céphalée diffuse, tout ensemble permanente et paroxystique, les vomissements à type cérébral exacerbés par le redoublement de l'encéphalalgie, la constipation parfois si accusée qu'on a pu penser à une obstruction intestinale nécessitant une intervention d'autant plus urgente que l'arrêt des matières s'accompagnait du rejet des aliments et de douleurs abdominales.

Ainsi qu'il en est dans l'hypertension d'origine tumorale, on peut observer la paralysie de certains nerfs craniens, en particulier les troisième, quatrième et septième paires ; ces paralysies, fréquemment parcellaires et éphémères ne comportent qu'une signification restreinte. Beaucoup plus importante s'avère la stase papillaire, laquelle, ainsi que l'a montré Bollack, apparaît presque constamment dans les tumeurs du cerveau, associée intimement à la distension du troisième ventricule.

On ne saurait trop exactement retenir que la stase de la papille, malgré son intensité, peut, pendant assez longtemps, ne déterminer que peu de troubles subjectifs de la vision ; les obnubilations visuelles passagères, fugaces, en sont souvent l'indication la plus précoce ; l'amblyopie ne se montre qu'après de longs mois. Malgré l'incertitude de leur pathogénie, on peut ranger ici les crises épileptiques par lesquelles se signalent parfois le début ou les phases d'accroissement de la tumeur.

Signes de compression directe. — Si l'on se souvient des rapports du ventricule médian avec les autres organes de l'encéphale, il est facile d'imaginer les modalités diverses de compression que peuvent engendrer les néoplasmes ventriculaires ou infundibulaires. Parmi les modalités qui sont de beaucoup les plus importantes, il faut citer : la compression des bandelettes optiques, déterminant l'hémianopsie bitemporale ou encore latérale homonyme (jamais d'hémianopsie binasale) ; la compression des F. pyramidaux dans la région sous-thalamique engendrant l'hémiplégie spastique progressive, la paraplégie ou même, à une période ultime, la quadriplégie ; la compression des faisceaux fronto-pontins situés en dedans des voies pyramidales et dont la traduction clinique n'est autre que le syndrome cérébelleux (Percival, Bailey, Orzechowsky, Claire Vogt, etc...) ; la compression des fibres internes des f. géniculés s'extériorisant par la paralysie verticale du regard, le syndrome de Parinaud ; la compression des couches optiques donnant lieu à des douleurs et des paresthésies (P. Bailey, V. Bogaert) ; enfin la compression des corps striés et des faisceaux qui en émanent d'où découle le syndrome parkinsonien. Van Bogaert a particulièrement attiré l'attention sur cette éventualité et rapporté des faits très significatifs : 1° une femme de 36 ans atteinte depuis quatre mois de crises comitiales, de douleurs dans les mains, de céphalée et de polyurie présente le tabeau caractéristique du parkinsonisme ; 2° un malade atteint de narcolepsie et de confusion paroxystiques présente un tremblement, une bradycinésie avec rétropulsion typique de la paralysie agitante tandis que la radiographie fait apparaître une tumeur située au-dessus de la selle turcique.

Signes en rapport avec l'atteinte du système végétatif cérébral. — Les manifestations qui comptent parmi les plus personnelles au syndrome ventriculo-infundibulaire sont l'exacte reproduction des troubles végétatifs provoqués par l'expérimentation (Aschner, J. Camus et Roussy, Gournay, Legrand, Karplus et Kreidl, Leschke, Bremer et P. Bailey).

La polyurie, qui prend ici tous les caractères du diabète insipide et s'accompagne de polydipsie proportionnelle, a été relevée particulièrement par H. Claude et Lhermitte, Goldstein, P. Bailey, Fulton et Bailey, Burger, Prinz et Gunther, Van Bogaert, G. Roussy et Lhermitte, Roussy, Bollack et G. Lévy, Jumentié et Chausseblanche, Guillain et Bertrand. C'est dire que l'augmentation de la diurèse peut être très accusée et atteindre 10 litres par nycthémère ou même davantage, que les urines pâles ont une densité très faible (1001) et que l'injection d'hypophyse ou la ponction lombaire provoquent fréquemment une réduction passagère mais très notable du taux des urines.

La glycosurie associée ou non à l'hyperglycémie est beaucoup plus rare, néanmoins nous la trouvons mentionnée par L. Van Bogaert ; peut-être apparaîtrait-elle moins rare si on la recherchait de parti pris. Le dérèglement de la température centrale est beaucoup plus banal ; il consiste en sautes brusques de la colonne thermométrique sans que le sujet ait conscience de ces changements soudains et inopinés que, par ailleurs, rien ne vient expliquer.

Ces ascensions thermiques brusques sont d'autant plus intéressantes à connaître qu'elles peuvent être accompagnées de modifications de la composition du sang et de perturbations cardiaques analogues à celles de la fièvre, laquelle, on le sait, comporte parmi ses éléments fondamentaux l'hyperthermie, la tachycardie, certaines altérations de l'équilibre globulaire. Signalées par de Cyon et Aschner sur le terrain de la physiologie expérimentale, les perturbations cardiaques ont été retrouvées chez l'homme par H. Claude et J. Lhermitte et intégrées par ces auteurs dans la description du syndrome infundibulaire tumoral. Il s'agit de tachycardie avec arythmie et tendance au rythme embryocardique et extra-systoles. Quant aux modifications du sang, lesquelles, à l'exemple des précédentes, ont d'abord été observées chez l'animal en expérience, elles consistent en polyglobulie d'une part, et en leucocytose avec polynucléose d'autre part (Guillain, Garcin, Léchelle, Lhermitte). Nous devons à M. Laruelle une très intéressante observation qui est un témoignage frappant de la dépendance des perturbations de la thermogénèse et de l'équilibre globulaire d'une tumeur infundibulaire, car l'on y voit, chez un sujet atteint d'une tumeur kystique de l'infundibulum, apparaître des crises d'hyperthermie avec polynucléose sanguine que l'on est en droit de rattacher au gonflement paroxystique du kyste néoformé.

Bien que plus rarement signalées, les bouffées de chaleur, les rougeurs subites de la peau qui témoignent du dérèglement de la vaso-motricité, comme aussi l'hyperhydrose, constituent des modifications à retenir (Claire Vogt).

SYMPTÔMES ENDOCRINIENS. — Leur importance égale au moins celle des précédentes manifestations. Avec une fréquence qui, chaque jour, nous apparaît plus saisissante, les tumeurs du ventricule moyen et surtout de l'infundibulo-tuber retentissent sur le fonctionnement des glandes endocrines et, tout particulièrement, sur les glandes génitales mâle et femelle et le tissu cellulo-adipeux (1).

Le sujet masculin atteint de tumeur infundibulo-ventriculaire frappe par son habitus : c'est un infantile, sa taille, sa stature sont fort au-dessous de la normale. Mais, en outre, il attire l'attention par un certain aspect féminin. Les poils axillaires et pubiens sont grêles et clairsemés, les seins exagérément saillants, le bassin large, enfin la verge et les testicules atrophiés ; à ceci s'ajoute une adiposité générale mais prédominante sur la région abdominale. Nous sommes en présence de syndrome de Babinski-Fröhlich-Bartels, le syndrome adiposo-génital. Ce syndrome trouve son homologue dans le sexe féminin, mais il apparaît beaucoup moins saisissant ; ce qui domine c'est, d'une part, l'aspect infantile, l'adiposité parfois considérable, enfin et surtout l'aménorrhée ou la dysménorrhée.

Aussi bien chez les garçons que chez les filles, l'infiltration adipeuse se localise à la racine des membres et fait paraître grêles les extrémités. De règle, la peau est fine, glabre, lisse et froide avec parfois quelques placards de *livedo*. Il est à peine besoin de faire remarquer que, chez le grand adolescent, nul désir sexuel ne s'éveille et que les joues restent dépourvues de tout duvet indicateur des caractères secondaires.

La macrogénitosomie précoce. — Jusqu'à ces dernières années, il était admis que le syndrome de Pellizi, la puberté précoce avec hypertrophie souvent très marquée des organes génitaux externes, était l'apanage des tumeurs de la glande pinéale, des pinéalomes. Cependant bien des faits parlaient contre cette hypothèse, et Globus et Silbert qui avaient noté déjà, dans cinq cas de pinéalome typique, l'absence complète de macrogénitosomie, faisaient remarquer également que dans les faits où les tumeurs pinéales s'accompagnaient de syndrome de Pellizi, le troisième ventricule et l'infundibulum se montraient dilatés par le fait d'hydrocéphalie secondaire à la compression des voies de retour du liquide céphalo-rachidien. Mais récemment Heuyer, Lhermitte, de Martel et Claire Vogt rapportèrent un cas décisif qui tranche la question de l'origine anatomique de la macrogénitosomie et démontre qu'une tumeur exactement limitée au tuber cinereum et aux tubercules mamillaires qui le flanquent en arrière, peut se traduire par un syndrome de Pellizi tout à fait caractéristique.

Chez un enfant de 6 ans on était frappé par une morphologie d'ensemble qui était celle d'un garçon normal de 12 ans ; les organes génitaux externes se montraient extrêmement développés et la région pubienne était déjà presque recouverte de poils. Pensant, selon la règle, à une tumeur pinéale, on pratiqua une intervention qui montra l'intégrité de la glande, mais la mort étant survenue très rapidement, on put constater la réalité d'un petit gliome exactement limité à la région mamillo-tubérale, c'est-à-dire au plancher du ventricule médian. L'hypophyse et la tige de l'hypophyse n'étaient point lésées.

Une observation aussi pertinente que celle que nous venons de rappeler indique bien que chez l'enfant à la période pré-pubérale, les tumeurs exactement limitées au plancher ventriculaire peuvent se traduire par un syndrome singulier et quelque peu déconcertant : la puberté précoce avec non seulement accélération du développement des caractères sexuels secondaires, mais aussi avec une hypertrophie considérable par rapport à l'âge du sujet, de l'appareil génital externe.

Pendant longtemps le syndrome adiposo-génital fut mis à la charge d'altérations régressives hypothétiques de l'hypophyse ; aujourd'hui, grâce aux très nombreuses observations où ce syndrome apparut au cours de l'encéphalite d'Economo et grâce aussi aux constatations radiologiques, neuro-chirurgicales et anatomo-pathologique, le doute n'est plus possible. Le syndrome adiposo-génital typique appartient bien à la symptomatologie infundibulo-ventriculaire.

TROUBLES DE LA FONCTION HYPNIQUE ET DU PSYCHISME. — Si nous réunissons dans un même chapitre ces deux ordres de symptômes, c'est que, en réalité, ils s'associent et se lient intimement ; le sommeil avec sa perte de conscience et le déroulement de ses images oniriques n'accuse-t-il pas une modification profonde du psychisme ?

C'est une notion bien acquise aujourd'hui que l'hypersomnie paroxystique ou continue forme un des symptômes majeurs des tumeurs ventriculo-infundibulaires. Certes, en raison de son extrême fréquence, l'hypersomnie morbide ne pouvait passer inaperçue des observateurs d'autrefois, et Soca et Hercouet, de même que Mlle Voulfowitch, notaient la curieuse coïncidence de l'hypersomnie avec le développement des néoplasies de la région hypophysaire, mais ils n'en pouvaient saisir toute la portée.

A l'heure actuelle, la réalité, non pas d'un centre du sommeil, mais d'un point sensible du dispositif régulateur de la veille et du sommeil (Lhermitte et A. Tournay) n'est plus mise en doute ; aussi doit-on rechercher de parti pris les perturbations de la fonction hypnique chez tout sujet suspect de néoplasie infundibulo-ventriculaire. A la vérité, la perturbation est si frappante que le malade la souligne spontanément et que, bien souvent, le médecin est appelé à la vérifier.

Dans les tumeurs I. V., l'hypersomnie apparaît sous deux formes : continue ou paroxystique. Dans

(1) Ainsi que A. Salmon (de Florence) je pense que l'on peut considérer le tissu cellulo-adipeux comme l'homologue d'une véritable glande endocrine étalée, car il réagit conjointement aux endocrines et dans les mêmes circonstances morbides.

la première, le sommeil morbide s'étend sur de longues heures, parfois même sur des jours ou des semaines ; dans la seconde, qui n'est autre que la narcolepsie, l'attaque de sommeil survient brutalement mais dure peu. Mais, caractère important et essentiel, aussi bien pour l'hypersomnie continue que pour la narcolepsie, l'anéantissement corporel et psychique ressemble au sommeil naturel et comporte également la réversibilité. A la différence de la torpeur, l'hypersomnie peut toujours être dissipée, au moins pendant quelques instants, par des excitations appropriées. Tout de même que l'homme endormi, le malade en période d'hypersomnie peut être tiré du sommeil, c'est-à-dire reprendre conscience du monde extérieur, prononcer des paroles sensées et cohérentes. Il n'en va pas du tout ainsi dans les états stuporeux ou soporeux. Nous ne saurions trop y insister, car cette distinction est capitale, si la somnolence, la torpeur, l'hébétude, l'effondrement complet des fonctions de conscience constituent des manifestations des plus banalement observées au cours des tumeurs cérébrales et par conséquent ne possèdent aucune valeur indicatrice sur le siège de la néoplasie, l'hypersomnie vraie traduit l'atteinte directe ou secondaire de la région ventrale du ventricule médian. Sur ce point toutes les observations sont concordantes, depuis celle de H. Claude et Lhermite qui donne la première description du S. infundibulaire tumoral, jusqu'à celles de A. Thomas-Jumentie et Chausseblanche, de Guillain, Bertrand et Perisson, de Baruk, de Fulton et P. Bailey, de Van Bogaert, de K. Goldstein, de Souques Bertrand et Baruk, de Lereboullet et Boulanger-Pilet.

Mais ce n'est pas tout ; aux crises de sommeil peuvent s'associer des perturbations psychiques d'un intérêt à la fois pathogénique et clinique. J'entends ici les symptômes confusionnels et psycho-sensoriels. Les premiers ont été décrits par H. Claude et Lhermitte dans un cas où l'autopsie montra l'existence d'une tumeur kystique développée aux dépens de l'infundibulum et de la partie centrale du V. médian ; nous les retrouvons dans une observation rapportée par Baruk. Dans ces faits, le malade présente une désorientation absolue dans le temps et l'espace, des idées délirantes alimentées par des hallucinations et des illusions multisensorielles, enfin une amnésie à la fois antérograde et rétrograde. On le voit, cet ensemble symptomatique se rapproche de très près du syndrome de Korsakow.

Chez le malade observé par Baruk, outre les crises fréquentes de narcolepsie, on constatait une désorientation temporelle et spatiale complète, sur laquelle se greffait une fabulation assez riche. Et si le jeune sujet soigné par H. Claude et Lhermitte au Centre Neurologique de Bourges se croyait être à Toulon et se figurait voir la mer, des barques et sentir un brouillard pénétrant jusque dans son lit, la patiente suivie par Baruk, à la Salpêtrière, s'imaginait faire des promenades au Jardin des Plantes, alors qu'elle ne quittait pas sa couche.

Ces deux observations entièrement superposables s'éclairent par la même pathogénie ; cette confusion fabulante et hallucinatoire qui présente tous les traits particuliers de l'onirisme n'est rien d'autre qu'un état de rêve poursuivi à l'état de veille et, ainsi que H. Claude et Lhermitte, puis Baruk, l'ont indiqué, on y peut voir le pendant de l'état narcoleptique.

Mais la fonction hypnique troublée peut offrir une dissociation encore plus grande ; le trouble psychique se réduit alors à l'apparition d'hallucinations sensorielles presque exclusivement visuelles. Ces phantasmes apparaissent le soir, à la tombée du jour, et consistent en visions d'êtres animés : figures humaines ou animales, mobiles, colorées, silencieuses. Rarement à la fausse perception visuelle se joint une fausse perception tactile ; cependant une malade observée par Leroy prétendait être entourée de serpents qui la mordaient. Dans la règle, cette imagerie hallucinatoire est identifiée comme telle et le sujet n'en est point dupe. Nous sommes donc en présence d'une *hallucination pure,* laquelle n'est que l'expression de la libération d'une série d'images visuelles et rarement tactiles grâce auxquelles s'organise et se déploie la trame toujours mouvante de nos rêves les plus physiologiques.

Les troubles mentaux qui apparaissent au cours des T. infundibulo-ventriculaires ne se bornent pas là ; car l'on peut observer des perturbations d'un tout autre ordre. J'ai en vue ici des modifications portant sur la régulation de l'activité psychique. Déjà des troubles de ce genre avaient été consignés au cours des tumeurs de l'hypophyse, comprimant l'infundibulum, par Cestan et Halberstadt, Sainton et N. Péron entre autres, mais leur origine n'avait pu être correctement interprétée. Aujourd'hui, nous possédons des faits plus démonstratifs qui témoignent que des néoplasies limitées à la région ventrale du troisième ventricule et à l'infundibulo-tuber peuvent engendrer, tout ensemble, des troubles du caractère, de la personnalité morale, et un ralentissement de l'activité psychique dans ce qu'elle a de plus élevé.

Dans les faits rapportés par R. Ley, Français et Vernier, Mott-Baratt, G. Roussy et J. Lhermitte, Demole, on voit expressément relaté : 1° des troubles de l'humeur, qui passe sans raison apparente de la tristesse la plus profonde à la joie la plus vive et même la plus exubérante ; 2° des perturbations du caractère tellement accusées que l'entourage ne reconnaît plus la personnalité morale du sujet (Roussy et Lhermitte) ; 3° une diminution et un ralentissement très marqués des fonctions de mémoire, de jugement, de raisonnement et de critique.

L'affaiblissement mental peut être tel qu'il simule le début de la paralysie générale et demande, par conséquent, à être étudié de très près (Mott et Baratt).

En dehors des perturbations mentales que nous venons de signaler, peut-on ajouter à la charge déjà lourde des T. I. V. des manifestations proprement délirantes qui conduisent à l'internement ? La chose est difficile. Leroy et Lhermitte ont bien rapporté un fait de dépression mélancolique avec délire de persécution alimenté par des troubles cénesthésiques et hallucinatoires, mais, dans l'espèce, il s'agissait d'un sujet débile mental, et l'on peut penser que la tumeur n'a été qu'un appoint dans la genèse du délire.

*
* *

Formes cliniques. — Bien que les symptômes qui traduisent le développement des T. I. V. demeurent chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte, très voisins et la plupart de même nature, néanmoins le tableau clinique des néoplasies I. V. se modifie aux différents âges de la vie.

Chez l'enfant, deux aspects cliniques méritent surtout d'être retenus : 1° le type hydrocéphalique avec infantilisme, troubles de l'ouïe, paralysies oculo-motrices, stase papillaire, hémianopsie bitemporale, et 2° le type adiposo-génital avec infantilisme, polyurie, narcolepsie ou hypersomnie en longues périodes.

Chez l'adulte, les formes cliniques sont peut-être moins tranchées ; cependant, il n'est pas exceptionnel d'observer le syndrome adiposo-génital caractérisé par le développement monstrueux du tissu graisseux et par l'aménorrhée ou l'impuissance associée à l'atrophie de l'appareil génital. Fréquemment le masque clinique sous lequel évoluent les T. I. V. n'est autre que celui de l'hypersomnie, prolongée ou paroxystique. Mais, que l'on y prenne garde, dans l'immense majorité des faits, si l'hypersomnie forme le trait le plus frappant, un examen approfondi permet de mettre au jour divers symptômes dont le groupement est caractéristique : polyurie, ophtalmoplégie, amblyopie, atteinte du champ visuel.

Enfin, ainsi qu'on le voit dans une observation récente de Walter Kraus et comme je l'ai observé plusieurs fois, l'adiposité surtout à disposition abdomino-thoracique avec hypertrophie mammaire chez la femme, est un symptôme significatif. En somme, tout individu adulte qui présente à la fois des troubles du sommeil à type d'hypersomnie, une excessive polyurie, une adiposité, de l'impuissance (ou, chez la femme, l'arrêt des règles sans cause locale), doit être suspecté d'une néoplasie de la base du cerveau, c'est-à-dire de la portion ventrale du ventricule moyen et de l'infundibulo-tuber.

Diagnostic. — Il faut convenir que plusieurs localisations pathologiques de même ordre peuvent donner lieu, en l'absence de tumeur, à un syndrome analogue. Parmi les processus morbides qui entrent en jeu ici, il faut retenir avant tout : la syphilis et l'encéphalite épidémique d'Economo. L'encéphalite est de reconnaissance aisée, bien que, dans certains cas, la confusion ait été possible avec une tumeur. En effet, le début plus brutal par la diplopie, par le sommeil prolongé, par la fièvre, l'excitation psycho-motrice vient fournir, sinon la preuve, du moins un témoignage flagrant de la nature du processus en action sur l'infundibulo-tuber.

Pour la syphilis, il n'en va pas de même. Ici, en effet, l'évolution se fait lentement, insidieusement, et il peut arriver que le sujet non seulement n'ait gardé aucun souvenir de l'accident primaire, mais encore qu'il ne présente aucun signe clinique ou même sérologique de la spécificité, mises à part les réactions positives du liquide céphalo-rachidien : albuminose, lymphocytose, réaction de floculation et de Bordet-Wassermann. Encore faut-il ajouter qu'il ne faut accepter les renseignements sérologiques qu'avec une certaine restriction. En effet, il n'est pas exceptionnel de constater dans le liquide céphalo-rachidien des sujets atteints de tumeur, une réaction de Wassermann franchement positive, même en l'absence complète de spécificité. La réaction de Wassermann est ici conditionnée par la présence d'une tumeur que l'on découvre à l'opération ou à l'autopsie.

Je pourrais rappeler une observation de Burger-Prinz et Gunther qui en est un bel exemple. Chez un sujet présentant de l'hyperthermie par crises, on constata que le liquide céphalo-rachidien présentait une réaction de Wassermann positive malgré l'absence d'antécédents syphilitiques, et une tumeur limitée au troisième ventricule put être très parfaitement identifiée. Dans les cas difficiles, les renseignements tirés de l'examen radioscopique peuvent être très précieux.

Dans les tumeurs du tractus cranio-pharyngé et de la poche de Rathke, la selle turcique n'est pas distendue, mais les clinoïdes postérieures peuvent être érodées légèrement par la compression tumorale. De plus, et surtout, on constate au-dessus de la selle des blocs opaques aux rayons X, indiquant l'existence de points de calcification dans les parois du kyste du troisième ventricule et de l'infundibulum. L'encéphalographie par la méthode de Dandy ou par celle plus récente de Laruelle, constitue un procédé d'investigation du plus grand intérêt et, dans les cas où le diagnostic est particulièrement malaisé, c'est grâce à cette technique que l'on pourra préciser le siège de la tumeur. Ainsi que l'a montré M. Vincent, le ventricule moyen se montre effacé, aplati, repoussé d'un côté par le débordement du néoplasme ; parfois sa paroi ventrale se montre hérissée d'aspérités, alors que la région dorsale est dilatée. Toutes ces modifications du ventricule moyen et de l'infundibulum indiquent la présence d'un processus morbide à type tumoral.

Evolution. — Il est difficile de donner en raccourci l'évolution des tumeurs ventriculo-infundibulo-tubériennes, pour la raison que la marche de ces tumeurs est très variable et que, dans de nombreux cas, la mort subite, inopinée, vient terminer brusquement et d'une manière imprévue la maladie. Ce qu'il faut retenir, cependant, c'est que, très fréquemment, l'évolution apparaît lente et se juge non pas par des mois, mais par des années, et que, d'autre part, dans certains cas très curieux, l'évolution de la maladie s'effectue par poussées. Dans l'observation rapportée par A. Thomas, Jumentie et Chausseblanche, par exemple, il est expressément noté que la céphalée, comme la somnolence, subirent de périodiques exacerbations ; il n'y eut pas moins de six poussées, accompagnées chacune d'hypersomnie et d'encéphalalgie. Le malade observé par Guillain, Bertrand et Périsson présenta lui aussi le redoublement périodique analogue des symptômes, mais ici ces intermittences se montraient beaucoup plus courtes et les crises de léthargie s'accompagnaient d'hyperthermie, de vomissements, de polyurie, d'hypertonie avec exagération

des réflexes de posture. Dans les deux cas, l'autopsie montra l'existence d'une tumeur bien limitée au troisième ventricule.

Je rappelle enfin le cas de M. Laruelle (de Bruxelles), où l'on voit les poussées hyperthermiques accompagnées de modifications de l'équilibre sanguin : leucocytose, polynucléose.

***

Dans les lignes qui précèdent, je n'ai pas eu la prétention d'être absolument complet et de passer en revue, sans en omettre aucun, tous les menus signes que l'on a pu mettre au compte des tumeurs ventriculo-infundibulo-tubérales. Certains de ceux-ci sont d'origine discutable et leur accumulation n'eût eu pour effet que de rendre obscur un tableau clinique qui, dans la plupart des cas, apparaît en pleine lumière. Ce que nous avons voulu montrer, c'est que les néoplasmes T. I. V., chez l'enfant et chez l'adulte, s'extériorisent par des symptômes particuliers et presque spécifiques. Chez le premier, par l'infantilisme, le syndrome adiposo-génital de Redlich ou, au contraire, la macrogénitosomie précoce ; chez l'adulte, par les troubles psychiques portant tantôt sur le caractère, tantôt sur les fonctions les plus élevées ; chez les deux, par l'hypersomnie paroxystique ou continue, la polyurie avec polydipsie, les oscillations thermiques, les modifications de l'équilibre sanguin.

La constellation symptomatique prend ici une signification d'autant plus personnelle et objective que le groupement des éléments cliniques n'est que la reproduction par la maladie des manifestations que l'expérience physiologique appliquée à la région infundibulo-tubérienne nous a permis de définir et d'appréhender.

BIBLIOGRAPHIE

ARMSTRONG. Three Cases of Suprapituitary Tumor Presenting Frohlich's Syndrome. *Brain*, 45, p. 113, 1922.

AGOSTINI. Tumeurs de la région infundibulaire. *Ann. del. Manicomio prov. di Perugia*, vol. 17, H. 1/4, 1923.

P. BAILEY. Some Unusual Tumors of the third ventricle. *Arch. of Neurol. and Psychiat.*, vol. 20, p. 1398.

H. BARUK. Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales. *Th. de Paris*, 1926.

BERGER-ERDHEIM. Hypophysengeschwulste u. Hirncholesteatomen. *Sitzungab. d. k. Akad. d. Wissensch.*, 11, p. 236, 1910.

BOLLACK. Rapports entre la stase papillaire et la dilatation des ventricules au cours des tumeurs cérébrales. *Th. de Paris*, 1919.

BOLLACK et HARTMANN. Tumeur de la région infundibulo-hypophysaire avec syndrome adiposo-génital. *Soc. Ophtal.* 18 décembre 1920.

VAN BOGAERT. Les types thalamique et parkinsonien des tumeurs infundibulaires. *Arch. of neurol. and Psychiat.*, vol. 19, p. 277.

VAN BOGAERT et NYSSEN. Tumeur de la région hypophysaire avec syndrome parkinsonien. *Comptes rendus. Congrès alién. et neurol., langue franç.*, 1924, p. 263.

VAN BOGAERT et MARTIN. Tumeur supra-sellaire à symptomatologie cérébelleuse. Intérêt diagnostic de la ventriculographie. *Journ. de Neurol. et de Psychiat. belge*, juin 1928.

BURGER-PRINZ et M. GUNTHER. Beitrag zur Klinik der Ventrikeltumoren. *Nervenarzt* 489, 1931.

J. CAMUS et J. LHERMITTE. Syndrome infundibulo-tubérien. 5. *Rev. Neur.*, 1924, p. 266.

J. CAMUS, G. ROUSSY et GOURNAY. Syndrome infundibulo-tubérien. Association et dissociation. *Rev. Neurol.*, 1924, p. 192.

CESTAN et HALBERSTADT. Epithélioma kystique de l'hypophyse sans hypertrophie du squelette. *Rev. Neurol.*, 1903, p. 1180.

H. CLAUDE et SCHAEFFER. Tumeurs du troisième ventricule avec compression hypophysaire et sans syndrome infundibulaire. *Rev. Neurol.*, 1921, p. 25.

H. CLAUDE et J. LHERMITTE. Syndrome infundibulaire dans un cas de tumeur du troisième ventricule. *Rev. Neurol.*, 1918, p. 39.

FULTON et PERCIVAL BAILEY. Contribution à l'étude des tumeurs du troisième ventricule. *J. Nerv. Dis.*, vol. 69, p. 145, 1929.

FRANÇAIS et VERNIER. Etude anatomo-clinique d'un cas de tumeur du troisième ventricule. *Soc. de Neurol.*, 6 nov, 1919, *Rev. de Neurol.*, 1919, p. 1921.

GUILLAIN et BERTRAND. Tumeur du troisième ventricule. *Rev. Neur.*, 1925, I, Sem., p. 437.

G. HEUYER, J. LHERMITTE, DE MARTEL et CLAIRE VOGT. Un cas de macrogénitosomie précoce liée à un épendymogliome de la région mamillo-tubérale. *Rev. Neur.*, 2 août 1931.

HERCOUËT. Le sommeil dans les tumeurs cérébrales. *Th. de Paris*, 1905.

JUMENTIE et CHAUSSEBLANCHE. Tumeurs infundibulaires. *Rev. Neur.*, 1925, I, Sem. p. 129.

JUMENTIE et CHAUSSEBLANCHE. Formes cliniques des tumeurs du troisième ventricule. *Presse Méd.*, 12 mars 1924 et thèse de Chausseblanche, Paris, 1923.

KANKELEIT. Zur Symptomatologie und pathologische Anatomie und Pathogenese von Tumoren der Hypophysengegend. *Arch. f. Psychiat.*, 85, 87, 89, 1917.

LARUELLLE. Le repérage des troisièmes ventricules cérébraux. *Rev. Neurol.*, 1932, I sem., p. 1420.

LEROY et J. LHERMITTE. Deux cas de tumeurs cérébrales avec autopsie. *Bull., Soc. clinique de Méd. mentale*, juin 1921.

ROD-LEY. Tumeur de l'infundibulum. Intégrité de l'hypophyse. Syndrome adipeux. *Rev. Neurol.*, 1922, p. 377.

LEREBOULLET et BOULANGER-PILET. Un cas d'obésité par tumeur du troisième ventricule. *Soc. de Pédiatrie*, avril 1925.

LEREBOULLET, MOUZON et CATHALA. Infantilisme dit hypophysaire par tumeur du troisième ventricule. Intégrité de l'hypophyse. *Rev. Neurol.*, 1920, p. 154.

J. LHERMITTE et TOURNAY. Rapport sur le sommeil normal et pathologique. *Congrès de Neurol.*, Paris, 1927.

J. LHERMITTE. *Le sommeil*, 1 vol., 1931, A. Colin ; Les syndromes infundibulo-tubériens d'origine syphilitique. Revue générale, *Encéphale*, juillet 1932.

ORZECHOWSKI. In discussion Van Bogaert and Nyssen. Note 9, p. 268.

ORZECHOWSKI and MITKUS. De la forme parkinsonienne des tumeurs de la région infundibulo-hypophysaire. *Rev. Neurol.* vol. 1, 1925, page 1.

PARKER. Tumors of the Brain simulating epidemic encephalitis and involving the third ventricle, the fourth ventricle and Basal Ganglia. *Journ. Nerv. and Ment. Dis.*, 58, 82, 1923.

G. ROUSSY, BOLLACK et G. LÉVY. Tumeurs infundibulo-hypophysaires. *Rev. neur.* II, sem., p. 297, 1924.

G. ROUSSY et J. LHERMITTE. Syndrome infundibulo-tubérien, *Rev. Neur.*, II, sem. 1924, p. 65.

SALMON. Le syndrome infundibulaire dans un cas de tumeur du troisième ventricule. *Presse Méd.*, 8 oct. 1917.

SAINTON et PÉRON. Epithélioma du lobe antérieur de l'hypophyse à symptomatologie cérébrale dans réactions hypophysaires. *Rev. de Neurol.*, mars 1923, p. 277. *Encéphale*, juin 1923.

SOCA. Un cas de sommeil prolongé pendant sept mois par tumeur de l'hypophyse. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, mars 1900, p. 101.

SOUQUES, BARUK et BERTRAND. Un cas de tumeur de l'infundibulum avec léthargie. *Rev. Neurol.*, mars 1926.

A. THOMAS, JUMENTIE et CHAUSSEBLANCHE. Léthargie intermittente traduisant l'existence d'une tumeur du troisième ventricule ; étude anatomoclinique. *Rev. Neurol.*, I, 564, 1924.

URECHIA AND EELEKES. La cachexie dite hypophysaire. *Encéphale*, 21, p. 353, 1926.

URECHIA AND MIHALESCU. La dystrophie maigre. *Rev. Neurol.*, I, p. 73, 1926.

Claire VOGT. Les tumeurs cérébrales chez l'enfant. *Th. de Paris*, 1929.

Mlle VOULFOWITCH. Pathologie du sommeil, en particulier dans les tumeurs cérébrales. *Th. de Paris*, 12 juill. 1906.

WEISENBURG. Tumors of the third ventricle, with the Establishment of a sympyom complex. *Brain*, 33, 236, 1910.

SIGNES OCULAIRES DE L'HYPERTENSION INTRACRANIENNE

Par M. L. DUPUY-DUTEMPS.

La *stase papillaire*, découverte par TÜRCK à l'autopsie de sujets morts de tumeur cérébrale, décrite peu de temps après par A. DE GRAEFE dans son aspect ophtalmoscopique et son évolution, constitue un signe capital qui, même depuis l'usage de la ponction lombaire, conserve son importance clinique et est souvent l'indice révélateur d'une affection encéphalique jusque-là latente.

La simple congestion papillaire, au stade de début, ne se différencie pas objectivement de celle qui se produit dans des lésions d'une autre nature. Mais déjà, dès cette période, alors que l'acuité visuelle est restée normale, peut apparaître un trouble fonctionnel spécial à cette lésion optique et suffisant presque à lui seul pour décider du diagnostic. Décrit par JACKSON, il est cependant longtemps resté dans l'oubli après lui. Il consiste en des crises d'obnubilation visuelle, atteignant simultanément les deux yeux, d'une durée habituellement très brève, de quelques secondes, se renouvelant parfois jusqu'à 10 ou 15 fois dans la journée, survenant inopinément sans cause appréciable, mais pouvant aussi être déterminées par un brusque changement de position du corps ou de la tête ; elles s'accompagnent d'ordinaire d'un léger état vertigineux également très fugace.

A la période d'état l'image ophtalmoscopique est caractéristique : forte dilatation des veines rétiniennes ; œdème du tissu papillaire et de la rétine voisine, formant une saillie en bouton parfois très proéminente ; artères voilées en partie par l'œdème et paraissant rétrécies : hémorragies disséminées dans la région papillaire avec quelques taches blanches d'exsudats ou de dégénérescence. Malgré l'importance de ces altérations l'acuité visuelle peut rester quasi normale, même pendant plusieurs mois, tandis qu'elle est, au contraire, gravement amoindrie dès le début dans les névrites optiques inflammatoires. Mais il est possible aussi que la baisse de la vision soit dans certains cas relativement rapide.

A mesure que faiblit l'acuité, le champ visuel se rétrécit à peu près concentriquement. Peu à peu, la sclérose succédant à l'œdème, la saillie s'atténue et s'efface, les papilles se décolorent et le processus aboutit à la perte de la vision par atrophie des nerfs optiques.

Sauf de rares exceptions, qui s'expliquent très bien aujourd'hui comme on le verra plus loin, ces altérations optiques sont bilatérales et évoluent symétriquement de façon sensiblement semblable.

La stase papillaire n'est pas spéciale aux tumeurs encéphaliques où elle est toutefois plus particulièrement fréquente ; on l'observe aussi au cours d'affections intra-craniennes les plus variées : syphilis cérébrale, méningites, hémorragies méningées, gros tubercules, cysticerques, etc.

Bien des théories ont été imaginées, et certaines des plus invraisemblables, pour expliquer comment se forme cette lésion, toujours identique, dans des conditions étiologiques si différentes. Je ne saurai reprendre ici leur facile réfutation en montrant leur opposition flagrante avec l'expérience.

Il est d'ailleurs bien établi aujourd'hui que, quelle que soit la nature de l'affection encéphalique, c'est l'hypertension intra-cranienne seule qui produit mécaniquement la stase papillaire, indépendamment de toute infection et de toute lésion en foyer localisée sur les tractus optiques. Déterminer par quel mécanisme précis agit cette hypertension n'est pas seulement d'un intérêt théorique, c'est fixer la valeur sémiologique exacte du syndrome et permettre de connaître dans chaque cas particulier la raison de sa présence ou de son absence.

Le mécanisme pathogénique qu'après DEYL j'ai exposé et adopté en 1900, et que j'ai appuyé depuis par de nouvelles preuves (1), paraît rallier un nombre croissant de neurologistes. Il s'accorde en effet avec tous les faits connus jusqu'à ce jour et il a même permis de prévoir des particularités que l'observation a ultérieurement confirmées. Le voici.

Le nerf optique après sa sortie du crâne (voir la figure) est accompagné dans son trajet orbitaire par un prolongement des méninges qui lui constitue une gaine s'étendant jusqu'au globe de l'œil. La cavité de cette gaine communique librement à travers le trou optique avec les espaces sous-arachnoïdiens craniens, dont elle est un diverticule, et est occupée

(1) L. DUPUY-DUTEMPS. Pathogénie de la stase papillaire. *Thèse de Paris*, 1900 ; — La veine centrale de la rétine dans la stase papillaire. *Arch. d'opht.* 1907 ; — Causes de l'absence très fréquente de la stase papillaire, malgré l'hypertension céphalo-rachidienne dans la méningite tuberculeuse. *Soc. fr. d'opht.* 1909 et *Arch. d'opht.* 1909 ; — Hémorragie des gaines du nerf optique. *Annal. d'ocul.* 1914 ; — Pathogénie de la stase papillaire, *Rev. méd. de l'Est*, févr. 1929 ; — Sur la stase papillaire. *Soc. opht. de Paris*, octobre 1929 et janvier 1930.

comme eux par le liquide céphalo-rachidien. La veine centrale de la rétine, collecteur de toute la circulation de retour de la rétine et de la papille et dépourvue d'anastomoses physiologiquement utiles, cheminant à côté de l'artère centrale (non figurée) sort du nerf après un trajet de 12 mm. environ, traverse la cavité intervaginale et la gaine durale, pour se réunir aux veines de l'orbite.

L'hypertension intracranienne, grâce à cette disposition anatomique spéciale, se transmet ainsi librement à la cavité de la gaine et distend sa paroi externe (quand elle est extensible) comme on l'a depuis longtemps constaté. Le tronc de la veine centrale se trouve ainsi comprimé dans la cavité par le liquide sous pression qui l'entoure et aussi au point où elle traverse obliquement la gaine durale distendue, ainsi



Schéma du nerf optique et de sa gaine. — TO. Trou optique. — Ch. Chiasma. VC. Veine centrale de la rétine. — SC. Sinus caverneux.

qu'on le voit sur les coupes de nerfs convenablement prélevés et fixés. Aucune anastomose suffisante n'existant en amont de la partie comprimée, il se produit de la stase sanguine avec dilatation des veines, œdème et hémorragies de l'extrémité du nerf optique et de la rétine voisine. L'image ophtalmoscopique de la stade papillaire est constituée.

Par la suite, ces troubles circulatoires ont pour conséquence, plus ou moins rapide selon leur intensité, la dégénérescence des fibres optiques et l'atrophie du nerf. Il n'est pas impossible que dans certains cas la distension du chiasma et des bandelettes par l'hydrocéphalie ventriculaire contribue accessoirement à l'atrophie des fibres optiques. Mais elle n'a aucune part à la formation de la stase papillaire. On sait bien en effet que la compression et la destruction de ces tractus optiques, en l'absence de toute hypertension, n'entraînent qu'une atrophie pure et simple des nerfs optiques.

Ce mécanisme pathogénique explique parfaitement les diverses modalités observées en clinique, condition à laquelle ne satisfait aucune des autres théories proposées. Il suffira d'en citer seulement quelques exemples.

La bilatéralité presque constante de la lésion optique est la conséquence naturelle de la transmission égale de la pression générale intracranienne aux deux gaines optiques semblablement disposées.

Les obnubilations transitoires de la vision peuvent très bien avoir pour cause de passagères et rapides variations de la pression céphalo-rachidienne ou un fléchissement de la tension de l'artère centrale dans sa réaction antagoniste à la compression qu'elle subit dans la gaine ; d'où des perturbations fugaces de la circulation rétinienne.

La stase cesse avec la disparition spontanée ou provoquée de l'hypertension et reparaît avec elle.

Mais si l'hypertension intracranienne est la condition nécessaire de la stase papillaire, elle n'est pas par elle-même suffisante ; et nombreux sont les cas où de très fortes pressions céphalo-rachidiennes n'amènent aucune modification des papilles. Il faut encore que la pression puisse se transmettre dans la gaine optique pour exercer son action sur la veine centrale. Si pour une cause quelconque la communication entre la gaine et les espaces sous-arachnoïdiens craniens est interrompue, la stase papillaire ne se produit pas. C'est ce que l'on constate, en effet, dans certains cloisonnements méningés, dans les méningites et en particulier dans les méningites tuberculeuses, où le processus inflammatoire crée si souvent une symphyse des espaces sous-arachnoïdiens de la base et obstrue les trous optiques, ainsi qu'une partie des gaines. Dans les formes granuliques et hydrocéphaliques, sans exsudats oblitérants, la stase papillaire est au contraire la règle. Comme dans un cas de méningite traumatique que j'ai rapporté, on peut voir la stase papillaire, même à la période floride, disparaître complètement malgré la persistance et l'aggravation du processus hypertensif lorsqu'au cours de l'évolution une symphyse inflammatoire ou une tumeur viennent couper la communication avec les gaines.

Dans certaines tumeurs de l'étage antérieur, la stase papillaire peut être uni-latérale, l'autre papille étant normale (ce qui est exceptionnel) ou le plus souvent atrophiée. On a constaté alors, comme on pouvait le prévoir d'après la pathogénie ci-dessus exposée, que la tumeur englobait le nerf et obturait le trou optique du côté où manquait la stase, tandis que l'autre trou optique était resté libre.

On sait depuis longtemps que les tumeurs orbitaires et celles du nerf optique provoquent dans l'œil correspondant une stase papillaire ophtalmoscopiquement et histologiquement semblable à celle des processus encéphaliques ; mais c'est seulement lorsque le néoplasme comprime l'extrémité antérieure du nerf et la veine centrale que la stase apparaît. Dans les compressions et les destructions du nerf siégeant plus

en arrière, il ne se produit qu'une atrophie simple de la papille.

Bien plus : récemment REDSLOB et son élève DIMISSIANOS (1) ont réalisé expérimentalement par injection sous pression de paraffine une compression permanente, ou tout au moins assez durable, de la veine centrale de la rétine à son émergence du nerf. Ils ont constaté alors la formation d'une stase papillaire typique ayant tous les caractères cliniques et anatomiques de celle des tumeurs cérébrales. Au contraire si la masse, injectée plus en arrière, n'atteignait pas la veine centrale, la lésion optique manquait constamment. Ces constatations expérimentales confirment encore de façon décisive l'exactitude de mes observations ; et elles infligent un démenti péremptoire à l'affirmation, d'ailleurs purement gratuite, qui m'avait été opposée comme dernière objection, à savoir : qu'il n'était pas possible que la simple compression du tronc de la veine centrale puisse produire l'image de la stase papillaire.

En résumé la stase papillaire, au cours des affections intracraniennes, est produite par l'hypertension qui des espaces sous-arachnoïdiens se transmet à la cavité de la gaine optique et y comprime la veine centrale de la rétine. Elle manque, malgré l'hypertension, si, par suite de l'oblitération des voies de communication normales, la veine centrale se trouve soustraite à la compression. La stase papillaire indiquera encore l'existence d'une hypertension intracranienne, même si celle-ci, par suite de cloisonnements, ne se manifeste pas à la ponction lombaire.

En l'absence de toute altération des papilles, l'hypertension encéphalique peut être encore révélée, comme l'a montré BAILLIART, par l'exploration ophtalmoscopique. L'élévation de la pression intracranienne détermine en effet, par une réaction nécessaire pour assurer une irrigation suffisante, une augmentation parallèle de la tension des artères de l'encéphale. Cette hypertension artérielle régionale se manifeste naturellement dans l'artère ophtalmique, branche de la carotide interne, et dans son rameau, l'artère centrale de la rétine. L'observation ophtalmoscopique des battements des artères sur la papille sous l'effet d'une compression oculaire variable, faite avec un dynamomètre, permet de mesurer d'après les principes de l'oscillométrie, la tension de ces vaisseaux. Si elle est nettement supérieure des deux côtés à sa valeur normale pour le sujet examiné, il y aura une forte présomption en faveur d'une hypertension intracranienne. Quoique l'observation soit parfois difficile ou incertaine et que ce phénomène paraisse comporter quelques exceptions, il n'en constitue pas moins un élément de diagnostic et un fait physiologique d'un grand intérêt.

Mais lorsque la stase papillaire est constituée, la pression artérielle rétinienne reste normale ou même basse. Cette particularité peut sans doute s'expliquer par la diminution du débit de l'artère centrale, déterminé par la compression qu'exerce sur elle le liquide sous pression qui occupe la gaine optique.

(1) DIMISSIANOS. Recherches expérimentales sur la pathogénie de la stase papillaire d'origine orbitaire, *Ann. d'oculist.*, janvier 1930.

LA VENTRICULOGRAPHIE

Par M. THIERRY DE MARTEL.

C'est à Dandy (de Baltimore) qu'on doit cette précieuse méthode de localisation des tumeurs cérébrales. Elle est basée sur ce fait que si on vide le système ventriculaire cérébral du liquide C. R. qu'il contient et qu'on remplace ce liquide par de l'air, les ventricules deviennent visibles sur une radiographie du crâne.

Pour interpréter utilement une ventriculographie, il faut avoir présente à l'esprit la forme normale d'un ventricule latéral radiographié de profil, de face d'avant en arrière, de face d'arrière en avant. Il faut savoir reconnaître l'ombre arrondie du 3e ventricule, la traînée d'ombre qui l'unit à la partie antérieure, épaissie en massue, du ventricule latéral, traînée qui représente le trou de Monro. C'est affaire d'expérience, une expérience très vite acquise pour peu qu'on s'y applique.

S'il existe une tumeur et qu'elle soit assez grosse (en règle générale elle l'est toujours assez), elle refoule la paroi du ventricule, déforme son image, la déplace aussi, l'ampute de ses pointes et lui donne souvent un aspect tout à fait caractéristique de telle ou telle localisation.

Il y a encore quelques années on estimait la ventriculographie une méthode d'exception. On ne l'employait qu'en dernier ressort. On croyait que l'examen clinique devait suffire le plus souvent à faire une localisation. Au fur et à mesure que les neurologistes font opérer plus de tumeurs cérébrales, ils constatent combien est grand le nombre des tumeurs qui ne donnent pas un seul symptôme localisateur. Ils s'aperçoivent même que les tumeurs sans aucun symptôme d'hypertension intracranienne ne sont pas absolument exceptionnelles. Quelques tumeurs sont cependant presque toujours localisées par la clinique. Ce sont les tumeurs de l'acoustique, les tumeurs du vermis médian du cervelet, les adénomes de l'hypophyse, les tumeurs du lobe temporal quand la mensuration du champ visuel est encore possible, surtout lorsque la tumeur siège à gauche et que l'hémianopsie homonyme droite s'accompagne d'aphasie sensorielle, les tumeurs du lobe occipital dans les mêmes conditions, les tumeurs de la région motrice lorsqu'elles ont commencé très nettement par des crises jacksoniennes limitées qui se sont ensuite étendues progressivement.

A côté de cela il y a une quantité de tumeurs non localisables parce qu'elles ne donnent qu'un syndrome d'hypertension sans aucun symptôme localisateur net. Telles sont ces tumeurs frontales qui, bien souvent, ne se reconnaissent qu'aux troubles mentaux si caractéristiques qu'elles provoquent et qui ont une grande valeur localisatrice quand ils sont les premiers

en date, mais qui ne permettent pas d'assigner un côté à la tumeur, ou encore ces tumeurs frontales qui donnent une symptomatologie cérébelleuse qui égare complètement le diagnostic, comme Clovis Vincent l'a montré le premier, en France, dès 1911.

Parmi les tumeurs non localisables par la clinique, il faut aussi citer les tumeurs temporales chez les malades dont la périmétrie est impossible, soit que leur acuité visuelle très diminuée ne leur permette pas d'apercevoir l'index indicateur, soit que leur état mental (enfants, malades atteints de troubles mentaux, aphasiques) s'oppose à toute coopération de leur part.

Enfin, toutes les tumeurs à symptomatologie paradoxale, confuse, ou inexistante ne peuvent pas être localisées par la clinique.

La ventriculographie nous révèle leur siège presque toujours avec une grande clarté.

Technique de la ventriculographie. — Je décrirai ici la technique que nous employons et qui nous semble la plus facile et la moins nuisible. Mais à en juger par les beaux résultats qu'obtiennent les autres neuro-chirurgiens, et en particulier Clovis Vincent, toutes les méthodes sont bonnes, pourvu qu'elles soient employées par des hommes expérimentés.

Le malade est placé en position assise, la tête inclinée en avant et appuyée sur le support-tête, comme pour une opération cérébelleuse.

Après asepsie soigneuse du cuir chevelu, nous repérons la protubérance occipitale externe et à trois centimètres au-dessus d'elle nous traçons au nitrate d'argent un trait horizontal. Sur cette ligne horizontale, de chaque côté de la ligne médiane et à 2 c. 1/2 de cette ligne, nous incisons verticalement le cuir chevelu et nous perçons deux trous de trépan, tout cela sous anesthésie locale. Les deux trous de trépan doivent être rigoureusement symétriques par rapport au plan sagittal. Ablation à l'aide du crochet à strabisme de la rondelle périostée protectrice sur laquelle débraye le trépan et qui arrêterait l'aiguille.

Nous plaçons alors dans chacun des orifices osseux parfaitement cylindriques un petit bouchon légèrement tronconique qui les oblitère parfaitement.

Il s'agit alors de ponctionner le carrefour ventriculaire du côté opposé à celui de la tumeur suspectée. La direction de l'aiguille est fixée par les repères suivants : on vise un point situé à trois centimètres de l'arcade sourcilière et correspondant à la bosse frontale, un aide placé sur le côté guide l'opérateur. Nous perforons le bouchon et la dure-mère dans cette direction à l'aide d'une aiguille à biseau. Nous la remplaçons par une aiguille de Cushing, à ponction cérébrale. Cette aiguille suit à travers le bouchon et la dure-mère le trajet de la première ponction. L'aiguille est poussée lentement et on parvient au carrefour ventriculaire : le liquide céphalo-rachidien sort en jet ou en gouttes rares, suivant la tension intraventriculaire. On ferme immédiatement l'aiguille à l'aide du robinet dont elle est munie afin d'éviter la perte du liquide C. R. avant qu'on ait mesuré la pression intraventriculaire.

Pour pratiquer la ponction du ventricule opposé, on le suppose normal et plaçant la seconde aiguille dans une position absolument symétrique à celle de la première, on la pousse à travers le bouchon correspondant et on l'enfonce d'une longueur égale à celle de la première. Si on ne rencontre pas le second ventricule comme on a rencontré le premier, on peut affirmer qu'il est déplacé. En général, après quelques tâtonnements, on finit par le trouver.

Avant de vider les ventricules, on évalue la pression du liquide C. R. qu'ils contiennent à l'aide d'un manomètre à air très sensible. On s'efforcera d'éviter de dépasser cette pression initiale en remplissant d'air les cavités ventriculaires.

En inclinant le fauteuil en arrière, on place alors le malade en décubitus dorsal après avoir remplacé les aiguilles longues qui ont servi à la ponction ventriculaire et qui dépassent souvent les bouchons de plusieurs centimètres, par des aiguilles exactement de la longueur voulue pour que leur embout s'appuie solidement sur les bouchons. De cette façon, on peut transporter le malade, le remuer, lui secouer et lui incliner la tête dans toutes les directions, sans inconvénient et sans courir le risque de déplaecr les aiguilles ou de les voir tomber. Ouvrant les robinets, on recueille le liquide des ventricules. La rapidité d'écoulement du liquide, sa quantité et ses caractères (coloration, teneur en albumine et éléments cellulaires) comparés d'un côté à l'autre fournissent de précieux renseignements. On injecte ensuite prudemment l'air dans le ventricule supposé sain et qui a été ponctionné le premier et on veille à ne dépasser que très peu la pression initiale du L. C. R. dans les cavités ventriculaires. On observe en même temps l'écoulement du liquide ou de l'air par l'aiguille du côté opposé.

Si l'injection faite dans le ventricule supposé sain accélère l'écoulement du liquide par l'aiguille du ventricule opposé, nous savons que les trous de Monro sont perméables, renseignement souvent précieux. L'insufflation est lente et progressive. Lorsque quelques bulles gazeuses apparaissent à l'orifice de l'aiguille du ventricule opposé à celui de l'injection, on ferme le robinet de cette aiguille car l'injection est alors suffisante.

On évalue la pression. Si l'on veut obtenir une ventriculographie donnant de belles images et en particulier l'image du IIIe ventricule, il faut dépasser de quelques centimètres la pression intraventriculaire évaluée avant l'insufflation.

On transporte alors le malade à la salle de radiographie et on fait successivement deux radiographies de profil. C'est le ventricule qui est loin de la plaque qui est rempli d'air et qui est bien visible sur la radio, car les ventricules sont remplis d'un mélange d'air et de L. C. R. et ce dernier occupe les parties les plus basses, tandis que l'air occupe les parties les plus élevées.

C'est pour cette raison que la radiographie faite front sur plaque donne l'image des cornes occipitales, tandis que celle faite nuque sur plaque donne l'image des cornes frontales.

Lorsque les radiographies sont obtenues, si elles sont satisfaisantes, on vide les ventricules de l'air qu'ils contiennent et qui, essentiellement irritant, ne tarderait pas à provoquer une hypersécrétion du li-

quide C. R. et une hypertension dangereuse. Pour cela, le malade étant placé sur le ventre, on ouvre les robinets, et l'air gagnant les points élevés, s'échappe très rapidement. On évite ainsi les hypertensions intraventriculaires avec hyperthermie.

Pratiquée de cette façon, la ventriculographie est d'une grande innocuité et elle fournit dans la majorité des cas tous les renseignements nécessaires.

Les tumeurs frontales modifient le profil du ventricule situé du côté de la tumeur. La corne frontale de ce côté est effacée, amputée. Le ventricule semble beaucoup plus court que du côté opposé et se termine carrément tandis que du côté sain il est limité par un arrondi convexe en avant. Sur la radiographie de face, nuque sur plaque, qui donne normalement les images juxtaposées des deux cornes frontales, on constate que l'une de ces images a disparu ou encore qu'elle est repoussée vers la ligne médiane et réduite à une fente. Parfois quand il s'agit d'une tumeur du corps calleux, les deux cornes frontales sont aplaties, abaissées et écartées.

Les tumeurs de la région hypophysaire (méningiome suprasillaire par exemple) en repoussant en arrière la paroi du 3e ventricule, oblitèrent les trous de Monro et s'opposent à la réplétion du 3e ventricule. Elles écartent en même temps les deux cornes frontales et les aplatissent de bas en haut.

Une tumeur temporale modifie surtout le profil du ventricule latéral dont la corne sphénoïdale est effacée en totalité ou en partie, ou présente une encoche.

Certaines tumeurs de la fosse cérébrale postérieure ont une symptomatologie si discrète qu'on est très embarrassé pour les distinguer des tumeurs frontales à forme cérébelleuse. La ventriculographie est ici d'un précieux secours. S'il s'agit d'une tumeur de la fosse postérieure, elle montre des ventricules latéraux symétriquement élargis et un troisième ventricule dilaté, et la localisation est certaine.

Toutefois, un cas fort difficile est constitué par les tumeurs de l'aqueduc de Sylvius, qui déterminent une dilatation ventriculaire considérable et un syndrome clinique impossible souvent à différencier de celui d'une tumeur de la fosse postérieure.

Dans l'un et l'autre cas, la ventriculographie montre une dilatation des ventricules latéraux et du troisième ventricule. Mais l'encéphalographie par voie lombaire met en évidence l'oblitération de l'aqueduc par une tumeur qui n'est quelquefois pas plus grosse qu'un pois (Cushing). Dans ce cas, l'air ne peut atteindre les cavités ventriculaires et reste cantonné au quatrième ventricule qui est seul visible.

Malheureusement, l'encéphalographie est loin d'être aussi bénigne que la ventriculographie, et on peut se demander s'il ne vaut pas mieux pratiquer une opération exploratrice de la fosse cérébelleuse, suivie d'un cathétérisme de l'aqueduc, qu'une encéphalographie.

Le remaniement nosologique de la dilatation des bronches par l'application systématique du lipiodo-diagnostic, par Poumeau-Delille, préface du professeur Sergent. 1 vol. de 132 pages avec 27 figures en hors-texte. — Prix : 24 francs. — Paris, Masson et Cie.

REVUE DES THÈSES

Deux nouvelles méthodes thérapeutiques de l'angine de poitrine : 1° Les injections intraveineuses iodées intensives ; 2° Les injections sous-cutanées d'acide carbonique, par le docteur A. DE COSTER (1).

Le docteur A. de Coster étudie une thérapeutique nouvelle de l'angine de poitrine d'origine cardio-artérielle, préconisée par son maître, le professeur Lian.

Après avoir passé en revue les différentes théories pathogéniques proposées pour cette affection mal connue qu'est l'angine de poitrine, il limite son travail aux angors cardio-artériels.

Ceux-ci sont tantôt dus à une coronarite, oblitération des artères coronaires, tantôt à une aortite ; tantôt enfin à une insuffisance ventriculaire gauche succédant à des aortites, à des néphrites chroniques, à l'hypertension.

C'est à cette variété d'angine de poitrine que s'adresse la nouvelle thérapeutique préconisée par le professeur Lian. Ayant remarqué l'action heureuse de l'iode administré par voie buccale dans les crises angineuses, le professeur Lian utilisa d'abord les injections d'iodaseptine, puis d'iodaseptine renforcée par l'iodure de sodium.

L'iodaseptine a l'avantage de contenir 43 % d'iode et 33 % d'urotropine et d'être parfaitement tolérée. On y a adjoint de l'iodure de sodium dont l'activité est bien connue et dont la tolérance est parfaite.

Cette iodaseptine iodurée, ou cortiode, contient par ampoule 5 cc., 0 gr. 250 d'iodaseptine et 0 gr. 221 d'iodure de sodium. Chaque ampoule est ainsi dosée à 6 cent. d'iode par cc., soit 30 cent. par injection. Le docteur Lian fait trois fois par semaine une injection intraveineuse de 1 ou 2 ampoules.

Les résultats furent excellents ; sur 17 cas, on a constaté :

Une grande amélioration dans 6 cas ;
Une moyenne amélioration dans 9 cas ;
Pas d'amélioration dans 2 cas.

Chez ces malades, on injecta 5 cc. de cortiode trois fois par semaine. La fréquence des injections peut être augmentée ainsi que la dose, puisqu'on a pu injecter 10 cc. sans inconvénient et sans signe d'intolérance.

A cette thérapeutique, le docteur Lian ajoute les injections sous-cutanées d'acide carbonique. Il commence par injecter des doses faibles, pour augmenter progressivement. On fait une vingtaine d'injections sous-cutanées quotidiennes. Chez les premiers malades, on injecta de 50 à 250 cc., pour arriver aux derniers traités à des injections massives d'un demi-litre et même d'un litre.

Le malade éprouve un sentiment de soulagement et de bien-être. L'examen de l'équilibre acido-basique du sang ne décèle aucune modification.

Les injections de cortiode ainsi que les injections de gaz carbonique agiraient comme vaso-dilatatrices. La rapidité d'action des injections de cortiode ne permet pas de songer à une action trophique sur les parois artérielles : dès lors, on doit penser à une action vaso-dilatatrice. Toutefois, l'action trophique intervient probablement à la longue.

Le cortiode, qui s'était déjà montré dans les troubles cardio-vasculaires et les hypertendus d'une particulière activité, constitue le traitement de choix des angines de poitrine d'origine cardio-artérielle.

(1) *Th. de Paris*, 1932

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA DOULEUR ET DE L'INSOMNIE

Par M. le docteur Chausset.

Le sommeil est un acte naturel, réparateur, indispensable à la vie de l'organisme tout entier, et surtout de la cellule nerveuse. Tous les physiologistes en ont proclamé l'absolue nécessité et chacun connaît les inconvénients sérieux qu'offre pour la santé la diminution ou la suppression du sommeil : exaltation de la sensibilité physique et morale, anxiété, moindre résistance aux influences morbigènes.

On comprend dès lors pourquoi les médecins se sont attachés de tous temps à considérer l'insomnie prolongée comme un symptôme néfaste et à s'efforcer de ramener chez leurs malades l'apparition d'un sommeil normal.

La thérapeutique la plus rationnelle et la plus active est celle qui s'adresse à l'élément étiologique. Les causes de l'insomnie sont nombreuses et variables, et il n'est guère de symptôme plus fréquent au cours de diverses affections.

Sans entrer dans la discussion des théories du sommeil et de l'insomnie et tenter d'en expliquer le mécanisme, d'ailleurs fort mal connu, nous nous bornerons à énumérer brièvement les principales causes.

On peut classer les insomnies en trois groupes :

1° Insomnies déterminées par la douleur, quel qu'en soit le siège ;

2° Insomnies par hyperexcitabilité anormale du système nerveux central dues soit à une altération organique du système nerveux (méningites, tumeurs cérébrales, etc...), soit à une excitation d'origine fonctionnelle (psycho-névroses), soit à une infection ou une intoxication ;

3° Insomnies par troubles de la circulation et de la respiration.

Le traitement de l'insomnie variera naturellement suivant la cause originelle, et la thérapeutique étiologique suffira souvent à ramener un sommeil normal.

Avant de recourir au traitement médicamenteux, on n'oubliera pas d'instituer un traitement hygiéno-diététique et parfois psychique qui suffira dans bien des cas, seul ou associé au traitement physique proprement dit, hydrothérapie, balnéothérapie, etc...

Enfin, tous ces moyens ayant été épuisés sans succès, force sera d'avoir recours au traitement médicamenteux. La gamme des hypnotiques est très étendue et leurs actions sont très inégales et différentes, et le médecin pourra être embarrassé parfois pour formuler un médicament. C'est pourquoi il convient de classer les insomnies en deux groupes :

a) Les insomnies que l'on pourra appeler pures, c'est-à-dire sans aucun élément surajouté ;

b) Les insomnies douloureuses dans lesquelles l'apparition du sommeil est empêchée par la douleur.

C'est le traitement de ces insomnies douloureuses que nous envisagerons et auquel nous nous proposons d'apporter une modeste contribution.

La douleur, cause de l'insomnie, est variable en intensité et en durée. La douleur, en général légère, qui accompagne une avulsion dentaire, sera calmée plus facilement que la douleur atroce de la colique néphrétique. Cette dernière, malgré sa violence, est transitoire, et ne peut être comparée avec la douleur continue avec exacerbations des tumeurs cérébrales par exemple, ou de certaines arthrites subaiguës ou chroniques, telles que les arthrites gonococciques ou bacillaires. Cette simple comparaison montre que le médicament à utiliser devra être différent, comme puissance d'action, suivant les cas, depuis le comprimé d'aspirine jusqu'à l'injection de morphine, suprême ressource.

Jusque-là, aucune difficulté, mais le problème devient beaucoup plus délicat quand il s'agit de traiter une insomnie liée à une douleur que l'on peut qualifier de chronique. En reprenant la comparaison précédente, on peut admettre qu'il n'y a pas, en général, grand inconvénient à pratiquer, chez un néphrétique, une à deux injections de morphine pendant la crise, mais il n'en est plus de même dans l'arthrite gonococcique. Dans ce cas, les injections de morphine doivent être répétées quotidiennement et à doses croissantes, étant donné la facilité d'accoutumance de l'organisme à ce médicament, d'où grave danger de toxicomanie.

Il serait donc indispensable de posséder un hypnotique analgésique puissant, peu toxique, ne s'accumulant pas et ne créant pas d'accoutumance.

Il semble bien, depuis l'introduction dans l'arsenal thérapeutique des dérivés barbituriques, que l'on ait trouvé dans l'allonal le produit qui réponde presque entièrement à ces desiderata.

L'allonal est obtenu en combinant une molécule d'acide allyl-isopropylbarbiturique avec une molécule de diméthylaminoantipyrine ; ce n'est pas un simple mélange, mais un véritable composé, chimiquement défini et possédant des propriétés physiques constantes. Il se présente sous forme d'une poudre jaune clair, fondant à 92°5, décomposée par l'eau et l'alcool et soluble dans l'éther et les huiles.

Son étude pharmacodynamique a été faite d'une façon très complète par le professeur Pouchet, MM. Redonnet, Wiki, Ritz, etc., etc..., et a montré que sa toxicité était très faible, inférieure à celle d'autres barbituriques. Il est très rapidement éliminé et ne s'accumule pas dans l'organisme.

Chacun de ses deux composants possède son action propre, l'un provoque le sommeil, l'autre calme la douleur, mais le fait intéressant à noter est l'augmentation de leurs propriétés respectives, du fait de leur association, ce qui permet d'obtenir d'excellents effets thérapeutiques avec des doses minimes.

Cliniquement, l'allonal a été expérimenté dans presque tous les domaines de la pathologie, chirurgie, médecine générale, stomatologie, neuro-psychiâtrie, avec des résultats parfois variables suivant les maladies, mais dans l'ensemble nettement supérieurs à ceux obtenus avec d'autres hypnotiques et analgésiques employés isolément ou concurremment.

Ce que nous pouvons déclarer, d'après l'expérience de tous les médecins qui l'ont utilisé et la nôtre, c'est que l'allonal s'est révélé un excellent analgésique, progressivement sédatif et hypnogène. Bien souvent, il a permis d'éviter de recourir à la morphine, et dans certains cas, il a agi alors que la morphine elle-même n'agissait plus : Sydney Kuh (The therapeutic gazette, avril 1923) rapporte l'observation d'une malade souffrant depuis huit ans d'une névralgie faciale, rebelle à tout traitement, même les injections d'alcool et la morphine, qui fut soulagée avec une dose d'allonal moyenne, 2 à 3 comprimés. Franck Wright a traité avec succès un malade atteint de cancer du rectum chez lequel la morphine était devenue sans action. Ces faits sont très rares, évidemment, mais montrent cependant quel résultat on pourra parfois obtenir avec l'allonal.

Les indications de l'allonal sont donc fort nombreuses, mais on peut les résumer dans la formule suivante : à tous les malades qui sont atteints d'insomnie, et surtout à ceux qui ne dorment pas parce qu'ils souffrent, on pourra administrer l'allonal.

Il ne possède pas de contre-indication ; tout au plus devra-t-on être prudent au début et commencer par de petites doses dans les cas d'insuffisance rénale manifeste.

Sa posologie est simple : un à deux comprimés suffiront dans la plupart des cas, mais pour des douleurs très violentes, on pourra donner 3 à 4 comprimés pris de demi-heure en demi-heure.

Le réveil est normal, sans céphalée ni lourdeur ; aucun phénomène d'intoxication n'a été signalé.

Enfin le traitement pourra être poursuivi longtemps sans crainte d'accumulation et sans obligation d'augmenter fortement les doses. Le Dr Abbal (Concours Médical, 23 mars 1930) a traité pendant 86 jours un cancéreux de la langue avec deux comprimés quotidiens et pendant 153 jours un cancéreux de l'amygdale avec une dose journalière de 4 comprimés.

L'allonal est donc un excellent médicament très maniable, peu dangereux et susceptible de rendre aux médecins et aux malades de réels services.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'HÉMIPLÉGIE SYPHILITIQUE[1]

c) *Les formes doubles* réalisent le *syndrome pseudo-bulbaire.* Elles sont dues à la récidive d'un ramollissement du côté opposé au premier.

Ces malades sont facilement reconnus :

— par leur démarche à petits pas,
— leur rire et pleurer spasmodiques,
— leur gros déficit intellectuel.

La mort survient plus ou moins rapidement dans le *gâtisme.*

2° Selon le siège des lésions, les signes peuvent varier : la thrombose n'affecte pas toujours le territoire cortical.

a) Elle peut atteintre *les artères de la capsule interne*, donnant alors une *hémiplégie pure et proportionnelle.*

Souvent, d'ailleurs, on note l'association de troubles sensitifs dus à l'atteinte concomitante du cortex.

b) Dans d'autres cas, on abserve *un syndrome thalamique* (couche optique) qui comporte, outre l'hémiplégie :

— une hémianesthésie profonde et des douleurs du côté paralysé,
— des troubles sensitifs superficiels croisés,
— et souvent des mouvements choréo-athétosiques.

c) *Les hémiplégies par lésion du mésocéphale* sont plus fréquentes ; elles réalisent des *syndromes alternes* par association à l'hémiplégie croisée de paralysies des nerfs moteurs de l'œil ou du facial. Avant de les affirmer, il faudra s'assurer qu'il ne s'agit pas de paralysies dues à la méningite syphilitique concomitante, au cours d'une hémiplégie banale.

L'*Hémiplégie alterne supérieure* réalise le *syndrome de Weber* :

— hémiplégie et paralysie faciale croisées,
— paralysie homolatérale du III,

ou plus rarement le *syndrome de Benedikt.*

L'*Hémiplégie alterne inférieure* (*syndrome de Millard-Gubler*) comprend :

— une hémiplégie croisée à type capsulaire,
— une paralysie faciale homolatérale avec souvent paralysie du VI et des masticateurs.

d) *Les Hémiplégies bulbaires* sont exceptionnelles et limitées aux membres. Parfois s'y adjoignent pourtant des syndromes complexes dus à l'atteinte des dernières paires craniennes.

e) Quant à l'*Hémiplégie spinale*, elle donne un *syndrome de Brown-Séquard.*

3° Selon la nature des lésions. — *a*) A côté des artérites thrombosantes que nous avons eu surtout en vue jusqu'à maintenant et qui donnent des hémiplégies par ramollissement cérébral, on peut observer des *artérites ectasiantes*, susceptibles de se rompre et de donner un tableau d'hémorragie cérébrale.

Il s'agit en général d'individus déjà âgés, mais parfois aussi relativement jeunes (ce qui serait assez spécial à la syphilis), polyscléreux, et chez qui la preuve de la syphilis n'est pas toujours facile à établir. Quand la mort ne survient pas immédiatement dans le coma apoplectique, ou vers le huitième-dixième jour par complications de décubitus, on peut voir l'évolution se faire vers l'hémiplégie à type capsulaire le plus souvent, d'abord flasque, puis assez rapidement spasmodique et qui pourra régresser en partie mais très lentement et toujours incomplètement.

Mais le pronostic reste encore plus grave que dans la forme habituelle, car les récidives sont la règle et tôt ou tard emporteront le malade.

Quant à l'hémiplégie au cours de l'hémorragie cérébro-méningée, elle n'a que peu d'intérêt, en raison de la rapidité de l'évolution fatale.

b) *Parfois l'hémiplégie ressemble à celle des tumeurs cérébrales ;* elle a alors un début lent et progressif et revêt d'emblée ses caractères définitifs. Elle est parfois précédée de crises jacksoniennes.

Elle s'accentue progressivement « en tache d'huile » et coïncide avec des signes d'hypertension intracranienne que la P. L. viendra affirmer.

Il s'agit alors d'une *gomme cérébrale*, sur laquelle le traitement antisyphilitique pourra être actif, ou plus rarement d'une exostose venant comprimer le cerveau et dont l'existence est d'ailleurs discutée.

c) Plus souvent l'hémiplégie est due à la *méningite syphilitique*, ordinairement associée aux troubles artéritiques et donnant une hémiplégie corticale avec des signes d'excitation méningée et souvent une paralysie de nerfs craniens. On la soupçonnera surtout en cas de réaction intense du liquide céphalo-rachidien. Elle réagit bien au traitement.

De ces hémiplégies par méningite ou gomme méningée, on peut rapprocher les hémiplégies fugaces et récidivantes par pachyméningite au cours de la P. G. et les hémiplégies par pachyméningite hémorragique chez les vieillards déments qui donnent un syndrome de T. C. et des ictus à répétition.

d) Enfin parfois l'hémiplégie revêt tous les caractères de l'*hémiplégie embolique* à début brusque, sans prodromes, chez des individus porteurs d'un anévrisme de l'aorte ou des carotides.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 88, p. 1622; n° 90 p. 1658.

Hygiène et diététique du diabétique, par Henry Schwab, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Strasbourg. — Collection « Hygiène et Diététique », publiée sous la direction de E. Schulmann, médecin des hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-8° de 128 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — M. le docteur Cotte, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, est chargé du service de gynécologie de la Charité, en remplacement du docteur Molin, arrivé au terme de ses fonctions.

M. le professeur Leriche a pris possession le 1er novembre, à l'Hôtel-Dieu, du service de chirurgie du docteur Laroyenne, arrivé également au terme de ses fonctions.

M. le docteur Paul Bonnet, chirurgien suppléant, a été nommé chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu et chargé du cours de clinique ophtalmologique.

— MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira le 12 décembre 1932, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour la nomination d'un oto-rhino-laryngologiste adjoint.

S'inscrire avant le lundi 28 novembre.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — Le correspondant du *Temps* à Alger signale qu'à la suite du désaccord survenu entre le Conseil de Faculté et le ministre de l'Education nationale, au sujet de la création d'une chaire magistrale, le doyen de la Faculté de médecine d'Alger avait donné sa démission. Réélu jeudi dernier, le doyen, le professeur Leblanc, a déclaré qu'il ne reprendrait ses fonctions que si le ministre acceptait la date fixée par le Conseil de Faculté pour la création de la chaire magistrale. Les étudiants en médecine se sont mis en grève, et l'Association générale des étudiants a décidé la grève générale afin de marquer sa solidarité avec les maîtres.

A ce sujet, le ministère de l'Education nationale a communiqué la note suivante :

« Les étudiants en médecine d'Alger se sont mis en grève; ils paraissent devoir entraîner leurs camarades des autres facultés dans cette manifestation prévue pour 48 heures, dont le motif est la création d'une chaire à la Faculté de médecine qui ne correspondrait pas aux vœux du doyen et de la Faculté.

Contrairement à certaines informations, il n'y a pas, sur ce sujet, conflit entre la Faculté de médecine d'Alger et le ministère de l'Education nationale, lequel n'avait pas à réformer la décision des délégations financières qui votent les dépenses relatives à la chaire dont s'agit et font choix de l'enseignement auquel cette chaire doit correspondre. »

— LYON. — M. Rollet, ancien professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé professeur honoraire de ladite Faculté.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CONCOURS VULFRANC-GERDY. — Tous les deux ans l'Académie de médecine organise un concours auquel sont seuls admis les internes des hôpitaux. Le candidat reçu est chargé, pendant quatre années consécutives, d'une mission dans une ville d'eaux.

Une indemnité annuelle de 3.000 fr. lui est attribuée, à laquelle s'ajoute, s'il y a lieu, une somme de 500 fr. destinée à récompenser le rapport qu'il doit fournir tous les ans sur les eaux de la station qu'il a visitée. Tout candidat ayant accompli au moins trois années de stage est lauréat de l'Académie.

Le concours aura lieu cette année le 13 décembre prochain. Les candidats sont priés d'adresser, dès maintenant, leur demande au secrétariat de l'Académie de médecine, 16, rue Bonaparte.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Thiroloix, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine, décédé dans sa 72e année; MM. les docteurs Henri Mouflier (de Villers-Cotterets); Charles Mirallié, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, correspondant de l'Académie de médecine.

IL Y A CENT ANS. — En 1832 on eut à déplorer la mort du baron Portal, premier président de l'Académie de médecine et président d'honneur perpétuel par ordonnance royale, puis du comte Chaptal, membre de l'Académie, enfin de Scarpa, le grand anatomiste italien, professeur à 22 ans à Pavie, mort à Paris le 31 octobre 1932.

D'autre part, le choléra fit les victimes suivantes : Cuvier. si l'on en croit Magendie et Ph. Ricord, succomba à l'épidémie. On cite encore parmi les morts, Gilbert, médecin de l'hôpital des vénériens, et Henry, ex-pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu.

On sait que le doyen Orfila fut atteint par le choléra en juillet 1832. Il fut gravement malade et se rétablit au mois de septembre suivant. (*Gazette des hôpitaux*, passim, 1832.)

CHRONIQUE

REMISE DU VOLUME JUBILAIRE DU PROFESSEUR HENRI ROGER

Le mardi 15 novembre 1932, sous la présidence du doyen de la Faculté de médecine, le professeur V. Balthazard, une fête tout intime s'est déroulée à 16 h. 30 dans la grande salle du laboratoire de physiologie pour la remise au professeur Henri Roger du volume jubilaire, imprimé en son honneur. Dans l'assistance nombreuse, à côté des professeurs H. Hartmann, Achard, L. Binet, E. Sergent, P.-M. Laignel-Lavastine, se pressaient les amis et les élèves de l'ancien doyen.

Ce fut le professeur de physiologie L. Binet qui offrit le volume en disant que la préface avait été écrite par le professeur Achard.

Puis le professeur H. Roger prit la parole, il remercia tous les souscripteurs et retraça avec l'éloquence qui lui est familière sa longue carrière à la faculté ; il rappela ensuite toutes les recherches biologiques qui l'ont illustrée, montrant l'influence heureuse que sa famille et ses maîtres ont exercée sur sa vie et ses travaux scientifiques. Qu'il me soit permis de lui exprimer toute ma gratitude pour l'accueil bienveillant qu'il m'a toujours réservé.

J.-M. LE GOFF.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE FISC CONTRE LES PROFESSIONS LIBÉRALES

Il n'est pas inutile de rappeler qu'il y a quelques années, à la Faculté de Médecine de Paris, s'était tenue sur la proposition des avocats et pour les appuyer, une grande réunion, sous la présidence du sénateur Dudouyt. Il s'agissait de la patente s'étendant au local professionnel et au local d'habitation : il en est toujours ainsi, et cela est aussi vrai du médecin que de l'avocat (qui, on le verra, par la citation du *Matin* du 31 octobre 1932, semble croire être le seul dans ce cas).

A la Confédération des travailleurs intellectuels C. T. I., la question nous a préoccupés. Maître Sarran, du Conseil de l'ordre du barreau de Paris, y a même préparé un projet qui exempterait de la patente le jeune médecin qui s'installe et sans clients, pendant 3 ans, et le vieux de 65 ans, que les clients quittent. Cela paraît assez juste. Quant à exonérer tous les locaux d'habitation, tous les patentés des professions libérales sont d'accord.

Mais, et ce n'est pas d'hier, que de fois j'ai entendu dire : « Vous autres médecins, gagnez ce que vous voulez, vous êtes riches, il n'y a pas de pauvres parmi vous, vous déclarez ce que vous voulez, nous, fonctionnaires, salariés, appointés, nous y sommes obligés et sommes très taxés, appauvris ». Aux avocats, on disait de même.

« Tous les bâtonniers de France se sont réunis à Paris, écrit le *Matin*, en une manière de croisade contre l'inquisition fiscale. Une profonde émotion répandue dans tous les barreaux la provoque. On a parlé de fraudeurs, de vérifications très serrées à faire, des déclarations d'honoraires, du secret professionnel, si grave dans la profession d'avocat, menacé par le fisc.

C'est une assemblée très émue, dont le bâtonnier Gabriel Arnaud, président de l'association des avocats de France, a eu à diriger les débats. Il a bien voulu, avant la réunion, nous préciser la portée de ces assises :

— Le barreau français, nous a-t-il dit, a été exaspéré par les accusations de fraude dont il a été l'objet à propos des projets fiscaux à l'étude.

« On croit trop souvent que les avocats sont payés par l'Etat quand ils plaident pour les assistés judiciaires. Il n'en est rien.

« Ce sont les seuls citoyens à accorder gratuitement leurs services professionnels aux malheureux.

« Ils revendiquent hautement cet honneur, d'ailleurs de plus en plus écrasant, les cadres de l'assistance étant constamment élargis. Le seul barreau de Paris assume le fardeau annuel de 28.000 affaires civiles et de 30.000 affaires pénales.

« Sans aucune compensation fiscale d'ailleurs. Au contraire, leur patente est plus dure que pour les autres contribuables, portant à la fois sur le local professionnel et sur le local d'habitation, atteignant dans certaines villes jusqu'à 170 % du loyer.

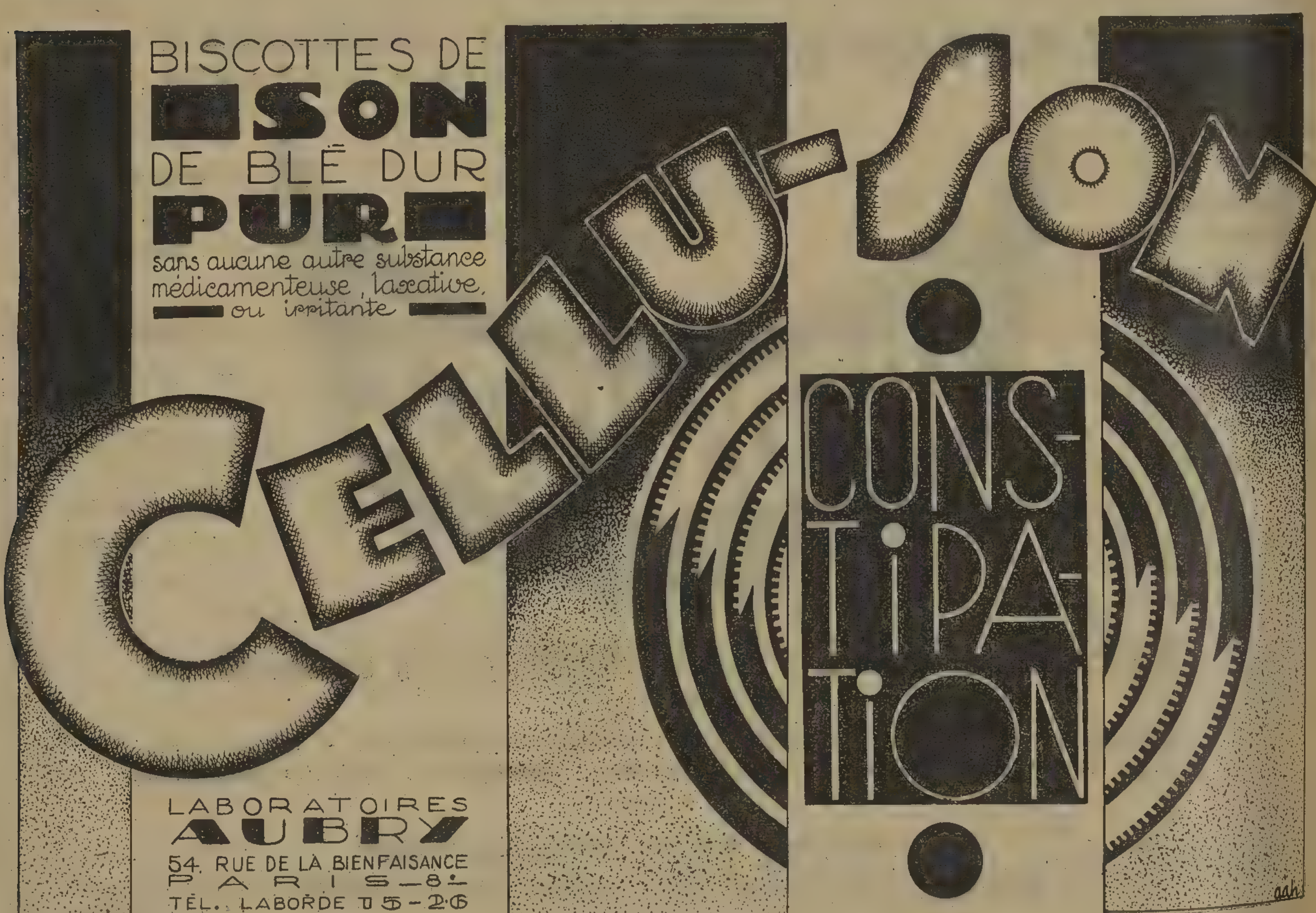
« Imagine-t-on la charge que représenterait pour le contribuable la rétribution de nos services d'assistance judiciaire ? Nous admettons toutes les vérifications fiscales, sauf celles qui peuvent porter atteinte au secret et à notre dignité professionnels.

(Voir la *Suite, p. 1713.*)

RENSEIGNEMENTS

VILLE DE DIEPPE (S.-I.) recherche visiteuse d'hygiène. — Ecrire au maire en indiquant références et diplômes.

**


BISCOTTES DE
SON
DE BLÉ DUR
PUR
sans aucune autre substance
médicamenteuse, laxative,
ou irritante
CELLU-SON
CONS-
TiPA-
TiON
LABORATOIRES
AUBRY
54, RUE DE LA BIENFAISANCE
PARIS-8e
TÉL. LABORDE 15-26

« La réunion des bâtonniers doit préparer les termes de suggestion à faire au Ministre du Budget, et qui permettraient au Trésor d'exercer son contrôle, sans que fût violé le secret des cabinets d'avocat. »

MM. les bâtonniers n'ont pas, cette fois, songé aux médecins, leurs compagnons d'infortune. C'est mal et mal compris. Le médecin donne lui aussi tant de consultations gratuites : il a peut-être le mérite qu'il n'y soit pas obligé « d'office », et qu'il en donne volontairement. Combien d'associations d'écrivains, d'artistes, d'inventeurs, l'ont, à titre gracieux, dans leurs Conseils Médicaux. Qui en parle, en témoigne, le proclame ? Pas même les intéressés.

Avocats et médecins (médecins au sens large du mot) sont, disons-le, également bienfaisants, ont partie liée, ont le même sort ; la pauvreté, en général, et s'ils n'ont pas de ressources autres, métiers seconds (écrivains), fortune personnelle ou conjugale, ne gagnent pas leur vie, n'ont que peu ou point de revenus, d'où, diminution des recettes fiscales. Moins ils gagnent, moins ils peuvent gagner, car ils n'ont plus le lustre nécessaire et exigé par le public ; ils ne peuvent plus payer leurs cotisations à leurs sociétés scientifiques ou prévoyantes, ils s'ignorent, ne peuvent s'envoyer de clients selon leur spécialité.

Et que diront les patients quand tout le monde pourra connaître leurs maux. Ils iront, inconnus, chez les charlatans.

Les patients, amis et pauvres, journalistes, auteurs, artistes, que l'on soignait et soigne souvent gratuitement, voient, certains du moins, plus loin : ils savent bien que toute consultation étant imposée, ce seront eux les premiers atteints.

Je n'invente ni ne prédis le pire. Le fisc a perçu l'impôt sur le revenu sur des dons faits à des sociétés philanthropiques, voire à l'Etat.

G. de la Fouchardière, dans l'*Œuvre* du 1er novembre 1932, dit que si les clients accusaient les honoraires par eux payés, ce serait le meilleur contrôle. Oui, s'ils étaient sincères... toujours. Mais souvent nous les entendons se vanter d'honoraires par eux majorés par orgueil, pour paraître riches à s'offrir les maîtres, pour discréditer leur médecin, pour cacher des dépenses peu avouables. Il y a encore les clients demi-pauvres à qui on a pris de minimes honoraires et qui n'avoueront que les habituels et normaux...., ou, qui disant la vérité, la générosité du médecin, ne seront pas plus crus du fisc que ceux avouant avoir été soignés pour rien !....

La Presse qui a tant de Conseils Médicaux la soignant gracieusement sera la première atteinte, comme tous les amis des carrières libérales, comme les pauvres....

Si médecins et avocats n'agissent vite, la prochaine loi des finances qui prévoit des commissions cantonales de taxation pour les professions libérales, instituera l'inquisition fiscale. Qui sera lésé : Pas le médecin !...

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

P. S. — *La fraude « à la renversée »*

M. Palmade a appris en recevant les bâtonniers conduits par Me Gabriel-Arnaud cette chose effarante, qu'il avait sous sa houlette et sous sa coupe — c'est bien le cas de le dire — des contribuables qui, à côté des fraudeurs, déclarent plus de revenus qu'ils n'en ont en réalité.

Ce sont les avocats sans cause qui, pour ne pas avouer même à leur percepteur l'inexistence de leurs honoraires, déclarent 5.000 ou 6.000 francs par an.

Ils sont légion, disent les statistiques.

M. Palmade n'en est pas encore revenu.

(Cyrano.) »

REVUE GENERALE

LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

ÉTUDE ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

PAR MM.

P. MASQUIN, et J.-O. TRELLES,
Chef de clinique à la Faculté de Paris. Interne des Asiles de la Seine.

Le liquide céphalo-rachidien est une « humeur » contenue dans les espaces sous-arachnoïdiens et ventriculaires ; il entoure tout l'axe nerveux.

Depuis les études de Cottugno (1774), de Magendie, de Bichat, puis son extraction par ponction lombaire réalisée par Quincke (1890), bien des problèmes se posent encore à son égard malgré la multiplicité des travaux entrepris, en Amérique surtout, et en France par Claude et ses élèves, Sicard, Riser et son école.

Après avoir dit quelques mots de ses propriétés physiques et chimiques, nous étudierons son contenant, puis nous aborderons les différents problèmes physiologiques qu'il suscite, à savoir sa production, sa circulation, sa résorption. Les rapports enfin qu'il présente avec l'axe nerveux nous permettront d'aborder en passant la question si intéressante de la barrière hémato-encéphalique et des rôles qu'on a tour à tour attribués au liquide céphalo-rachidien.

Le liquide. — Le *prélèvement* peut se faire par : ponction lombaire ;

Mais la ponction peut être pratiquée à d'autres niveaux : sous-occipitale, cranienne, vers les lacs de la base ou ventriculaires.

L'intérêt de ces ponctions n'est pas que physiologique, mais surtout d'ordre diagnostique et thérapeutique. Elles sont couramment appliquées aujourd'hui.

Sa quantité est difficilement appréciable, on suppose une résorption post mortem pour expliquer la quantité minime retrouvée à l'autopsie. On admet 130 cm³ en moyenne.

Propriétés physiques : aspect, eau de roche ; sa densité est de 1.009 ; son point *cryoscopique :* 0,60.

La *Tension* au manomètre anéroïde de Claude est évaluée en cc. d'eau. Prise sur un sujet couché est 20 fois inférieure à pression sanguine : 15 à 20 cm³ d'eau.

Tension variable avec la position, 40 cc. lorsque le sujet est assis et avec l'injection de substances hyper ou hypotoniques (intérêt thérapeutique) : l'eau distillée fait monter la tension ; les solutions hypertoniques la font baisser. Principe de deux liquides de concentration différente mis en présence par l'intermédiaire d'une membrane perméable.

Propriétés chimiques : de réaction faiblement alcaline, le L.C.R. contient :

0 gr. 10 à 0 gr. 30 d'Albumine ;

Traces de Globulines ;

0 gr. 10 d'Urée. Le seuil pathologique de l'urée est 0 gr. 25 ;

0,53 de Glucose ;

5 à 7 grammes de Nacl.

Propriétés biologiques : Toxicité nulle ; action bactéricide nulle (Expériences de L. Camus).

0,5 à 3 lymphocytes par mm³, à la cellule de Nageotte.

Le contenant. — Le L.C.R. est réparti en 2 départements, l'un central, l'autre périphérique, d'origine, de situation et de nature différentes.

A. **Le Département central** représenté par les *cavités ventriculaires* tapissées par l'épendyme, d'origine ectodermique, occupe le centre de l'axe neural. Il comprend :

Les ventricules latéraux (Télencéphale) ;

Le 3e ventricule (Diencéphale) ;

Le 4e ventricule (Rhombencéphale) ;

Le ventricule terminal de Krauze.

Ces cavités communiquent entre elles par :

— Les trous de Monro entre les ventricules latéraux et le 3e ventricule ;

— L'Aqueduc de Sylvius, entre le 3e ventricule et le 4e ventricule ;

— Le canal de l'épendyme, entre le 4e ventricule et le ventricule terminal.

Ces cavités sont *recouvertes* d'un épithélium épendymaire renforcé par la névroglie sous-jacente. Il est constitué par une couche unique de cellules cylindro-cubiques, dont la base présente des cils vibratils tantôt libres, tantôt agglutinés entre eux, leur sommet repose sur une couche de névroglie peu vascularisée et présente une expansion, reste de fibre radiaire de l'embryon, qui, traversant toute l'épaisseur du névraxe, va s'implanter sur la membrane limitanté externe.

En certains points cet épendyme présente des formations nettement différenciées : les plexus choroïdes qui proviennent de l'invagination de la pie-mère à l'intérieur des cavités ventriculaires au cours de sa réflexion, dans la fente de Bichat (Toile choroïdienne supérieure) ou de la fente bulbo-cérébelleuse (Toile choroïdienne inférieure).

Toile choroïdienne supérieure et Fente de Bichat. — La pie-mère tapisse le bourrelet du corps calleux, puis la face inférieure des commissures inter-hémisphériques, des Piliers antérieurs du Trigone, elle se replie pour renforcer la membrana tectoria du 3e ventricule, puis l'épiphyse et les tubercules quadrijumeaux. Elle affecte ainsi la forme d'un triangle horizontal équilatéral, à base postérieure, à sommet bifide, en rapport avec les Piliers du Trigone. Les 2 pointes paraissent s'engager dans le Trou de Monro, la base répond à la partie moyenne de la fente de Bichat, les bords latéraux répondent au sillon choroïdien.

Les plexus choroïdes du 3e ventricule se présentent sous la forme de deux minces travées de granulations richement vascularisées qui suivent le bord externe des veines de Galien. Ils font saillie sur la face inférieure de la toile choroïdienne dans la cavité ventriculaire. En avant, ils sont réunis par un petit cordon transversal, situé peu en arrière des piliers du Trigone. L'extrémité antérieure de chaque plexus confine au Trou de Monro.

Plexus choroïdes des ventricules latéraux. — Au niveau du sillon choroïdien, la face interne des vésicules hémisphériques n'est représentée que par la membrana tectoria du ventricule latéral ; les plexus choroïdiens l'effondrent à ce niveau et pénètrent dans la cavité ventriculaire. Chaque plexus latéral constitue un corps piriforme très allongé, couché sur la face supérieure de la couche optique — son bord interne répond au sillon choroïdien, la petite extrémité antérieure paraît se continuer avec l'extrémité antérieure des plexus choroïdes du 3e ventricule, au niveau du Trou de Monro, en réalité au-dessus. La grosse extrémité postérieure prolonge la portion sphénoïdale.

Toile choroïdienne inférieure et Fente bulbo-cérébelleuse. — Entre le plancher du 4e ventricule et la partie antérieure du cervelet formée au milieu par le nodule et la luette, latéralement par la valvule de Tarin, le floculus et l'amygdale, vient s'insinuer un repli de la pie-mère formant la *Toile choroïdienne inférieure.* Ses deux feuillets sont réunis par des tractus fibreux circonscrivant des poches où s'accumule le liquide céphalo-rachidien.

A la partie antérieure les deux feuillets se continuent l'un avec l'autre. Il existe là, suivant leur ligne de jonction, une série de touffes vasculaires (Plexus choroïdes) dont l'ensemble forme un petit cordon transversal étendu à droite et à gauche jusqu'à la partie moyenne du floculus. De la portion médiane de ce cordon partent deux prolongements longitudinaux qui descendent jusqu'à l'angle inférieur du ventricule. Dans leur ensemble, les Plexus choroïdes affectent ainsi la forme d'un T. Enfin la cavité ventriculaire communique avec les espaces sous-arachnoïdiens par 3 orifices : 1 médian : le Trou de Magendie ; 2 latéraux : les Trous de Luschka, qui occupent l'extrémité externe des recessus latéraux.

Constitution des Plexus choroïdes. — Macroscopiquement, ils apparaissent composés de villosités, l'élément-type étant une anse vasculaire logée dans un stroma conjonctif mou, à fibres minces et rares. Ce stroma conjonctif est une émanation de la pie-mère, on y trouve des lymphocytes et des cellules spéciales « Histiocytes » ou « méningocytes » qui seraient des éléments de défense ; ils sont recouverts d'un revêtement épithélial cubique à une couche de cellules. Le bord libre de l'épithélium présente des filaments très ténus : bordure en brosse (Vignon). Certains cils sont doués de mouvements vibratils. Cytoplasma granuleux où l'on peut par différentes méthodes de coloration mettre en évidence des *granulations* sécrétoires surtout groupées au pôle basal en colonnes radiées. On y trouve encore des gouttelettes de substances lipoïdes ou grasses. Pour Obersteiner entre autres, le protoplasme serait parcouru de fins canalicules, les cellules seraient séparées les unes des autres. Le noyau cellulaire est grand, basal, il contient un réseau de chromatine.

Leur rôle dans la secrétion du L.C.R. est admis par les uns, nié par d'autres.

Pour Mestrezat l'épithélium est « dialyseur », mais non glandulaire vrai.

Pour Grynfeldt et Euzière ce sont les « chondriosomes » qui sont l'élément secréteur. Au début du travail sécrétoire, le chondriome est représenté dans le protoplasma par des filaments (chondriocontes) qui se fragmentent ensuite en grains disposés d'abord en chapelet (chondriomites) puis isolés (mitochondries). Ces grains grossissent, deviennent vésicules puis gouttelettes qui sont vraisemblablement du L.C.R. Ces gouttelettes enfin se portent à la superficie, soulèvent la bordure en brosse, puis tombent dans la cavité ventriculaire. Tout dernièrement Y. Bertrand et Bize par photogramme à l'infra-rouge ont pu étudier cet *appareil granuleux mitochondrial* dans toute l'étendue du cytoplasme.

Aussi est-il classique d'admettre aujourd'hui que les cellules des plexus choroïdes, par leurs granulations mitochondriales, se rapprochent des cellules sécrétoires.

Les plexus choroïdes seraient innervés par un système mixte : fibres myéliniques provenant du parasympathique, et fibres amyéliniques provenant du sympathique (Stohr).

B. Le département liquidien périphérique formé par la cavité sous-arachnoïdienne, située entre la pie-mère et le feuillet viscéral de l'arachnoïde ; d'origine mésodermique (ou tout au moins discutée) est de disposition anatomique plus complexe.

Le feuillet viscéral de l'arachnoïde passant en pont au-dessus des dépressions de la corticalité encéphalique recouverte de la pie-mère, détermine ainsi à la surface du cortex une série d'anfractuosités de grandeur différente où se trouve le L.C.R. Aux petits sillons répondent les *rivuli*, aux *rivi* ou canaux les grands sillons qui à leur tour se jettent rans les *Flumina* qui occupent les scissures. Enfin les flumina débouchent dans de véritables réservoirs, les *lacs* (Duret) ou citernes (Retzius) ou « *confluents* ». Les rivi et les rivuli peuvent en se réunissant créer des *nappes ;* — les lacs sont réunis par des canaux. Toutes ces différentes formations communiquent normalement entre elles. En cas de brides, de cloisonnements, de tumeurs, des troubles plus ou moins graves de l'hydraulique céphalo-rachidienne peuvent se produire.

Différentes méthodes d'injection des substances colorées ou de moullage (celloïdine) ont été employées pour l'étude des espaces sous-arachnoïdiens.

Nous étudierons :

les lacs et leurs canaux de communication,
les nappes.

Les lacs. — Duret en décrit 5 :

lac sylvien, dans la vallée sylvienne,

lac calleux, sous le genou du corps calleux,

lac central, sous le Tuber (plancher du 3e ventricule),

lac cérébelleux supérieur, entre bourrelet du corps calleux et le cervelet,

lac cérébelleux inférieur, entre cervelet et le 4e ventricule.

Plus en bas : le lac bulbo-spinal.

Mais à côté de cette division purement anatomique, on peut en décrire une plus physiologique (*Locke*),

basée sur le mécanisme de circulation du l.c.r. et de la topographie des hydro-céphalies d'après les cloisonnements que l'on peut observer.

C'est ainsi qu'on peut centrer une description autour d'un *confluent principal, vaste citerne cérébello-médullaire*, déversoir du liquide ventriculaire qui s'échappe des orifices de Magendie et de Luschka.

De ce confluent initial rayonnent 3 groupes de confluents secondaires :

a) *groupe inférieur*, le lac spinal ;

b) *groupe antérieur basal*, répondant à l'ensemble des lacs classiques, protubérantiel, interpédonculaire, chiasmatique, prolongé en avant par le *lac calleux ;* latéralement par le *lac sylvien ;*

c) *groupe supérieur*, sagittal de la convexité : sus-cérébelleux et sus-calleux.

Ces lacs sont réunis par des *canaux*, véritables anastomoses sagittales ou *interhémisphériques*, transversales *intercérébro-cérébelleuses.*

Les Nappes : constituées par le réseau sous-arachnoïdien, à mailles serrées qui recouvre l'axe neural. Du fait de l'interposition de la faux du cerveau, de la tente cérébelleuse et du trou occipital, les nappes sous-arachnoïdiennes se trouvent divisées en 4 poches :

Cérébrales, paires et symétriques où l'on distingue : la poche interhémisphérique, la poche de la base ;

Cérébelleuse ;

Spinale.

Chacune de ces poches constitue une aire de résorption pour le liquide céphalo-rachidien.

On comprend dès lors l'image de Dandy qui compare les espaces sous-arachnoïdiens cérébraux à un arbre dont le tronc serait formé par les lacs de la base, les branches principales par les lacs sylviens et le feuillage par les nappes.

***

Dans ce compartiment périphérique existent aussi des cloisonnements : deux sont capitaux : le *Trou occipital* et le *Foramen ovale de Pacchioni ;* un est à signaler : l'*Orifice sagittal interhémisphérique*, ménagé entre le bord interne de la faux du cerveau et le corps du sphénoïde et qui fait communiquer les deux cavités hémisphériques.

L'espace sous-arachnoïdien est cloisonné par des trabécules conjonctifs, qui pour Retzius seraient revêtus d'un endothélium, l'espace sous-arachnoïdien apparaissant ainsi comme *une vaste séreuse cloisonnée*, formée par la pie-mère en dedans, l'arachnoïde en dehors, toutes deux dérivant du feuillet mésodermique.

Structure de la pie-mère. — Stroma conjonctif délicat, à fibres parallèles, auxquelles se mêlent quelques fibres élastiques. La face tapissant l'espace sous-arachnoïdien est recouverte d'un mésothélium plat. Parmi ces cellules, s'en trouvent d'autres dites « histiocytes » (Zand) qui joueraient un rôle dans la « barrière protectrice ». Enfin, au sein de la pie-mère se trouvent des vaisseaux très ramifiés, des nerfs myélinisés ou non.

Structure de l'arachnoïde. — Deux feuillets pour les auteurs français (Bichat). Pour les autres un seul feuillet avec prolongements piaux et duraux.

Ce feuillet fondamental est d'origine conjonctive, tapissé sur les deux faces par un mésothélium plat. Même structure pour les prolongements qui constituent un réseau, les plus ténus ne possèdent plus que leur mésothélium.

Par places, l'arachnoïde présente des épaississements qui s'enfoncent dans la pie-mère où ils se creusent des nids, en refoulant le tissu nerveux. Quant aux prolongements de l'arachnoïde connus sous le nom de *granulations de Pacchioni*, qui se dirigent vers la dure-mère, ils sont formés de faisceaux de fibres conjonctives entremêlées de grosses cellules rondes. Leurs terminaisons s'enfoncent dans la dure-mère qui s'amincit au point de ne plus constituer qu'une simple lamelle.

Les deux parois de l'espace posséderaient ainsi un mésothélium semé de cellules arachnoïdiennes (Weed), méningocytes (Cushing) ou « histiocytes » (Zand).

Ainsi serait constituée une « barrière délimitante » des réservoirs du L.C.R. qui auraient encore la propriété d'être « phagocytes ».

Elles seraient encore capables d'établir un moyen de communication entre le L.C.R. et les sinus veineux du cerveau, en constituant des sortes de drains, le long desquels le liquide suinterait jusqu'aux granulations de Pacchioni depuis l'espace sous-arachnoïdien, jusqu'aux sinus veineux (perméabilité de dedans en dehors, imperméabilité de dehors en dedans).

Tels sont les espaces sous-arachnoïdiens qui constituent le département liquidien périphérique. Mais nous ne pouvons abandonner son étude sans signaler la question si discutée des gaines vasculaires et des gaines neurales, prolongements supposés de l'espace sous-arachnoïdien, le long des parois des nerfs et des vaisseaux qui le traversent.

Gaines neurales. — *A leur émergence* de l'axe neural, les racines neurales se recouvrent successivement de la pie-mère (névrilème), l'arachnoïde, la dure-mère, Entre la racine et l'arachnoïde se trouve un espace « neural », prolongement de l'espace sous arachnoïdien qui, anatomiquement, s'arrête au trou de conjugaison.

Sur le nerf périphérique, les 3 gaines méningées tendent à se confondre, et deviennent les enveloppes conjonctives et interfasciculaires du nerf périphérique, qui à la sortie de l'orifice osseux est enrobé de tissu conjonctif où circulent des lymphatiques, les terminaisons des culs-de-sac sous-arachnoïdiens ont ainsi d'étroites relations avec les espaces lymphatiques périphériques.

Il n'y a pas d'anastomose directe, mais une simple filtration, imprégnation par contiguïté (expériences de Weed, de Sicard : encre de Chine. Propagation du Tétanos, de la méningite cérébro-spinale le long des gaines du nerf olfactif. Continuité de la gaine de l'auditif avec le périlymphe de l'oreille interne, etc...).

Gaines vasculaires et espaces périvasculaires. — Tous les vaisseaux, artères, veines, capillaires de l'axe neural abordent les enveloppes méningées arachnoïdes

d'abord, puis la pie-mère, elles forment ainsi au vaisseau une tunique adventielle, véritable gaine superposée à ses parois propres. L'espace péri-vasculaire, prolongement de l'espace sous-arachnoïdien, a donc sa paroi interne formée par les cellules de l'arachnoïde, sa paroi externe formée par les cellules de la pie-mère, à laquelle adhèrent les pieds d'insertion de la membrane limitante gliale (membrane pio-gliale). Ces espaces peri-vasculaires s'ouvrent ainsi au dehors dans l'espace sous-arachnoïdien, ils sont donc remplis de liq. céph. rachidien et servaient de tampon évitant à l'axe neural les pulsations vasculaires. Leur terminaison en dedans a été très discutée. S'ils sont en effet une réalité anatomique pour les artérioles, ils semblent au niveau des capillaires n'exister que dans des conditions pathologiques (œdème) ; la gaine serait ainsi fermée et le L.C.R. ne parviendrait jamais au contact des centres nerveux.

D'après His il existerait encore au dehors de l'espace péri-vasculaire une deuxième gaine dite « lymphatique » limitée en dedans par l'adventice, en dehors par la névroglie marginale. Dans la profondeur ils se continueraient, d'après His, avec les espaces péri-cellulaires et déboucheraient à la surface dans un système lacunaire situé entre la pie-mère et le cortex (espace épi-cérébral). Ils recevraient par des interstices la lymphe qui baigne les cellules nerveuses et névrogliques et constitueraient la véritable circulation lymphatique du cerveau.

***

Enfin, les deux départements liquidiens central et périphérique communiquent *entre eux* par des orifices :

Orifices de la fente cérébrale de Bichat décrits par cet auteur, au nombre de 3 et actuellement niés : un médian, sus-pinéal ; deux latéraux, au niveau de la Corne d'Ammon.

Orifices du Toit du 4e ventricule : un médian, Trou de Magendie ; deux latéraux, Trous de Luschka.

Niés par Von Monakow, leur existence est prouvée par la clinique et l'expérimentation.

La Clinique s'appuie sur les cas d'hydrocéphalie ventriculaire guéris par les Neuro-Chirurgiens par ouverture du trou de Magendie obturé.

Epreuves de l'exploration ventriculo-méningée : les *injections colorées* intraventriculaires colorent le liquide lombaire (Dandy) ; le *lipiodol* ascendant est retrouvé dans ventricules latéraux ; de même les *injections d'air* par voie lombaire (Cushing) ; les *épreuves manométriques*, qui montrent encore la liberté des voies (épreuve de Queckensted-Stookey), le niveau des barrages s'il en existe, l'aspect des cavités (ventriculographie).

PHYSIOLOGIE

Nous envisagerons ici : l'origine et la nature du L.C.R.; sa circulation ; sa résorption, pour aborder ensuite l'étude de : ses rapports avec la cellule nerveuse, son rôle.

Origine et nature. — Le liquide C.R. provient-il d'une filtration ou d'une sécrétion ?

Les deux hypothèses ont été avancées.

Filtration ou transsudation. « Pas d'éléments dans le L.C.R. qui ne soient dans le sang. » Les hypothèses n'ont pas résisté à l'analyse qui montre qu'il ne s'agit pas d'un liquide transsudé puisque la composition du liquide n'est pas la même que celle du plasma, des différences fondamentales portant sur ses matières albuminoïdes, le fibrinogène, l'urée..., etc...

Sécrétion. Le rôle sécréteur des plexus est soupçonné par Willis en 1664, et défendu par Faivre à l'Académie des sciences. Nous avons vu en étudiant l'histologie de ces formation les poinions de Mestrezat, puis de Grynfeldt et Euzière, le premier pensant que ce n'était qu'un *dialysat*, le second inclinant à l'hypothèse d'une *sécrétion*. Tout le monde est aujourd'hui d'accord à reconnaître : que le L.C.R. est *surtout* un produit de sécrétion ; qu'il est avant tout fourni par les plexus choroïdes.

Mais à côté de cette opinion, nous verrons celle que soutient aujourd'hui Mestrezat : « Le L.C.R. est le produit normal et partout issu des capillaires, d'origine pie-mérienne aussi bien que plexuelle ».

Nous allons étudier successivement les faits que l'on invoque à l'appui de ces deux hypothèses :

Pour l'origine plexuelle plaident : des constatations *histologiques*, la nature des cellules plexuelles ; *histophysiologiques*, l'étude de la cellule à l'état frais et sous l'influence de diverses substances pharmacodynamiques : c'est ainsi que la pilocarpine entraîne l'augmentation de volume du cytoplasma, l'élargissement et la richesse en chromatine du noyau, l'épaisseur plus grande du système mitochondrial (Weed, Petit et Girard).

Des *faits expérimentaux* confirment encore ces données : Hydrocéphalie expérimentale (Dandy) par oblitération de l'Aqueduc de Sylvius. Cathétérisme de l'Aqueduc de Sylvius, Weed obtient un liquide s'écoulant goutte à goutte pendant 3 à 4 heures, puis très lentement.

— Altération par injection de salvarsan du revêtement ventriculaire et des plexus choroïdes diminuant ainsi formation du liquide.

Riser et Cestan ont tenté cette méthode pour thérapeutique de l'hydrocéphalie (altérations par radiothérapie).

Ces expériences prouvent l'origine *ventriculaire*. Reste à séparer le rôle de l'épendyme et celui des Plexus choroïdes.

— Une seule méthode : l'extirpation complète des plexus choroïdes des V.L. diminue dans de fortes proportions la quantité du liquide, mais cette extirpation est difficile à réaliser totalement.

Pour l'origine extra-plexuelle plaident des faits cliniques : dans les *hydrocéphalies bloquées*, la ponction ventriculaire retire un liquide qui se reforme très vite; les P. L. en série retirent aussi du liquide, mais celui-ci se reforme plus lentement. *Des faits expérimentaux*, les blocages expérimentaux ou après ligature au cours d'interventions chirurgicales (Sicard). La *Perméabilité méningée extra-plexuelle :* la strychnine injectée par voie intra-veineuse est retrouvée

dans le cul-de-sac isolé du plexus ; Riser qui a repris ces expériences pense que la perméabilité méningée a lieu à tous les étages du névraxe, grâce à des phénomènes de perméabilité vasculaire. *Le rôle de l'épendyme* affirmé par Galeotti, Milian, Grynfelt et Euzière, mais reconnu moins important que celui des plexus. Grynfelt et Euzière décèlent même des figures mitochondriales et des vacuoles au sein des cellules épendymaires.

Cette fonction est niée par d'autres auteurs. D'autres encore, tout en acceptant la première hypothèse, soutiennent que ces deux produits de sécrétion seraient de composition différente.

Enfin, il existerait encore une dernière source donnant une quantité minime de liquide : *transsudation du sérum sanguin à travers les vaisseaux du tissu nerveux et des méninges.*

— Par conséquent, l'origine plexuelle est certaine ; l'origine extra-plexuelle, épendymaire ou vasculaire, est admise par beaucoup d'auteurs. De toute façon, elle est beaucoup moins importante.

Evacuation extra-ventriculaire. — Nous verrons tout à l'heure la théorie de Von Monakow. Ne parlons pour l'instant que de la théorie classiquement admise.

Le L.C.R. d'origine intraventriculaire sort par les orifices de Magendie et Luschka dont la réalité est prouvée par les différentes épreuves dont nous avons parlé plus haut et les preuves anatomo-cliniques (Hydrocéphalie, etc.). Nous avons vu aussi sa répartition dans les différents lacs ou nappes. Une fois dans les espaces sous-arachnoïdiens il va se résorber.

Mais avant d'étudier les mécanismes de cette résorption, disons tout de suite qu'elle est lente et que par conséquent la « circulation » est des plus minimes. La production est médiocre aussi parce que l'absorption l'est tout autant. Il n'y a pas de *grands ruissellements* de liquide, mais simplement des *remous* dus à la respiration et aux variations en volume du cerveau en rapport avec les modalités du régime circulatoire (Fr. Franck, Cestan, Laborde).

Résorption du L.C.R. — Question très débattue et non résolue entièrement. Son étude se base sur la destinée des substances diverses injectées dans les espaces sou-arachnoïdiens.

Pour certains, résorption rapide au niveau des veines et des lymphatiques ; pour d'autres, liquide stagnant à résorption très lente.

Absorption par le torrent circulatoire : Dandy-Dixon injectent du salycilate de soude dans le l.c.r. et le retrouvent au bout de 5 à 10 minutes dans les veines jugulaires.

Par la méthode au citrate de fer et ferrocyanure de potassium (Weed), 2 à 4 heures après l'imprégnation des espaces sous-arachnoïdiens, le colorant se déverse dans le sinus longitudinal supérieur par l'intermédiaire des villosités arachnoïdiennes qui pénètrent la paroi des sinus. Cestan, Riser, expérimentant quelques heures avant la mort ont remarqué que chez l'homme, en dehors des villosités arachnoïdiennes et au niveau de tous les districts de la leptoméninge cranienne ou rachidienne, une substance étrangère soluble et atoxique introduite dans le L.C.R. et miscible à lui est résorbée rapidement par les vaisseaux et plus spécialement par les veines (1).

Absorption par le système lymphatique. — L'injection par voie sous-arachnoïdienne des espaces lymphatiques péri-neuraux met en évidence ce processus.

Horbastky par des injections colorées, teinte (bleu de méthylène) les nerfs tronculaires et dans deux cas les ganglions lymphatiques du cou. — Sicard et Cestan par l'encre de Chine ne dépassent pas le cul-de-sac sous-arachnoïdien.

De ces expériences et de nombreuses autres, contradictoires, on peut admettre que s'il existe une communication entre les espaces sous-arachnoïdiens et le système lymphatique, elle ne représente en tout cas qu'une voie d'élimination infime par rapport à l'absorption veineuse.

Le schéma de Cathelin sur la circulation n'est donc plus admis aujourd'hui.

D'après les conceptions actuelles :

La sécrétion est surtout plexuelle, accessoirement extra-plexuelle.

Le trajet est le suivant : des grands réservoirs intraventriculaires passe à travers les orifices de Magendie et Luschka pour venir baigner les *lacs*, les flumina, rivi, rivuli et les *nappes*.

Au niveau des espaces péri-vasculaires *il y a stagnation*, voire un courant centrifuge.

La résorption est surtout veineuse au niveau des sinus en particulier ; mais pas nécessairement (processus capillaire diffus).

Les corps étrangers ne passent pas par filtration, mais utilisent la « voie cellulaire ». (« *Cellules épendymaires* ».)

RAPPORT DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN AVEC LA CELLULE NERVEUSE

Théorie de Von Monakow. — Le L.C.R. né dans les ventricules n'en fait pas issue par les trous de Magendie et de Luschka, mais pénètre la substance nerveuse à travers les fentes de l'épendyme, circule dans les espaces péri-cellulaires au contact même des éléments nerveux et névrogliques et aboutit ensuite en dehors dans les espaces sous-arachnoïdiens.

— Pour cet auteur, le L.C.R. est donc en relation intime avec les cellules nerveuses, il les sépare du sang. Il les nourrit et les débarrasse des produits de déchet. Aujourd'hui, cette conception n'est plus soutenable.

Théorie généralement admise. — Le L.C.R. entoure le névraxe, pénètre (?) dans les gaines périvasculaires, mais reste séparé du tissu nerveux par la membrane pio-gliale. Les épreuves par imprégnation colorée (bleu de Prusse, ferrocyanures) montrent que l'imprégnation du névraxe reste toujours très minime.

---

(1) Ces expériences sont à rapprocher de celles de Dandy : séparation des hémisphères de leurs attaches à leurs sinus longitudinaux. Il n'y a pas quand même accumulation de L.C.R., ce qui prouve encore que les granulations de Pacchioni ne sont pas nécessaires et que la résorption relève d'un *mécanisme capillaire veineux diffus*. Ce sont les nappes hémisphériques qui seraient les plus importantes aires de résorption.

Les méninges, les gaines périvasculaires et les cloisons pie-mériennes médullaires sont fortement colorées, le parenchyme nerveux est à peine teinté.

Il existe en quelque sorte une *barrière protectrice*, imperméable pour certains auteurs, perméable pour d'autres à certaines substances seulement. Cette perméabilité varie en effet suivant : les substances injectées ; la pression sous laquelle est pratiquée l'injection ; l'état physiologique des méninges.

LA PERMÉABILITÉ MÉNINGÉE

Mais il existe encore un mécanisme spécial qui protège, à l'état normal, le L.C.R. contre les substances étrangères charriées par le sang. Ce mécanisme s'oppose *entièrement* au passage de certains produits, permet à d'autres de pénétrer à des doses minimes, mais admet le passage des corps qui se trouvent normalement dans l'organisme (glucose, urée...).

Les enveloppes méningées sont donc douées d'une perméabilité minime de dehors en dedans, sauf en ce qui concerne les substances organiques normales.

Par contre, si l'on injecte une substance étrangère dans les espaces sous-arachnoïdiens ou l'axe nerveux, on peut par la suite la retrouver dans l'urine.

Le même processus de défense permet l'élimination plus ou moins rapide de toute substance étrangère et de déchets.

Donc *perméabilité des méninges de dedans en dehors.*

Parmi les produits anormaux il faut distinguer : ceux qui ne traversent pas les méninges (iodures, ferrocyanure, arsenic) ; ceux qui les traversent, mais en *quantité minime* (alcool, bromure, salycilate, morphine).

Quant aux propriétés *immunisantes* (*agglutinines, antitoxines*) L. Camus, étudiant la répartition de substances immunisantes et antivirulentes dans les humeurs des animaux vaccinés, a observé à côté d'un sérum nettement antivirulent un liquide céphalo-rachidien dépourvu au contraire de toute action antivirulente — les constatations ne s'atténuaient qu'à peine, même après des mois.

Qu'est au juste cette barrière *hémato-méningée* ou « hémato-encéphalique » ? Est-elle diffuse ou localisée au niveau des *Plexus choroïdes ?*

On peut dire qu'elle est plus physiologique qu'anatomique — car c'est par l'action combinée de plusieurs tissus très différents qu'elle agit : Névroglie (membrane limitante et piogliale ; épendyme). Plexus choroïdes, enveloppes méningées, tuniques vasculaires.

La théorie plexuelle l'a longtemps emporté. Mestrezat (1911), Monakow regardent les plexus comme les seuls appareils secréteurs et sélecteurs. Pour Mme Zand, ce rôle de protection revient aux « histiocytes » ou « macrocytes », grosses cellules macrophages fixes ou mobiles contenues dans la pie-mère et l'arachnoïde.

A la suite de nombreux et récents travaux, Riser et ses élèves pensent que : les histiocytes ne jouent aucun rôle dans la perméabilité méningée et ne constituent nullement l'appareil sélecteur et protecteur ; l'épendyme, l'épithélium des Plexus choroïdes n'ont pas non plus de rôles particuliers ; c'est aux parois vsaculaires et plus particulièrement aux endothéliums qu'est dévolu le pouvoir sélectif — à tous les étages — en profondeur comme en surface. « La perméabilité méningée n'est qu'un des modes de la perméabilité vasculaire. »

***

Rôle du liquide céphalo-rachidien. — Pendant longtemps un rôle *mécanique* seul lui était dévolu : organe protecteur des centres nerveux dans la circulation.

Actuellement c'est surtout un *rôle biologique* qu'on lui accorde, mais les auteurs ne sont pas tous d'accord sur les limites qu'on doit ici lui attribuer.

Pour les uns : *rôle nutritif* (Monakow) sa composition, pauvre en albumine et riche en sucre, est analogue au liquide de Ringer. — Halliburton soutient que « le tissu nerveux étant très sensible doit plonger dans un liquide idéalement physiologique pour pouvoir conserver l'équilibre osmotique. Achard le range dans la catégorie des liquides « lacunaires », c'est-à-dire de ceux qui se trouvent entre le sang et la lymphe. Or, les lacunes de l'organisme constituent des réservoirs dont le contenu se renouvelle longtemps et où le sang dépose son excès, soit d'eau, soit de sel suivant ses besoins.

Pour les autres son rôle principal est de débarrasser le tissu nerveux des produits de désintégration (choline CO^2) la nutrition étant d'autre part assurée par la névroglie. Shéransky (1926) a montré que le liquide contribue à la résorption du tissu nerveux désintégré. Ces produits seraient par la suite jetés dans le torrent circulatoire : injections colorantes des ventricules latéraux retrouvées par la suite dans les cellules épendymaires et le sang (Nanagas-Wislocki). Enfin en clinique il joue un rôle en tant qu'élément de diagnostic des plus importants en renseignant sur l'état de ses réservoirs par ses modifications physiques et chimiques.

PRINCIPALES INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES FRANÇAISES

1. MESTREZAT. Le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique. *Th. de Montpellier*, 1911.
2. RISER. *Le liquide céphalo-rachidien*, 1 vol., Masson, 1929.
3. ZAND. *Les plexus choroïdes. Th. de Paris*, 1928.
4. G. ROUSSY, J. LHERMITTE, Ch. OBERLING. La névroglie et ses réactions pathologiques. *Rev. Neurologique*, juin, 1930.
5. BIZE. Hydrocéphalie ventriculaire. *Th. de Paris*, 1931.
6. J. GADRAT. Les espaces périvasculaires, *Th. de Toulouse*, 1931.

La dentition chez les enfants, par le professeur CASSOUTE, chargé de cours de clinique médicale infantile à la Faculté de Marseille, médecin des hôpitaux. Bibliothèque de pathologie infantile, publiée sous la direction des professeurs Nobécourt et Cruchet. 1 vol. de 216 pages in-8° couronne. — Prix : 25 francs. — Editions de l'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e).

Ier CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

Le 1er Congrès français de Gynécologie vient d'obtenir un brillant succès. La séance inaugurale eut lieu le 3 octobre après l'ouverture du Congrès de Chirurgie. Les travaux furent ouverts par le professeur Recasens, doyen de la Faculté de médecine de Madrid, professeur de clinique gynécologique, président d'honneur, entouré de MM. le professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, le docteur Jayle, président du Congrès, les professeurs Guyot (de Bordeaux), Martin (d'Angers), les docteurs Bender, Pierra, vice-présidents ; le professeur Daniel, délégué du gouvernement roumain, les docteurs Maurice Fabre, secrétaire général, et Papillon, trésorier.

Dans l'assistance : MM. les professeurs Jean-Louis Faure, Kœnig (de Genève) ; Keiffer (de Bruxelles) ; Labhardt (de Bâle) ; Sussi (de Gorizia) ; Gaifami (de Bari) ; Horno Alcorta (de Saragosse) ; Da Costa Sacadura (de Lisbonne) ; Aron (de Strasbourg) ; Laffont (d'Alger) ; Favreau (de Lille) ; les professeurs agrégés Zimmern, Heitz-Boyer, Ecalle, Guy Laroche, Jeanneney (de Bordeaux) ; A. Chalier et Cotte (de Lyon) ; Binet (de Nancy) ; les docteurs Douay, Marcel Sénéchal ; Chatillon, Aubert et d'Ernst (de Genève); Violet, Michon et Quincieu (de Lyon) ; Krafft (de Lausanne) ; Sappey (de Grenoble) ; Godlewsky (d'Avignon), etc...

Le discours du professeur Recasens débuta par un hommage à la France, amie fidèle de l'Espagne. Faisant ensuite l'historique de la gynécologie au cours de ces 70 dernières années, M. Recasens insista sur l'évolution qu'a subie la gynécologie sous l'influence de la découverte des traitements physiothérapiques et endocrinologiques, et termina en souhaitant que le nouveau groupement se livre à l'étude du traitement conservateur des inflammations utéro-annexielles, à celle du cancer utérin et de la stérilité.

M. Jayle, président, remercia M. Recasens d'avoir apporté à ce premier Congrès français de Gynécologie le témoignage de sympathie de la gynécologie espagnole et, dans une vibrante allocution, montra comment la gynécologie se séparait petit à petit de la chirurgie générale et de l'obstétrique, pour marquer sa place parmi les autres spécialités.

Deux questions étaient à l'ordre du jour :

1° Hypophyse et ovaire, rapport présenté par MM. Jayle et Hallion ;

2° La diathermie en gynécologie, rapport présenté par M. Xavier Bender.

I. HYPOPHYSE ET OVAIRE

M. Jayle, chargé de la partie anatomique du rapport, qu'il intitula : « Considérations générales, Anatomie et données cliniques », consacra presque tout son travail à l'étude de l'hypophyse, la plus mal connue des deux glandes. M. Hallion fit un exposé très complet des relations physiologiques de l'hypophyse et de l'ovaire, d'après les données expérimentales.

Ce rapport donna lieu à une discussion à laquelle prirent part MM. Keiffer, Max Aron, Violet, R. Petit, Douay, Guy Laroche et Simonnet.

Ces derniers communiquèrent les résultats de leur expérience clinique durant deux années avec une hormone antéhypophysaire. Ils ont constaté une action favorable dans environ 75 % des cas traités, l'amélioration a porté sur la régulation des règles et les troubles qui les accompagnent, fétidité de l'écoulement, abondance du flux, douleurs, troubles vago-sympathiques. Tantôt l'effet dure longtemps, tantôt il s'épuise après quelques séries d'injections ; il faut alors le réactiver par des doses plus fortes ou par l'association avec d'autres hormones. Il leur a paru que ce sont les aménorrhées et les dysménorrhées des jeunes filles et des jeunes femmes qui réagissent le mieux à cette médication, mais on obtient aussi des succès à l'âge adulte ou chez les femmes qui font une ménopause précoce.

Les contre-indications à ce traitement sont peu nombreuses : inflammations pelviennes, hémorragies. Exceptionnellement les injections ont déterminé des réactions fébriles, qui paraissent dues à la résorption des protéines, qui disparaîtront probablement avec une purification plus parfaite de l'extrait anté-hypophysaire.

Communications.

La physiologie nerveuse du col utérin (avec projections). — M. Keiffer (de Bruxelles).

La saignée générale dans certaines aménorrhées. — M. H. Violet (de Lyon).

Diététique en gynécologie. — MM. Gabriel et Roland Leven (de Paris).

L'épreuve du Lugol dans le dépistage du cancer du col. — M. Léon Pouliot (de Paris).

Interprétation des symptômes consécutifs aux hystérectomies. — MM. Gabriel et Roland Leven (de Paris). Des malades hystérectomisées présentent parfois des syndromes douloureux abdominaux, pénibles et tenaces. Souvent l'opérateur les attribue à la production d'adhérences et propose une deuxième intervention. La clinique nous a révélé une certaine fréquence chez ces malades d'une dilatation atonique de l'estomac. Le traitement de cette dilatation avec la technique de Leven soulage instantanément ces malades et les guérit toujours. Ces remarques conduisent à poser le problème suivant : la dilatation était-elle antérieure à l'opération ou a-t-elle été déterminée par l'intervention ? Ce premier problème donne naissance à un second : par quel mécanisme l'hystérectomie crée-t-elle la dilatation atonique ?

Diagnostic bactériologique de la guérison de blennorrhagie chez la femme — M. Pierre Barbellion (de Paris).

Conclusions de la commission d'études pour la recherche de la guérison de la blennorrhagie chez la femme, présentée par M. J.-E. Marcel (de Paris).

A la suite de la discussion qui s'est ouverte à la Société française de Gynécologie à propos de la communication de M. Bender sur le « Critérium de guérison de la blennorrhagie chronique de la femme », une commission de dix membres a été nommée. Elle réunissait des spécialistes en gynécologie, en uro-vénéréologie et en laboratoire. Réunie le 11 juillet 1932, cette commission a abouti aux conclusions suivantes :

1° *Diagnostic de la blennorrhagie chez la femme.*

Aucun diagnostic de blennorrhagie chez la femme ne peut être posé sans examen bactériologique.

Ces examens seront pratiqués dans les conditions suivantes : a) *Malade :* pas de toilette et pas de miction récentes ; b) *Prélèvements :* ils seront faits dans l'ordre suivant : urètre, glandes de Skeene, cryptes des lèvres, glandes de Bartholin, col et anus. Il est recommandé de nettoyer au préalable le museau de tanche et de faire pénétrer le platine à l'intérieur de la cavité cervicale, dont on pourra aspirer au besoin les glaires à l'aide d'une ventouse spéciale ; c) *Examen des prélèvements :* les examens *directs* seront faits après coloration au bleu de méthylène et au Gram.

Le gonocoque ne sera diagnostiqué qu'à la condition expresse d'être trouvé en groupe et intraleucocytaire. En cas de doute, il faudra procéder à de nouveaux examens *après réactivation de la malade.* Il sera même nécessaire de pratiquer une *culture,* mais avec *isolement et identification des germes.* Au cas où dans ces conditions le gonocoque n'a pas été mis en évidence, il sera indispensable de procéder, avant de le mettre en cause, à des épreuves supplémentaires, que l'on trouvera au diagnostic de guérison.

2° *Diagnostic de guérison.* Il repose sur un *ensemble d'épreuves cliniques, bactériologiques,* et si possible *sérologiques.*

a) *Epreuves cliniques :* elles dépendent évidemment de l'histoire de la maladie, du traitement qu'on lui a opposé, des complications qu'elle a présentées. b) *Les épreuves bactériologiques* doivent être pratiquées après *cessation de tout traitement,* après *réactivation* (bière, eau de Vichy, nitrate d'argent uréthral et cervical, injection de vaccin, diathermie) et surtout à *la fin des règles.* Ces examens *n'ont de valeur que dans la mesure où ils seront répétés, dans le même ordre, plusieurs mois consécutifs.* Si le gonocoque n'a pas été trouvé, il y aura intérêt à faire une *culture,* à la condition de s'entourer de toutes *garanties nécessaires* (discipline de prélèvements, qualité du milieu, isolement et identification) et en se rappelant que dans ces *cas limités,* la culture du gonocoque est *particulièrement difficile.* c) *Epreuves sérologiques :* la gono-réaction complétera utilement les épreuves précédentes. Mais il convient de se souvenir que la réaction présente des difficultés techniques, qu'elle peut rester positive au moins deux mois après guérison clinique et bactériologique et plus longtemps après *traitement vaccinal.* On ne négligera pas, en outre, certaines erreurs d'interprétation en cas de réaction de Wassermann positive et en cas de grossesse.

Le placenta est-il une mamelle ? — M. R. Jeudon (de Paris).

II. LA DIATHERMIE EN GYNÉCOLOGIE

M. Xavier Bender, rapporteur, présente un travail très complet au cours duquel il étudie la production des différents courants de haute fréquence, leurs effets sur l'organisme, les types d'appareils utilisés, les électrodes, leurs applications en gynécologie, leur technique. Il examine leurs indications particulières dans les différentes affections gynécologiques, il expose les accidents qu'une mauvaise technique peut faire courir au malade et engage les médecins à se livrer à un sérieux apprentissage avant de les appliquer. Il conclut en disant que la diathermie employée judicieusement, par des médecins expérimentés, avec une bonne technique, sans être une panacée, doit occuper une place de premier rang parmi les moyens thérapeutiques dont dispose le gynécologue. Dans certains cas elle guérira à elle seule, dans d'autres elle apportera une aide efficace

aux traitements médicaux ou chirurgicaux auxquels elle sera associée.

Discussion. — MM. Heitz-Boyer, Zimmern, Marcel, Gasquet, Douay, de Fourmestraux, Krafft, Aubert, Roucayrol, Moran, Pecker, Koenig, Chagavat.

Communications chirurgicales.

Le traitement de l'incontinence d'urine chez la femme. — M. H. Violet (de Lyon).

Etude expérimentale de la torsion de la trompe utérine saine. — M. Marcel Sénéchal (de Paris).

Fibrome utérin et endométrisme de l'ombilic. — M. L. Aubert (de Genève).

Métastases osseuses d'un séminome double de l'ovaire. — M. H. Krafft (de Lausanne).

Un cas complexe de fibromes utérins nécrobiosés et d'épithéliomas de la muqueuse du corps. Traitement radiologique, puis hystérectomie abdominale totale. — M. Ch. Martin (d'Angers).

A propos du Mickulicz dans l'opération du cancer utérin. — M. R. Horno Alcorta (Saragosse).

La sympathectomie chimique en gynécologie. — M. A. Binet (de Nancy).

Traitement des prolapsus par voie uniquement vaginale. (Méthode de Halban.) — M. R. Koenig (de Genève).

Colpo-périnéo-kleisis subtotale pour le prolapsus des vieilles femmes. — M. A. Labhart (de Bâle).

Le lever précoce après les interventions gynécologiques. — M. André Chalier (Lyon). C'est dans la chirurgie gynécologique, et plus particulièrement à la suite des opérations pelviennes, que le lever précoce rencontre ses plus nombreuses indications. L'auteur montre que, s'il est ordinairement impossible de faire lever les opérées le jour de l'intervention et le lendemain, par contre la plupart peuvent et doivent se lever au bout de 48 heures ; bien rares sont celles qui n'ont pu effectuer leur premier lever dans les cinq jours, limite au delà de laquelle le lever ne mérite plus d'être qualifié de précoce.

Selon Chalier, la sécurité de la méthode réside dans une réfection très soigneuse de la paroi, en quatre plans, avec, comme temps principal, la suture des aponévroses par des points séparés, assez rapprochés, aux crins perdus et à nœuds profonds. Il y ajoute, à titre de renfort, par-dessus le pansement, une véritable carapace de sparadrap perforé, encerclant la moitié antérieure de l'abdomen. Grâce à ces conditions techniques, il n'a observé aucun des accidents redoutés par les adversaires de la méthode : grands hématomes, suppurations tardives, cicatrices dolentes, éventrations immédiates ou lointaines. Parmi les avantages, il signale surtout le rétablissement rapide des fonctions des réservoirs, la suppression ou l'amélioration de la « crise des gaz », des complications pulmonaires, l'euphorie des opérées, le gain de temps et, plus particulièrement, le rôle efficace du lever précoce dans la prophylaxie des thromboses, phlébites et embolies post-opératoires.

Le lever précoce n'est guère contre-indiqué que dans les cas d'hémorragie, de collapsus cardiaque et d'infection péritonéale, avérée ou menaçante. Il trouve ses plus courantes indications après l'ablation des fibromes utérins, des kystes ou tumeurs de l'ovaire, des cancers de l'utérus, après le traitement radical ou conservateur des annexites, en un mot après toutes les opérations pelviennes, septiques ou aseptiques, qui, à la faveur de la stase veineuse chez des sujets prédisposés, peuvent s'accompagner, trop souvent, de complications thrombo-emboliques. Il est indiqué aussi après l'hystérectomie vaginale, la périnéorraphie isolée ou associée à l'hystéropexie abdominale, et même après le curettage *post-abortum*, dès qu'on est tranquille sur l'infection.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(Séance du 15 novembre 1932)

M. le Président annonce les décès de M. Babinski et de M. Chauffard, ancien président de l'Académie. La séance est levée en signe de deuil pendant quelques minutes.

M. Le Noir lit une notice nécrologique sur M. Mirallié (de Nantes).

Les aliénés en liberté. — Après une discussion à laquelle prennent part MM. Strauss et Delbet, l'Académie adopte les conclusions du rapport présenté par M. Claude, au nom de la Commission. Voici ces conclusions :

1° Application plus stricte des articles 18 et 19 de la loi du 30 juin 1838, particulièrement lorsque les certificats médicaux auront signalé un état dangereux d'aliénation mentale chez certains sujets ou que des plaintes confirmées par une enquête de police auront démontré le caractère dangereux des personnes atteintes de troubles mentaux. De nombreux exemples tout récents nous ont montré que ces articles ne sont pas appliqués dans certains cas ;

2° *a*) Diriger le plus tôt possible, par voie administrative, soit sur l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police les sujets reconnus dangereux en raison de démonstrations publiques ou d'actes ayant un caractère morbide indiscutable, soit sur des établissements d'aliénés, sur certificat médical ;

b) Diriger sur les établissements de prophylaxie mentale les sujets suspects de troubles mentaux dans un but de traitement ou autres mesures thérapeutiques ;

c) Dans le cas où ces mesures ne pourraient être prises en raison du caractère spécial de certaines situations, soumettre, par l'intermédiaire de l'autorité administrative, les sujets à une Commission médico-judiciaire qui statuerait sur l'internement de ces malades dans certains cas, ou tout au moins, interviendrait par des procédés d'admonestation ou d'intimidation afin de chercher à modifier le comportement anormal ou pathologique de ces personnes ;

3° Création d'un service de surveillance active des aliénés sortis des asiles, et suivis pendant un temps assez prolongé, dans les conditions de la liberté surveillée des mineurs.

La vaccination préventive de la tuberculose par le BCG dans les familles de médecins. — M. A. Calmette. Depuis que le vaccin BCG a été mis par l'Institut Pasteur à la disposition des médecins, en juillet 1924, beaucoup d'entre eux ont voulu l'employer pour mettre leurs propres enfants à l'abri de la tuberculose. Le professeur Calmette a estimé qu'il serait utile de faire auprès d'eux une enquête pour connaître, et pour faire connaître à l'Académie de médecine, leur opinion sur la valeur pratique de cette méthode.

On a donc adressé le même jour, — 12 septembre 1932, — un bref questionnaire à 282 médecins qui, d'après le

fichier établi à l'Institut Pasteur, avaient déclaré avoir vacciné eux-mêmes leurs enfants ou petits-enfants. Un mois après, on avait reçu 280 réponses provenant de 80 départements différents et portant sur un total de 514 enfants vaccinés de juillet 1924 à septembre 1932 dans des familles médicales. Au cours de ces huit années, pour ces 514 enfants, la mortalité totale par toutes causes avait été seulement de 1,3 %. Les 507 survivants se sont parfaitement développés. Leur état de santé est, pour presque tous, excellent ; aucun d'eux n'a manifesté le moindre signe de tuberculose et ils se montrent, en général, plus robustes, plus résistants que les non vaccinés aux maladies du jeune âge.

La plupart des médecins touchés par cette enquête insistent sur la nécessité de vacciner tous les nouveau-nés dans les familles apparemment saines, parce que le BCG est inoffensif et parce qu'il arrive trop souvent que, dans les milieux qu'on croit indemnes, les enfants se trouvent exposés à des sources de contamination insoupçonnées.

L'opinion unanimement favorable des médecins qui ont vacciné leurs propres enfants justifie la confiance du corps médical et du public en la valeur pratique du BCG dont l'emploi se répand d'ailleurs de plus en plus dans tous les pays.

En France seulement, on comptait, au 1er novembre 1932, 508.000 enfants vaccinés, et le nombre moyen mensuel des vaccinations effectuées dans notre pays dépasse actuellement 10.700, soit un cinquième des naissances. On peut donc espérer que, dans quelques années, les dépenses si lourdes qu'entraînent pour les budgets nationaux la multiplication et l'entretien des institutions de toute sorte pour le traitement et l'assistance des tuberculeux seront considérablement allégées.

Du stade inapparent au stade d'incurabilité des dystrophies alimentaires. — M. Mouriquand (de Lyon) montre d'après ses recherches de diététique clinique et expérimentale que les dystrophies alimentaires, et en particulier, les dystrophies par carence passent cliniquement par les stades suivants :

Stade inapparent, sans symptômes même frustes, au cours duquel la dystrophie peut être extériorisée, par un facteur de révélation.

Stade fruste, au cours duquel les signes « a minima » doivent être recherchés avec soin et souvent ne sont révélés que par une instrumentation spéciale (biomicroscope dans l'avitaminose A.).

Stade affirmé : avec signes classiques des dystrophies. Mais il y a souvent lieu de distinguer deux phases dans ce stade affirmé : *la phase curable* où l'organisme humain ou animal répond à l'action de la vitamine « spécifique » et la *phase incurable* où la dystrophie échappe à l'action de cette vitamine, du fait d'un trouble nutritif profond (qui dans certains cas peut être révélé par la biochimie), soit du fait de l'aggravation de la dystrophie par une infection surajoutée.

Sur les souffles de la maladie de Roger. — M. Laubry expose certaines particularités des souffles de la maladie de Roger qu'il a pu observer et qui complètent la description qu'il en a donnée avec Pezzi il y a 10 ans dans son Traité des maladies congénitales.

La description du *souffle systolique* ne mérite pas d'être longuement révisée, cependant deux points sont à noter : la propagation du souffle systolique dans les vaisseaux du cou qui semblait indiquer la coexistence avec la perforation de la cloison d'un rétrécissement pulmonaire, existe fréquemment surtout chez les enfants, alors que la perforation ventriculaire est seule en cause ; le deuxième point concerne la propagation du souffle vers la droite et surtout vers la région hépatique qu'on a besoin de connaître pour éviter de prendre une insuffisance tricuspidienne pour une maladie de Roger.

Plus longues sont les considérations sur le *souffle diastolique* qu'on note dans un certain nombre de cas et que certains auteurs avec Bard, font dépendre de la perforation septale elle-même par suite de la formation d'une veine de reflux du ventricule droit dans le ventricule gauche. D'autres auteurs invoquent une insuffisance aortique concomitante et Laubry et Pezzi, à la faveur d'un cas personnel, s'étaient rangés à cette opinion. Une nouvelle observation avec autopsie a permis à l'auteur de confirmer cette opinion première et de préciser la pathogénie de l'insuffisance aortique en cause. Pour lui, il s'agit d'une poussée inflammatoire venant remanier la malformation congénitale, disloquer la valvule aortique et la rendre impuissante. L'insuffisance aortique fait donc partie, non seulement des éléments de diagnostic de la maladie de Roger, mais surtout de ses éléments de pronostic, puisqu'elle est en rapport avec une certaine allure évolutive de l'affection et qu'elle compromet sa tolérance bien connue.

Diabète rénal et diabète sucré. — M. F. Rathery étudie la valeur sémiologique et pronostique du syndrome dit « diabète rénal ». Ce type de diabète se distingue du diabète sucré ordinaire en ce que, malgré une glycosurie qui peut être assez forte, il n'y a pas d'élévation du sucre dans le sang. S'agit-il d'une affection entièrement différente du diabète sucré, n'obligeant le malade à aucune restriction des féculents ? Certains le pensent.

L'auteur distingue trois types de diabète rénal : a. *Le diabète rénal pur.* Il persiste indéfiniment sous cette forme ; il ne doit être traité ni par l'insuline ni par la restriction des féculents ; b. *Le diabète rénal se compliquant ultérieurement de diabète sucré.* Les cas en sont nombreux. Aussi un sujet atteint de diabète rénal doit-il rester en surveillance constante. c. *Le diabète rénal avec trouble particulier du métabolisme des glucides et excrétion de corps acétoniques.* Il s'agit là d'un diabète très particulier, dont le traitement assez complexe est très différent de celui du diabète sucré ordinaire.

Autres communications :

Nouveau traitement de la distomose hépatique chez les ruminants par la térébenthine-benzol et le tétrachlorure de carbone. — M. Marotel.

Explication de l'action bienfaisante des aliments gras dans les maladies cachectisantes. — M. Maignon.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Germain-en-Laye. — *Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie.* — Un concours est ouvert pour la nomination de cinq internes titulaires. Il sera procédé également à la nomination de six internes provisoires dans les conditions fixées par le règlement.

Ce concours qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale aura lieu le jeudi 22 décembre 1932, à 9 h. du matin, à l'hôpital.

L'entrée en fonctions est fixée au 1er janvier 1933.

On peut prendre connaissance du règlement au bureau de la direction de l'hôpital, tous les jours non fériés, de 14 à 17 heures.

AGRÉGATION. — Les dates des compositions du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré) de la catégorie C, histoire naturelle médicale et parasitologie, qui avaient été fixées aux 21 et 22 novembre 1932 par l'arrêté du 9 juillet précité, sont reportées aux 5 et 6 décembre 1932.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Nouveau régime* (session de février 1933). — Les consignations pour la session de réparation de février seront reçues les lundi 5 et mardi 6 décembre, au secrétariat de la Faculté.

De midi à 15 h. : guichet 2, pour les trois premières années; guichet 3, pour les quatrième et cinquième années.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour la nomination à une place de chef de laboratoire à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 19 décembre 1932, à 9 h. du matin, rue Moreau, n° 13.

MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, de 10 h. à midi, jusqu'au samedi 10 décembre 1932 inclus.

Le chef de laboratoire est nommé pour une durée de deux années; il pourra, sur sa demande, être prorogé dans sa fonction d'année en année.

Il reçoit une indemnité annuelle de 9.000 fr.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Bourilhet, médecin chef de service de l'asile public d'aliénés de Moulins (Allier), est nommé médecin directeur dudit établissement, en remplacement de M. le docteur Ricoux, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le docteur Loo, reçu au concours de médecin des asiles de 1932, est nommé médecin chef de service de l'asile public d'aliénés de la Charité-sur-Loire (Nièvre), en remplacement de M. le docteur Teulié, mis en disponibilité sur sa demande.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Jacob, ancien médecin-major de 1re classe au 273e régiment d'artillerie de campagne.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique des maladies infectieuses. (Hôpital Claude-Bernard. Professeur : M. A. Lemierre.) — M. le professeur Lemierre fera la leçon inaugurale de son cours le jeudi 24 novembre 1932, à 10 h. 30, et continuera son cours les jeudis suivants, à la même heure.

CHRONIQUE

CE QUE LA MÉDECINE DOIT A L'ITALIE

L'Union médicale latine (U. M. F. I. A.) que préside le Dr Dartigues a inauguré l'an dernier des conférences qui nous ont permis d'entendre successivement le professeur Forgue parler de la médecine espagnole, et le professeur Sergent de la médecine au Canada. Cette année, l'U. M. F. I. A. avait eu l'heureuse idée de demander au professeur Léon Bernard une conférence sur la médecine en Italie.

La conférence a eu lieu la semaine dernière, sous la présidence de S. E. le comte Pignatti Morano di Custoza, ambassadeur d'Italie. Elle empruntait aux circonstances actuelles une importance toute particulière, aussi l'auditoire était-il très nombreux et brillant.

C'est en vieil ami de l'Italie et de son gouvernement actuel que M. Léon Bernard a traité son vaste sujet. Grâce à cette amitié, il n'a pas eu de peine à suivre le conseil de justice envers l'Italie donné récemment par le Président du Conseil.

L'orateur a divisé son sujet en trois périodes : celle de l'antiquité romaine, celle de la Renaissance, enfin celle de la *troisième Italie :* l'Italie actuelle. L'étude de la période romaine montre l'importance extraordinaire qu'eurent les œuvres d'hygiène et d'urbanisme. Notre ami Jayle ne rappelait-il pas récemment que les Romains ont tout réalisé en fait d'hygiène, même le chauffage central. Puis M. Léon Bernard indique l'influence du christianisme et de la papauté. Saint Benoit fonde le Mont Cassin, où seront gardées les traditions de Celse.

L'Ecole de Bologne au XIIIe siècle bénéficie de l'appui du Pape Sixte IV et avec celles de Padoue et de Pise elle rayonne pendant toute la Renaissance et longtemps après.

Enfin voici la troisième période, celle que l'orateur qualifie de *troisième Italie.*

Elle a montré son activité dans trois ordres :

1° Dans la lutte antipaludéenne : l'asséchement des Marais Pontins a ramené dans la campagne romaine la santé et la prospérité là où ne régnaient que la désolation et la mort ;

2° Dans le développement de la médecine du travail : à l'heure actuelle, a indiqué l'orateur, des cliniques du travail tout à fait remarquables ont été instituées chez nos voisins transalpins qui ont poussé à fond l'étude scientifique de l'hygiène professionnelle ;

3° Dans la lutte antituberculeuse, à laquelle un Italien, Forlanini, initiateur de toute la thérapeutique moderne, a donné, en inventant le pneumo-thorax artificiel, un vigoureux essor qu'a encouragé le gouvernement actuel par sa loi d'assurance contre la tuberculose.

Œuvre constructive immense que tout le monde doit connaître et admirer.

La conférence de M. Léon Bernard a remporté un succès considérable que le Dr Dartigues, président de l'Union médicale latine, a souligné en le remerciant et en envoyant à l'Italie et au chef de son gouvernement l'expression enthousiaste de son admiration et de sa fraternelle amitié.

F. L. S.

IIIe SESSION DES ASSISES NATIONALES DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANÇAISE (*Paris, 6 novembre 1932.*)

La médecine générale française poursuit avec un succès croissant les réunions dans lesquelles les cliniciens viennent exposer les résultats de leurs observations poursuivies au cours de leur carrière médicale sur les sujets mis à l'étude par cette association ; ce sont d'abord dans chaque département des assises régionales, puis les résultats en sont centralisés et, dans des assises nationales qui se tiennent à l'Hôtel-Dieu, à l'amphithéâtre Trousseau, ces résultats sont examinés, discutés et des conclusions générales en sont tirées. Dès l'abord, cette organisation a eu la faveur de tous les cliniciens, faveur telle que nombre d'entre eux qui ont déjà assisté aux assises régionales n'hésitent pas à entreprendre des voyages des points les plus éloignés de la France pour venir aux assises nationales, si nombreux que l'amphithéâtre peut à peine les contenir.

Après l'étude de la tuberculose régionale, après les maisons à cancer, la troisième session s'est tenue le 6 novembre à propos des manifestations cliniques régionales de l'alcoolisme, sous la présidence de M. Jules Renault, assisté des professeurs Carnot, Achard, Castaigne, Mauriac, Marcel Labbé, des docteurs Lesné, Dufour, Courtois-Suffit, etc.

Tout d'abord fut posée la question de la nocivité des boissons fermentées, vin, cidre, bière, et, de chacune des régions où elles sont utilisées, des médecins étaient venus apporter les résultats des discussions régionales et ceux de leur propre expérience. On peut dire que tous concordaient et que l'usage, même dans une large mesure, de produits naturels, tels que peuvent les avoir à leur disposition les producteurs, ne paraît pas déterminer dans l'ensemble de manifestations pathologiques. Il en est ainsi en particulier de notre vin rouge et de la plupart de nos vins blancs. Parmi ces derniers, il en est cependant que leur teneur en alcool ou la nature de leur cépage peuvent rendre nuisibles, mais, de cette vaste consultation, la plupart de nos vins de France sortent parfaitement réhabilités. Bien entendu, il n'est question que du produit naturel, bien fait, sans addition de substances nocives, et sans mélanges malencontreux. Il en est sensiblement de même pour le cidre et la bière.

Mais dès que s'ajoutent des apéritifs, de l'alcool, apparaissent les manifestations pathologiques : c'est le cas dans les villes, dans les régions vinicoles et également dans beaucoup de campagnes, dans le reste du territoire.

La question de l'alcoolisme se trouve ainsi ramenée à sa cause naturelle et ses principaux facteurs paraissent bien être le privilège inconsidéré des bouilleurs de cru et le nombre sans cesse croissant des débits de boissons.

(Voir la *Suite*, p. 1733.)

**

On ne saurait trop louer l'heureuse initiative des organisateurs de cette assemblée française de médecine générale et tout particulièrement de son actif et dévoué secrétaire général : ils ont su ainsi faire revivre les saines traditions de la médecine qui est bien, sinon toute, au moins pour la plus large part, basée sur l'observation et l'interprétation des faits ; c'est l'accumulation de ces observations, leurs critiques judicieuses qui ont été et seront encore pendant longtemps les facteurs prépondérants du progrès. On paraissait l'avoir un peu oublié, on s'était lancé un peu prématurément dans des voies qui, de longtemps encore, ne pourront donner de grandes satisfactions ; on avait tendance à négliger la clinique qui est toujours l'essentiel de la médecine au profit de ce qui n'en est encore que l'accessoire. Mais, parmi les médecins, le nombre est encore grand des cliniciens et des cliniciens avertis comme ceux qu'ont révélés ces assises de médecine générale. Puissent-elles contribuer à modifier un état d'esprit qui ne s'est que trop répandu jusque dans le public, état d'esprit qui le porte à considérer comme primordial ce qui n'est encore qu'un moyen de contrôle et détermine des projets d'organisation dont le moindre défaut serait de consacrer une erreur actuelle et de confondre l'apparence avec la réalité.

A. HERPIN.

LE DINER DU « CONCOURS MÉDICAL »

Tous les ans, nos excellents confrères du *Concours Médical* réunissent leurs adhérents pour étudier leurs œuvres professionnelles si bienfaisantes. La réunion s'est terminée mercredi dernier par un très beau banquet confraternel présidé par notre cher confrère, le Dr Julien Noir, qui vient d'être nommé directeur du concours, le Dr Gassot ayant été nommé directeur honoraire.

Plus de 200 convives avaient pris place auprès de M. Noir : le doyen Balthazard, M. Mirman, les professeurs Hartmann, Legueu, Bezançon, J.-L. Faure, Nobécourt, Laignel-Lavastine, Claude, Lereboullet, Lenormant, le doyen Euzière (de Montpellier), les docteurs Cibrie, Chapon, les professeurs Rohmer et Chavigny (de Strasbourg), le médecin général inspecteur Rouvillois, le professeur Léopold Mayer (de Bruxelles), les Drs Lian, Trémolières, Joltrain, Etienne Chabrol, Levi Valensi, Weissenbach, Aubertin, Dartigues, Levassort, Bongrand, Pamart, Dequidt, Paul Boncour, Fasquelle, Decourt, Mousseaux, Delort, Foveau de Courmelles, Molinéry, de Fourmestraux, Béhague, Jayle, Baillière, Gardette, Crinon, Garrigues, Bérillon, les représentants de l'Association générale des Etudiants, de la Corporative, des Syndicats, tant de confrères enfin que je renonce à les nommer, se pressaient pour dire leur sympathie à l'équipe du *Concours*, à Duchêne, à Vimont, à Boudin, à Boulanger.

A l'issue du banquet, des discours furent prononcés par M. Noir, toujours modeste, par M. Duchêne, fin et spirituel, le doyen Balthazard, M. Mirman qui se montra un ami résolu de notre profession, par M. le doyen Euzière, par M. Cibrie qui nous annonça des compressions de dépenses, mais surtout des compressions de contribuables, par M. Chapon, aussi bref que plein d'esprit, ce qui lui valut une double ovation, par M. Léopold Mayer, enfin par M. Fumouze.

Un bal très animé termina cette belle soirée de bonne et cordiale confraternité médicale.

F. L. S.

La tuberculose génitale de la femme. Diagnostic et traitement, par Constantin DANIEL, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest, directeur de l'Institut de Clinique gynécologique de l'hôpital Coltzea. 1 vol. in-8° de 76 pages, avec 17 figures dans le texte. — Prix : 22 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

A PROPOS DU CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX MILITAIRES

Par M. AUVRAY.

Le concours de chirurgien des hôpitaux militaires a pris fin il y a quelques jours. Comme chirurgien des hôpitaux de l'Assistance publique j'avais été désigné pour faire partie du jury de ce concours. A ce titre je me suis cru autorisé à émettre quelques réflexions concernant les épreuves que j'ai suivies avec un réel intérêt.

Les candidats m'ont donné l'impression d'être des jeunes gens documentés, très instruits des choses de l'anatomie chirurgicale, des cliniciens expérimentés au courant des méthodes d'examen les plus modernes, des opérateurs habiles, fort bien préparés à la mission qu'ils auront à remplir et dignes de figurer parmi leurs collègues des hôpitaux de Paris. Ce fut certainement une très heureuse idée que celle qui présida il y a une douzaine d'années (le décret est du 15 juin 1920) à l'institution d'un concours pour l'obtention du titre de chirurgien des hôpitaux militaires.

Mais ce n'est pas tant pour rendre un hommage mérité aux qualités de nos jeunes collègues de l'armée que j'ai pris la plume, que pour attirer plus spécialement l'attention sur la nature des épreuves du concours qui m'ont paru fort bien comprises. Ces épreuves sont au nombre de six : une composition écrite de pathologie chirurgicale, une épreuve de titres, deux épreuves de clinique et *deux* épreuves (d'un coefficient élevé) de thérapeutique chirurgicale conduisant à la pratique d'une opération faite sur le cadavre. L'une de ces épreuves est consacrée à une opération sur les membres, l'autre à une opération viscérale. *C'est dans ces deux épreuves que consiste selon moi l'originalité du concours des chirurgiens militaires.* Je transcris ici le texte du règlement concernant ces épreuves : « 3e épreuve : Pratique d'une opération chirurgicale. Cette épreuve *ne doit pas être interprétée sous la forme classique de l'épreuve de médecine opératoire,* mais sous la forme d'une véritable épreuve de chirurgie opératoire, ou mieux, d'une épreuve pratique de thérapeutique chirurgicale permettant au jury de mieux apprécier le sens et l'expérience clinique des candidats, ainsi que leur technique opératoire. L'opération sera celle que le candidat jugera lui-même nécessaire chez un blessé ou un malade dont la situation clinique aura été établie par le jury, sous la forme d'une sorte d'observation clinique écrite courte et très précise. Elle sera pratiquée sur le cadavre dans les mêmes conditions d'installation et de technique que sur le vivant. Le candidat fera au tableau un exposé succinct des données anatomiques relatives à l'opération ; il discutera les diverses indications et contre-indications envisagées, les divers procédés opératoires ; il indiquera enfin les soins post-opératoires. La correction et la discipline de la technique opératoire seront l'objet d'un examen particulièrement attentif du jury. — La durée de l'épreuve sera de 45 minutes pour l'exposé et la pratique de l'opération ; les candidats auront, en outre, vingt minutes de réflexion préalable. »

Que l'épreuve aboutisse à une opération sur les membres ou à une opération viscérale, elle est bâtie sur le même type. Voici comme exemples de ce qu'on peut demander aux candidats dans ces épreuves de thérapeutique chirurgicale deux thèmes entre plusieurs qui ont été posés au dernier concours. 1° Un sujet d'une trentaine d'années est atteint d'une tuberculose de la tibio-tarsienne avec abcès ; le candidat doit discuter les indications et contre-indications de la conduite à tenir basées sur l'état local et l'état général indiqués dans le thème établi par le jury ; il aboutit à la conclusion que l'astragalectomie s'impose ; il expose au tableau dans une véritable leçon d'enseignement, en s'aidant de nombreux dessins généralement bien exécutés, les données anatomiques relatives à cette opération, décrit avec soin les voies d'accès sur la jointure, les ligaments puissants qui unissent l'astragale aux parties voisines, étudie les divers procédés opératoires ; et c'est après un exposé complet de la question qu'il exécute, séance tenante, l'astragalectomie par le procédé qu'il a choisi.

2° Un sujet a reçu une balle de revolver qui a pénétré au niveau de la paroi postérieure du thorax, perforé le diaphragme et traversé l'hypochondre gauche. Il existe les signes d'un léger épanchement du thorax et des signes nets d'hémorragie de l'abdomen. Les candidats doivent discuter la nature des lésions viscérales en rapport avec le trajet suivi par le projectile, en s'aidant des données de l'anatomie régionale. Ils sont conduits à admettre l'existence d'une blessure de la rate. Ils discutent l'opportunité d'une exploration de l'abdomen, qu'ils combineront à une exploration pleuro-pulmonaire et à la réparation de la plaie du diaphragme. Et aussitôt ils réalisent sur le cadavre une opération thoraco-abdominale qui prévoit d'abord l'enlèvement de la rate et dans un second temps après section du bord thoracique une large exploration de la plèvre, du poumon et du diaphragme. Dans les cas signalés les candidats se sont toujours placés dans des conditions de technique exactement superposables à celles de notre pratique sur le vivant. Cette épreuve de thérapeutique chirurgicale permet à la fois de juger les candidats sur leurs qualités d'exposition, sur leurs connaissances de l'anatomie chirurgicale et des indications et contre-indications de l'intervention, sur la discussion des techniques proposées et de la meilleure technique à appliquer dans le cas indiqué et sur l'exécution du procédé opératoire choisi. Les épreuves suivies par le jury sont d'un réel intérêt.

C'est sans doute par imitation de ces épreuves du concours des chirurgiens militaires qu'on a introduit dans notre concours de nomination des chirurgiens des hôpitaux de Paris, une nouvelle épreuve (l'épreuve finale de ce concours) qui est ainsi libellée dans le règlement :

« 4° A la suite de la deuxième épreuve clinique, quatre candidats seront admis à prendre part à la quatrième épreuve, qui consistera en une épreuve orale de thérapeutique chirurgicale qui comportera, avec démonstration au tableau, une dissertation sur le traitement qu'il conviendrait d'appliquer à un malade choisi par le jury immédiatement avant l'ouverture

de la séance. Le jury arrêtera et rédigera le diagnostic qui sera communiqué à chaque candidat au début de son examen ; ce document contiendra les indications que le jury décidera de porter à la connaissance des candidats (radiographie, examen de laboratoire, etc.)... »

Ainsi comprise cette épreuve est une épreuve purement théorique et à ce titre parfaitement inutile selon moi. A quoi bon une épreuve théorique, comme dernière épreuve du concours, pour juger les quatre candidats qui restent en présence pour le titre de chirurgien ? Cette épreuve ne devient vraiment intéressante que si elle aboutit, après discussion du thème conçu par le jury, à une opération faite dans des conditions aussi voisines que possible de la réalité, et j'affirme d'après ce que j'ai vu, qu'on peut y parvenir.

Il me semble qu'il y aurait avantage à supprimer purement et simplement dans notre concours de nomination la vieille épreuve de médecine opératoire classique (combien vieille !) comportant deux opérations sur le cadavre, une ligature et une amputation, d'autant qu'elle existe déjà au concours d'admissibilité, et à la remplacer par une ou deux épreuves de thérapeutique chirurgicale *avec opérations* sur les membres et sur les viscères suivant le type adopté dans le concours des chirurgiens militaires. Cette manière de faire m'a beaucoup séduit et voilà pourquoi j'ai cru devoir exposer ici mon opinion.

UN CAS DE SURDITÉ VERBALE

Par MM. GIRARD et GRIMAUD (de Nancy).

X..., âgé de 45 ans, mécanicien dentiste.

Antécédents héréditaires et personnels. — Dans son enfance, le malade fut atteint de nombreux foyers d'ostéomyélite, ayant entraîné une amputation complète de la jambe droite, une ankylose par résection de l'épaule gauche, et de nombreuses cicatrices sur les membres.

Depuis la guerre, il se plaint d'une légère surdité de l'oreille droite due à une ancienne otorrhée.

Le 22 mars dernier, au cours d'un banquet, il fut pris d'un malaise vague, dut quitter la salle, tomba et fut retrouvé sans connaissance par ses amis.

A son entrée à l'hôpital, il présente l'aspect d'un commotionné cérébral et il est dirigé sur un service de chirurgie. Revenu à lui, on est frappé de sa surdité totale, avec exagération de la tonalité de la voix.

Il est transféré au service de M. le Professeur Jacques, où l'on constate :

1) Un bouchon de cérumen ancien bilatéral, qui est enlevé immédiatement ;

2) Une otite catarrhale chronique bilatérale ;

3) Un labyrinthe absolument normal des deux côtés ;

4) Une surdité absolue à la voix, très relative à la montre ou au diapason.

Les paroles sont perçues en tant que son, mais non interprétées. « J'entends très bien parler, déclare le malade, mais je ne perçois pas ce que l'on dit. »

Un examen neurologique est alors pratiqué.

1. *Etude de la parole.* — Elle ne montre aucun trouble. La parole spontanée, par réponse aux questions écrites, est normale. La parole provoquée, par lecture d'articles de journaux, l'est aussi. Faites à plusieurs reprises, ces deux épreuves n'ont jamais montré de paraphasie, de jargonophasie, ni aucun trouble dysarthrique.

2. *Etude intellectuelle.* — La dénomination des objets courants est normale. Il n'y a aucun oubli des notions didactiques (résolution d'opérations arithmétiques diverses). La mémoire est intacte. Très rapidement, le malade donne les dates marquantes de sa vie et de celle de sa famille.

Il n'y a aucune apraxie idéatoire. Les actes nécessitant une série d'éléments coordonnés (test de la cigarette, test des 3 papiers) sont exécutés correctement et rapidement.

Il n'y a aucun oubli des actes du métier. Sur nos questions (toujours posées par écrit) le sujet raconte en détail la fabrication des alliages nécessaires à son rôle de mécanicien dentiste.

3. *Troubles agnosiques.* — La lecture, du manuscrit ou de l'imprimé, est normale. L'écriture, spontanée et copiée, l'est aussi.

Mais il reste une incompréhension totale de la parole. Le malade ne perçoit rien de ce qu'on lui dit, même en variant la voix dans tous les registres.

Selon la comparaison classique, nous avons l'impression de parler à un étranger ignorant tout de notre langue.

Il perçoit parfaitement et interprète les sons usuels, provoqués derrière lui ou après occlusion des yeux : froissement de papier, agitation d'un trousseau de clés, bruit de la montre, coups rythmés contre un mur.

Il perçoit aussi immédiatement et spontanément l'ouverture d'un tiroir, ou le bruit fait par une porte dans une salle voisine.

Cette surdité verbale se complique d'amusie.

Nous sifflons et chantons des airs courants (La Marseillaise, Au Clair de la Lune) qui sont immédiatement reconnus par ses voisins de lit. Notre patient dit percevoir un son indéfinissable.

Invité par écrit à chanter ces mêmes airs, il s'en acquitte correctement.

D'autres fois, on fait jouer un disque de phonographe. Le grincement du mécanisme et de l'aiguille sur le disque est perçu, la mélodie chantée ne l'est pas.

L'examen complet de la sensibilité et de la motibilité, l'étude des réflexes, ne montrent rien d'anormal.

L'examen oculaire prouve l'intégrité du champ visuel et des fonds d'yeux.

La tension artérielle est de 140/80.

Il n'y a aucune lésion cardiaque. Toutes les artères accessibles à la palpation sont souples.

La réaction de B. W. dans le sang est négative. La ponction lombaire n'a pu être faite.

L'évolution s'est faite lentement vers la guérison.

Notre malade présente donc un cas de surdité verbale, car il lui est impossible de comprendre la signification des mots. Il ne s'agit pas, comme on l'avait cru au début, d'une surdité banale. Tous les sons usuels, même peu intenses, sont perçus avec la même facilité qu'avant l'hospitalisation. Ce n'est que pour les sons symboliques du langage que la surdité existe.

La chute liminaire avec surdité consécutive, fait penser à un syndrome de Ménière. Mais les deux labyrinthes sont restés excitables, et l'examen neurologique ne montre aucun trouble de l'équilibre et de la coordination.

Cette intégrité nous permet d'éliminer également la surdité labyrinthique de Freund, qui d'ailleurs

n'existe que pour certaines échelles de sons. Ici la surdité verbale est absolue, aussi bien pour la parole chuchotée que pour les cris.

Nous sommes ramenés à discuter les aphasies. Il ne peut s'agir d'une aphasie de Broca où le trouble anarthrique est constant.

L'aphasie de Wernicke mérite une plus ample discussion. Si nous suivons l'analyse qu'en a donnée Foix, nous voyons qu'un grand nombre de symptômes manquent chez notre malade. Il n'a aucun trouble dysarthrique, articule normalement, et à aucun moment n'a présenté de la paraphasie ni de la jargonophasie, tant pour la parole spontanée que pour la lecture. Il n'a pas d'amnésie, ni pour ses souvenirs personnels, ni pour les actes de son métier. Il n'a pas de troubles intellectuels et notamment, symptôme le plus frappant et le plus constant pour Foix, pas de perte de vocabulaire. Il n'a de l'aphasie de Wernicke que les signes agnosiques limités à la perte de la compréhension du langage parlé.

Il s'agit donc bien d'une surdité verbale telle que l'a définie Wernicke en 1874 comme partie constituante de l'aphasie sensorielle, et qui fut isolée comme entité clinique par Lichtheim en 1884.

C'est un syndrome très rare. Dejerine en retient huit observations authentiques, dont cinq furent suivies d'autopsie et montrèrent des lésions corticales ou sous-corticales de la région temporale. Non seulement il est rare, mais son existence même est très discutée.

« A mon avis, il est impossible d'admettre l'existence de la surdité verbale pure » et « la surdité verbale pure est un simple mythe », écrit Pierre Marie. Charles Foix admet aussi que « la plupart des cas publiés ne sont pas de nature à entraîner la conviction ».

La surdité verbale serait un phénomène hystérique, ou une surdité labyrinthique de Freund.

Cliniquement contestée, la surdité verbale a été repoussée au nom de la théorie.

Dans l'esprit de ses promoteurs, elle répondait à la lésion d'un centre des images auditives localisé par Wernicke à la 1re et à la 2e circonvolutions temporales du côté gauche.

L'existence de ce centre a déjà été niée par Bernheim (de Nancy) pour qui la compréhension d'un mot résulte d'une association d'images et non de la stimulation d'un centre.

D'ailleurs, à supposer que les images auditives existent, elles ne sont pas abolies dans la surdité verbale puisque le malade a un langage normal, donc trouve les mots dont il a besoin.

P. Marie qui, lui aussi, pour de nombreuses raisons, repousse l'existence des centres du langage, et ipso facto du centre auditif, et qui conteste les observations de surdité verbale, croit que les cas publiés (après élimination de l'hystérie et de la surdité labyrinthique) ne sont que des aphasies de Wernicke à prédominance agnosique. Ce sont des troubles purement d'ordre intellectuel.

Il est vraisemblable que l'accord n'est pas encore près de se produire sur la nature et les limites de la surdité verbale.

Ne rentre-t-elle pas d'ailleurs dans le cadre des aphasies dont Charles Foix a dit : « Comprendre complètement l'aphasie dépasse sans doute nos forces actuelles, et l'on peut craindre que la neurologie n'y parvienne jamais ».

Quittant le terrain médical, peut-on envisager psychologiquement la surdité verbale ?

Là aussi, deux théories, cadrant d'ailleurs à peu près exactement avec les théories médicales régnantes : celle des classiques et celle de P. Marie, s'offrent à nous.

L'une est la théorie mécaniste de Descartes. La perception, dans le cas particulier, celle du langage, se traduit physiquement par une action des nerfs sensitifs sur le cerveau, dont elle modifie quelques éléments anatomiques, laissant une sorte de trace de la perception. Quand celle-ci renaît, quand les mots sont de nouveau perçus, l'action des nerfs se reporte sur cette même région, elle retrouve cette trace, le souvenir du mot renaît. Cartésiens sont donc ceux qui font de la surdité verbale une perte de la mémoire des mots par lésion d'un centre d'images auditives.

Contre cette conception s'inscrit Bergson qui, dans « Matière et Mémoire », a spécialement étudié la surdité verbale. Après avoir démoli la théorie des localisations cérébrales, et montré que les images visuelles ou auditives ne peuvent se concevoir à l'état isolé, Bergson analyse ainsi la surdité verbale : l'impression auditive des mots organise des mouvements naissants capables de scander la phrase écoutée et de la décomposer. C'est le schème moteur de la parole entendue.

Dans la surdité verbale, les souvenirs auditifs peuvent être rappelés à la conscience, puisque le malade peut parler. Les impressions auditives arrivent à la conscience, puisque le bruit de la parole est perçu. La lésion est donc « dans la conscience même une lacune, une solution de continuité, quelque chose enfin qui s'oppose à la jonction de la perception et du souvenir ».

Toutes ces discussions que nous résumons brièvement montrent l'intérêt de ce trouble du langage, puisqu'il nous permet d'analyser le mécanisme complexe de cette importante fonction psychologique.

C'est à ce titre, et aussi à cause de son extrême rareté, que nous avons cru devoir présenter une observation, typique à nos yeux, de ce syndrome discuté.

Un cri d'alarme !

Un cri d'alarme, car les statistiques qu'on trouve dans le remarquable ouvrage *Les Maladies dites vénériennes* (1), par le Dr Paul Ravaut, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis, nous montrent quel effroyable danger menace la race française, surtout depuis que la guerre a étendu dans de si inquiétantes proportions le domaine de ces maladies, causes de dépopulation et facteurs de dégénérescence.

Avec le Dr Roux, l'éminent directeur de l'Institut Pasteur, le Dr Ravaut s'élève avec raison contre la fausse pudeur qui empêche de parler de ces maladies et d'en instruire la jeunesse, ouvrant ainsi la porte à toutes les contaminations.

Il donne en même temps un message d'espoir à tous ceux qui, ne s'étant pas préservés, peuvent tout au moins se guérir, car les maladies dites vénériennes sont *curables*.

(1) Armand Colin, éditeur, à Paris.

XLIe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 3-8 octobre 1932 (1)

DEUXIÈME QUESTION

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES MALADIES DU SANG

L'hémogénie.

Résumé du rapport de M. Grégoire (de Paris).

De toutes les maladies du sang, l'hémogénie est celle que le chirurgien a le plus souvent l'occasion de traiter.

Il s'agit d'une diathèse hémorragique qui débute dans l'enfance ou l'adolescence et que caractérisent de multiples saignements capillaires et des tares sanguines spécifiques : prolongation du temps de saignement alors que la coagulation s'effectue dans un délai normal ou sub-normal, irrétractilité du caillot, absence ou grande diminution des hématoblastes.

Les aspects cliniques. — Ils peuvent se ramener à trois modalités :

1° L'hémogénie typique a évolution chronique. — C'est le purpura chronique récidivant, le purpura thrombo-cytolytique, la maladie de Verlhof.

Cette variété est presque l'apanage des petites filles. Elle débute brusquement, semble-t-il. Pourtant, un examen attentif révélera une tendance de tout temps aux saignements : le moindre heurt provoquait un « bleu », un pincement léger de la peau, une ecchymose.

Tout à coup, sans fièvre, sans prodrome, apparaissent sur les membres inférieurs des taches rouges-vineuses, discrètes d'abord, mais bientôt généralisées et confluentes.

D'ordinaire se produisent également des épistaxis, des gingivorragies et surtout des ménorragies d'une abondance et d'une durée anormales.

L'hémogénie typique procède par crises successives, espacées d'abord, puis de plus en plus rapprochées. Mais dans l'intervalle des crises la réparation sanguine se fait et l'état général se rétablit.

L'examen somatique ne révèle rien. La rate est souvent normale, non perceptible. Parfois, sa zone de matité est un peu augmentée, mais en aucun cas on ne peut parler de splénomégalie.

L'hémogénie n'atteint pas que le sang. Elle touche aussi les capillaires dans leur endothélium. Weill l'a montré par l'épreuve du lacet.

2° L'hémogénie aiguë. — Cette variété est beaucoup plus alarmante. En huit ou dix jours le pronostic s'assombrit et la malade succombe à ses hémorragies profuses.

Les exemples de ce genre sont relativement rares, puisque sur un ensemble de 101 cas de purpura hémorragique, Spence compte seulement 12 formes aiguës avec 10 décès.

Chez la femme, c'est presque toujours l'appareil génital qui saigne de la façon la plus inquiétante, mais l'intestin, l'arbre urinaire peuvent également être en cause.

On a cru longtemps qu'une évolution aussi brutale faisait de la forme aiguë de l'hémogénie un cas fatalement mortel, au-dessus de nos possibilités. Actuellement, comme nous le verrons bientôt, il convient de revenir de cette condamnation du traitement chirurgical.

3° L'hémogénie fruste. — Dans les deux formes précédentes, l'hémogénie est caractérisée du point de vue clinique par ses éruptions purpuriques. Dans cette nouvelle forme, l'hémogénie se cache. Les manifestations cutanées ou muqueuses se réduisent à quelques rares pétéchies, qui peuvent même manquer complètement.

Le clinicien se trouve en face d'une malade qui saigne soit du nez, soit de l'utérus, soit du rein, soit du poumon, soit même de ses méninges, sans que rien en apparence n'en vienne expliquer la raison.

Seul, un examen du sang, la recherche du signe du lacet, l'allongement du temps de saignement, l'irrétractilité du caillot permettront le diagnostic.

Les *ménorragies* constituent la manifestation la plus fréquente. Elles apparaissent surtout au début de la menstruation, ce qui les a fait désigner sous le nom de métrorrhagies de la puberté. Inquiétantes par leur durée et leur intensité, elles ne s'accompagnent d'aucune douleur et se montrent rebelles à tout traitement. Si la marche et la fatigue les augmentent, le repos au lit même prolongé ne les modifie guère.

L'hémogénie fruste à forme *hématurique* est difficile à identifier. Il est certain qu'elle demeure souvent méconnue, confondue avec l'hémorragie de la néphrite chronique ou étiquetée « hématurie essentielle ».

Les *hémoptysies* hémogéniques sont rares. On les attribue d'ordinaire à la tuberculose pulmonaire.

Enfin, il convient de signaler les hémorragies péritonéales et intra-craniennes, qui constituent des raretés.

Les altérations du sang. — De ce qui vient d'être dit, notamment en ce qui concerne la forme fruste, il apparaît nettement que c'est à l'examen du sang qu'il convient de s'adresser pour fonder son diagnostic.

La recherche des lésions sanguines doit être recommencée plusieurs fois. Sans présenter de réelles difficultés, elle exige cependant une certaine habitude.

Le temps de saignement est modifié. Il se caractérise par sa durée prolongée et son instabilité. Sa durée atteint 10 et même 15 minutes. Son instabilité est un phénomène bien curieux et l'on pourrait dire qu'elle existe dans l'espace et dans le temps. Une piqûre faite au lobule de l'oreille droite donnera par exemple un TS normal, alors que faite au même moment à l'oreille gauche, ce TS sera démesurément allongé.

Deux recherches faites à une heure de distance l'une de l'autre pourront donner des résultats très différents.

La coagulation. — Si la durée de la coagulation ne subit pas de modification appréciable, il n'en est pas de même de sa qualité.

Le caillot formé ne se rétracte pas ou se rétracte anormalement.

P. Emile-Weill a montré que ce caillot, après un certain temps, laissait échapper une quantité excessive de globules rouges, formant au fond du tube une couche rouge importante : « l'émiettement du caillot ».

Les éléments figurés : rouges ou blancs, ne subissent pas de modifications, quant à leur nombre et quant à leur forme.

Il n'en est pas de même des hématoblastes, qui d'ordinaire sont diminués. On a même observé leur absence complète dans quelques formes aiguës. Leur chiffre passe souvent de 300 000 à 20 000 par millimètre cube. Ce n'est pas là cependant un phénomène constant, car on a signalé des cas d'hémogénie incontestable avec un nombre normal de plaquettes.

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Voir séance d'ouverture, *Gaz. des hôpit.*, 1932, p. 1482; n° 87, p. 1589.

L'idée théorique du traitement chirurgical. — Elle est due à Kaznelson. La destruction des plaquettes sanguines lui apparut comme imputable à la rate. Il en déduisit que la splénectomie devait guérir la maladie. L'expérience semble avoir vérifié l'hypothèse.

Il existe un parallélisme constant entre la diminution du nombre des plaquettes et une certaine tendance à l'hémorragie.

Or, l'expérimentation confirme la clinique. Le benzol, la toxine diphtérique entraînent chez l'animal une destruction notable des thrombocytes et un syndrome hémorragique se dessine avec purpura.

Les plaquettes apparaissent donc bien comme les agents naturels de l'hémostase spontanée. Tout se passe comme si elles venaient se « plaquer » sur le vaisseau, à l'endroit même de la déhiscence, pour l'obturer.

C'est ce « clou hémostatique » qui constitue le premier temps de l'arrêt de l'hémorragie.

C'est là le rôle habituel des plaquettes dans la vie courante, à l'occasion d'un heurt, d'un froissement, d'un effort de toux.

Si l'on suppose que sous une action pathogène quelconque les capillaires deviennent anormalement fragiles, ou que la quantité ou la fonction des thrombocytes deviennent insuffisantes, on conçoit que la réparation se fasse mal ou pas du tout.

Mais comment expliquer cette déficience des plaquettes ?

Kaznelson pensait qu'elle pouvait provenir d'une action destructive de la rate. Il fit faire une splénectomie chez une femme atteinte de purpura hémorragique. Le résultat fut merveilleux, et la rate se montra bourrée de plaquettes.

L'augmentation des plaquettes après l'ablation de la rate n'est cependant que transitoire. Leur nombre retombe plus tard au niveau de la normale et même au-dessous. Kaznelson attribue ce phénomène à la suppléance qui s'établit dans les ganglions et le reste du tissu réticulo-endothélial.

Traitement chirurgical de l'hémogénie. — Les indications opératoires. — La splénectomie est le traitement le plus efficace à opposer à l'hémogénie. Elle n'est pas le seul.

Cette intervention présente quelques risques. Pour être autorisé à la pratiquer, encore faut-il que les dangers que fait courir l'hémogénie ne soient pas inférieurs à ceux que présente la splénectomie.

La forme fruste de l'hémogénie est celle qui nécessite le moins souvent le recours à l'acte chirurgical. Il faut savoir pourtant qu'une hémogénie de ce type peut revêtir brusquement la forme aiguë la plus grave.

La forme typique avec purpura hémorragique récidivant réclame toujours l'opération, du moins à partir du moment où apparaissent les hémorragies viscérales.

La forme aiguë est considérée comme au-dessus des possibilités chirurgicales. Les statistiques accusent en effet une mortalité voisine de 83 %. Toutefois, les tentatives récentes de quelques chirurgiens hardis démontrent qu'il faudra sans doute revenir de cette opinion. Les désastres observés ont été, semble-t-il, la conséquence d'une temporisation excessive.

Le rapporteur termine par un exposé détaillé des statistiques publiées. Il insiste sur ce fait que la rate n'est pas tout et que d'autres glandes interviennent aussi dans les manifestations de l'hémogénie. Il convient de les traiter du moins médicalement.

Résumé du rapport de M. Santy (de Lyon).

L'ictère hémolytique constitue après l'hémogénie, le chapitre le plus intéressant des maladies du sang pour un chirurgien.

Mayo a pu dire que cette affection était un triomphe de la chirurgie. Il convient de distinguer : l'ictère hémolytique congénital et l'ictère acquis.

A. Ictère hémolytique congénital. — C'est une maladie congénitale et familiale. Dès le jeune âge, on note le teint spécial des téguments et des conjonctives. Mais souvent, pendant longtemps, aucun trouble pathologique sérieux ne se révèle. Il s'agit cependant d'enfants anormaux légers, présentant des malformations craniennes, du strabisme, de la microphtalmie, de la polydactylie, des déformations de l'oreille externe, de l'otite, du psoriasis, vitiligo, nœvi, etc.

On note parfois un retard du développement génital.

L'anémie plus ou moins marquée oscille entre 3 millions et 1 million de globules. Elle procède par crises de déglobulisation que provoquent le froid, la fatigue, une maladie intercurrente. Les hématies sont d'une fragilité extrême. La rate est toujours grosse mais avec des degrés ; elle est parfois douloureuse par poussées congestives.

Très fréquemment, au syndrome splénique s'ajoute un syndrome vésiculaire faisant croire à une lithiase banale.

B. Ictère hémolytique acquis. — Bien étudié par Widal, Abrami et Brulé, cette affection est caractérisée par un début brusque chez l'adulte, sans qu'aucune notion d'hérédité n'apparaisse bien nettement.

A vrai dire, il s'agit en réalité d'un groupe de maladies, car on distingue des formes aiguës, subaiguës et chroniques.

Dans les formes aiguës, on note des poussées hémolytiques avec ictère déterminées surtout par des infections aboutissant souvent à la mort, mais quelquefois susceptibles de guérison.

Les formes subaiguës se prolongent plusieurs semaines.

Les formes chroniques rappellent l'ictère congénital, mais l'instabilité sanguine y est extrême ; la formule hématique et les phénomènes morbides qui en découlent sont en perpétuelle évolution ; ils peuvent du reste s'atténuer, même disparaître.

Il importe de signaler ici une série de splénomégalies qui, secondairement ictérigènes sont confondues souvent, à l'étranger surtout avec l'ictère hémolytique proprement dit.

Ce sont :

la splénomégalie hémolytique de Banti,

la splénomégalie hémolytique avec anémie, hémoglobinurie et hémosidérinurie type Marchiafava.

Enfin,

la splénomégalie hémolytique avec anémie pernicieuse, type Strümpell.

Evolution spontanée de l'ictère hémolytique et indications opératoires. — Le plus souvent, l'ictère hémolytique est de pronostic bénin. La question du traitement chirurgical, dans de telles conditions, ne peut se poser que du point de vue esthétique ; ceci est arrivé une fois au moins, puisque Politzer pratiqua avec succès la splénectomie chez une jeune fille désireuse de voir disparaître sa jaunisse.

Mais nous rappelons que l'ictère hémolytique le plus bénin peut toujours s'aggraver. A ce propos, les faits relatés par lord Dawson of Penn sont fort instructifs.

Cet auteur a pu suivre une famille d'ictériques hémolytiques et un certain nombre de malades appartenant à d'autres familles.

Douze cas se sont terminés spontanément par la mort. Huit fois, par accroissement de l'anémie, deux fois par angiocholite compliquée d'anémie, deux fois par maladies intercurrentes.

L'anémie hémolytique fut mortelle à 3 ans et demi, treize, trente, quarante-trois et cinquante-six ans après une évolution tantôt brusque et tantôt progressive.

Les deux cas d'angiocholite évoluaient sur deux grandes anémiques, si bien que l'anémie dans cette statistique se trouve à la base de tous les cas mortels.

A côté des cas légers où l'idée d'opérer ne viendrait à personne, en marge des cas graves où la chirurgie s'impose, existent des formes particulières, dites « compensées » dans lesquelles les phénomènes d'hémolyse sont neutralisés par un accroissement de la fonction physiologique médullaire. La symptomatologie s'y montre réduite à son minimum, et seul le laboratoire peut révéler l'affection.

La splénectomie dans l'ictère hémolytique. — HISTORIQUE : Il semble que la première splénectomie pour ictère hémolytique fut réalisée par Spencer Wells en 1865 ; le diagnostic plus qu'incertain se confirma par la suite. La malade guérit. Elle serait encore vivante. Son fils, atteint lui aussi d'ictère hémolytique dès l'enfance a subi à 14 ans une cholécystectomie pour lithiase pigmentaire et une splénectomie. Sa fragilité globulaire reste à 0,5 malgré une guérison qui lui a permis de faire la guerre de 1914 à 1918.

Banti en 1903 fait pratiquer la première splénectomie systématiquement faite pour ictère hémolytique. La malade guérit et vit encore.

La première intervention française remonte à 1914 (Gilbert, Chabrol, Bénard) et fut pratiquée par Hartmann.

En 1924, Lecène et Deniker groupent 108 splénectomies, et au Congrès de Rome, deux ans plus tard, Patel réunit un total de 116 cas avec 4 morts et Herschen 129 cas avec le même pourcentage de décès.

Interprétation de l'action de la splénectomie dans l'ictère hémolytique. — La rate est, dans l'ictère hémolytique, le siège de la destruction sanguine. Chauffard et Fiessinger écrivent en 1907 : « Au niveau du parenchyme splénique des quantités notables de pigments d'origine sanguine sont incessamment mis en liberté ; ils arrivent au foie par la veine splénique, y trouvent un réseau d'arrêt, dans les capillaires intralobulaires, provoquent la sécrétion d'une bile pléio-chromique et probablement la résorption et le passage dans le sérum d'une certaine quantité de pigments qu'y révèle la réaction de Gmelin. »

Banti montre que la splénectomie sur l'animal augmente presque toujours la résistance globulaire.

L'hémolyse expérimentale par injection d'eau distillée dans les veines d'un chien, permit à Banti de croire que c'est dans la rate que les globules rouges se fragilisent et se détruisent, et que la veine splénique contient davantage d'hémoglobine dissoute que la circulation générale. La splénectomie pratiquée avant cette expérience la rend pour l'animal d'une gravité moindre.

Ce processus de destruction globulaire peut être interprété de deux façons ; ou bien la rate intervient d'une façon passive, n'étant que le « cimetière des hématies » ; ou bien elle joue le rôle actif dans le processus d'hémolyse.

Et dans ce cas, est-ce en sécrétant une hémolysine qu'agit la rate ? A l'état normal, une telle sécrétion n'existe pas.

Fiessinger et Brodin admettent que dans la rate, l'élément de phagocytose pigmentaire, ou cellulaire, est la cellule du système réticulo-endothélial, et la fonction hémolysante et cytolysante de la rate se résume dans ce macrophage de charpente. L'ictère hémolytique serait dû à l'hyperactivité de cette cellule.

Mais d'autres auteurs ont une opinion différente. Noegeli, Gänsszlen admettent qu'à la base de la pathogénie de l'ictère hémolytique existe une anomalie constitutionnelle du globule rouge quant à sa forme et à son volume.

Dès lors, l'action de la rate doit être interprétée d'une façon toute différente. Sa fonction serait modifiée, parce que soumise à un travail supplémentaire par un élément anormal d'origine extra-splénique.

L'altération constitutionnelle des hématies explique l'allure héréditaire et familiale de la maladie et l'hypertrophie splénique.

L'hyperplasie de la pulpe splénique est l'expression naturelle de l'orientation continuelle de la fonction splénique sur les érythrocytes spéciaux.

La rate réagit par excès. Elle dépasse le but à atteindre et transforme en une maladie une simple anomalie organique.

Cette façon d'envisager le problème est séduisante. Elle justifie la thérapeutique par ablation de la rate ; elle explique qu'après la splénectomie persistent encore une fragilité globulaire et des anomalies de volume des globules.

La splénectomie supprime l'hyper-réaction splénique, c'est-à-dire l'ictère. Elle laisse persister la formation pathologique des hématies par la moelle osseuse.

Indication du traitement chirurgical. — C'est surtout la déglobulisation progressive, les crises douloureuses à caractère vésiculaire, les poussées spléniques et la splénomégalie.

L'ictère, à lui seul, constitue bien rarement une indication opératoire.

Conditions opératoires de la splénectomie. — Le plus souvent, il s'agit d'une opération facile, la rate est rarement adhérente. On utilise, soit l'incision que Lecène et Deniker ont préconisée en 1914, soit une incision transversale.

Certains chirurgiens réalisent une « spléno-contraction adrénalinique » avant l'opération par injection intra-musculaire d'adrénaline.

On a souvent insisté sur le volume considérable et l'extrême fragilité des veines qui peuvent atteindre la grosseur d'un pouce.

Le moment opportun paraît être une période d'accalmie entre deux journées d'hémolyse.

Courty, Renard, Charrier et Dubourg conseillent de pratiquer avant l'intervention une transfusion de 300 grammes.

Chez des sujets très fatigués ou chez qui la splénectomie s'annonçait comme difficile, on s'est contenté parfois de lier simplement le vaisseau du pédicule (Prat, d'Oelsmitz). Cette ligature des artères spléniques amena une rétraction rapide de la rate et supprima les poussées d'ictère.

Ce chapitre se termine par un exposé détaillé des résultats immédiats et à distance de la splénectomie.

Les maladies du sang où le rôle de la chirurgie est contestée. — La leucémie myéloïde. — La leucémie myéloïde ne doit pas être confondue avec la leucémie lymphoïde. Cette dernière n'a jamais été traitée chirurgicalement.

Il en va différemment de la leucémie myéloïde, où du reste l'opération de la splénectomie n'a guère donné que des déconvenues. Il ne s'agit pas là de la maladie d'un organe, mais de tout le tissu myéloïde. Supprimer la rate, c'est supprimer un symptôme de l'affection, ce n'est pas atténuer sa cause première.

La mort qui survient d'ordinaire très rapidement ne serait due, d'après Aubertin, ni à un shock ni à une infection suraiguë. Elle est attribuable, comme le montrent les autopsies, à une hémorragie profuse au niveau du pédicule splénique. Il s'agit d'un phénomène dyscrasique indépendant de l'acte opératoire et conséquence de la leucémie elle-même.

Peut-être obtiendrait-on des résultats moins décevants si l'on s'efforçait de pratiquer une hémostase patiente et minutieuse de tout vaisseau qui donne, si petit soit-il.

Il faut reconnaître que le traitement préparatoire radiothérapique a amélioré quelque peu les résultats.

Quoi qu'il en soit, la splénectomie ne modifie jamais l'évolution de la maladie. Tout au plus peut-on dire qu'en supprimant cette énorme tumeur splénique on évite les phénomènes de compression et qu'à défaut de prolonger la vie on la rend du moins supportable.

La polyglobulie affecte deux aspects cliniques différents : tantôt il s'agit d'une entité morbide connue sous le nom d'érythrémie ou maladie de Vaquez ; tantôt elle apparaît comme secondaire ou, comme dit Aubertin, réactionnelle ; c'est alors un symptôme plus ou moins net au cours d'une maladie, avec ou sans splénomégalie.

La maladie de Vaquez est caractérisée par une surproduction des érythrocytes qui atteignent 10 à 12 millions par millimètre cube de sang. On ignore tout de sa cause et certains auteurs pensent que l'érythrémie est à la série rouge ce que la leucémie est à la série blanche.

L'opinion générale est que la chirurgie ne peut rien contre cette curieuse affection.

La polyglobulie secondaire a été signalée dans la tuberculose de la rate et dans un cas de kyste hydatique splénique. Mais là encore la cause première nous échappe et la chirurgie n'a pas d'indication justifiée.

L'anémie pernicieuse ne saurait être considérée comme une maladie uniquement localisée à la rate; les lésions de la moelle osseuse sont si marquées que certains auteurs ont proposé la résection de la moelle des os longs.

On peut avec Tapie (1927) expliquer logiquement que la splénectomie ait pu présenter parfois une action bienfaisante en entraînant la suppression d'un important foyer d'hémolyse et surtout en excitant la fonction physiologique de la moelle osseuse. Mais on ne saurait concevoir que par la splénectomie l'évolution de la maladie puisse être définitivement enrayée.

De plus en plus la chirurgie perd ici du terrain au profit du traitement médical, de l'hépatothérapie en particulier.

Dans tous les cas, la splénectomie ne saurait être tentée que si la moelle osseuse a conservé une activité fonctionnelle suffisante, vérifiable du reste par biopsie.

Cet important travail se termine par un exposé des statistiques de la splénectomie dans ces trois dernières affections.

Discussion.

Les contre-indications de la splénectomie. — MM. Aubertin (de Paris) et Y. Delagenière (du Mans) étudient les contre-indications absolues de la splénectomie, celles qui la rendent dangereuse « quoad vitam » et entraînent un risque sérieux post-opératoire.

Les contre-indications médicales, naguère nombreuses, deviennent de plus en plus rares. La leucémie elle-même n'est plus une contre-indication formelle, l'anémie non plus, même avec un chiffre globulaire au-dessous d'un million.

Ce qu'il faut considérer dans l'anémie, c'est plutôt l'absence de réaction sanguine et le syndrome hémorragique surajouté.

Les hémorragies, qu'elles se produisent au niveau du tube digestif, ou qu'elles soient à localisation multiple, ne constituent une contre-indication qu'en cas d'anémie aiguë ; cette contre-indication n'est du reste que temporaire.

Le « purpura fulminans » qui est symptomatique d'une infection aiguë, et le purpura de la leucémie aiguë sont des contre-indications absolues.

Du point de vue du retentissement hépatique des splénites, l'ascite du syndrome de Banti ne s'oppose plus actuellement à la splénectomie.

L'ictère hémolytique constitue une indication opératoire formelle. En cas d'ictère hépatique, l'indication est moins nette.

La généralisation d'un processus infectieux au foie et aux ganglions, la cachexie paludéenne sont autant de contre-indications sérieuses.

Au total, les contre-indications d'ordre médical sont de plus en plus réduites ; il en est de même des contre-indications chirurgicales. Ces dernières se bornent actuellement au volume considérable de la rate, car dans ce cas, les vaisseaux anormalement dilatés sont excessivement friables. Les adhérences constituent encore une difficulté souvent insurmontable ; mais l'opération sera possible cependant si l'on fait précéder l'extirpation proprement dite d'une « hémostase *in situ* » et si l'on intervient avec prudence, patience et douceur.

Les altérations du foie dans les splénomégalies chroniques et la nécessité d'une exploration fonctionnelle hépatique avant la splénectomie. — M. Noël Fiessinger (de Paris), après avoir montré, en s'appuyant d'une part sur des arguments anatomiques et d'autre part sur des arguments expérimentaux, que les lésions de la rate avec scléroses consécutives peuvent entraîner secondairement des lésions dégénératives du foie suivies ou non de scléroses extensives, insiste sur la nécessité, avant de faire une splénectomie, d'explorer l'état fonctionnel du foie.

Cette opération doit être basée sur 3 constatations ; d'une part le mode d'élimination d'une substance colorante par le foie, telle que le rose bengale dans ce que l'on a nommé l'exploration chromagogue, d'autre part le taux bilirubinémique du sérum, enfin le mode d'élimination du galactose par les urines après absorption digestive, étudié non pas seulement par le chiffre global, mais surtout par la concentration maxima des 2 ou 4 premières heures.

Par ces renseignements, on peut connaître l'état fonctionnel du parenchyme hépatique et l'on peut dire que, lorsque le rose bengale s'élève au-dessus de 4 avec un taux bilirubinémique voisin de 3 ou 4 unités von den Bergh, quand la galactosurie des 4 premières heures dépasse la concentration de 10 à 5 pour 1000 pour des taux d'élimination de 2 grammes au plus, le parenchyme hépatique se trouve dans un état de déficience tel que l'anesthésie peut être par elle seule une raison suffisante pour provoquer une insuffisance hépatique mortelle.

A l'appui de cette manière de voir, l'auteur résume des faits d'expérience personnelle avec la collaboration de Baumgartner. Récemment encore, avec Leveuf, il préconisa la splénectomie pour une énorme splénomégalie dont le foie donnait une exploration fonctionnelle normale. Cette splénomégalie attribuable à une maladie de Gaucher fut opérée sans incidents et les suites furent des plus simples.

Indications opératoires dans les maladies du sang. — M. P.-C. Weil (de Paris). Tous les cas de splénomégalie ne sont pas à opérer. Les formes spléno-adéniques et splénohépatiques sont d'ordre médical. Seul le syndrome splénique pur relève de la chirurgie. Encore convient-il d'examiner parfaitement le sujet, car une splénectomie désirable n'est pas toujours réalisable.

Il importe en particulier d'étudier le degré de mobilité de la rate. On se rendra compte dans une certaine mesure de l'existence et de l'importance des adhérences qui offrent parfois des difficultés sinon insurmontables, du moins dangereuses.

Le rôle du médecin sera de transmettre au chirurgien toute la documentation nécessaire : examens du sang, résultats de la ponction splénique, exploration de la fonction rénale et hépatique, etc. La transfusion fournira souvent une aide précieuse.

Dans les meilleures conditions de préparation du malade, et avec une indication opératoire légitime, la guérison peut être obtenue 9 fois sur 10.

M. ALESSANDRI (de Rome) rappelle que la ligature de l'artère splénique a été préconisée et réalisée pour la première fois par Stubenrauch en cas de splénectomie par trop difficile. L'auteur l'a expérimentée à son tour dans l'ictère hémolytique. Bien que les deux malades ainsi traités aient présenté un résultat satisfaisant, M. Alessandri considère la ligature de la splénique comme une opération d'exception à laquelle on devra toujours préférer, quand elle sera possible, l'ablation de la rate.

M. BOURDE (de Marseille) rapporte les résultats d'une splénectomie faite par lui il y a cinq ans chez une femme hémogénique. A cette occasion, il insiste sur les dangers d'hémorragies nouvelles que font courir aux sujets opérés les traumatismes et les infections. La syphilis serait assez souvent en jeu et semblerait être une cause non négligeable d'hémorragies génitales.

M. DZIEMBOWSKI (de Bydgoszez) considère que la meilleure indication de la splénectomie est l'ictère hémolytique. Malheureusement, les résultats ne sont pas toujours de longue durée.

Dans la thrombopénie essentielle, l'auteur a obtenu deux succès manifestes. Il a eu également de bons résultats dans la maladie de Banti opérée au début.

Ont également pris la parole : MM. ABRAHAMSON, LERICHE et PATEL.

(A suivre.) M. DARIAU.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mercredi 23 novembre. — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Clerc, Lemierre, Cathala. — M. AMIGUES. La tuberculose des lobes surnuméraires du poumon. — Mlle JEANNACOPOULO. Dissociation auriculo-ventriculaire et grossesse. — M. JALEF. Le chlorhydrate de choline et ses applications en thérapeutique. — M. VÉRON. La crysothérapie dans le rhumatisme tuberculeux.

Jury : MM. Gosset, président ; Legueu, d'Allaines, Quénu. — M. BOURGIN VIENNOT. Etude du duodénum mobile. — M. ROBERT. Etude des métastases osseuses révélatrices des cancers ignorés de la prostate.

Jeudi 24 novembre. — Jury : MM. Claude, président ; Laignel-Lavastine, Chabrol, Sézary. — M. TOURAINE. Indifférence et apragmatisme sexuels chez les déments précoces. — M. BASLEZ. Les poisons dans l'antiquité égyptienne.

Jury : MM. Lemaître, président ; Lenormant, Rouvière, Halphen. — M. LE PAVEC. A propos d'un cas de leucoplasie pharyngée. — M. BOUILLE. Les orchi-épididymites à staphylocoques. — M. LABOUREAU. Les fascias périrénaux, leur développement, leurs vaisseaux.

Samedi 26 novembre. — Jury : MM. Achard, président ; Binet, Rathery, Chailley-Bert. — M. LE VAN HUE. La réaction des hémolytines de Weil Kapka pour l'étude de la perméabilité méningée. — M. BRUN. Les hypophysites inflammatoires avec ou sans syndrome inpendibulotubérien au cours des sinusites postérieures. — M. PAPAZOGLOU. Contribution à l'étude de l'évolution des abcès du poumon.

Jury : MM. Bezançon, président ; Guillain, Alajouanine, Gastinel. — M. COURCHINOUX. La sclérose des varices et des

hémorroïdes par la glycérine. — M. MARTIN. Etude des hépatomégalies syphilitiques tertiaires à formes anasitiques. — M. JOURNE. Etude expérimentale du paludisme dans la malariathérapie. — M. MAIRE. Contribution à l'étiologie nerveuse de certaines rétractions de l'aponévrose palmaire.

IL Y A CENT ANS

L'ASSASSINAT DU PROFESSEUR DELPECH (DE MONTPELLIER)

Le 29 octobre 1832, le professeur Delpech était assassiné à Montpellier, par un ancien opéré. Cette mort tragique souleva une émotion d'autant plus profonde que la victime était un illustre savant et un homme universellement respecté et aimé.

Jacques-Mathieu Delpech était né à Toulouse le 2 octobre 1777. Sur les conseils de Larrey, oncle de l'illustre chirurgien des armées impériales, il se destine dès l'âge de douze ans à la médecine. A quatorze ans, il remporte un prix à l'ancienne école de chirurgie de Toulouse, et déjà, il enseigne l'anatomie à ses condisciples. En 1793, il sert comme aide-chirurgien à l'armée des Pyrénées-Orientales, puis en Italie. En 1798, après cinq ans de service, il rentre à Toulouse et est attaché au service chirurgical de l'hôpital Saint-Jacques. Il n'a que 21 ans.

Deux ans plus tard, il est reçu docteur à Montpellier avec une thèse sur la *symphyséotomie*.

Après un nouveau séjour à Toulouse, il vient à Paris ; avec la protection de son maître le Baron Boyer, il est attaché à la maison de l'Empereur.

En 1812, il va à Montpellier et enlève *au concours* la chaire de clinique externe vacante depuis la mort du professeur Poutingon.

Et alors pour Delpech, doué de tous les dons, parlant plusieurs langues, artiste, professeur prestigieux et charmant, opérateur brillant, chercheur ingénieux, commence la plus belle des carrières.

Reprenant la théorie de Desault et de Larrey sur la réunion immédiate des plaies, après épluchage, comme on dit maintenant, il obtient des succès qu'il attribue au climat méridional, mais où il pressent l'influence de la lumière solaire. Et il publie plusieurs volumes dont son grand traité de chirurgie. Il fait de l'orthopédie, il crée à ses frais une maison de santé, gagne beaucoup d'argent, en donne davantage aux malheureux. En 1832, il va étudier le choléra en Angleterre, et revient en affirmant la contagion, ce qui le fait mal voir des officiels.

Ce grand chirurgien, cet homme qui n'avait fait que du bien, dont la popularité était telle que son nom respecté a été donné à des rues à Toulouse et à Montpellier, devait tomber sous les coups d'un assassin.

Cet événement eut un très grand retentissement ; aussi croyons-nous intéressant de reproduire ce qu'écrivait à ce sujet la *Gazette des Hôpitaux* en 1832 :

On écrit de Montpellier, 29 octobre, à quatre heures du soir :

« Un forfait inouï plonge dans la consternation notre ville tout entière. Montpellier vient de perdre un des hommes qui faisaient sa gloire ; la science et l'humanité sont en deuil ; M. le professeur Delpech vient d'être assassiné à l'instant même, en plein jour, à une heure de l'après-midi, sur la grande route et à cent pas de la ville. »

Sept heures du soir. Voici des détails plus précis :

« Le célèbre professeur avait reçu, il y a un an, dans son établissement d'orthopédie, un M. Demptos, de Bordeaux. Cet étranger souffrait d'un varicocèle, dont il fut après quelque temps parfaitement guéri ; et en quittant l'établissement il se montra très satisfait de son traitement. Vers le milieu de la semaine passée, il revint à Montpellier sans qu'on sache le motif qui l'y avait appelé, et après être descendu à l'hôtel du *Petit-Paris*, il prit le lendemain un appartement dans la maison Malet, située sur la grande route de Toulouse, et à cent pas environ de l'établissement de M. Delpech.

« On ignore s'il avait directement renoué connaissance avec M. Delpech ou si le hasard seul les avait réunis ; mais il est certain qu'hier soir ils se trouvaient ensemble au théâtre, ils s'entretenaient fort amicalement, l'assassin berçait sur ses genoux le jeune fils de la victime !...

« Dans la maison Malet, on n'a rien remarqué de particulier dans l'allure de l'homme qui venait de s'y installer. Il avait environ 36 ans, dit-on ; il était pâle, d'une figure assez intéressante, et se montrait doux et bienveillant. Tout ce que l'on connaît sur ses projets d'avenir, c'est qu'il avait cherché à louer pour la saison un chien de chasse ; il avait demandé hier aussi qu'on lui achetât une provision de bois.

« Les habitants de la maison ont remarqué que ce matin il n'a presque pas quitté le balcon qui donne sur la route. A une heure de l'après-midi, le cabriolet de M. Delpech s'avance ; M. Demptos, en le voyant arriver, quitte le balcon, entre dans sa chambre, y prend un fusil à deux coups et se place sur la route dans l'attente de sa proie ; elle s'approche, un coup part et atteint le domestique, une seconde balle à l'instant frappe M. Delpech au cœur, le cheval s'effraie et part comme un trait, il s'arrête machinalement devant la porte accoutumée ; son infortuné maître, tombé hors du cabriolet, expire sur la route.

« Un cri unanime d'horreur s'est élevé à cet aspect. Dans un lieu aussi fréquenté, la foule s'est bientôt rassemblée. Pendant ce temps le meurtrier était rentré dans sa chambre ; assis sur un canapé, le fusil fatal à ses pieds, il s'est brûlé la cervelle d'un coup de pistolet. Un second pistolet a été trouvé dans sa poche ; dans un tiroir, un sac à balles et de la poudre. Aucun papier n'a été découvert qui pût fournir le moindre indice sur les motifs qui ont porté ce forcené à une action si atroce. »

On nous écrit de Montpellier, le 31 octobre :

« Aujourd'hui ont eu lieu les obsèques du professeur Delpech, dont vous avez appris la mort violente. Toutes les autorités y ont assisté, le convoi était très nombreux.

« Plusieurs versions ont couru sur les motifs qui ont poussé l'assassin à commettre ce crime atroce. Voici celle qui présente le plus de probabilité : Avant la maladie dont Demptos avait été traité chez M. Delpech, il devait, dit-on, se marier à Bordeaux avec une personne qu'il aimait passionnément ; ce projet ne réussit pas, et Demptos soupçonnant un notaire de lui avoir rendu de mauvais offices, tenta de l'assassiner. Pour ce fait il fut arrêté et condamné à quatre années de détention, qu'il a subies au fort du Hâ.

« Après sa guérison à Montpellier et de retour à Bordeaux, il y conçut une nouvelle passion ; mais on lui annonça que des obstacles insurmontables s'opposaient à ce qu'elle fût consommée. Demptos insista pour connaître les motifs du refus qu'il éprouvait, et on eut l'imprudence de lui avouer que M. Delpech, consulté sur les convenances de l'union à laquelle il aspirait, avait donné un avis qui ne lui était pas favorable.

« Ce fut alors, probablement, qu'il forma le projet d'obtenir du professeur une rétractation ou de se venger ; et c'est cette funeste résolution qui l'a conduit dans nos murs. Il paraîtrait encore que l'entrevue qui eut lieu au théâtre entre l'assassin et sa victime, la veille du crime, avait été recherchée par le premier, et n'avait point eu les résultats qu'il s'en était promis. Quelques personnes ont entendu qu'il s'était élevé une vive altercation entre eux à l'issue de cet entretien dont on connaît la suite déplorable. »

Après l'autopsie pratiquée en présence de tous les professeurs de la Faculté, le cœur de Delpech fut conservé et remis à son ami Dubreuil, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier. La tête fut moulée en plâtre. Nous ignorons où se trouvent actuellement ces reliques (1).

F. L. S.

(1) La plupart des détails que nous rapportons ont été empruntés à la *Gazette des hôpitaux* de 1832 et à la notice sur Delpech que Béclard a lue à l'Académie de médecine en 1864.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'HÉMIPLÉGIE SYPHILITIQUE[1]

4° D'après l'age. — Il faut opposer à ces hémiplégies de l'adulte par artérite et du vieillard par athérome, qui sont des manifestations de la syphilis acquise :

L'*Hérédo-Syphilis.* — Les *hémiplégies cérébrales infantiles* en sont le type le plus fréquent. Elles s'installent dans les premières années de la vie, souvent après des convulsions de l'enfance, et évoluent rapidement vers la spasmodicité. Elles s'accompagnent toujours d'une grosse amyotrophie ; les déformations y sont extrêmes et les syncinésies très marquées.

Mais surtout *elles s'associent à des signes extra-pyramidaux*, à des mouvements involontaires choréo-athétosiques et *à des troubles intellectuels importants.*

Le traitement précocement institué et longtemps prolongé aurait quelque action.

Les autres formes d'hérédo-syphilis sont tardives ; elles sont plus discutables et plus difficiles à reconnaître et l'on ne doit les rattacher à la syphilis qu'en présence de stigmates indiscutables. Leur sémiologie se rapproche des formes de l'adulte.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'hémiplégie syphilitique est dans l'ensemble meilleur que celui de la plupart des autres hémiplégies, mais il dépend avant tout de la lésion provocatrice.

Il est indiscutablement grave en cas d'hémorragie cérébrale ou cérébro-méningée.

Il est bien meilleur quand c'est une gomme ou un ramollissement, en raison de l'amélioration que peut apporter le traitement spécifique, à condition d'être mis en œuvre dès l'apparition de l'hémiplégie.

Le pronostic dépend surtout en effet de la précocité et de la continuité du traitement, qui devra toujours être longtemps prolongé pour éviter les récidives si fréquentes.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'hémiplégie syphilitique comporte plusieurs étapes :

1° *Reconnaître l'hémiplégie* est en général facile ; même en cas d'hémiplégie fruste, on retrouve toujours une diminution nette de la force musculaire, un signe de Babinski.

2° *Reconnaître la nature organique* de l'hémiplégie est ordinairement facile aussi ; insistons à ce point de vue sur la valeurs de signes tels que le S. du peaucier, le S. de Babinski.

3° *Reconnaître la syphilis comme cause de cette hémiplégie* est souvent plus difficile.

a) *Chez le sujet jeune,* en dehors des cas où une hémiplégie par gomme pourrait faire penser à une tumeur cérébrale d'autre nature, mais qui pourrait être éliminée par un traitement d'épreuve bien conduit, en dehors des cas exceptionnels où l'on pourrait croire à une sclérose en plaques ou à une méningite tuberculeuse, l'*hémiplégie ne peut guère être que syphilitique ou embolique.*

Mais le début de l'hémiplégie embolique est ordinairement brutal, par ictus, et non précédé de prodromes.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 88, p. 1622; n° 90, p. 1658; n° 92, p. 1706.

Il s'agit en général d'hémiplégie droite avec aphasie, et le malade est porteur d'une cardiopathie (souvent R. M.) ; parfois même une petite poussée fébrile dans les jours qui ont précédé l'ictus a marqué l'endocardite secondaire provocatrice de l'embolie.

En faveur de la syphilis, au contraire, on note : l'existence de prodromes, souvent à longue échéance, l'apparition insidieuse de l'hémiplégie sans ictus, le fait qu'elle est souvent dissociée parcellaire.

Mais le diagnostic n'est le plus souvent fait que par la constatation de signes de lésions neurologiques ou viscérales associées et par la P. L.

Dans le doute d'ailleurs, en raison de la fréquence et de la curabilité relative de l'hémiplégie syphilitique, sa suspicion est toujours fondée et l'on est en droit de tenter un court mais intensif traitement d'épreuve.

b) *Chez l'individu plus âgé,* souvent l'hémiplégie survient à la suite d'une hémorragie cérébrale, et même quand on constate l'existence de stigmates de syphilis, il est le plus souvent impossible de reconnaître la part qu'a prise cette affection dans la genèse des lésions.

Le traitement n'a d'ailleurs dans ces formes aucune action et peut même être nocif.

c) *Chez le vieillard enfin,* l'hémiplégie syphilitique peut être confondue avec l'hémiplégie par ramollissement cérébral : *athéromateux :*

Ce sont les mêmes prodromes, le même caractère progressif et souvent incomplet de la paralysie. La syphilis peut d'ailleurs jouer un rôle dans la production de cet athérome, mais là encore, il est difficile de préciser ce rôle en raison de l'inefficacité du traitement.

On voit donc que dans l'ensemble, le doute est parfois tranché par un traitement intensif d'épreuve, qui peut donner un résultat éclatant.

TRAITEMENT

Chez le jeune. — *L'apparition d'une hémiplégie commande un véritable traitement d'urgence* et mené avec autant de prudence que d'énergie. On recourra surtout à l'As à doses prudentes et rapprochées ou au cyanure de Hg.

L'amélioration est en général obtenue rapidement pour peu que le traitement ait été précoce. Mais on devra prolonger longuement et régulièrement les injections, en alternant avec le Bi et KI, pour éviter la possibilité de rechutes et de récidives.

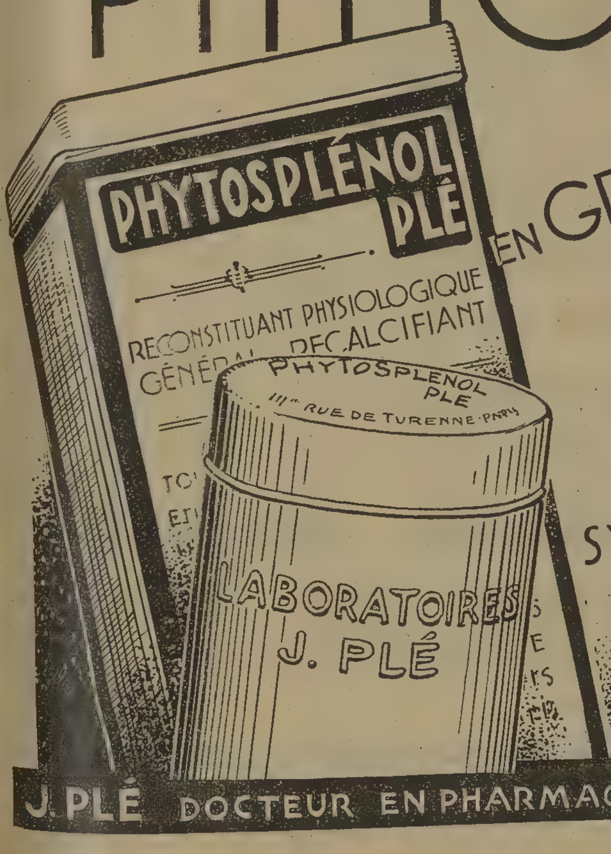
Chez le sujet âgé, chez qui la part de la syphilis est si incertaine, il faudra se défier surtout d'un traitement intempestif, car ces malades peuvent présenter par ailleurs des lésions cardio-aortiques ou rénales ; mais il ne faut pas hésiter à recourir au traitement d'épreuve prudent toutes les fois que le rôle de la syphilis paraît vraiment probable.

Accidents. — Au cours de ce traitement, surtout chez le jeune, il est possible d'observer parfois des accidents hémiplégiques habituellement tardifs, rétrocédant au traitement et qu'on considère comme des neuro-récidives par traitement insuffisant.

Effets éloignés du pneumothorax thérapeutique. Etude sémiologique de la résorption des conséquences et des résultats éloignés du pneumothorax artificiel, par L. de Weck, médecin-chef du sanatorium Victoria (Montana). Préface du Dr Burnand. 1 vol. de 130 pages avec 16 figures en hors texte. Collection Médecine et Chirurgie pratiques. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


PHYTOSPLÉNOL
PLÉ
RECONSTITUANT PHYSIOLOGIQUE
RECALCIFIANT
PHYTOSPLENOL
PLE
111 RUE DE TURENNE PARIS
LABORATOIRES
J. PLÉ

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Assistants d'électro-radiologie. — Jury : MM. Belot, Petit, Duhem, Abrami, Okynczyc.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Montpellier. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : Mlle Bougarel, MM. Marcoulidès, Puech, Terrel, Debay, Bédard, Soulier, Signoret, Crassous, Mlle Galtier, MM. Bétoulières, Manoli, Lapierre, Guillaume, Vedel, Egg, Donat, Radaody-Ralarosi, Nichet, Mlle Stoïka Cholakova.

Externes provisoires : M. Dayre, Mlle Genet, MM. Thibayrenq, Bigonnet, Leiser, Benoit, Alquié, Péguret.

Classés : MM. Quet, Porché, Joubé, Mlle Atger, M. Toye-Lazarin.

— Nancy. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Dedun, Malton, Girard, Nicolas, Mlle Suhner.

Internes provisoires : Mlles Weissmann, Devin, M. Genet.

Externes faisant fonctions d'internes : MM. Hunckler, Thouvenot.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Il y a quinze jours nous annoncions que l'emplacement définitivement choisi pour la reconstruction de la Faculté de médecine était situé sur le champ de manœuvres d'Issy-les-Moulineaux.

Ce choix définitif (?) ne paraît pas arrêté sans appel. Voici que la Commission chargée de rechercher un terrain s'est transportée à l'*hospice Sainte-Anne* dont l'emplacement offre des avantages assez nombreux pour avoir retenu son attention.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. le docteur André Hahn a été nommé bibliothécaire en chef de l'Université de Bordeaux.

— Montpellier. — Le Conseil de la Faculté vient de proposer, à l'unanimité, M. Lamarque, agrégé de physique médicale pour le titre de professeur sans chaire.

Le Conseil a désigné, pour succéder dans la chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie à M. le professeur Gaston Giraud transféré récemment à la chaire de pathologie médicale et clinique propédeutique :

En première ligne, M. Albert Puech, agrégé de médecine; en seconde ligne, M. Paul Boulet, agrégé de médecine.

M. Henri Estor est désigné, après concours, pour l'emploi de chef de clinique gynécologique de la Faculté de médecine.

ASILES DE LA SEINE. — Un concours pour six places d'interne titulaire en pharmacie des Asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'hôpital Henri Rousselle et de l'hospice Paul Brousse à Villejuif, s'ouvrira à Paris le lundi 9 janvier 1933.

Le nombre de places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service de l'assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, escalier A, 2e étage, porte 227), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., du 2 au 18 décembre 1932 inclus.

Pièces à fournir. — Expédition de l'acte de naissance, extrait du casier judiciaire, certificat de vaccination, diplôme de pharmacien de 1re classe (ancien régime) ou de pharmacien (nouveau régime) ou un certificat constatant au moins quatre inscriptions de scolarité prises dans une faculté ou une école de pharmacie de l'Etat, certificat de bonne vie et

mœurs délivré par le maire de la commune, ou à Paris par le commissaire de police du quartier.

AVIS DE CONCOURS DE SANATORIUMS PUBLICS. — Un concours sur titres est ouvert pour un poste de médecin adjoint au sanatorium départemental de Trestel (Côtes-du-Nord), établissement réservé aux enfants atteints de tuberculose osseuse et ganglionnaire.

Les demandes devront être adressées, avant le 25 décembre 1932, au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DE LA TUBERCULOSE. — Le Conseil supérieur de l'hygiène publique de France s'est réuni pour discuter le rapport du docteur Brouardel sur la déclaration obligatoire de la tuberculose.

On sait que M. Justin Godart, ministre de la Santé publique, avant de prendre le décret rendant obligatoire la déclaration de la tuberculose, a consulté le Conseil supérieur de l'hygiène publique et l'Académie de médecine. Cette dernière va ouvrir un débat à ce propos sur le rapport du docteur Jules Renault, et statuer sans tarder.

Le Conseil supérieur de l'hygiène publique a, de son côté, adopté, à l'unanimité, le principe de la déclaration obligatoire de la tuberculose.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME. — Une assemblée générale extraordinaire aura lieu le samedi 26 novembre 1932, à 18 h., au Musée social, 5, rue Las-Cases, Paris (VIIe).

Motif. — Délibération au sujet d'une demande de déclaration d'utilité publique.

UNE CÉRÉMONIE A LA SALPÊTRIÈRE. — La remise de la croix de la Légion d'honneur à Mlle Grenier, surveillante en chef de l'Ecole des infirmières, et à Mme Sarrazin, surveillante du service du docteur Crouzon, a donné lieu à une cérémonie que présidait M. Fontenay, président du Conseil municipal.

M. Mourier, directeur de l'Assistance publique, a prononcé un discours dans lequel il a rendu hommage au dévouement, à l'abnégation et à la bonté des deux nouvelles légionnaires.

MÉDAILLE DU PROFESSEUR PIERRE TEISSIER. — Le professeur Tanon nous avise qu'un groupe d'amis et d'élèves du professeur Pierre Teissier, réunis sous la présidence de M. Justin Godart, ministre de la Santé publique, de M. Charléty, recteur de l'Université de Paris, du professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine, et de M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique, a eu la pensée, pour honorer sa mémoire, de faire exécuter un médaillon qui sera offert à l'hôpital Claude Bernard.

Prière d'adresser les souscriptions au trésorier, M. G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe). Compte chèques postaux, Paris 599.

Tout souscripteur de 100 fr. aura droit à un exemplaire d'une médaille, réplique du médaillon.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Charles de la Nièce (de Paris); Pierre Moinard, accoucheur des hôpitaux de Nantes; Etienne Saint-Hilaire (de Paris); Emile Quillon (du Blanc, Indre); Victor Texier (de Nantes); J. Bergeron, 52, boulevard Saint-Germain, à Paris; Jean-Pierre Daman (de Luxembourg); Paul Lefaye (de Courbevoie); E. Bordas, décédé à La Flèche, dans sa 81e année; Chevalier (de Mouchard) et Serbource (de Montbéliard); G. Tissot, directeur des laboratoires Tissot.

XIIe RÉUNION ANNUELLE DU CENTRE DE DIAGNOSTIC

La douzième réunion annuelle du Centre de Diagnostic Médical de la rue Andrieux a réuni les médecins du Centre avec les praticiens de la région parisienne et les représentants des grandes associations médicales. La réunion de cette année était particulièrement nombreuse : le professeur Nobécourt, les docteurs Cibrie, Fanton d'Andon, Legros, Dequidt, Boyer, Decourt, président de la Fédération Internationale des médecins, Piot, Jolly, Bezançon, Javal, puis des amis personnels du Centre : Mme Paumels, Me Bonnin, président de la Chambre des Avoués, M. Edouard Worms, M. Martin, directeur aux Assurances sociales, etc...

Au fauteuil présidentiel, Me de Moro-Giafferri. M. Maurice Delort l'accueillit au nom des collaborateurs du Centre. En une brève et fine allocution, il sut après lui avoir gaiement rappelé qu'il avait, il y a 20 ans, plaidé contre un médecin « une flanelle ayant été oubliée entre une vessie de glace et la peau d'une demoiselle », le remercier d'avoir défendu le corps médical en plusieurs circonstances, et notamment à propos de la loi sur les loyers. Puis, élevant le débat, il compara la médecine qui devient de plus en plus technique, au barreau qui reste sur le plan de l'intellectualité pure.

Le docteur Delort fut très applaudi.

Me de Moro-Giafferri se leva et fut étincelant d'esprit. Il conta que le médecin qu'il avait autrefois attaqué était devenu un de ses amis, puis au nom de la défense même des médecins, adjura ceux-ci de ne pas rester isolés. Il défendit avec la chaleur et le talent qu'on lui connaît son idée favorite de l'Ordre des médecins (et nous savons que la Confédération des Syndicats est loin de se désintéresser de la question). Il ajouta qu'il ne se plaçait pas là seulement au point de vue des intérêts de notre profession, mais encore et surtout des collectivités nationales. Il rappela sa phrase si belle et si connue maintenant prononcée à la réunion des travailleurs intellectuels : « la canaille fait les émeutes, mais c'est l'écrasement des classes moyennes qui aboutit aux révolutions. » Il insista sur les discussions d'ordre fiscal à propos desquelles médecins et avocats sont en bloc et injustement accusés et protesta énergiquement contre le projet récemment envisagé d'un contrôle administratif, inadmissible pour le secret professionnel.

RENSEIGNEMENTS

RÉGION ÉTRETAT, joli manoir tout conf. Jardin et pot., verger. Comm., gar. Cont. 2 hect. env., parf. p. mais. de santé, repos, etc. — Duchemin, 16, r. de Vaugirard, Paris.

COPIES A LA MACHINE scientif. et littér. Thèses, etc. Exécution impeccable. Trad. allemandes. Prix modérés. — Mlle Bernard, 5, rue Guy-Patin, Paris (Xe).

DOCTEUR recom. pens. famille dans villa avec jardin, à quelques minutes de la gare Saint-Lazare, tenue par dame distinguée, sérieuse. Prix modérés : 30 à 50 fr. par jour, cuisine parfaite. — S'adresser Mme Arnould, villa Bon Accueil, Family House, 66, rue Félix Faure, Colombes (Seine), gare Les Vallées. Tél. Charlebourg 18-96.


LENIFORME
2.5 et 10%
HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE
est indiqué dans le
CORYZA
PUISQUE
l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.
Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)
SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 3 cuillerées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl Sirop
ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

CHRONIQUE

LA LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR MARION

La semaine passée, M. le professeur Marion a pris possession de la chaire de pathologie chirurgicale occupée naguère par le regretté Lecène.

Un auditoire toujours considérable assiste aux leçons inaugurales. Comme d'habitude, les collègues, les élèves, les amis se pressaient autour du nouveau professeur et remplissaient le vaste amphithéâtre. Nous renonçons à nommer tous ceux qui, à commencer par M. André Tardieu, entouraient M. Marion. Certes, si les confrères qui l'admirent ou qui ont envers lui quelque motif de gratitude avaient tous pu venir, quelle salle aurait été assez grande pour les recevoir ?...

Après la présentation rituelle par le doyen, M. Marion prend la parole. Suivant l'usage, il remercie ses collègues. Au grand chirurgien que fut Lecène, il adresse un magnifique hommage d'admiration. Il rappelle ensuite le souvenir de ses maîtres : Armand Desprès, Dieulafoy, Tillaux, Berger dont il fut l'interne, et Duplay dont il fut le chef de clinique.

Il aborde enfin le fond de sa leçon et traite de *l'Education chirurgicale*. Cette éducation demande une préparation solide. M. Marion estime que c'est dans les humanités que le futur chirurgien doit trouver la base de sa valeur future.

« L'habileté chirurgicale, dit-il, n'est pas seulement une habileté manuelle. C'est en effet le cerveau qui permet de sortir d'une situation imprévue, difficile, parfois angoissante, par la conception rapide et l'exécution correcte d'une technique improvisée au besoin au moment opportun, appropriée aux lésions en présence desquelles on se trouve.

De toutes nos études classiques, que nous reste-t-il en général ? En apparence, rien ou peu de chose, mis à part ceux qui, comme Lecène, passionnés pour ces études, les continuent par plaisir. Un mot d'un de nos hommes politiques les plus en vue, grand lettré : « *La formation est ce qui reste quand on a tout oublié* », me paraît absolument exact. N'empêche que notre cerveau s'en est trouvé perfectionné dans ses moyens de compréhension et d'imagination, et c'est le grand point. Peut-on obtenir semblable résultat par d'autres études ? Aussi complet, j'en doute. Ce n'est à coup sûr pas par l'étude des mathématiques ; et l'étude des langues vivantes, commandée par un but pratique et se faisant de façon très différente, ne doit pas aboutir au même résultat... »

Ces idées sont trop conformes à celles que la *Gazette* a toujours défendues pour que nous n'y applaudissions pas de grand cœur.

L'éducation technique du chirurgien est devenue une nécessité qui n'est plus à démontrer. M. Marion se déclare donc fermement partisan du diplôme de chirurgien proposé il y a deux ans par le professeur Quénu.

En écoutant M. Marion établir un programme parfait de l'enseignement spécial que devrait recevoir tout chirurgien, les auditeurs se reportaient tout naturellement par la pensée à l'époque où M. Marion, avant de devenir le très grand urologue que tout le monde admire, publiait des travaux de technique chirurgicale universellement estimés.

Et c'est cette admiration et cette affectueuse estime que lui témoigna son auditoire en lui faisant une longue ovation.

F. L. S.

(Voir, p. *1770*, la suite de la « Chronique ».

REVUE GENERALE

L'ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION DE L'HYSTÉRIE

Par M. le professeur agrégé ROUQUIER
(du Val-de-Grâce).

Il n'est pas de question plus passionnante pour le grand public médical, comme pour les neurologistes et même, dans une certaine mesure, pour les gens du monde, que celle de l'hystérie. Elle a provoqué les controverses les plus ardentes, les discussions les plus serrées. C'est, il faut bien le reconnaître, que même après M. Babinski, on ne s'est pas entendu sur l'exacte signification qu'il fallait donner au mot d'hystérie ou de pithiatisme et qu'on a, à tort, dangereusement exagéré les dimensions du cadre dans lequel il est scientifiquement et strictement permis de faire entrer les nombreuses manifestations de la grande névrose. On a, en d'autres termes, qualifié d'hystériques ou de pithiatiques toutes sortes d'accidents, de syndromes ou de symptômes dont l'origine organique ne saurait, à l'heure actuelle, être mise en doute, sous prétexte qu'ils ne présentaient pas de signes dits d'organicité, c'est-à-dire les signes objectifs d'une des affections du système nerveux dont on connaissait les caractères, les causes et les lésions. Il n'est rien de définitif en ce bas monde, et nous n'avons pas la prétention de clore une série de débats depuis si longtemps ouverts. Il n'en reste pas moins qu'il nous semble possible de faire, en quelque sorte, le point, à propos de l'hystérie et de donner aux jeunes générations médicales les directives nécessaires pour leur éviter de retomber dans les erreurs ou les interprétations inexactes qui ont été commises à propos de malades dont l'intérêt n'est pas d'être traités de pithiatiques, fixés ou cristallisés, alors qu'ils présentent des troubles conditionnés par des lésions anatomiques ou des perturbations fonctionnelles absolument indépendantes de l'auto ou de l'hétéro-suggestion.

***

Avant M. Babinski, il n'existait aucune conception positive de l'hystérie. Il est entendu que, depuis le neurologiste anglais Todd, c'est-à-dire le milieu du XIXe siècle, on connaissait la marche particulière d'un type d'hémiplégie que l'on qualifiait d'hystérique, sans trop savoir pourquoi, sans doute parce qu'elle ne ressemblait pas aux hémiplégies habituellement observées. Charcot avait multiplié à l'infini le nombre des accidents et des manifestations pathologiques de sa « grande névrose » ; la Salpêtrière et l'école de Nancy n'avaient pas réussi à se mettre d'accord à propos de l'hypnotisme, cette dernière, avec Bernheim, commençant de se rendre compte que les accidents hystériques étaient les conséquences de la suggestion et avaient une origine psychique, comme les diverses manifestations de l'hypnose. A l'aide d'un simple électro-aimant, le maître lorrain annonçant préalablement au malade, en parlant devant son entourage, ce qui allait se passer, transformait une hémi-anesthésie droite en hémianesthésie gauche, et réciproquement. Toutes les manifestations de l'hystérie, telles qu'on les concevait du temps de Charcot, avaient un caractère commun : qu'il s'agisse de crises convulsives, d'hémiplégie, de paraplégie, de contractures diverses, de tremblement, d'astasie-abasie, de diabète, de coxalgie, de paralysie faciale, d'amaurose, de surdité, etc., elles s'observaient chez des malades qui présentaient les *stigmates* que l'on considérait comme caractéristiques du « monstre protéiforme » qu'était devenue l'hystérie.

Ces fameux stigmates n'étaient pas autre chose que des troubles sensitifs ou sensoriels : hémianesthésie cutanée, anesthésie pharyngienne ou conjonctivale, rétrécissement du champ visuel — l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle était plus rare, mais s'observait elle-même. On parlait de tous ces troubles dans les salles des malades, et ces derniers, surtout les femmes, plus suggestionnables que les hommes, savaient que certains d'entre eux les présentaient. Sans s'en rendre compte, en examinant maladroitement leurs sujets, les médecins ou leur entourage les faisaient apparaître, grâce à l'atmosphère spéciale ainsi créée, ou grâce à une technique défectueuse, à des questions dans le genre de celles-ci : « Est-ce que vous sentez ? — Est-ce que vous ne sentez pas ? »

M. Babinski a très facilement démontré que ces stigmates étaient la conséquence de l'auto ou de l'hétéro-suggestion, que les sujets en question, sans s'en rendre compte, se demandant s'ils sentaient ou s'ils ne sentaient pas, finissaient par émousser leur sensibilité cutanée ou muqueuse au niveau des zones où ils savaient que d'autres ne sentaient pas, et présentaient finalement une anesthésie sans substratum anatomique. On ne trouve plus les stigmates de l'hystérie depuis qu'on ne les cherche plus systématiquement ; M. Babinski les a en quelque sorte éliminés de la nosologie de nos services hospitaliers. Et cependant, dans certaines conditions, on peut les voir reparaître. C'est que, comme toutes les manifestations pithiatiques, on les observe avec une particulière fréquence lorsque le sujet a intérêt à être malade, à prolonger un séjour à l'hôpital, à se faire donner une pension, en temps de guerre à ne pas servir au front. Or, de toutes les manifestations pathologiques que l'auto ou l'hétéro-suggestion sont susceptibles de faire apparaître, ce sont les anesthésies ou hypoesthésies cutanées et muqueuses qui sont les plus fréquentes. Et la suggestion pithiatique est inconsciente : le malade se prend au piège de son propre mensonge.

***

La **crise convulsive** vient en second lieu. Si nous voyons toujours des crises qui ne sont pas des crises d'épilepsie, et que nous qualifions de pithiatiques, en revanche, comme les stigmates de l'ancienne hystérie, la grande crise a à peu près complètement disparu de nos services hospitaliers. Tous les neurologistes contemporains ont provoqué des crises suggestives en suggestionnant verbalement le malade, annonçant ce qui allait se passer et en appliquant des électrodes au niveau des tempes ; ils ont, de même, arrêté la crise en excitant les anciennes zones frénatrices, qui étaient en même temps hystérogènes. Il suffit de dire, de fa-

çon que le malade puisse l'entendre, que la compression de la région mammaire, ovarienne, des testicules, va arrêter les soubresauts, pour que ce dernier, qui n'a pas perdu connaissance et qui, bien que son sens critique soit un peu obnubilé, conserve une ouïe parfaitement intacte, cesse de s'agiter. Si on n'observe plus la grande crise telle qu'on l'étudiait à la Salpêtrière, du temps de Charcot, avec la succession des mouvements toniques ou cloniques, de l'opistothonos, des attitudes extatiques, ou passionnelles, c'est parce que, averti, le médecin ne suggestionne plus le ou la malade en annonçant à son entourage ce qui va se passer et dans quel ordre la scène va se dérouler. Les malades eux-mêmes ne voient plus dans le cabinet du médecin ou dans la salle de cours les gravures représentant la phase terminale de la grande crise classique. En montrant aux médecins comment elle apparaissait et ce qui la provoquait, M. Babinski a presque complètement supprimé la « grande crise ».

Est-ce à dire qu'il suffise de provoquer une crise convulsive par suggestion simple ou « armée » pour affirmer que le sujet est un simple pithiatique, que ses crises ne doivent pas être prises au sérieux, qu'elles ne doivent, s'il s'agit d'un militaire par exemple, ne lui ouvrir aucun droit à réforme ou à pension ? A vrai dire, cette erreur a souvent été commise, et par d'excellents neurologistes. Ils n'avaient pas réfléchi à la fréquence des associations organico-pithiatiques, bien mise en évidence cependant par M. Babinski. La crise provoquée par suggestion, avec la technique précédemment décrite, est, en effet, d'origine pithiatique. Mais le sujet peut en présenter d'autres, de nature tout à fait différente, provoquées par une épine cicatricielle ou évolutive ; il peut être, en d'autres termes, un épileptique en même temps qu'un pithiatique. Les deux types de crises coexistent souvent chez le même malade. Leur coexistence est d'autant plus fréquente que, en ce qui concerne la genèse des crises convulsives plus encore que pour ce qui touche aux autres manifestations de l'hystérie, il faut faire intervenir le terrain, c'est-à-dire la constitution psychique du sujet qui en est atteint. Plus que les neurologistes de l'école de M. Babinski, les psychiatres, en particulier le professeur Dupré, ont depuis longtemps attiré l'attention sur les tares mentales constitutionnelles que présentent habituellement les sujets atteints de troubles d'origine hystérique ou pithiatique. Ce dernier a même été jusqu'à décrire une constitution morbide spéciale, la constitution hystérique, dérivée de la constitution mythomaniaque. A vrai dire, les mêmes tares se retrouvent, avec des modalités différentes qui ne sont que des nuances, chez les hystériques comme chez les épileptiques ; les uns comme les autres sont habituellement peu équilibrés, impressionnables, émotifs, suggestionnables, impulsifs. Le facteur « énervement » joue un rôle important dans la genèse des crises convulsives qui, sans être d'origine épileptique et sans présenter les caractères très nets des manifestations comitiales, sont provoquées par des ennuis, des contrariétés, des chocs moraux, plus que par la suggestion proprement dite. En fait, si on ne voit pour ainsi dire plus de grandes crises d'hystérie dans les services hospitaliers, on en voit encore dans les asiles d'aliénés, surtout dans les services de femmes, cela va sans dire. Des sujets aux réactions anormalement excessives s'offrent le luxe, lorsque les choses ne vont point à leur gré, d'une grande crise, avec l'attitude classique en arc de cercle, les sauts de carpe, les soubresauts caractéristiques de l'hystérie. L'émotion saine et franche, sait-on depuis longtemps, ne provoque pas de manifestations hystériques. Un choc moral, sans importance pour un sujet normal, peut en provoquer chez les psychopathes dont nous parlions il y a un instant. Il y a longtemps que l'on sait que des crises de type hystérique ou pithiatique peuvent être la manifestation initiale de troubles mentaux graves, d'une démence précoce, par exemple. Elles traduisent alors le déséquilibre psychique de ces malades, et la simple suggestion ne suffit pas à en expliquer l'origine et le mécanisme.

Il y a un abîme entre la crise convulsive d'origine épileptique et la crise hystérique ou pithiatique. Le diagnostic d'hystéro-épilepsie cache un examen insuffisant ou des connaissances séméiologiques rudimentaires. Il n'en reste pas moins que, au fur et à mesure que le champ de nos connaissances s'étend, nous nous apercevons que des crises que l'on avait l'habitude de qualifier d'hystériques ou de pithiatiques, parce qu'elles ne présentent pas les caractères classiques de la crise d'épilepsie, en particulier la perte de connaissance avec chute, ne sont pas, en réalité, bien que survenant parfois à la suite d'un choc moral, le plus souvent désagréable (déception, contrariété), la conséquence de la suggestion, mais qu'elles sont sous la dépendance de troubles vaso-moteurs réflexes. Ces derniers, qui provoquent des phénomènes douloureux, subjectifs, paroxystiques comme l'accès migraineux, peuvent s'objectiver par des spasmes des artères rétiniennes ; ils peuvent, en outre, comme dans la très belle observation de MM. Tinel, Baruk et Lamarche (1), s'accompagner de modifications du réflexe cardiaque, d'attitude du tronc en opistothonos rappelant celle de la rigidité décérébrée, classique au cours de la crise d'hystérie, de congestion ou de cyanose de la face. Chez la malade dont il vient d'être question, la crise de ce type, que certains neurologistes croient pouvoir appeler « sympathique », à cause de son mécanisme réflexe, était provoquée à volonté par injection de médicaments à action élective sur le système neuro-végétatif. Ce sont sans doute des faits de ce genre, vus sous un angle et avec une interprétation différents, qui ont poussé certains auteurs, en particulier M. Papastratigakis, d'Athènes, à vouloir faire entrer les accidents hystériques dans le cadre des syndromes extrapyramidaux, et à refuser à la suggestion tout rôle, en ce qui concerne leur pathogénie.

Dans un travail, déjà ancien, consacré aux caractères cliniques respectifs de la crise d'hystérie et de la crise d'épilepsie, en laissant de côté les modifications humorales particulières à la seconde, nous avions insisté sur ces crises, survenant à l'occasion d'une émotion, accompagnées de troubles vaso-moteurs importants, sans mictions involontaires ni morsure de la langue, avec perte de connaissance parfois incomplète

(1) *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1928, 25 octobre, p. 1421.

et que l'on peut, lorsqu'on a l'habitude de la psychiatrie neurologique, considérer comme intermédiaires entre la crise d'hystérie et la crise d'épilepsie. Nous insistons sur la fréquence de crises de ce type chez des malades atteints de syndromes organiques d'origine surtout mésencéphalique (myoclonie-épilepsie, astasie-abasie trépidante, tremblements spasmodiques) qui s'accompagnent d'un véritable dérèglement de l'émotivité (1), et chez lesquels l'accentuation des phénomènes excito-moteurs provoqués par l'examen médical, la recherche des réflexes, finit par provoquer une véritable crise avec perte de connaissance et mouvements convulsifs cloniques des membres, précédée d'une période d'obnubilation intellectuelle plus ou moins accusée. Ces crises sont habituellement de courte durée, et ne sont pas suivies de la prostration, de la désorientation, de l'asthénie prolongées qu'on observe après la grande crise d'épilepsie. Il est tout de même difficile de les considérer comme provoquées par la simple auto ou hétéro-suggestion !

***

Si la conception de la crise pithiatique, substituée à celle de l'ancienne crise d'hystérie, nous paraît, dans l'état actuel de nos connaissances, quelque peu simpliste, il est incontestable que, pour tout ce qui touche aux **contractures,** simulant d'une façon grossière, une monoplégie brachiale par exemple, une paraplégie spasmodique en extension, une hémiplégie de même type, la conception de M. Babinski est demeurée parfaitement adaptée à la réalité. Toutes ces attitudes sont susceptibles d'être reproduites sous l'influence de la persuasion, c'est-à-dire volontairement ; elles ne s'accompagnent d'aucune modification des réflexes tendineux, ostéo-périostés ou cutanés ; une anesthésie cutanée, le plus souvent totale, se superpose à la contracture, revêtant le type classique des anesthésies hystériques segmentaires en gigot, en botte, en manche. Ces contractures surviennent souvent après un traumatisme ; elles se superposent, dans un grand nombre de cas, à des désordres d'origine organique. Les associations organico-pithiatiques sont, nous le répétons, extrêmement fréquentes en clinique, et c'est M. Babinski qui a eu le très grand mérite de le démontrer. Mais il est, à notre avis, ordinairement facile, en pareil cas, pour un clinicien expérimenté, d'éliminer l'élément pithiatique surajouté pour pouvoir exclusivement traiter ou indemniser les troubles d'origine organique.

Il n'en reste pas moins qu'un assez grand nombre de malades atteints de syndromes parkinsoniens à forme monoplégique brachiale, déterminant une impotence fonctionnelle avec attitude vicieuse de la main, de contractures physiopathiques ou réflexes du type Babinski-Froment ont été, dans ces dernières années, considérés par les neurologistes les plus qualifiés comme présentant des contractures d'origine pithiatique, tout simplement parce que l'impotence fonctionnelle n'était pas du type que l'on observe ordinairement chez les pyramidaux à la période de spasticité et qu'il n'existait pas de modifications des réflexes aussi nettes que chez ces derniers malades.

Nous avons hâte d'arriver à l'ancienne hémiplégie hystérique, pithiatique ou fonctionnelle. Nous dirons ensuite un mot de la paralysie faciale hystérique, du groupe important des astasies-abasies dites pithiatiques, et enfin de la polyurie et de l'amaurose hystériques.

***

L'hémiplégie dite autrefois de type hystérique, pithiatique ou fonctionnel, est un syndrome mystérieux, à l'étude duquel je me suis, depuis quelques années, attaché. J'avais été frappé, en examinant toute une série de malades qui avaient été considérés, pendant la guerre, par les meilleurs neurologues français, comme atteints de cette affection, et qui, patiemment et souvent énergiquement traités par psychothérapie, n'avaient pas été guéris, de constater que c'étaient tous des organiques. Ils demandaient, pour la plupart, avec insistance et parfois récriminations, la revision d'une pension qui ne correspondait pas à la diminution réelle de leur capacité de travail, cette dernière ayant été volontairement sous-estimée parce qu'il s'agissait, croyait-on, d'hystériques ou de pithiatiques, c'est-à-dire, en fin de compte, de simulateurs plus ou moins inconscients, sans lésion anatomique des centres nerveux. Tous ces malades étaient, soit des extrapyramidaux à forme unilatérale (hémi-parkinsoniens, hémi-wilsoniens, hémi-spasmes de torsion), soit des malades d'un autre type clinique, que l'on retrouve dans la littérature depuis le neurologiste anglais Todd, c'est-à-dire depuis le milieu du siècle dernier et sur lequel nous reviendrons. Ils présentaient tous des caractères communs : ils n'avaient pas, surtout au moment où ils avaient été observés et où les symptômes de leur affection étaient sans aucun doute beaucoup moins nets que lors de notre examen, de modifications importantes des réflexes tendineux, de signes d'irritation pyramidale et surtout de flexion combinée de la cuisse et du tronc, ou le signe du peaucier du cou. On se souvient que, en étudiant très attentivement les caractères distinctifs de l'hémiplégie dite organique et de l'hémiplégie dite pithiatique, M. Babinski avait particulièrement insisté sur l'absence, chez les sujets de la deuxième catégorie, de la flexion combinée et sur la persistance, du côté malade, de la contraction des fibres du muscle peaucier, quand le sujet renversait la tête en arrière, la bouche largement ouverte. A vrai dire, il n'a jamais soutenu que l'absence de flexion combinée ou la persistance de la contraction du peaucier, chez des sujets présentant des troubles moteurs à topographie hémiplégique, devaient permettre d'affirmer qu'il s'agissait d'hémiplégie pithiatique. Il nous a été, en effet, facile de démontrer que la flexion combinée manquait chez des sujets présentant de petites hémiplégies pyramidales, avec tous les signes objectifs classiques d'atteinte de la voie motrice principale, ou chez les malades dont il a été plus haut question, mê-

(1) A. Rouquier et J. Vuillaume, Hystérie convulsive ou épilepsie ? Associations et formes de passage. *Paris. Méd.*, 1926, page 104; — Calvet, id., *Th. de Lyon*, 1928.

me à une période où les troubles étaient déjà très nets (1).

La flexion combinée manque aussi chez le type clinique de malade en cause, et dont la marche a été longtemps, après Todd, considérée à tort comme caractéristique de l'hémiplégie dite hystérique, pithiatique ou fonctionnelle. Le muscle peaucier du cou se contracte d'ailleurs chez ces sujets, du côté atteint, et lorsque le facial inférieur est intéressé on peut, en pinçant entre le pouce et l'index l'orbiculaire des lèvres, se rendre compte qu'il se contracte lui-même, dans certaines conditions, alors qu'il reste flasque chez le malade atteint d'une grosse hémiplégie pyramidale consécutive à une hémorragie cérébrale ou à un ramollissement. Ce type clinique englobe la majeure partie des cas qui ont été considérés, autrefois, comme hémiplégie pithiatique, et dont l'origine organique ne saurait être mise en doute. On le retrouve dans tous les traités classiques qui insistent sur la démarche « hélicopode » de l'hémiplégie pithiatique et reproduisent des photographies ou des dessins de ces malades. Ceux-ci traînent la pointe du pied ou même la face dorsale des orteils sur le sol, et se déplacent en draguant, alors que l'hémiplégique dit organique, c'est-à-dire pyramidal spasmodique, se déplace en fauchant. Il s'agit, en effet, d'une hémiplégie flasque incomplète, avec légère hypotonie musculaire et prédominance considérable de l'impotence fonctionnelle au niveau de la main et du pied : les muscles des orteils, de la jambe, sont beaucoup plus atteints que ceux de la cuisse et du bassin. C'est ce qui explique le steppage, que le sujet compense, lorsqu'il lui est possible de le faire, en soulevant le genou plus haut du côté opposé que du côté sain. Le réchauffement diminue parfois légèrement l'impotence fonctionnelle. Les réflexes tendineux ou ostéo-périostés ne sont que très faiblement modifiés ; le plus souvent, l'amplitude du mouvement provoqué par leur recherche est légèrement plus faible du côté malade que du côté sain, mais le seuil du réflexe est légèrement abaissé. Il ne s'agit là, d'ailleurs, que de différences infinitésimales, qui ne peuvent être mises en évidence qu'avec une technique d'examen minutieuse et précise.

Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion, mais avec une amplitude moins grande du côté malade que du côté sain, pour une excitation identique. Les cutanés abdominaux sont eux-mêmes légèrement diminués par comparaison avec le côté opposé.

Les troubles sensitifs ne sont pas constants, pas plus que la parésie du facial inférieur. Ils s'accompagnent habituellement de phénomènes douloureux, de troubles vaso-moteurs qui peuvent être très marqués, l'exagération de la sécrétion sudorale du côté malade étant celui qui attire le plus l'attention.

Une observation anatomoclinique récente nous a permis d'élucider la physiologie pathologique de ce curieux syndrome (1). Les troubles moteurs et les légères modifications des réflexes plus haut décrites sont la conséquence de l'infiltration des fibres motrices émanées de la frontale ascendante, au niveau de la couronne rayonnante. Ils correspondent à un ensemble clinique que M. Barré, de Strasbourg, appelle syndrome pyramidal déficitaire pur, par opposition avec les syndromes pyramidaux ordinaires, au cours desquels, aux signes de déficit, se superposent les signes d'irritation, qui sont les signes classiques de la série pyramidale. Les troubles sensitifs et vaso-moteurs sont provoqués par une localisation thalamique. Remarquons en passant que bon nombre d'hémi-anesthésies passagères, d'origine thalamique, ont été, à tort, considérées comme étant d'origine pithiatique. L'ancienne hémiplégie pithiatique n'est en somme qu'un syndrome pyramidal déficitaire pur avec un élément thalamique secondaire inconstant.

***

Le facial inférieur, disait-on autrefois, peut être intéressé au cours de l'hémiplégie hystérique. Il ne l'est pas constamment. Il est vrai qu'à ce moment, on décrivait une **paralysie faciale hystérique,** distincte de la paralysie faciale centrale ou périphérique, d'origine organique. Remarquons, pour commencer, qu'il est absolument impossible de reproduire volontairement le trouble moteur permanent dans le domaine du facial inférieur, du type que l'on rencontre chez les hémiplégiques et, plus particulièrement, de celui qu'on observe chez ceux de ces malades qu'on considérait autrefois comme pithiatiques ; par conséquent, un trouble analogue doit, à lui seul, puisqu'il ne peut être reproduit par suggestion, faire éliminer d'emblée l'hypothèse d'accidents pithiatiques. Les troubles que l'on décrivait autrefois chez les hémiplégiques dits hystériques sont provoqués au niveau de la face par le déficit moteur d'un type assez particulier, qui correspond au syndrome pyramidal déficitaire pur. Quant à l'ancienne paralysie faciale simple, elle n'était à notre avis, que le trouble moteur qu'on observe, au niveau de la face, chez les malades atteints de syndromes parkinsoniens à forme hémiplégique ou à forme monoplégique brachiale. La localisation faciale seule retenait à ce moment-là l'attention ; elle est le plus souvent bilatérale chez les malades de ce type ; elle peut être unilatérale, ou à prédominance unilatérale. Peut-être, dans d'autres cas, s'agissait-il d'une simple paralysie par névrite du facial, que l'on qualifiait d'hystérique, comme beaucoup d'autres accidents du même ordre, parce que survenue après une émotion et parce que rapidement guérie. De toute façon, la paralysie faciale hystérique n'existe pas et n'a jamais, très probablement, existé.

(1) Blanc. La flexion combinée de la cuisse et du tronc. Sa valeur séméiologique. *Th. de Lyon*, 1929 ; — A. Rouquier et Blanc, id. *Ann. de Méd.*, juin 1930, page 46.

(1) A. Rouquier. Les hémiplégies hystériques ou pithiatiques. *Gaz. des Hôp.*, 21 oct. 1931 ; — A. Rouquier, J. Lhermitte et J. Trelles. Hémiplégies de type dit hystérique ou pithiatique, manifestation initiale d'un gliome du corps calleux ; *Revue Neurolog.*, mars 1932, p. 448 ; — A. Rouquier. *Revue Neurol.*, mars 1928, p. 383 et 729 ; mars 1929, p. 651 (Présentation de malades et discussion).

*
* *

La question des **tremblements** est beaucoup plus confuse. Il est incontestable que la suggestion peut provoquer l'apparition de phénomènes excito-moteurs variables et variés, reproduisant grossièrement le tableau clinique des divers tics, chorées, tremblements d'origine organique. La contre-suggestion peut également les faire disparaître. Il existe donc des tremblements d'origine pithiatique. Tous les neurologistes en ont observé après un traumatisme, un choc moral quelconque, sans que puissse être mise en évidence une lésion anatomique des centres nerveux. Ces tremblements disparaissent d'ailleurs assez vite ; le sujet qui en est atteint est ordinairement un déséquilibré hyperémotif, aux réactions excessives, si on les compare à la cause excitante qui les détermine. Mais, d'autre part, tous les tics, tous les mouvements choréiques ou choréiformes sont exagérés par l'émotion, en particulier par l'observation médicale. Il en est de même de tous les tremblements d'origine striée ou pédonculo-protubérantielle, en particulier de celui des parkinsoniens. Ils sont nombreux ceux des médecins, même parmi les neurologistes, qui ont qualifié de pithiatiques des tremblements localisés ou généralisés des membres, parce que le sujet, émotif à l'excès, tremblait beaucoup plus au moment de l'examen que lorsqu'il ne se sentait pas observé. Nous ne pouvons nous empêcher de sourire en nous rappelant aujourd'hui qu'un clinicien aussi expérimenté que le professeur Pitres a pu essayer de donner une classification, basée sur leurs caractères cliniques, des tremblements d'origine hystérique. Tous les malades de cette espèce, examinés attentivement, présentent des symptômes plus ou moins discrets de la série parkinsonienne : leur tremblement est dystasique, exagéré par la fatigue ou l'émotion, prédomine nettement au membre supérieur comme à l'inférieur d'un côté ; il s'accompagne d'une légère hypertonie, de la suppression des mouvements d'automatisme secondaire, de modifications légères des réflexes tendineux analogues à celles que l'on observe chez les grands parkinsoniens, parfois d'hyperexcitabilité mécanique des muscles, de troubles vaso-moteurs, d'exagération des réflexes de posture. Ils sont, comme la maladie de Parkinson elle-même, dont ils représentent des formes frustes ou localisées, d'origine extra-pyramidale, mais organique tout de même. Il y a certainement d'autres tremblements que ceux dont nous venons de parler, qui ont été considérés comme pithiatiques, parce que les malades qui en étaient atteints ne présentaient pas de « signes d'organicité », c'est-à-dire, en somme, de signes de perturbation pyramidale. La question est complexe et nous ne voulons pas nous laisser entraîner trop loin. La plupart des tremblements persistants que l'on considérait autrefois comme pithiatiques sont d'origine organique, extrapyramidale, dans le sens le plus large du mot.

*
* *

L'**astasie-abasie** est un syndrome relevant de causes très différentes, et il est incontestable qu'on l'observe souvent chez des malades qui ne sont que des pithiatiques, ou des organico-pithiatiques. Il est néanmoins un type clinique de cette affection, qui a longtemps été considéré comme d'origine hystérique, et qui est certainement organique. Il s'agit de l'ancienne **astasie-abasie trépidante**, sur laquelle notre attention est attirée depuis déjà plusieurs années et dont nous poursuivons actuellement l'étude (1). On a longtemps considéré ces malades comme pithiatiques parce que, couchés, ils effectuaient facilement des mouvements d'une amplitude normale, alors qu'ils étaient absolument incapables de marcher ou même de se tenir debout. Cette dissociation était, croyait-on, caractéristique de l'hystérie (Richer).

Le tableau clinique de l'astasie-abasie trépidante offre des caractères très nets. Couché, assis, le malade peut sans difficultés accomplir toute sorte de mouvements, en particulier avec les membres inférieurs, surtout quand il n'est pas observé : un des nôtres était capable d'exécuter avec précision des travaux de menuiserie fine. Il peut se tenir debout et marcher, malgré une légère hypertonie des membres inférieurs qui apparaît à l'occasion des mouvements. Mais lorsqu'il est ému, lorsqu'on l'examine en public, par exemple, les membres inférieurs se raidissent, le sujet se met à trépider sur son polygone de sustentation, perd l'équilibre et tombe. Des troubles analogues apparaissent, dans les mêmes conditions, au niveau des membres supérieurs, surtout quand le malade rencontre une certaine résistance dans l'exécution des mouvements qu'il désire effectuer. C'est la raison pour laquelle il ne peut effectuer de travaux de force. Au repos, le tonus musculaire est normal, ou à peu près, et la mobilisation passive des divers segments de membre ne se heurte à aucune résistance. Les mouvements volontaires font apparaître, dans les conditions qui précèdent, une rigidité dynamique accentuée au niveau des membres, en particulier des inférieurs. D'une façon habituelle, les troubles prédominant d'un côté permettent de mettre en évidence, outre une très légère exagération du tonus statique, qu'objective facilement l'épreuve de la mobilité de la rotule, de M. Barré, de très légères modifications des réflexes tendineux, d'un type assez voisin de celui qu'on observe chez les parkinsoniens. Il n'existe habituellement chez ces sujets aucun symptôme d'irritation pyramidale ni de troubles des fonctions cérébelleuses. La rigidité dynamique intermittente qu'on observe chez eux et qui a été vaguement étudiée chez des malades de types assez différents, sous le nom de « contracture intentionnelle », est, comme nous l'avons montré, tout à fait différente de la rigidité parkinsonienne ou de la contracture pyramidale. Le tremblement lui-même se rapproche parfois de celui de certains parkinsoniens, bien qu'il n'existe pas au repos, et qu'il soit beaucoup plus spasmodique. Il est, comme celui de ces malades, exagéré par l'attitude

(1) A. Rouquier. Astasie-abasie trépidante. Origine organique totale du syndrome. Ses rapports avec la rigidité musculaire dynamique des malades présentant des spasmes d'action. *Strasbourg Méd.*, 1930 ; — A. Rouquier. Le signe du biceps, exagération d'une syncinésie physiologique permettant de distinguer l'une de l'autre deux rigidités musculaires d'origine extrapyramidale différente, celle des parkinsoniens typiques et celle d'une autre catégorie de malades présentant surtout des spasmes d'action. *Soc. Méd. Hôpit. Paris*, 14 juin 1929, n° 21.

fatigante ou non habituelle. Mais il en est de même de tous les tremblements, quelle qu'en soit l'origine.

Enfin, si on n'observe chez ces malades ni troubles subjectifs ou objectifs de la sensibilité, ni troubles trophiques ou sphinctériens, il existe chez eux un véritable « déréglement » de l'émotivité. La trépidation s'accompagne d'une véritable dyspnée, de troubles vaso-moteurs (congestion de la face et du tronc) et elle est d'autant plus marquée que le malade est plus impressionné par les spectateurs, l'éclairage, etc... Elle peut arriver à entraîner, avec la chute, une perte de connaissance de courte durée, qui représente assez les crises frustes dont il a été plus loin question, intermédiaires entre la crise d'épilepsie et la crise d'hystérie. Chez un malade analogue, MM. Lhermitte et Cornil ont constaté des lésions diffuses intéressant à la fois le striatum et le pallidum. Nos connaissances concernant la physiologie normale et pathologique des divers systèmes moteurs extrapyramidaux sont encore trop peu avancées pour que nous puissions en dire davantage à propos d'un syndrome dont les caractères cliniques sont cependant bien nets, si nous ignorons à peu près tout des lésions qui le provoquent.

***

On décrivait, il y a quelques années, un **diabète** ou une **polyurie hystérique**. Quelques malades, en absorbant une quantité excessive de liquide, d'eau ou de tisane par exemple, véritables « potomanes » pouvaient en effet déterminer une augmentation du volume quotidien de l'urine excrétée, et il existe une polyurie sans autre cause que la volonté du sujet ; elle doit entrer dans le cadre des accidents pithiatiques. Il faut bien avouer qu'on en parle beaucoup moins qu'il y a quelques années. C'est qu'on connaît beaucoup mieux les polyuries d'origine infundibulo-tubérienne, consécutives à une lésion inflammatoire, traumatique, néoplasique de la région suprasellaire... Il en est de même de l'**amaurose** ou **cécité pithiatique.** Nous en avons traité et ne voulons point en nier l'existence. Elle s'accompagne habituellement d'anesthésie de la région orbitaire ou frontale. Mais, de même que bon nombre d'affections nerveuses à virus neurotrope, encéphalites, sclérose en plaques peuvent débuter par des troubles visuels allant jusqu'à la cécité passagère, sans lésion objective du fond d'œil, de même une localisation sur l'appareil optique peut en être la seule manifestation. Nous connaissons des amauroses que l'on aurait autrefois certainement qualifiées de pithiatiques, en l'absence de toute cause toxique, éthylique ou nicotinique en particulier, et qui sont très probablement d'origine infectieuse : une légère congestion artérielle de la rétine, une hyperalbuminose passagère du liquide céphalo-rachidien traduisent la réaction de la membrane sensible ou du névraxe vis-à-vis d'un virus neurotrope encore inconnu.

***

Le neurologiste anglais K. Wilson (1), qui n'accepte pas intégralement la conception du pithiatisme, écrivait récemment, reprenant l'étude des modifications de la motricité et de la sensibilité au cours de l'hystérie paralytique ou convulsive : « Certains phénomènes vaso-moteurs sont particulièrement difficiles à expliquer, de même que quelques perturbations dans le domaine des réflexes... La plupart des troubles observés subissent des modifications d'aspect physiologique et la nature essentiellement dynamique de la névrose paraît vraisemblable. Peut-être est-ce sur ce terrain physiologique plutôt que psychologique que devront être étudiés les phénomènes encore complexes que soulève l'étiologie des accidents hystériques. »

Notre point de vue n'est pas exactement le même. Avec M. Babinski, nous estimons que l'hystérie ne peut en rien modifier l'état des réflexes ostéo-tendineux ou cutanés, et que, par conséquent, l'exagération, l'inversion ou la diminution d'un réflexe doivent immédiatement faire envisager l'hypothèse d'une affection d'origine organique. Il en est de même en ce qui concerne les troubles vaso-moteurs, si on laisse de côté ceux que peut provoquer l'immobilisation prolongée. Evidemment, des troubles analogues à ceux auxquels fait allusion M. Wilson ont été et sont peut-être encore considérés comme d'origine pithiatique ou hystérique. C'est à tort, à notre avis. Quant au mécanisme intime qui provoque les crises convulsives accompagnées de troubles vaso-moteurs ou même à celui qui détermine les anesthésies cutanées, conséquence de l'auto ou de l'hétéro-suggestion, il est peut-être de nature dynamique ou physiologique, tout en relevant d'une cause psychique. L'analyse exacte n'en a pas été poussée assez loin pour que nous puissions nous rendre compte, par exemple, de la façon dont s'établit la séparation entre la conscience, intacte, qui devrait percevoir une excitation et ne la perçoit pas, et d'autre part, un système sensitif intact et cependant inhibé.

(1) Kinnier Wilson. Introduction à l'étude de l'hystérie. *The Journ. of Neurol. and Psych.*, janv. 1931, p. 196-206.

Les arythmies dans la pratique journalière (1), par les docteurs Maurice Perrin, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, et Gabriel Richard, médecin consultant à Royat. *Deuxième édition.*

La constatation d'une arythmie, c'est-à-dire d'une anomalie du rythme du cœur, ne manque jamais d'attirer l'attention du praticien ; mais celui-ci est souvent embarrassé ou hésitant quand il s'agit d'interpréter le trouble constaté du rythme cardiaque. Les auteurs ont pensé faire œuvre utile en résumant ici les conclusions essentielles des importants travaux publiés sur la question dans ces dernières années et en exposant les méthodes les plus simples et les plus utilisables d'examen et de diagnostic.

Après un chapitre consacré aux méthodes d'examen, un autre donne une classification des arythmies et chacune de ces dernières est étudiée dans son diagnostic, ses formes cliniques et complétée par le traitement.

Ce petit livre aidera le praticien, forcément économe de son temps, et le fera bénéficier des travaux publiés sur ce sujet par les principaux cardiologues français et étrangers.

L. G.

(1) In-16 de 150 pages, avec 46 figures. — Prix : 15 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1932)

Les vitamines B interviennent-elles dans l'utilisation des lipides ? — M. Raoul LECOQ.

Spécificité de la réaction allergique comme procédé de diagnostic de la mélitococcie ovine. — M. Charles DUBOIS.

PRIX ET SUBVENTIONS ATTRIBUÉS EN 1932

Mathématiques. — Prix Poncelet (2.000 fr.), à M. Raoul Bricard, professeur au Conservatoire national des Arts et Métiers. — Prix Francœur (1.000 fr.), à M. Henri Milloux, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg.

Mécanique. — Prix Montyon (1.500 fr.), à M. Jules Haag, professeur à la Faculté des sciences et directeur de l'Institut de chronométrie de Besançon. — Prix Fourneyron (1.000 fr.), à M. Maurice Roy, ingénieur au corps des mines, professeur à l'Ecole nationale des Ponts et Chaussées. — Prix Henri-de-Parville (1.500 fr.), à M. Joseph Pérès, professeur à la Faculté des sciences de Paris. — Fondation Henri-Bazin (5.000 fr.), à M. Dimitri Riabouchinsky, directeur adjoint du laboratoire de l'Institut de mécanique des fluides.

Astronomie. — Prix Lalande (1.000 fr.), à M. L. Pourteau, astronome adjoint à l'Observatoire de Paris. — Prix Damoiseau (2.000 fr.), à M. Nicolas Stoyko, astronome attaché au Bureau de l'heure de Paris. — Prix Benjamin-Valz (1.000 fr.), à M. Jean Dufay, astronome adjoint à l'Observatoire de Lyon. — Médaille Janssen, à M. Alexandre Dauvillier, docteur ès sciences. — Prix La Caille (1 000 fr.), à M. Eugène Antoniadi, attaché à l'Observatoire de Meudon.

Géographie. — Prix Delalande-Guerineau (1.000 fr.), à M. Ernest Benoit, colonel d'artillerie coloniale. — Prix Gay (1.500 fr.), à M. Emile Hasse. — Prix Tchihatchef (3.000 fr.), à Mme Tardieu, née Laure Blot, pharmacien de 1re classe de l'Université de Paris. — Prix Binoux (2.000 fr.), à feu Jules Hansen.

Physique. — Prix L. La Caze (10.000 fr.), à M. Eugène Darmois, professeur de physique à la Faculté des sciences de Paris. — Prix Hébert (1.000 fr.), à M. Charles Lavanchy, ingénieur de l'Ecole supérieure d'électricité. — Prix Hugues (2.500 fr.), à M. Emile Henriot, professeur à l'Université de Bruxelles. — Fondation Clément-Félix (2.500 fr.), les arrérages à M. Gaston Dupouy, docteur ès sciences.

Chimie. — Prix Montyon des arts insalubres (2.500 fr.), à M. Eugène Burlot, ingénieur en chef des poudres; mention honorable de 1.500 fr. est accordée à M. Raymond Horclois, ingénieur chimiste. — Prix Jecker (10.000 fr.), à feu Marc Bridel, professeur au Muséum national d'histoire naturelle. — Prix L. La Caze (10.000 fr.), à M. Louis Hackspill, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg. — Fondation Cahours (3.000 fr.) : les arrérages partagés entre MM. P. Thomas, licencié ès sciences, et Paul de Graeve, ingénieur chimiste. — Prix Houzeau (1.000 fr.), à M. Dimitri Ivanoff, professeur à l'Université de Sofia.

Minéralogie et géologie. — Prix Fontannes (2 000 fr.), à M. Gustave Sayn. — Prix Victor-Raulin (1.500 fr.), à M. L. Royer, professeur à la Faculté des sciences d'Alger. — Prix Demolombe (2.000 fr.), à M. Paul Bertrand, professeur à la Faculté des sciences de Lille.

Botanique. — Prix Desmazières (1.600 fr.), à M. René Morquer, docteur ès sciences. — Prix Montagne (1.500 fr.), à M. Gontran Hamel, docteur ès sciences, assistant au Muséum national d'histoire naturelle. — Prix de Coincy : prix de 1.000 fr. décerné à M. Alfred Saint-Yves, chef d'escadron d'artillerie en retraite; prix de 1.000 fr. à feu John Briquet, ancien directeur du Conservatoire et Jardin botanique de Genève.

Anatomie et zoologie. — Prix Cuvier (1.500 fr.), à M. P. Fauvel, professeur à la Faculté catholique des sciences d'Angers. — Prix Savigny (1.500 fr.), à M. Armand Billard, doyen de la Faculté des sciences de Poitiers. — Prix Thomé (1.000 fr.), à M. Pierre de Boissezon, docteur ès sciences.

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon : prix de 2.500 fr. à M. Paul Chevalier, de la Faculté de médecine de Paris; prix de 2.500 fr. à M. Philippe Lasseur, professeur à la Faculté de pharmacie de Nancy, et à Mlle Andrée Dupaix, pharmacien-moniteur à la Faculté de médecine de Nancy; prix de 2.500 fr., à M. Victor Veau, chirurgien à l'hôpital des Enfants-Assistés, et Mme Suzanne Borel, assistant phonétique à l'hôpital des Enfants-Assistés; mention honorable de 1.500 fr. à M. Jean Albert-Weil, ancien chef de clinique médicale adjoint à la Faculté de Strasbourg; mention honorable de 1.500 fr. à M. Grégoire Ichok, directeur des services d'hygiène de Clichy; mention honorable de 1.500 fr., à MM. Raoul Leroy, médecin chef, et Georges Medakovitch, chef de laboratoire à l'asile Sainte-Anne.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1932)

M. VAQUEZ lit une notice nécrologique sur M. Babinski.

La déclaration obligatoire des maladies infectieuses. — L'Académie devait discuter les conclusions de la Commission nommée pour étudier un vœu proposé par M. Loir dans la séance du 11 octobre.

Après avoir entendu M. Loir et M. Netter, la discussion est renvoyée au 6 décembre.

Existe-t-il des maisons à cancer ? — M. Aug. LUMIÈRE (de Lyon) et le Dr Paul VIGNE, directeur du Bureau d'Hygiène, abordent dans une étude analytique approfondie, la question des « maisons à cancer », dont M. Chaton a saisi l'Académie au cours de cette année 1932.

S'appuyant sur des considérations statistiques précises ayant trait à la Ville de Lyon, où la théorie des maisons à cancer a bénéficié de quelque crédit comme ailleurs, — ces observateurs concluent nettement à la légende des maisons à cancer. Ces conclusions s'accompagnent de réflexions d'ordre général que voici :

1° Aucun fait connu jusqu'ici ne nous autorise à prétendre qu'il y a des maisons à cancer ;

2° Il est prudent de se défier des coïncidences ; le rapprochement des phénomènes n'a de valeur qu'autant que les déductions qu'on en tire sont systématiquement contrôlées ;

3° Il est souhaitable que la méthode scientifique rigoureuse devienne la base de certaines recherches médicales pour lesquelles on s'est trop facilement contenté jusqu'ici de solutions empiriques établies uniquement sur la concordance de phénomènes sans rapport effectif entre eux.

L'opothérapie thymique chez l'enfant. — MM. LEREBOULLET et J.-J. GOURNAY rapportent les résultats que, depuis 1928, leur donne l'opothérapie par l'extrait de thymus d'animal jeune, employé par voie buccale à la dose de 0 gr. 50 d'extrait sec par cachet et par voie sous-cutanée surtout, sous forme d'ampoules contenant de un à cinq grammes d'organe. Les faits dans lesquels ils ont employé cette opothérapie sont assez variables, mais il en est deux catégories dans lesquelles se manifeste nettement l'action de cette

opothérapie sur l'évolution de l'appareil génital mâle ou femelle. Les premiers concernent les garçons présentant de la cryptorchidie et offrant à des degrés variables le tableau du syndrome adiposo-génital avec ectopie testiculaire uni ou bilatérale, petitesse des testicules, obésité relative. L'opothérapie thymique dans nombre de cas, non justiciables de la cure chirurgicale ou ne commandant pas d'emblée celle-ci, a facilité la descente des testicules, les modifications de leur volume et a agi secondairement sur la morphologie de l'enfant, son poids et sa taille. Les résultats, sans être absolument constants ni toujours rapides, ont été assez nets pour démontrer l'activité de la médication. Sur les troubles d'évolution de l'appareil génital femelle, les effets de l'opothérapie thymique sont plus difficiles d'interprétation mais parfois fort significatifs et les auteurs rapportent des cas de dysménorrhée et d'aménorrhée très favorablement influencés. Ils montrent l'action de la médication sur la croissance et la nutrition des sujets traités et notamment sur l'obésité. Ils signalent les effets de l'opothérapie thymique sur le métabolisme basal qu'elle augmente légèrement au début, qui diminue ensuite, puis qui se stabilise à des chiffres sensiblement identiques. Ils rapportent enfin les résultats obtenus dans certaines dystrophies infantiles, telles que le mongolisme, ainsi que dans l'achondroplasie où, dans deux cas, fut constatée une action un peu inattendue sur la croissance des os longs. Il s'agit donc d'une méthode thérapeutique active, dont l'emploi se justifie dans les troubles de croissance et de nutrition de l'enfant et particulièrement lors de retard dans l'évolution génitale.

La réorganisation des services sanitaires en Algérie. — M. le médecin général inspecteur Lasnet, qui est chargé par le Gouvernement général de l'Algérie de la réorganisation des services sanitaires, montre d'abord par quelques chiffres leur importance croissante depuis quelques années.

Les crédits affectés à ces services sont passés de 12 millions en 1914 à 20 millions en 1920 et à 118 millions en 1930. Il est probable que cette année, ils seront de l'ordre de 180 millions.

Le nombre des lits d'hôpital a passé en dix ans de 3.000 à 7.000 pour les malades, de 730 à 2.000 pour les vieillards.

Le chiffre des hospitalisations s'est élevé en 1900 à 25.000, en 1920 à 42.000, en 1931 à 68.000.

L'organisation calquée sur l'organisation départementale ne cadrait pas avec les besoins actuels et ne permettait pas les développements heureux dont on a pu voir des exemples au Maroc et dans certaines colonies.

Le 26 septembre, le gouvernement général a créé l'organe de direction qui manquait sous la forme du *Bureau de la santé publique d'Algérie*.

Il n'est pas douteux que la création nouvelle permettra de donner au service hospitalier, aux services de médecine sociale, aux hôpitaux spéciaux, aux sanatoriums, aux services de prophylaxie, etc., une impulsion nouvelle indispensable dans un pays où les indigènes sont fermés à l'influence extérieure et restent fixés dans leurs préjugés traditionnels.

Elections. — L'Académie procède à l'élection d'un correspondant national dans la Ve division (médecine vétérinaire).

M. Marotel, professeur de parasitologie à l'Ecole vétérinaire de Lyon, est élu au premier tour de scrutin.

Une deuxième élection pour deux places de correspondants étrangers dans la même division fait élire M. Heindrick (de Bruxelles) et Sir Arnold Theiler (de Lucerne), ce savant suisse est particulièrement connu pour ses travaux effectués dans la colonie du Cap.

— La séance annuelle aura lieu le mardi 13 décembre.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1932)

Remarques biologiques et thérapeutiques sur 6 cas de maladie de Paget. — MM. Labbé, Boulin, Escalier, Nepveux attribuent les variations de la calcémie et du bilan calcique aux variations des processus de calcification et de décalcification qui se combinent dans des proportions différentes suivant les malades, le stade de la maladie et l'os envisagé.

Le traitement par la vitamine D et le gluconate de calcium n'a pas donné de résultats.

Hématurie au cours d'un traitement par l'insuline. — M. Escalier. Diabétique 60 ans, hypertendu, albuminurique présentant de la gangrène. L'hématurie se montra brusquement et disparut de même. Deux cas de ce genre se rencontrent chez les diabétiques jeunes.

Thrombose veineuse coronarienne avec infarctus du myocarde au cours d'une broncho-pneumonie. — MM. Achard, Bariety et Mlle Wilne. Malade atteint de broncho-pneumonie meurt presque subitement : autopsie : lésions chroniques d'artérite coronarienne et thrombose leucocytaire dans une veine coronaire ; à signaler la grande importance des lésions des veines du cœur à côté des lésions artérielles.

Traitement de l'état de mal épileptique par l'acétylcholine. — M. de Gennes a traité 4 cas d'état du mal épileptique par l'acétylcholine. Résultat excellent dans un cas, médiocre dans un autre, nul chez deux autres patients.

Tumeur cortico-surrénale. Radiothérapie. — MM. Apert et Dubost. Cas de corticome surrénal chez une jeune fille de 13 ans. Après 6 séances de radiothérapie locale profonde, les règles sont revenues et le rein droit a repris sa place.

Gangrène et diabète. Transformation d'une gangrène humide en gangrène sèche. — M. Renaud. Malade atteinte de gangrène des deux orteils. Après 2 jours de jeûne au lacto-sérum et deux injections de sapoïde d'acridine, le sucre a disparu des urines et la lésion a perdu tout caractère phlegmoneux. La thérapie chimique et le traitement antidiabétique ont fait disparaître du syndrome, l'élément infectieux.

Résultats éloignés d'une splénectomie pour ictère hémolytique. Evolution de la cholestérinémie. — M. de Gennes. Malade splénectomisé à l'âge de 17 ans pour ictère hémolytique typique. Résultats de l'intervention très remarquables. L'ictère a disparu en moins de 48 heures. L'anémie s'est améliorée lentement.

La splénectomie a pu toucher le mécanisme régulateur du métabolisme des liquides.

Hépatite amibienne à poussées ictériques répétées pendant 11 ans. Abcès du foie consécutif. — MM. Merklen, Waitz, Albot et Kabeker. Cette observation montre la possibilité pour l'amibe d'engendrer des ictères et l'utilité qu'aurait dans certains cas d'ictère, un traitement d'épreuve à l'émétine.

Rapidité d'apparition d'un épithélioma spino-cellulaire post-traumatique. — MM. Duhot, Leygue et Debacourt (Lille). Ouvrier au cours de son travail piqué à la main droite par fil de cuivre. Dix jours plus tard, apparition d'un petit nodule et 18 jours plus tard, ablation d'une poche kystique contenant un fragment de cuivre. Apparition rapide au même point d'un épithélioma malpighien à globes cornés.

Décharges précoces de spirochètes intra-cellulaires dans les urines de malades atteints de spirochétose ictéro-hémorragique. — MM. Merklen et Waitz (Strasbourg).

SOCIETE DE BIOLOGIE

(Séance du 5 novembre 1932)

Contribution à l'étude de la thermo-résistance de la toxine tétanique. — MM. S. Mutermilch, M. Belin et Mlle Salomon. Cette résistance est fonction d'éléments traversant la barrière vasculo-méningée, l'épithélium rénal et les membranes en collodion. Si l'urée et la créatine sont inactives, la créatinine agit fortement. La toxine tétanique ne se conserve pas dans le vide, et diverses substances réductrices étudiées se montrent sans action sur sa stabilisation. Certaines suspensions colloïdales (gélose à 1:1000, gomme adragante), ainsi que les émulsions microbiennes, exercent une action protectrice marquée, tandis que d'autres colloïdes : glycogène, gomme arabique, tannin, dextrine, amidon, sont sans action. Les substances anorganiques se montrent dépourvues de toute action stabilisante.

Sur l'allergie vaccinale. Sensibilisation et désensibilisation à l'aide de vaccin jennérien tué. — MM. P. Gastinel, J. Reilly et M. Mortier. 1° La sensibilité acquise envers l'antigène vaccinal peut être mise en évidence aussi bien avec un virus tué qu'avec un virus frais ; 2° Il est possible d'obtenir une désensibilisation du sujet envers cet antigène par des injections répétées de vaccin tué ; 3° La réaction allergique a donc les attributs d'un phénomène de sensibilisation envers la protéine représentée par le virus vaccinal.

Action des Ca, K et Na sur le système mélanique de l'axolotl. — En partant du fait que le système pigmentaire mélanique de l'axolotl est régi par un mécanisme neuro-humoral, l'auteur tente de réaliser les modifications caractéristiques des cellules pigmentaires par l'action de certains cations. Le Ca provoque le bloquage (en état de contraction) et le K l'activation (par étalement) des mélanophores. L'auteur révèle les ressemblances entre l'action du Ca et celle des substances sympathiques impliquées dans le transport humoral de l'excitation (du cœur par exemple), de même qu'il rapproche l'effet de l'injection du K à l'action des substances « vagales ».

M. Lapicque fait intervenir la notion de pH, facile à déterminer pour des cultures.

Activation par le phénol-résorcine de l'antigène méthylique de Boquet et Nègre pour la recherche des anticorps tuberculeux. — M. A. Gualde. L'antigène méthylique additionné de 0,5 % de phénol et 0,5 % de résorcine et dilué au 1/20 au moment de l'usage décèle une plus grande quantité d'anticorps dans le sérum des malades et des animaux tuberculeux, que l'antigène méthylique seul. Il possède la même spécificité. L'emploi de cet antigène activé est particulièrement indiqué dans les cas de tuberculose pulmonaire.

Eloge funèbre de M. J. Babinski. — M. Piéron, vice-président.

Barème des accidents du travail, par le docteur Lucien Mayer. Quatrième édition révisée et complétée en collaboration avec le Dr Etienne Rey. 1 vol. de 252 pages, format 9,7 × 15,3 cm., avec de nombreux schémas et figures dans le texte. Prix : 18 francs ; franco recommandé, 19 fr. 05. — Paris, A. Poinat, 21, rue Cassette.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1931-1932 (1)

Doctorat d'État. — 102. Allard. — Climatologie de la côte rochelaise. Chatelaillon.

81. Amigues. — Traitement de la chorée aiguë par le salicylate de soude.

156. Arétas. — L'emploi précoce des hydrates de carbone dans l'alimentation du nourrisson.

93. Arnauld. — Contribution à l'étude de la typhlite aiguë primitive.

145. Audit. — L'opothérapie orchitique chez la femme. Etude historique, clinique, expérimentale.

9. Aurégan. — Contribution à l'étude des tumeurs de la vessie chez l'enfant.

135. Mlle Auvert. — Cellulite septique diffuse à forme érysipélatoïde d'origine staphylococcique.

66. Baloux. — Contribution à l'étude de l'épidémiologie de la fièvre typhoïde à Bordeaux.

118. Bardy (Mlle). — Les irradiations névralgiques des odontalgies.

107. Bareau. — Les lésions anatomo-pathologiques de l'encéphale dans le paludisme pernicieux.

4. Bargues. — Les hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes spontanées de l'adulte.

124. Barrère. — Les décollements épiphysaires spontanés de la tête du fémur. Rôle des glandes endocrines.

120. Bay. — Des accidents de la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine.

88. Bécuwe. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des vertiges par l'opération de Portmann.

14. Bergouniou. — Le syndrome de Basedow survenant à l'occasion de la ménopause opératoire.

36. Berthon. — Contribution à l'étude de l'épididymite tuberculeuse primitive chez le vieillard.

121. Bessière. — Existe-t-il une rétinite diabétique en l'absence d'altérations rénales ?

132. Beyrie. — Contribution à l'étude des fumées de Bordeaux et de leur rôle pathogène.

37. Bittoré. — Les calculs vésicaux secondaires à la prostatectomie.

20. Blanchet. — L'hyperleucocytose dans la grossesse extra-utérine rompue.

63. Blein. — Localisations uro-génitales primitives des bacilles para-typhiques.

61. Bluteau. — Emploi thérapeutique des eaux potables et des eaux minérales dans l'antiquité gréco-romaine.

86. Bories. — Contribution à l'étude des déformations hippocratiques des doigts.

76. Boubée. — Contribution à l'étude des ostéopathies fibro-kystiques des maxillaires.

40. Bouffier. — La protection de l'Europe contre le choléra.

41. Bouisset. — Contribution à l'étude de l'activité clinique des lésions pulmonaires tuberculeuses.

29. Breteau. — L'introduction précoce des albuminoïdes animales dans l'alimentation du nourrisson.

136. Brienne. — Le dosage de la réserve alcaline dans la pratique obstétricale.

60. Brun. — Au sujet des ichtyo-sulfonates.

117. Cabanes. — Quelques indications particulières des rayons ultra-violets.

85. Calvez. — Contribution à l'étude du traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par l'insuline.

---

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*. 1932, Montpellier, n° 79, p. 1446; Marseille, n° 85, p. 1558; Strasbourg, n° 86, p. 1581; Toulouse, n° 88, p. 1618.

80. CAPIN (Mlle). — Considérations sur l'expérimentation sur l'homme.

50. CARN. — Action de la trépanation décompressive sur l'hypertension intracranienne liée aux tumeurs cérébrales.

144. CAYRE. — Contribution à l'étude comparative technique et clinique de l'ionophorèse dentaire.

95. CÉVAER. — Encéphalographie et tumeurs cérébrales. (Etude des méthodes modernes de diagnostic.)

15. CHAILLAT. — Les accidents d'automobile au point de vue médico-légal.

3. CHANTEGREIL. — Contribution à l'étude du dépistage de la tuberculose pulmonaire latente chez l'enfant d'âge scolaire.

2. CHOMET. — La cystostomie dans les traumatismes médullaires.

130. CLAVÉ. — Contribution à l'étude de la reposition sanglante dans les luxations anciennes de l'épaule.

111. CLAVEL. — L'opération de la cataracte sénile. Etude critique des procédés opératoires et de leurs résultats.

151. CLÉMENCEAU. — L'accouchement en milieu rural.

127. COLLET. — Le problème post-sanatorial. La Cité sanitaire pour tuberculeux.

64. COULANGES. — Contribution à l'étude de la pathologie de l'épiploon.

110. DU COURNAU DE CARRITZ. — Le climat des Landes et ses ressources thérapeutiques.

48. COURTIER. — Etude expérimentale d'un sérum marin enrichi en iode.

155. CRAS. — Réaction pleurale au cours du pneumothorax artificiel.

44. CRESTÉ. — Contribution à l'étude du pronostic fœtal dans les pyélonéphrites gravidiques.

47. DANTEC. — Contribution à l'étude du traitement des pyélonéphrites de la grossesse.

39. DARON. — Action cholagogue de certaines huiles d'après les modifications des ombres radiographiques de la vésicule biliaire préparée par le tétraiode *per os*.

91. DEBEUGNY. — Variations morphologiques du sacrum et leurs conséquences pathologiques.

18. DELACOUX DES ROSEAUX. — La pratique des sports.

59. DELAGE. — Recherche du bacille tuberculeux par inoculation dans les ganglions lymphatiques du cobaye.

150. DELAVALLADE. — Contribution à l'étude du spondylolisthésis.

5. DELMAS-MARSALET. — Traitement de la contracture hémiplégique tardive par l'ionisation calcique transcérébrale.

104. DEMUR. — Les dysmorphoses du rachis cervical. Les hommes sans cou.

43. DEVOIVRE. — Contribution à l'étude de la pathogénie des hydrosalpinx.

62. DIAGNE. — La vaccination antipesteuse.

94. DOMEC. — Hémorragies intestinales dans l'étranglement interne après kélotomie.

100. DONNADIEU. — L'anorexie mentale. Ses caractères psychologiques.

123. DOTÉZAC. — Les crises d'épilepsie sans perte absolue de connaissance.

149. DRIVET. — Contribution à l'étude du séminome de l'ovaire.

116. DUDIT. — Etude critique des signes de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.

137. DUGÉ DE BERNONVILLE. — Histoire de la maladie de la pierre et de la taille vésicale.

78. DUPUY. — Etude sur le Peyole.

75. DURIS. — Du rôle possible de la circulation locale dans les conditions pathogéniques du développement du cancer de la face.

115. EL MONASTIRI. — Les indications opératoires dans la maladie de Werlhof.

34. FAGUET. — Contribution à l'étude du diagnostic précoce du cancer du rein par la pyélographie.

11. FAURET. — Considérations sur la céphalée, en particulier dans les abcès et les tumeurs de l'encéphale.

143. FAYE. — Considérations sur les délires diaboliques.

152. FLOCH. — Œdème généralisé du fœtus.

108. FOURCADE. — Le traitement sanglant des luxations congénitales de la rotule.

140. FOURNIER. — Les embolies artérielles fessières dues aux sels de bismuth oléo-solubles.

157. FRANCÈS. — Evolution des techniques artériographiques.

79. GAIGNAIRE. — La haine familiale comme symptôme de début de la démence précoce.

98. GALLAIS. — Les cancers épithéliaux du diaphragme irido-ciliaire.

122. GALMOT. — Contribution à l'étude de la rigidité cadavérique du fœtus à la naissance.

131. GAUBERT. — Contribution à l'étude de l'immortalité cellulaire en biologie animale.

147. GAUTHIER (Mlle). — Le traitement du cancer du col de l'utérus.

72. GENSOLLEN. — Contribution à l'étude de certaines intoxications des ouvriers des poudreries.

113. GIBERT. — Contribution à l'étude de l'organisation et du fonctionnement de l'Inspection médicale scolaire.

129. GUÉRIN. — Les associations tuberculo-gonococciques au niveau de l'appareil génital de l'homme.

141. GUICHARD. — Etude radiologique de l'appareil urinaire normal et pathologique par les méthodes d'élimination.

24. GUILHAUMOU. — Le drainage osmotique en ophtalmologie.

82. HÉBRAUD. — Contribution à l'étude du cancer expérimental par le goudron.

92. LABAT-LABOURDETTE. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer de l'estomac adhérent au côlon ou au mésocôlon transverse.

70. LACORNE. — Contribution à l'étude du traitement de l'aménorrhée.

77. LAGARDE. — Contribution à l'étude des vomissements post-anesthésiques.

71. LAMBERT DE CRÉMEUR. — Cancer et cicatrices.

125. LAMOUREUX. — Les oxydases et les peroxydases à l'état normal et dans le paludisme.

154. LAPORTE. — Contribution à l'étude de l'étiologie des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes.

134. DE LAUBADÈRE. — L'épididymite syphilitique tertiaire.

38. LAVIGNE. — Gymnastique respiratoire et hypertension artérielle.

31. LE BOT. — Les cancers viscéraux à symptomatologie fébrile.

35. LE FAOU. — Les métastases dans le cancer du col utérin irradié et non irradié.

105. LE GOFF. — Contribution à l'étude du dolichocôlon.

114. LE VAN TRUOC. — Contribution à l'étude de la commotion cérébrale traumatique.

55. LOMBARD. — L'échinococcose vertébrale.

109. LOUBATIÈRES. — Cinématographe et sciences médicales.

128. LOUBIC. — Evacuation d'un kyste hydatique thoracique dans la cavité péritonéale à travers la cloison diaphragmatique.

6. LOUMAIGNE. — Contribution à l'étude anatomique des aponévroses postérieures de l'abdomen.

96. LUTZ. — Le traitement chirurgical des arthrites chroniques de la hanche non tuberculeuses.

12. MAHOUDO. — Contribution à l'étude des méningites traumatiques, septiques, aseptiques.

74. MALAVOY. — Sclérose en plaques à début aigu.
103. MANCIOT. — De la torsion de l'hydatique pédiculée de Morgagni chez la femme.
51. MARIA. — L'artériographie. Recherches expérimentales.
67. MARLETTE. — Les habitations à bon marché de la Ville de Bordeaux.
56. MARTIN (Gaston). — Contribution à l'étude des fractures de l'épine tibiale.
23. MARTIN (Léon). — L'arséno-résistance au cours du traitement de la syphilis.
45. MARTY. — Les kystes juxta-coliques.
33. MARY. — Des paralysies *post-partum* du nerf sciatique poplité externe.
49. MATRIOLET. — Contribution à l'étude de la torsion aiguë du grand épiploon.
89. MAZET. — Exposé de quelques remèdes employés en Périgord.
53. MÉTÉREAU. — Contribution à l'étude des indications de la technique de l'extirpation de la glande de Bartholin.
19. MÉVEL. — Le cancer du col restant après hystérectomie subtotale.
42. MONCOURIER. — L'Ecole médicale d'Alexandrie.
69. MORAN. — De la production de nouveaux adénomes prostatiques après prostatectomie.
101. MOREL (François). — Tuberculose de l'adénome de la prostate.
112. MOREL (Gabriel). — Les incisions esthétiques dans l'exérèse des tumeurs bénignes du sein.
16. MOULINIER. — Essais sur quelques manifestations psychopatiques de l'instinct sexuel.
28. NICOLAS. — Marcel Proust et la femme.
139. NOBLIA. — Etudes sur la phylaxie.
90. NOMDEDEU. — Les médecins de Port-Royal.
84. NOUAILLE-DEGORGE. — Contribution à l'étude des localisations métastatiques et du cancer secondaire du pancréas.
153. PAPE. — L'épithéliome calcifié.
13. PÉCARRÈRE. — Contribution à l'étude des sarcomes du vagin.
142. PÉRAUD (Mlle). — La femme médecin en Afrique du Nord et son rôle d'éducatrice.
32. PERY. — Les éléments de pronostic de l'éclampsie.
22. PETIT. — Les gangrènes des organes génitaux, en particulier la gangrène foudroyante.
119. PEYRONNY. — Les idées sur la tuberculose pulmonaire de Morton à Laënnec (1698-1815).
17. PHILIP. — Contribution à l'étude de la physiologie de l'oreille moyenne.
126. PLANTON. — Les méningites aiguës à staphylocoques chez les enfants.
97. POURTAU. — Etude radiologique des kystes hydatiques du foie.
1. QUENEUDEC. — Des atrésies cicatricielles acquises dans le post-partum et de leur traitement.
138. QUÉRON. — Le traitement hydro-minéral des prurits et des prurigos à la Roche-Posay.
30. REGIMBAUD. — Les séquelles de dysenterie amibienne au point de vue de l'application de la loi sur les pensions militaires.
7. RIOUX. — Contribution à l'étude de l'acide lactique du sang.
68. RIVAUD. — Contribution à l'étude du procédé de Mauclaire dans la cure radicale de la hernie inguinale.

65. ROSEC. — La tuberculose conjugale.
10. ROUGÉ. — Contribution à l'étude des fractures de la verge.
46. ROZIER. — Contribution à l'étude de la prostatectomie transvésicale dans le cancer de la prostate.
87. SAGNARD. — Contribution à l'étude des néphrites sans albuminurie.
99. SECOURIEUX. — Contribution à l'étude des tumeurs vieilles du rectum.
54. SÉGUY. — Contribution à l'étude de l'échinoccose secondaire du péritoine.
52. SERAFINO. — La péritonite gazeuse.
73. SERRE. — Contribution à l'étude de l'individualité du sang en médecine légale.
146. SIGNAC. — Les kystes dermoïdes du mésentère.
83. SOUEIX. — Gilles de Raiz devant les médecins (essai médico-psychologique).
148. SOURGEN. — L'adénomyome de la cloison recto-vaginale.
57. STÉPHAN. — Traitement des dystocies pelviennes à la clinique d'accouchements de Bordeaux, de 1920 à 1930.
133. STROHL. — La vitesse d'ascension et de descente en avion.
106. SURVILLE. — Contribution à l'étude d'une forme rare d'hématurie au cours de la gestation.
58. TARELLO. — Considérations sur le chlorhydrate de choline.
25. TESSIER. — Traitement du décollement de la rétine. Indications thérapeutiques.
26. TINARD. — Contribution à l'étude des fibromes du col de l'utérus à évolution pelvienne.
8. VAILLE. — Essai sur la suggestion.
21. VESNAT. — Le kyste dermoïde de l'orbite.
27. WOITHELET. — Contribution à l'étude des rapports entre le zona et la varicelle.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 215. CALLONAS. — Péritonites à pneumocoques.
217. CHICHCOFF. — La dégénérescence maligne des polypes utérins.
218. FEGHALI. — Hygiène et tuberculose au Liban.
214. NACHTIGAL. — L'influence des suites de couches dans le pronostic des cardiopathies.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 21 novembre. (Thèses vétérinaires.) — Jury : MM. Binet, président ; Dechambre, Panisset. — M. BRÉHANT. Isoagglutinations chez les animaux.

Mercredi 30 novembre. — Jury : MM. Marcel Labbé, président ; Tanon, Chiray, Donzelot. — M. ZANA. L'hormone parathyroïdienne en thérapeutique gastrique. — M. MILLIAU. Les scarlatines frustes et leur diagnostic. — M. LUTROT. Les maladies sociales aux Antilles françaises. — M. CHAHED LAROUSSI. Contribution à l'étude de l'ankylostomiase en Tunisie.

Samedi 3 décembre. — Jury : MM. Brindeau, président ; Moulonguet, Moure, Vaudescal. — M. MOISNARD. Ovariotomie bilatérale au début de la grossesse.

Le traitement de la tuberculose par l'antigène méthylique (Antigénothérapie), par L. NÈGRE et A. BOQUET, chefs de service à l'Institut Pasteur. Préface du professeur CALMETTE. 1 vol. de 236 pages avec 15 figures. Bibliothèque de Phtisiologie. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et Cie.

PRATIQUE MÉDICALE

LE CŒUR DES VIEILLARDS DANS L'ACTUALITÉ CARDIOLOGIQUE (1)

Par le docteur Jean REYT.

Le cœur des vieillards, en dehors des affections remontant aux âges antérieurs, peut être le siège de divers processus pathologiques.

On peut se trouver en présence d'un cœur rénal, avec hypertension moyenne ou élevée, d'un gros cœur primitif ayant évolué lentement, d'une insuffisance aortique ou mitrale, plus rarement d'un rétrécissement mitral, enfin de toute la série des souffles systoliques fonctionnels. Mais, à côté de ces cardiopathies secondaires existent des cardiopathies à évolution sévère mettant le praticien en présence d'un état asystolique ou de phénomènes angineux.

Les cardiotoniques sont indiqués dans toutes ces manifestations cardiopathiques : le strophantus dans les formes silencieuses déterminant simplement un peu d'oppression, la coramine toutes les fois que se manifestent des signes marqués d'insuffisance. La coramine, qui a le gros avantage de ne pas exposer le cœur du vieillard aux désordres rythmiques, trouve aussi sa place dans l'intervalle des cures digitaliques qu'il faut toujours surveiller de près chez les vieillards. Leur action est très avantageusement soutenue et prolongée par un traitement intercalaire comprenant X à LX gouttes de coramine par jour.

Dans les cas d'urgence tels que l'infarctus du myocarde, l'injection sous-cutanée de 5 ou 6 ampoules de coramine par jour est le meilleur moyen de soutenir le cœur et l'état général que la médication calmante, instituée pour réduire douleur et spasme, aura encore contribué à déprimer.

LIVRES NOUVEAUX

Les vomissements de la grossesse (2), par Roland LEVEN, préfaces de MM. les docteurs RUDAUX et G. LEVEN.

La question des vomissements incoercibles, si grave pour la mère et pour l'enfant, a toujours préoccupé à juste titre les accoucheurs. La multiplicité des théories successivement émises et le nombre des méthodes thérapeutiques préconisées montrent combien sont faibles les conceptions classiques sur la pathogénie et le traitement de ces vomissements.

Il faut savoir gré à Roland Leven d'avoir apporté dans un beau livre un peu de lumière dans une question bien obscure. Pour le faire, il n'a eu qu'à s'appuyer sur les recherches de son père Gabriel Leven et de son grand-père Manuel Leven. Bel exemple de collaboration familiale et de continuité dans l'effort.

Lorsqu'on étudie les vomissements de la grossesse, on doit citer d'abord la thèse d'agrégation d'Alexandre Guéniot. C'est une œuvre magistrale dont le vénéré doyen de l'Académie de médecine peut être fier. Comme lui, elle n'a pas vieilli et si elle reflète beaucoup d'indécision, ne traduit-elle pas l'incertitude de ses contemporains et même de ses successeurs ?

Il y a cinquante ans, à une époque où l'on ignorait presque tout du grand sympathique et de sa physiologie, Manuel Leven qui avait consacré des travaux remarquables à l'étude du plexus solaire, apporte une opinion nouvelle : « Il n'y a pas de vomissements incoercibles de la grossesse, écrit-il dans un livre : *Estomac et Cerveau* (1884). La méconnaissance de la dyspepsie des femmes enceintes crée les vomissements incoercibles ».

De 1913 à 1930, son fils Gabriel Leven met successivement au point les vomissements de la grossesse dus à la dyspepsie, puis ceux qui sont liés à la dilatation atonique de l'estomac et enfin ceux qui dépendent de l'aérophagie. Il fait entrer dans ces trois cadres tous les cas observés durant ces nombreuses années. Il édifie graduellement une technique thérapeutique actuellement définitive ainsi que le confirme la clinique.

G. Leven décrit donc trois formes cliniques de vomissements de la grossesse :

1° La *forme dyspeptique pure ;* ses symptômes, douleur solaire, tension douloureuse, pesanteur, dyspnée, brûlures, viciations de la faim, nausées et vomissements.

2° *La forme dyspeptique avec aérophagie :* sialorrhée fréquente et abondante. Symptômes cliniques de l'aérophagie, avec ses petits signes. Le clapotage gastrique, signe d'aérophagie, n'est pas un signe de dilatation.

3° *La forme dyspeptique, avec dilatation atonique de l'estomac.* Notons ici l'influence de la grossesse sur la dilatation qu'elle exagère au début et influence favorablement dès le quatrième mois.

Et ici se montre l'importance considérable pour le diagnostic de la *Douleur signal* indiquée par Gabriel Leven et dont Roland Leven nous donne une description précise ainsi que de son complément la *Dyspnée signal.*

L'étude clinique ne serait pas complète sans un chapitre d'interprétation où M. Roland Leven étudie avec beaucoup de minutie quelques symptômes paraissant au cours des vomissements de la grossesse. Ce sont la constipation, l'oligurie, la tachycardie, l'ictère, l'acétonurie et l'amaigrissement.

Après avoir exposé la théorie *des* Leven, l'auteur procède à une étude critique des conceptions pathogéniques des vomissements de la grossesse. Ces théories sont au nombre de 4 : la théorie réflexe, la théorie rattachant les vomissements de la grossesse aux phénomènes de choc, la théorie villotoxémique, enfin la théorie nerveuse.

La thérapeutique est simple, mais doit être appliquée rigoureusement. Les prescriptions générales concernent le repos au lit, le régime alimentaire, les médications.

Prescriptions spéciales : il y en a pour chaque forme de vomissements : le traitement de l'aérophagie ; le traitement de la dilatation gastrique ; le mode d'emploi de la bande de crêpe destinée à réaliser le relèvement gastrique, les cas où cet emploi doit être différé. Je me garderai d'essayer de donner au lecteur des précisions sur l'emploi des bandes de crêpe. C'est un procédé extrêmement simple à exécuter, mais beaucoup moins facile à décrire, et comme il ne supporte pas l'imperfection, je conseille à nos confrères de se reporter au livre de Roland Leven, ce livre très complet, merveilleux de clarté, illustré de nombreuses et belles figures.

Et je reste convaincu que la lecture de ce bel ouvrage rendra d'immenses services et que grâce à lui on pourra dire avec Rudaux : « L'avortement provoqué pour vomissements incoercibles gravidiques doit être rayé du cadre de la thérapeutique obstétricale. »

F. L. S.

La maladie et l'homme (1), par George DRAPER, professeur de clinique médicale à l'Université de Colombia.

George Draper représente la nouvelle Ecole, dite de la clinique élargie, dont les tendances se rapprochent de la cli-

(1) *Progrès méd.*, n° 52, 20 déc. 1930.
(2) Un volume in-8 avec 26 figures. — Paris 1932, N. Maloine.

(1) In-8 de 306 pages avec 57 figures dans le texte. — Prix : 35 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

nique française. Elle cherche à s'en différencier cependant par l'importance plus grande qu'elle veut donner, dans le traitement des maladies, à la génétique, c'est-à-dire à l'hérédité, à la morphologie, à l'influence du sexe, au facteur psychologique.

Ce sont ces idées originales qui sont défendues avec talent dans ce volume par l'éminent professeur de Colombia. A l'heure où tous les problèmes tendent à s'internationaliser, il est très utile de connaître les conceptions cliniques des auteurs qui visent à prendre la tête du mouvement médical universel.

A ce titre, les médecins de langue française seront heureux d'être mis au courant, grâce à la précise traduction du Dr Chamaillard, des directives actuelles de la médecine nord-américaine.

L. G.

CHRONIQUE

(SUITE)

LE JUBILÉ DU PROFESSEUR RIEUX

Sur l'initiative de deux de ses anciens élèves, le professeur Pilod et le Dr Roudouly, une réunion intime groupait autour du professeur Rieux, à l'occasion de son jubilé professoral, le 8 novembre dernier, dans les salons du Cercle Militaire, ses anciens élèves et ses nombreux amis. Tous avaient répondu avec empressement à l'appel du comité d'organisation et avaient voulu lui apporter le témoignage de leur reconnaissance et de leur sympathie. Une admirable plaquette due au talent du sculpteur Armel Beaufils et reproduisant les traits du maître lui fut offerte, et chacun put en admirer la vérité d'expression, y retrouver sa grande distinction de traits et la profondeur du regard.

La séance s'ouvrit sous la présidence de M. Ch. Fiessinger, et la parole fut donnée à M. le professeur agrégé Jausion, du Val-de-Grâce, qui, au nom des anciens élèves du professeur Rieux, sut parfaitement traduire l'émotion qu'il éprouvait et que tous partageaient avec lui. Il retraça la vie exemplaire de l'homme et sa haute tenue morale, mit en relief toutes ses qualités d'enseignement, son admirable talent de clinicien, rappela ses travaux et plus particulièrement son œuvre hématologique ainsi que ses études sur la tuberculose. Interprète enfin des sentiments de tous, M. Jausion sut, dans un bel élan du cœur, exprimer au maître toute la reconnaissance et la respectueuse affection de tous ceux qu'il contribua à former à la profession médicale.

M. Ameuille, médecin des Hôpitaux de Paris, au nom des amis civils du professeur Rieux, en une allocution d'une grande finesse de sentiments et dont la simplicité voulue était un charme de plus, vint dire combien la modestie et les belles qualités de cœur du grand savant avaient su grouper autour de lui d'amitiés et de sympathies profondes.

Ce sont encore ces valeurs qu'allait évoquer M. Trémolières, médecin des Hôpitaux de Paris, ancien médecin mobilisé à la 53e division, et qui connut pendant la guerre le médecin-major Rieux. Rappelant les heures sombres de la retraite de Charleroi, le flottement et l'incertitude pénible des unités livrées à elles-mêmes sans directives, il montra comment le militaire qu'était Rieux sut refaire autour de lui le faisceau des isolés, leur rendre confiance par ses qualités de sang-froid, de courage calme, de claire vision des choses, et assurer l'élan spontané de tous vers le chef.

L'esprit critique naturel aux médecins, dit M. Trémolières, s'effaçait devant son prestige, et c'est à l'acceptation d'une discipline librement consentie que le médecin-major Rieux dut de ramener jusqu'à la Marne des unités depuis longtemps perdues pour tous.

Dans la suite, toujours égal à lui-même, ne devait-il pas encore, avec le même calme héroïque, sortir seul des tranchées françaises, sous la protection du pavillon de la Croix Rouge, pour aller demander à l'ennemi la trêve nécessaire au sauvetage des blessés restés dans le *no man's land*.

Il appartenait au professeur Amelot, doyen de la Faculté catholique de Lille, de venir rappeler toute la part qu'y était venu prendre le professeur Rieux, en continuant depuis six ans, dans la chaire de Pathologie interne, un enseignement dont les exceptionnelles qualités avaient fait son renom à l'Ecole de Santé militaire de Lyon et à l'Ecole du Val-de-Grâce.

Puis le Dr Charles Fiessinger, en une allocution pleine d'émotion et d'affection, remettant encore en lumière les grands traits de son caractère, les grands faits de sa vie médicale et militaire, rappela enfin combien, au cours d'une collaboration médicale prolongée, il avait pu apprécier ses remarquables qualités de technicien et son incomparable valeur morale.

Le professeur Rieux tint ensuite à remercier les orateurs successifs, l'auteur de la très belle œuvre qui lui était offerte et les deux organisateurs de cette réunion : le professeur Pilod et le Dr Roudouly. Puis, après un souvenir très ému à celle qui fut la compagne de sa vie et sa collaboratrice, il évoqua ses années de professorat à l'Ecole de Lyon et à l'Ecole du Val-de-Grâce, la vie de son service hospitalier que rendait si facile le dévouement de son admirable infirmière Mlle Protat ; enfin, prenant pour thème les principes de travail scientifique qui furent toujours les siens, il en refit l'exposé en une magistrale leçon qui fut, pour tous ses élèves présents, un enseignement toujours fécond.

Les qualités de cœur de M. le professeur Rieux, son accueil toujours simple et bienveillant, son dévouement envers tous, joints à ses autres qualités morales, ne lui avaient valu que des amis. Aussi, autour de lui, se trouvait réunie l'élite du monde médical civil et militaire : le médecin général inspecteur Cadiot, directeur du Service de santé au G.M.P.; le médecin général inspecteur Sacquepée, auquel l'attachaient, entre autres souvenirs, les encouragements et les conseils qu'il lui donna jadis à son laboratoire de Rennes ; le professeur Vincent, membre de l'Institut, avec qui il collabora à maintes reprises ; le médecin général Geysen ; le médecin général Lévy, directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce ; le médecin général Troussaint ; le professeur Beaudoin ; le professeur Lardennois ; les professeurs Reverchon et Billet ; les docteurs Besredka et Marchoux de l'Institut Pasteur ; plusieurs de ses collègues de la Faculté catholique de Lille ; M. Mâle, de l'Académie française ; le Dr Laurence ; M. Doin, éditeur, et M. Auguste Dupouy ; les professeurs et professeurs agrégés et anciens professeurs du Val-de-Grâce, parmi lesquels le maître compte tant d'élèves.

M. le médecin général inspecteur Rouvillois, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, retenu par une conférence, s'était fait excuser.

Enfin, si toutes les générations successives de médecins militaires que le professeur Rieux contribua si largement à former ne pouvaient être présentes autour de lui, du moins des témoignages nombreux qui lui vinrent des contrées les plus lointaines, ainsi que l'empressement de tous ceux qui, réunis à Paris ou disséminés en province, répondirent à l'appel du comité d'organisation, montrèrent combien était resté vivant dans le cœur de tous le souvenir du maître.

G.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER,** 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Jury : MM. les docteurs Leroux, Bariéty, Chevalley, Escalier, Bloch (René), Ameline, Ménégaux, Banzet.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — NANCY. — Le concours de l'externat a donné lieu à la nomination de MM. Jacobs, Chevillot, Godot, Mlle Claude, MM. Cordier, Lécoanet, Koblentz, Greff, Body, Heully, Boquet, Lenseignies, Dohm, Lelorrain, Royer, Mlle Huck, MM. Willigens, Couillault, Mathieu.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours pour le clinicat.* — Un concours pour des emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, pour le clinicat suivant :

Places mises au concours. — Le lundi 5 décembre 1932, à 9 h., Clinique orthopédique de l'adulte : titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement, 1.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 h., jusqu'au jeudi 1er décembre 1932 inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Renseignements au secrétariat de la Faculté de médecine.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS. — La Société des chirurgiens de Paris rappelle qu'elle décerne chaque année quatre prix :

1° Prix de chirurgie générale (prix Dartigues).
2° Prix de chirurgie urinaire (prix Cathelin).
3° Prix de chirurgie gastro-intestinale (prix Victor-Pauchet).
4° Prix de chirurgie gynécologique (prix Paul Delbet).

Chaque prix est de mille francs.

Les travaux, originaux et inédits, doivent être adressés au secrétaire général de la Société, docteur Charles Buizard 3, rue de la Trémoille, Paris (VIIIe), avant le 31 décembre 1932, au moins en deux exemplaires et de préférence en cinq dactylographiés.

OFFICE NATIONAL DU COMBATTANT. — M. le docteur Perfetti, député, a été nommé membre du Comité provisoire d'administration de l'Office national du combattant et membre du Conseil provisoire de perfectionnement de l'Office national du combattant.

A LA MÉMOIRE DE LEJARS. — Une souscription est ouverte à Unverre, patrie du regretté professeur Lejars, en vue de lui élever un monument commémoratif. — Prière d'adresser les offrandes à Mlle le docteur Saint-Laurens, à Unverre (Eure-et-Loir). C. chèques postaux, Paris 1303-44.

A LA MÉMOIRE DE TANTON. — Le médecin principal Tanton, chirurgien éminent, entré à l'Ecole de santé militaire de Lyon en 1895 avec le n° 1, sorti du Val-de-Grâce en 1899 avec le n° 1, ancien professeur agrégé de chirurgie au Val-de-Grâce de 1906 à 1911, attaché aux formations sanitaires du Maroc de 1911 à 1915, a couronné toute une vie de science et de dévouement par une mort glorieuse pour la France, à l'ambulance du Mt. Frénet (IVe armée) établie au sud du camp de Châlons de 1916 à 1918. Il était âgé de 42 ans.

Le *Souvenir français* de Châlons-sur-Marne a pris l'initiative de poser une plaque avec une effigie en bronze de Tanton, à l'hôpital militaire de Châlons.

Une souscription est ouverte dès maintenant dans ce but. Les amis et les admirateurs de Tanton sont priés d'envoyer leur souscription à M. Pestre, banquier, trésorier du *Souvenir français*, 5, rue d'Orfeuil, à Châlons-sur-Marne.

CONFÉRENCES MÉDICALES DE L'HÔTEL CHAMBON — Le jeudi 1er décembre 1932, à 21 h., dans la grande salle des conférences de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, M. le professeur Serge Judine, chirurgien-chef du service de chirurgie d'urgence à l'Institut Skalifassowsky, à Moscou, donnera une conférence sur :

L'organisation du service de premiers secours chirurgicaux à Moscou.

Quelques travaux récents des médecins russes.

Projection d'un film sur la gastrectomie.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence et de pratique courante), en dix leçons, par M. le docteur P. Funck-Brentano, prosecteur, commencera le lundi 5 décembre 1932, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs G. Montseret, Cyprien Peyraube et Melian (de Montpellier); M. E.-F. Abric, moniteur à la Faculté de médecine de Montpellier.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MÉDECINE ET SCIENCES EXACTES

Nous avons à maintes reprises, trop souvent peut-être et nous nous en excusons, défendu ce que nous considérons comme le véritable esprit médical contre les entreprises qui tendraient à substituer à l'éducation traditionnelle, dont le but essentiel était de faire des cliniciens, une instruction comparable à celle qui est pratiquée pour les sciences exactes. D'excellents esprits se sont laissé influencer par des méthodes qui ont cours dans des pays étrangers, faute de les avoir soumises à une critique suffisamment serrée ; ils ont été hypnotisés par des statistiques sans s'inquiéter des conditions dans lesquelles elles avaient été établies ; ils ont vu, dans un rêve qu'ils ont cru beau, la Médecine aux côtés des mathématiques, de la physique, de la chimie..., sans penser à la relativité inhérente à tout phénomène biologique.

Nous en avons vu l'expression dans la campagne, contre les études latines et grecques, pour un baccalauréat dit scientifique donnant accès aux études médicales, et dans la défaveur auprès de certains de ces études classiques, cependant indispensables pour faire des cliniciens ; nous l'avons vue également dans tous ces projets de centres variés, dont la réalisation n'aboutirait qu'à la substitution à ce qui est essentiel de ce qui n'est qu'accessoire.

En soutenant la thèse inverse, nous n'étions certes pas ébranlés dans notre conviction par les manifestations des Facultés des Sciences, mais, bien que nous fussions en bonne compagnie avec la plupart de nos Maîtres des Facultés de Médecine, nous pouvions, tout de même, sentir un certain isolement, d'autant qu'il est des milieux qui considèrent volontiers la défense de la culture classique comme la marque des esprits rétrogrades.

Mais voici que s'est élevée une voix que ne peuvent désavouer les plus scientifiques. Charles Nicolle vient de publier ses leçons du Collège de France, leçons consacrées à l'Introduction à la carrière de la médecine expérimentale : dans celle professée le 6 mai 1932, il place, avec l'autorité qui s'attache à son nom et à ses travaux, la question sur son véritable terrain :

« La première qualité que nous demandons à nos jeunes adeptes est de savoir la médecine...; il est, pour la compréhension des phénomènes de la vie, des façons de concevoir particulières, de même que, pour leur étude, un état, une technique de l'esprit qu'ignorent et que repousseraient justement les servants des sciences exactes. Ils ont l'horreur de l'empirisme que Claude Bernard considérait, au contraire, comme le premier degré, l'échelon indispensable de la science expérimentale. »

Certes, il ne conçoit pas que les travaux des botanistes et des zoologistes puissent être considérés comme d'un intérêt médiocre pour les médecins, et il préconise entre eux une collaboration fructueuse : « Mais, pas plus qu'aux physiciens et aux chimistes, nous n'avons à demander à nos collègues leur esprit et leurs conceptions. La place qu'occupe telle bactérie parmi les algues offre un intérêt si éloigné de nos préoccupations que nous ne saurions, le plus souvent, quel parti tirer du renseignement. » Et, un peu plus loin, il illustre ainsi cette conception : « Si les médecins avaient attendu d'être en possession d'une toxine pure, d'une toxine chimiquement définie avant de l'utiliser, les heureuses applications qui ont suivi la conquête primordiale de Roux, la découverte des antitoxines par Charles Richet, leur universelle application par Behring, la récente invention des anatoxines par Ramon, tant de bienfaits n'auraient pu s'accomplir... Tout en demandant leur collaboration à nos collègues des sciences exactes, nous devons employer, pour nos investigations d'attente, des méthodes à nous, les méthodes de la biologie médicale. »

Et nous ne pouvons mieux faire que de citer textuellement les conclusions de cette leçon magistrale : « Comment espérer qu'une méthode, empruntée aux sciences exactes, puisse nous conduire à la connaissance rigoureuse d'une propriété qui s'acquiert, se développe, se perd, qui naît un jour et un jour disparaît ? Adaptation, accoutumance, peut-être plus simplement mémoire, sont des expressions purement biologiques, les faits qu'ils définissent de simples constatations. Pour concevoir de tels faits, pour en dégager ensuite les applications qu'ils engendrent, certes un esprit méthodique, celui du savant, est nécessaire. Sans méthode, sans discipline, tout essai dans la connaissance demeure stérile. L'esprit qu'il faut apporter en biologie n'est pas toutefois celui des sciences exactes. Il se situe à mi-chemin entre cet esprit, le plus élevé, et celui de l'observateur imaginatif. C'est à cet esprit intermédiaire que nous donnons le nom d'esprit biologique. Aussi, les jeunes collaborateurs auxquels nous faisons appel doivent-ils être surtout des biologistes et des médecins. »

S'il en est ainsi, et nous ne saurions en douter, de la médecine expérimentale, nous laissons à penser ce qu'il peut en être de la pratique de la médecine et également de la préparation à cette pratique.

A. HERPIN.

RENSEIGNEMENTS

APPARTEMENT R.-D.-C. 7 p., ent. façade, t. conf. Conv. part. pour médecin. — 54, boulevard Emile-Augier (XVIe).

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Par M. Paul TRUFFERT,

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DE L'HÔPITAL BON-SECOURS
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

I. GÉNÉRALITÉS

Pneumatocèles intracraniennes. (G. Worms, L. Didiée, L. Grumbach. *Ann. d'Oto-Lar.*, 1932, n° 5, p. 481.) — Longue revue générale sur cet accident rare, à l'occasion d'un cas observé de pneumatocèle intracranienne extracérébrale.

Les auteurs ont retrouvé dans la littérature 72 observations. L'épanchement peut se faire dans le crâne en dehors du cerveau : *Pneumatocèles extracérébrales* (extra ou sous-durales) ;

Soit dans le cerveau : *Pneumatocèles intracérébrales ;*

Soit dans les ventricules latéraux : *Pn. ventriculaires.*

Le contenu est soit *aérique*, soit *hydroaérique*, dans ce cas bruit de glouglou.

Sur les 72 cas observés, 53 étaient d'origine traumatique et 13 secondaires à des plaies par projectiles ; 3 à des interventions chirurgicales ; 2 à des infections microbiennes ; 1 à une tumeur de l'orbite.

Leur apparition est en général tardive. Le pronostic en est dans l'ensemble favorable spontanément.

Aux signes d'hypertension intracranienne s'ajoute la *rhinorhée tardive*, qui pour les auteurs a une grosse valeur diagnostique.

Quelquefois le malade perçoit un bruit de glouglou ou de clapotement.

Mais c'est la radiographie qui fixe le diagnostic.

Le traitement est l'expectative. Si on intervient, il faut occlure la brèche durale.

Hémorragie du sinus longitudinal supérieur. (F. Chavanne. *O.-R.-L. intern.* 1932, n° 5, p. 231.) — A propos d'un cas de plaie traumatique du sinus longitudinal supérieur qu'il a eu à traiter, C. passe en revue les divers procédés d'hémostase qui ont été préconisés : pince à demeure (Mauclair), ligature (Lannois et Molinié). Il donne à juste titre la préférence au tamponnement, le plus simple, le plus efficace et partant le plus utilisé des moyens d'hémostase dans les blessures du sinus longitudinal supérieur.

Dispositifs vaso-sensoriels spécialisés au niveau des organes du tact, de la gustation et de l'olfaction. Leur rôle de thermosensibilisation. (Valette, *Rev. lar.*, 1932, n° 5, p. 553.) — Travail considérable d'anatomie et d'histophysiologie.

Au niveau des organes des sens spécialisés existent, à côté des dispositifs nourriciers, des dispositifs vaso-sensoriels, tantôt artériel, tantôt capillaire, tantôt veineux.

Leur rôle est de régulariser la température de façon à permettre aux fonctions sensorielles leur maximum de rendement.

Ce point explique leur absence dans les organes sensoriels profondément logés (oreille interne par exemple).

II. FOSSES NASALES ET SINUS

La vascularisation artérielle du sinus maxillaire chez l'adulte. Etude anatomique avec considérations médico-chirurgicales. (P. Jacques et M. Bleicher. *Ann. d'O.-L.*, 1932, n° 4, p. 353.) — Les auteurs décrivent, au sinus maxillaire, 3 artères principales, qu'ils dénomment, selon la région où elles abordent l'antre maxillaire :

L'*artère ostiale* naît de la branche turbinale moyenne de la sphéno-palatine à sa partie moyenne, près de l'ostium.

Elle s'engage dans le repli muqueux qui circonscrit la partie postérieure de l'ostium et pénètre dans l'antre, où elle se distribue rapidement à la région ostiale et des fontanelles ;

L'*artère tubérositaire* naît du tronc sous-orbitaire quelques millimètres avant sa pénétration dans le canal. Elle pénètre dans la tubérosité au niveau de l'angle postéro-supérieur du sinus, auquel elle se distribue en s'anastomosant avec l'artère ostiale et l'artère antro-alvéolaire. Avant d'atteindre la muqueuse, elle abandonne des collatérales destinées à la paroi postérieure de l'os malaire. Certaines peuvent atteindre le rebord alvéolaire ;

L'*artère antro-alvéolaire*, la plus volumineuse, naît souvent directement de la maxillaire interne et pénètre après un trajet plexieux dans la tubérosité, à 30 mm. au-dessus de la face triturante de la dent de sagesse ; elle chemine dans l'os à égale distance du rebord alvéolaire et du bord inférieur du malaire. Elle se faufile au travers de la paroi sinusienne, tantôt intra-osseuse, tantôt sous-muqueuse. Elle donne de nombreuses branches et souvent, parmi celles-ci, une plus volumineuse suit un trajet parallèle au tronc principal et sous-jacent.

Les branches ascendantes irriguent la cavité sinusienne.

A ces artères principales s'ajoutent des artérioles venues des territoires voisins (ethmoïdal, angulaire, sous-orbitaire, palatine descendante).

Chirurgicalement, seule l'artère antro-alvéolaire présente un intérêt. Dans la trépanation de l'antre d'Highmore, elle est fréquemment sectionnée et est une cause de gêne. L'écrasement de l'os est inconstant comme procédé hémostatique.

Les auteurs ont fait construire un appareil constitué par deux petits crochets symétriques, opposés par leur convexité et garnis de caoutchouc.

Ces crochets sont reliés entre eux par un ressort approprié.

La dent de 6 ans en rhinologie et en chirurgie maxillo-faciale. (P. Jacques, *Ann. O.-L.*, 1932, n° 2, p. 129.) — L'auteur insiste sur le rôle fondamental de la dent de 6 ans dans le développement des arcades dentaires et sur sa fonction directrice dans l'éruption des dents définitives.


DIASTOGÈNE F
Kola fraîche stabilisée
Manganèse
Arsines
Fenugrec
(comprimé glutinisé inclus dans le cachet)
abrège les convalescences
2 à 3 cachets par jour
Laboratoire Dehaussy
66 rue Nationale Lille

L'auteur en conclut que, sauf accidents sérieux, les dents de 6 ans seront conservées jusqu'à l'éruption des dents de 12 ans.

Au cas de nécessité, il faut alors enlever simultanément les dents antagonistes, sinon les quatre premières molaires, pour assurer un articulé correct.

Le sinus sphénoïdal. (P. Bonnet, de Lyon. *Rev. de Lar.*, 1932, n° 4, p. 475.) — Etude topographique extrêmement détaillée et qui est à lire dans son ensemble.

Le larmoiement sans sténose et l'obstruction mécanique de l'orifice inférieur des voies lacrymales. Son traitement par la résection partielle du cornet inférieur. (Jacod, de Lyon, *Ann. d'Oto-Lar.*, 1932, n° 5, p. 562.) — Le titre de cet article résume les six observations des malades traités par Jacod selon ce procédé.

Des ostéo-périostites tuberculeuses primitives des os du nez. (J. Zimmer Leibovici. *Ann. d'Oto-Lar.*, 1932, n° 5, p. 534.). — Longue revue générale sur cette affection classique.

L'auteur conclut à la thérapeutique chirurgicale toutes les fois qu'il s'agit d'une tuberculose localisée. Ce cas est malheureusement le moins fréquent, sinon l'exception.

Antrites associées et antrites combinées. (Jacques. *O.-R.-L.inter.*, 1932, n° 6, p. 265.) — La *sinusite maxillaire*, même d'origine dentaire, peut à la longue réagir sur le massif ethmoïdofrontal. A plus forte raison si l'infection sinusienne est d'origine nasale, ce qui a permis à certains de croire que la monosinusite n'existe que théoriquement. Néanmoins, dans ces cas de sinusites associées, le traitement doit s'attaquer d'abord au sinus maxillaire.

Les sinusites sont dites combinées lorsqu'elles sont bilatérales. Dans certains cas il y a lieu de faire intervenir certains facteurs étiologiques : asthme, hérédo-syphilis, troubles trophiques sympathiques.

Le sympathome sphénoïdo-ethmoïdal n'aurait-il pas son point de départ dans le ganglion sphéno-palatin ? Origine suggérée par deux observations. (E. Escat, *Ann. O.-L.*, 1931, n° 8, p. 828.) — Le sympathome se présente comme une tumeur végétante, se développant dans les fosses nasales et ayant une tendance à envahir l'orbite et la cavité endocranienne.

A propos de deux cas observés, E. émet l'hypothèse d'une origine aux dépens du ganglion sphéno-palatin, se basant sur les directions d'envahissement, au travers des déhiscences de l'arrière-fosse ptérygo-maxillaire.

Cette variété de tumeur est peut-être moins rare que souvent méconnue.

Il faut y penser chaque fois que l'on est en présence d'une tumeur du cul-de-sac sphéno-ethmoïdal polyforme, de surface lisse, polychrome, marbrée, de consistance inégale et hémorragique, surtout quand la tumeur est précédée de céphalées profondes, de névralgies d'allure migraineuse.

Seule la biopsie affirmera le diagnostic. Le traitement sera celui de tumeur maligne de la région sphéno-ethmoïdale.

La ponction du sinus maxillaire par la voie du méat inférieur. (G. Canuyt. *O.-R.-L. intern.*, 1932, n° 5, p. 209.) — C., dans une communication au congrès de Catane, expose les raisons qui font du méat inférieur d'une part, et des fontanelles du sinus maxillaire qui y répondent d'autre part, le lieu d'élection de la ponction du sinus maxillaire.

Il insiste à juste titre sur ce point : que la ponction du sinus doit être faite sans développer de force, formule classique trop souvent oubliée.

Il signale les fausses routes et les accidents qui peuvent survenir (syncope, embolie aérienne, infection) et montre avec clarté la valeur de la ponction au point de vue du diagnostic, et du lavage comme moyen thérapeutique.

A propos d'un traitement des saignements de la cloison nasale. (H. Lewenfisz (de Varsovie). *Ann. O.-L.*, 1932, n° 3, p. 295.) — En présence d'épistaxis rebelles ou récidivantes, L., ayant constaté l'insuffisance ou les dégâts causés par les cautérisations répétées, propose le décollement de la sous-muqueuse d'abord par infiltration novocainique dans la zone vasculaire, ensuite au besoin par rugination sous-muqueuse.

Les accidents consécutifs aux petites opérations endonasales. (Dufourmentel. *Rev. de Lar.*, 1932, n° 4, p. 446.) — Dans cette longue étude, D. passe en revue les accidents qui peuvent survenir à la suite d'interventions endonasales minimes d'apparence.

Les *hémorragies* après résection du cornet inférieur, après déviation de cloison, après résections portant sur l'ethmoïde.

A côté des hémorragies toujours possibles et imputables à l'intervention, hémorragies qui se rencontrent de temps à autre et entre toutes les mains, il en est d'autres qui sont imputables au terrain.

D. envisage ensuite les indications thérapeutiques et pose nettement les indications de la transfusion sanguine.

Les *accidents infectieux* aigus ou chroniques (méningites, otites, sinusites et ozène traumatique).

Les *déformations* consécutives à des résections sous-muqueuses de la cloison.

III. OREILLES

Imperforation du conduit auditif externe, cholestéatome primitif, évidement pétro-mastoïdien spontané. Considérations étiologiques. (C. B. de la Bernadie (de Brest). *Ann. O.-L.*, 1931, n° 9, p. 952.) — Un homme de 21 ans, ayant une imperforation du conduit auditif externe, présente une fistule mastoïdienne par où s'écoule un liquide extrêmement fétide.

L'intervention montre qu'il s'agissait d'un cholestéatome ayant détruit la mastoïde et le mur du facial.

Absence de conduit auditif externe osseux.

Plastique d'évidement pétro-mastoïdien à la suite de l'intervention.

Suites opératoires simples.

Amélioration du point de vue audition :

V. H. de 1 m. 50 à 4 m.

V. C. de 0 à 0 m. 30.

Sur la lésion du golfe de la jugulaire au cours de la paracentèse. (P. Mangabeira-Albernaz. *Ann. O.-L.*, 1932, n° 2, p. 151.) — A propos d'une observation personnelle, l'auteur attire l'attention sur ce fait rare mais déjà signalé depuis longtemps, de procidence du golfe de la jugulaire au travers du plancher déhiscent de la caisse du tympan.

L'aiguille à paracentèse pique le golfe en même temps qu'elle incise le tympan. L'hémorragie immédiatement notable cède à un tamponnement compressif serré.

Paralysie faciale otitique par abcès de la région stylo-mastoïdienne. (Rebattut et Euvrard. *Bull. Soc. O.-R.-L. de Lyon*, 1931, n° 3, p. 102.) — Paralysie faciale survenue au décours d'une bronchite avec otalgie. Sans signes tympaniques otoscopiques, une incision rétroauriculaire donna issue à un abcès venant de la région stylienne (sans otite).

Immédiatement, la paralysie faciale régressa.

Tuberculose de l'oreille à début aigu, probablement primitive. (F. COLLET et R. MAYOUX. *Ann. O.-L.*, 1932, n° 3, p. 298.) — Une fillette de 10 mois, à la suite d'une angine, présente une oto-mastoïdite. L'incision se fistulise. Six semaines après, l'inoculation des fongosités aux cobayes montra la nature tuberculeuse de l'infection.

A noter qu'au cours de la deuxième intervention on constata la nécrose de la paroi postérieure du conduit auditif externe.

Mastoïdite et diabète. (H. SAGOLS. *Ann. d'Oto-Lar.*, 1932, n° 5, p. 575.) — Avant d'intervenir chez un diabétique, il y a lieu de le soumettre à un traitement insulinique.

L'opération se fera de préférence sous anesthésie locale.

Après l'intervention, insuline et régime hygiéno-diététique.

Cancer primitif de la mastoïde. (P. PARTHIOT. *Bull Soc. O.-R.-L. de Lyon*, 1931, n° 1, p. 36.) — Homme de 67 ans, ayant vu se développer dans la région mastoïdienne, entre septembre 1929 et janvier 1930, une tuméfaction qui devenait douloureuse. Le facial est indemne, l'examen otoscopique négatif. Curetage à cette date, suivi d'une récidive qui nécessite une nouvelle intervention très large, le 10 avril 1930.

A la suite de celle-ci, le traitement radiothérapique, qui amène une sédation des douleurs. En février 1931, bon état général, pas d'adénopathie, pas de paralysie faciale, mais un bourgeon néoplasique se développe dans l'oreille moyenne.

L'ostéite profonde du rocher. (J. RAMADIER. *Ann. O.-L.*, 1931, n° 12, p. 1300.) — R., après un rappel anatomique des groupements cellulaires pétreux profonds, insiste sur la symptomatologie de l'envahissement de ces groupes.

Douleurs profondes, à type rétro-orbitaire et facial.

La persistance d'une suppuration profuse, l'existence d'une fistule pétreuse profonde, la valeur diagnostique de la radiographie, et il indique la technique à suivre pour poursuivre au besoin les lésions jusqu'à la pointe du rocher.

Méninges et liquide céphalo-rachidien en otologie. (ALAIN GASTON. *Ann. O.-L.*, 1931, n° 10, p. 1059.) — D'une fort intéressante étude du liquide céphalo-rachidien et des conditions qui président à son infection, A. conclut que :

La voie la plus habituelle de l'infection du liquide céphalo-rachidien est la voie veineuse.

La réaction méningée hypertensive aseptique (ancienne méningite séreuse), la ventriculite hypertensive est à reconnaître.

« Toute méningite d'aspect généralisé qui guérit, n'est qu'une réaction méningée d'une altération de la pie-mère. »

Au point de vue thérapeutique, A. étudie le traitement de la lésion oto-pétreuse.

Puis le traitement de la méningite et, après avoir exposé les différentes méthodes décompressives ou de drainage permanent des espaces sous-mandibulaires, A. conclut (avec justesse) : lorsqu'une méningite septique doit guérir, le drainage rachidien suffit dans la plupart des cas.

La ponction lombaire dans les complications endocraniennes des otites (L. GRANGÉ, *Rev. de Chir.*, 1932, n° 3, p. 310.) — L'auteur insiste sur la nécessité d'étudier le liquide céphalo-rachidien au triple point de vue chimique, cytologique et bactériologique, ce qui permet de faire le départ entre les réactions méningées et les méningites vraies.

Les modifications du liquide céphalo-rachidien sont également intéressantes à noter dans les abcès encéphaliques, dans les thrombophlébites (accroissement du pouvoir réducteur) et dans les labyrinthites.

A côté de cette valeur diagnostique, la ponction lombaire a également une valeur thérapeutique, drainage et voie d'introduction médicamenteuse.

L'otosclérome (D. ZUBERBIER (de Varsovie). *Ann. O. L.*, 1932, n° 4, p. 411.) — Si la diminution de l'ouïe est fréquente chez les malades atteints de rhinosclérome, l'envahissement ou l'atteinte de l'oreille moyenne par le processus du sclérome est très rare, puisque sur 133 malades suivis, on n'a constaté que deux fois l'atteinte de l'oreille moyenne sous forme d'inflammation polypeuse chronique.

Zuberbier en rapporte une observation ayant guéri par la radiothérapie, dont l'auteur affirme l'efficacité thérapeutique.

Remarques sur une variété particulière de chute. L'éclipse du tonus de posture. (R. CAUSSE. *Ann. O. L.*, 1932, N° 4, p. 394.) — Chute instantanée, sans aucun symptôme concomitant (vertige, crampe, obnubilation), toute la musculature du corps y participe. Le malade s'effondre subitement.

Ces chutes s'observent chez des sujets indemnes de toute tare pathologique et identiquement chez des sujets atteints d'affections neurologiques fort dissemblables.

Causse se basant sur 5 observations, émet l'hypothèse d'une origine vestibulaire possible.

Critique des méthodes d'examen de l'organe vestibulaire employées actuellement. (H. QUIX, *O. R. L. intern.*, 1932, n° 1, p. 1.) — Cette remarquable étude est basée non seulement sur l'expérience considérable de l'auteur, mais encore sur des données anatomiques et mécaniques indiscutables. De ses conclusions, dont l'importance est grande, nous retiendrons surtout :

Le nystagmus rotatoire et le vertical proviennent de l'excitation simultanée de deux canaux verticaux.

La plaque tournante est supérieure à la chaise tournante pour l'examen de l'organe vestibulaire.

Le nystagmus a moins de valeur au point de vue clinique que les déviations de l'index dans les expériences.

Dans l'excitation calorique, il est très important de connaître l'endroit exact où l'écart de température atteint le canal.

IV. LARYNX

Epiglottites aiguës isolées. (A. JOUKOVSKY. *Ann. O. L.*, 1931, N° 9, p. 957.) — L'auteur rapporte 15 observations d'abcès de l'épiglotte, manifestation isolée, ayant tous guéri spontanément en 5 à 6 jours.

La symptomatologie se limite à de la douleur à la déglutition et à l'aspect laryngoscopique (infiltration de la face linguale de l'épiglotte sur la moitié de son étendue en général).

Dans un seul cas, J. fut obligé d'intervenir pour évacuer la collection.

Technique de l'hémilaryngectomie type A. Hautant. (M. OMBRÉDANNE, *Ann. O. L.*, 1931, n° 12, p. 1261.) — Variation sur la laryngectomie économique type Sebileau.

L'originalité de ce procédé tient à la résection du squelette cartilagineux, dans la région néoplasique, préalablement à l'ouverture de la cavité laryngée.

Cette technique est justifiée par l'impossibilité de faire un diagnostic topographique précis, par le désir de passer le plus au large possible de la lésion et d'éviter un essaimage du néoplasme dans des tissus sains.

L'auteur étudie ensuite le rôle adjuvant des agents physiques.

Cette intéressante monographie abondamment illustrée est d'ailleurs à lire dans son entier, elle constitue un exposé technique extrêmement clair.

Indications et technique de la laryngectomie totale, selon Tapia. (J. Ducuing. *Ann. O. L.*, 1932, N° 3, p. 241.) — L'auteur décrit la technique exposée par Tapia pour la laryngectomie totale.

La caractéristique de cette technique réside dans la séparation des voies aériennes et digestives en procédant de haut en bas. De plus, les voies digestives sont suturées avant d'ouvrir les voies aériennes.

La section trachéale s'effectuant à la fin de l'intervention.

Paralysie zostérienne facio-pharyngo-laryngée. (P. Jacques. *Ann. O. L.*, 1931, N° 8, p. 836.) — L'auteur rapporte un cas de cette localisation rare au territoire du VII, du IX et du X.

V. BOUCHE. PHARYNX. ŒSOPHAGE

L'anatomie chirurgicale de l'amygdale palatine et de sa loge. (A. Viela. *Ann. O. L.*, 1931, N° 11, p. 1151.) — Ce remarquable travail est une mise au point définitive de l'anatomie de l'amygdale et de sa loge.

Ce chapitre d'anatomie chirurgicale a donné lieu à de nombreuses publications et à quelques controverses.

Viela, avec une conscience et une impartialité de véritable anatomiste, a mis de la clarté là où n'existait que confusion.

Sa description dès maintenant classique de la capsule amygdalienne, montre l'existence d'un clivage chirurgical dont la découverte est la clef de l'amygdalectomie totale.

Cinq cas d'angine de Ludwig. (J. Piquet. *Ann. O. L.*, 1932, N° 3, p. 281.) — L'auteur rapporte 5 observations de phlegmon du plancher de la bouche.

Chez 3 malades, les caractères anatomo-cliniques de l'affection étaient ceux du phlegmon diffus classique.

Les 2 autres cas sont des phlegmons du plancher, d'origine dentaire, aggravés par l'avulsion d'une dent de sagesse.

A ce sujet, Piquet discute des indications de l'avulsion dentaire en période inflammatoire aiguë, et il conclut que la dent ne doit être enlevée que si elle est mobile.

Cette conclusion, quoi qu'il en apparaisse, est conforme à celle de M. le professeur Sebileau, qui, dans la thèse de son élève Truffert, avait écrit : « La dent est cueillie plus qu'avulsée ». Ce point particulier méritait d'être rappelé.

Considérations sur les adamantinomes kystiques mandibulaires. (Ch. Ruppe. *Ann. O. L.*, 1932, N° 2, p. 140.) — Très rare, apparaît à tout âge. Il siège habituellement au niveau de la région postérieure de la branche horizontale et la branche montante. (Un cas dans la région mentonnière, Sénèque).

Rarement solides, généralement kystiques ; peuvent atteindre un volume considérable.

C'est une tumeur à marche lente, sans signe fonctionnel, sans lésion du nerf dentaire inférieur.

Le diagnostic se fait par *ponction* qui ramène un liquide filant, épais, jaunâtre, quelquefois hématique ;

par radiographie qui montre les géodes ou une image aréolaire, en nid d'abeilles ou en bulles de savon ;

par la biopsie qui confirme la nature de la tumeur.

S'il évolue lentement, il récidive fréquemment s'il n'est pas complètement extirpé, il n'a pas de retentissement ganglionnaire, ne dégénère pas, n'engendre pas de métastases.

La dégénérescence maligne est rare, mais possible.

Le traitement est la résection à la demande. Ruppe conseille au cas de résection typique de conserver chaque fois que possible la canine du côté malade.

La résection doit être suivie de prothèse.

Les adamantinomes semblent être radiosensibles, mais comme le fait justement remarquer Ruppe, il faut tenir compte de la proximité de l'os et de la possibilité de nécroses.

Cette remarquable mise au point de la question est suivie de 9 observations.

Deux cas d'épithéliomas glandulaires de la mandibule. (Ch. Ruppe et G. Ardoin. *Ann. O. L.*, 1931, N° 8, p. 839.) — Les auteurs rapportent deux observations d'épithéliomas glandulaires atypiques, dont l'un avec dégénérescence microkystique. Ni la clinique, ni l'histologie ne permettent de connaître le point de départ de ces tumeurs.

Les rhino-pharyngites hyperesthésiques et tussigènes. (L. Labarraque. *Ann. O. L.*, 1932, N° 2, p. 193.) — Pour l'auteur, la zone tussigérée est la région latérale du pharynx, du cavum à l'insertion inférieure des piliers postérieurs du voile du palais.

Le traitement en est : des cautérisations chimiques (nitrate d'argent, acide chromique à 1 %) ou des galvanocautérisations.

Guérison d'une stricture complète du tiers moyen de l'œsophage par la diathermo-coagulation. (H. Lewenfisz (de Varsovie). *Ann. d'Oto. Lar.*, 1932, n° 5, p. 589.) — Chez un enfant de 14 ans atteint d'une stricture complète de l'œsophage, l'auteur introduisit un œsophagoscope par le segment inférieur et un dans le segment supérieur de l'œsophage. C'est par celui-ci qu'il pratiqua au centre de la membrane obturante, quelques points de coagulation paracentraux.

Il put obtenir ainsi un orifice de 4 centimètres de diamètre en une seule séance.

Résultat heureux et remarquable, intéressant à signaler.

L'œdème aigu du poumon (1), par Edmond Doumer, professeur de thérapeutique à la Faculté libre de Médecine de Lille.

Dans ce travail sur l'*Œdème aigu du poumon*, l'auteur n'a pas cherché à donner quelque originalité à la division de son sujet. Il a suivi le plan classique. Ses différents chapitres traitent successivement et dans un ordre logique des facteurs étiologiques qui président au développement de l'œdème aigu pulmonaire, des lésions qu'il édifie dans le poumon, de son tableau clinique et des formes cliniques particulières que peut revêtir la crise d'œdème, de son mécanisme, de son diagnostic et des moyens thérapeutiques propres à la prévenir ou à l'enrayer.

Ainsi le lecteur est assuré de trouver dans cette monographie une étude complète de la question. Présenté d'une façon didactique, avec un souci de clarté et de précision qui rend sa lecture particulièrement facile, ce travail est une excellente mise au point de ce que nous savons aujourd'hui sur ce sujet.

L. G.

---

(1) In-8 de 68 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

XLIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 3-8 octobre 1932 (1)

TROISIÈME QUESTION

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ARTHRITES CHRONIQUES NON TUBERCULEUSES DE LA HANCHE

Résumé du rapport de MM. B. Cunéo (de Paris) et H.-L. Rocher (de Bordeaux).

Notions étiologiques. — A. Lésions congénitales. — Le rapporteur laisse délibérément de côté la luxation non réduite et devenue irréductible avec le temps. Cette articulation peut être le siège d'un processus pathologique analogue à celui que présente l'arthrite sèche, mais il s'agit là d'un cas dont le diagnostic est incontestable.

Ce qu'il faut envisager ici, c'est l'ensemble des malades qui, pendant de nombreuses années, ont eu une marche quasi normale, sans souffrance, sans trouble, et qui voient leur articulation devenir un jour progressivement raide et douloureuse.

Un examen radiologique montre souvent, en plus des lésions caractéristiques de l'arthrite, une série d'autres signes dont l'interprétation plaide en faveur d'une malformation préalable de la hanche ayant favorisé l'évolution de l'arthrite elle-même.

En somme, on découvre une articulation « mal adaptée », dont la cavité cotyloïde trop évasée n'offre à la tête fémorale qu'un appui insuffisant. Le cotyle, sans profondeur, n'a pas de toit, et la tête fémorale y est pour ainsi dire en état de sub-luxation permanente.

L'examen attentif de l'os iliaque permet parfois d'affirmer la congénitalité de la lésion, lorsqu'on constate par exemple que le bord inférieur du néo-cotyle est séparé du contour du trou obturateur par un certain intervalle et qu'au niveau de cet intervalle apparaissent les traces de l'ancien cotyle.

De telles modifications sont d'observation courante. Elles semblent donner raison à Calot (cotyles à deux étages, cotyles à double fond, quand il défend l'origine congénitale de l'arthrite sèche déformante). On ne saurait cependant les considérer comme constantes, et, en leur absence, la nature congénitale de l'ascension de la tête fémorale aussi bien que celle de l'évasement du cotyle demeure difficile à prouver.

B. Lésions distrophiques. — Sous cette rubrique, l'auteur entend désigner une série d'affections qui apparaissent toujours dans l'enfance et l'adolescence et qu'Ombrédanne appelle « distrophies acquises », et Bruckhardt « épiphyseo-malacies ».

L'origine congénitale de certaines d'entre elles a été soutenue.

L'ostéochondrite juvénile est caractérisée par des modifications du noyau épiphysaire fémoral qui, de supéro-interne, devient supérieur et se fragmente ultérieurement. On note une déformation du col en coxa-vara et des lésions du cotyle marquées surtout au niveau du toit de la cavité.

Le simple repos guérirait cette affection dans un délai de six mois à deux ans. Mais souvent persistent des déformations qui vont en s'accentuant, rappelant de plus en plus celles de l'arthrite déformante.

La coxa vara et la coxa valga constituent elles aussi des prédispositions à l'arthrite déformante en raison des troubles qu'elles apportent au fonctionnement normal de l'articulation.

La chondromatose ou ostéomatose articulaire, qui ne sont que des lésions anciennes de la synoviale, ont des rapports encore plus étroits avec l'arthrite déformante.

Il en est de même des *corps étrangers articulaires,* conséquences de l'ostéochondrite disséquante de Köning. La lésion principale est une nécrose qu'Axhausen attribuait à des embolies microbiennes et qu'on considère plutôt aujourd'hui comme le résultat d'un traumatisme.

C. Lésions traumatiques. — Les grandes lésions traumatiques de la hanche aboutissent fréquemment à l'arthrite déformante. Wette n'affirma-t-il pas que c'est le cas dans 35 % des luxations réduites ?

La production de l'arthrite déformante s'expliquerait par l'importance des lésions cartilagineuses et par la nécrose de la tête fémorale brutalement dépourvue de ses vaisseaux nourriciers.

La même lésion nécrotique s'observe encore dans les variétés internes des fractures du col du fémur (fractures par décapitation, ou cervicales proprement dites).

La nécrose céphalique ne saurait aboutir à l'arthrite déformante que si la fracture se consolide. On l'observe même quand la fracture a été traitée par vissage métallique ou osseux.

A côté de la fracture du col du fémur, il faut encore citer comme cause prédisposante, la fracture du cotyle, qu'il s'agisse d'une simple fêlure marginale ou d'un enfoncement grave de la cavité coxale.

Des traumatismes beaucoup moins considérables, mais fréquemment répétés, tels ceux qui résultent du port d'un appareil chez un amputé, d'un surmenage professionnel (danseuses, acrobates) sont encore capables de préparer l'apparition d'une arthrite déformante.

D. Lésions inflammatoires. — Toutes les arthrites coxales de nature infectieuse sont à considérer, qu'il s'agisse d'un ensemencement de l'articulation par un agent vulnérant septique ou d'une inoculation par voie sanguine.

Quel que soit du reste le germe responsable, l'arthrite évolue toujours suivant les mêmes règles. Au déclin de la période aiguë, l'arthrite aboutit à l'ankylose ou bien guérit avec la conservation plus ou moins complète des mouvements, à moins que ne se produise une sub-luxation pathologique.

Mondor nous a montré, dans un Congrès récent, toute la gravité des arthrites gonococciques et son rôle dans la production des arthrites déformantes.

L'extension continue est certainement la méthode thérapeutique qui met le mieux à l'abri de la sub-luxation.

Le rhumatisme articulaire aigu franc rentre dans ce cadre des arthrites infectieuses ; mais il faut en éliminer le rhumatisme polyarticulaire chronique et toutes les affections qui prêtent à la méprise, notamment la spondylose rhyzomélique.

Notions anatomiques normales et pathologiques. — I. Anatomie normale. — L'auteur rappelle l'orientation du col fémoral, celle de la tête fémorale et du grand trochanter, enfin celle de la cavité cotyloïde.

II. Anatomie pathologique macroscopique. — Il en arrive tout naturellement à la description de l'arthrite déformante constituée.

Bien que l'arthrite déformante présente une physionomie toujours identique quelle que soit la lésion initiale, il est

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Fin. Voir séance d'ouverture, *Gaz. des hôpit.*, 1932, p. 1482 ; n° 87, p. 1589 ; n° 94, p. 1738.

cependant possible parfois de trouver dans les caractères de l'arthrite sèche certains détails permettant d'en soupçonner l'origine.

La connaissance de cette origine a une importance thérapeutique ; elle influe sur la détermination opératoire.

A l'examen d'une pièce sèche d'arthrite déformante de la hanche, on est frappé par l'étendue des lésions.

La tête fémorale est tellement modifiée qu'elle ne rappelle en rien la disposition anatomique normale. Aplatie, élargie, elle a perdu sa forme sphérique et ressemble à un champignon, à un tampon de wagon.

Le col du fémur est raccourci, épaissi et dévié. L'angle d'inclinaison, qui mesure normalement 125°, ne dépasse pas l'angle droit et quelquefois même forme un angle aigu. Il y a donc coxa-vara.

D'autres fois, au contraire, l'angle d'inclinaison est augmenté, il y a plutôt coxa-valga.

Les variations de la direction du col sont souvent fonctions de la lésion primitive. Ce col peut présenter des saillies osseuses ou cartilagineuses créant un bourrelet périarticulaire.

Du côté de la *cavité cotyloïde*, les modifications sont tout aussi accusées. Cette cavité se présente sous deux types différents :

Le cotyle profond ;

Le cotyle ouvert.

Dans le premier cas, la cavité a gardé l'aspect d'un cotyle normal. Sa profondeur parfois exagérée tient au relèvement du rebord cotyloïdien par un cercle plus ou moins irrégulier de productions osseuses ou cartilagineuses. Sur les radiographies on a souvent l'image d'un cotyle à double fond.

Le cotyle ouvert est au contraire peu profond, ses bords sont très évasés, il affecte la forme d'un verre de montre.

Normalement, le centre du cotyle doit se trouver sur la ligne de Nélaton-Roser. Il est fréquent de le trouver déplacé en avant ou en arrière de cette ligne. On note alors une ascension du cotyle et parfois l'existence d'un néo-cotyle empiétant sur le cotyle normal.

L'examen d'une pièce fraîche permet l'étude des lésions cartilagineuses. Le cartilage cotyloïden est beaucoup moins altéré que celui de la tête fémorale. La synoviale est épaisse, ecchymotique ; ses franges sont hypertrophiées et semées de nodules cartilagineux. La capsule est entourée d'une gangue scléro-lipomateuse. Habituellement il n'existe pas d'épanchement.

III. Histologie pathologique. — Les lésions du cartilage articulaire de la tête fémorale sont primordiales. Il semble qu'il se produise initialement un processus purement dégénératif. Pourtant, d'après Axhauser, on pourrait observer à ce moment une nécrose complète.

Les cellules cartilagineuses se multiplient par karyokinèse. Leur corps protoplasmique se gonfle et présente des vacuoles ; le noyau atrophié subit des modifications se traduisant par des altérations de ses propriétés colorantes. Ces lésions aboutissent à la fonte du cartilage.

Sur la plupart des coupes, le cartilage est remplacé par du tissu fibreux ou du fibro-cartilage.

La couche osseuse sous-jacente peut présenter deux aspects :

1° Ou bien il y a ostéolyse sans nécrose osseuse vraie ;

2° Ou bien on note de la nécrose avec modification des réactions colorantes de la substance fondamentale et disparition des ostéoblastes.

La moelle osseuse, à la périphérie, prend les caractères de la moelle jeune. Le bourrelet se montre formé de tissu fibreux semé d'îlots de fibro-cartilage et de travées d'os jeune riche en ostéoblastes.

La synoviale et la capsule sont fusionnées en une même couche fibreuse dense contenant des îlots de fibro-cartilage et des plages d'os néoformés.

Etude clinique. — L'arthrite chronique de la hanche consécutive à un trauma ou à une infection se présente avec les mêmes signes que ceux rencontrés dans la forme dite « arthrite sèche chronique d'emblée ou arthrite déformante ».

Il est facile de la distinguer et sa guérison est de règle après un traitement opératoire.

Au contraire, les arthrites chroniques de l'adulte et du vieillard méritent de retenir l'attention.

Les symptômes varient peu avec l'âge du sujet. C'est un état d'impotence douloureuse chronique avec çà et là des paroxysmes durant de quelques jours à un ou deux mois. L'évolution se fait « au ralenti ». A ce stade d'arthralgie succède insidieusement un stade d'arthrite déformante. La douleur se localise à la hanche. Elle irradie vers le pli de l'aine, la fesse, la région lombaire, le genou. Elle s'exagère par la position debout et la marche.

L'examen pratiqué sur un plan résistant permet de constater l'*amyotrophie*, l'*attitude vicieuse du membre*, la *limitation des mouvements*.

On note de l'ensellure lombaire et une scoliose compensatrices.

La mobilisation de l'articulation fait entendre des craquements.

Dans la position debout, le « signe du soulier », conséquence du blocage de la flexion, oblige le malade, pour se chausser, à garder la hanche en rectitude et à porter le pied en arrière et en haut.

Le signe de Trendelenburg est habituellement positif.

La boiterie, fonction de la douleur, se fait « en plongeon », par sautillement, par déhanchement.

Certaines arthrites déformantes permettent de sentir la tête fémorale faisant saillie dans le triangle de Scarpa.

La bilatéralité s'observe fréquemment, mais les lésions s'y présentent à des stades différents, et le malade ne se plaint que d'une hanche. La marche se fait alors par pivotement du bassin alternativement d'un côté et de l'autre. Le sujet a l'air d'avancer avec les genoux. Il progresse avec cannes ou béquilles, parfois en déplaçant une chaise qu'il suit et qui lui sert de point d'appui.

Recherches radiographiques. — Au début, on constate que la largeur de l'interligne est diminuée, par amincissement et calcification du cartilage articulaire. La tête fémorale est flouc et son contour se devine plutôt qu'il ne se voit. Il diffère considérablement du contour d'une tête normale.

Au contraire, la cavité cotyloïde est peu modifiée ; elle apparaît nettement dans ses détails, du moins pendant longtemps. Le toit est indiqué par une bande noire traduisant une condensation ; sa surface est déplacée en dehors et l'ancien cotyle apparaît sous forme d'une tache sombre.

Le choix de l'intervention dépend surtout de l'orientation du cotyle. Le cotyle fermé donne la préférence à une résection modelante ; les résultats peuvent être très bons, en raison de l'appui efficace que fournit au fémur le toit de ce cotyle.

Indications thérapeutiques et opératoires. — Le traitement peut être médical ou chirurgical. Le traitement orthopédique non sanglant se place entre l'un et l'autre.

Au début, on se bornera à conseiller un changement de profession, dans l'espoir de diminuer l'action défavorable de la surcharge ; la marche sera remplacée avec profit par l'usage de la bicyclette. Les lésions ostéo-articulaires bé-

néficieront du traitement thermal de la kinésithérapie, de la radiothérapie. Tel est le traitement médical pur. En cas d'échec, les méthodes orthopédiques sont indiquées : immobilisatrion plâtrée, port d'un appareil *ad hoc*, transpositions articulaires avec ou sans ténotomie, le tout favorisant une coaptation meilleure du cotyle et de la tête fémorale.

Si le résultat n'est pas satisfaisant, il conviendra de pratiquer une ostéotomie si possible sous-cutanée, ostéotomie sous-trochantérienne redressant l'axe du membre et corrigeant le porte-à-faux de l'articulation.

L'ostéotomie basse de Schanz, la bifurcation de Lorenz corrigent l'attitude vicieuse du membre et soulagent le fémur ; elles s'appliquent surtout aux hanches sub-luxées. Chez les sujets jeunes, l'opération de reconstruction par création d'une butée au-dessus de la tête fémorale constitue un excellent moyen d'améliorer la statique et la dynamique de l'articulation. On taille un large lambeau ostéopériostique dans la zone sus-condylienne, qu'on bascule et qu'on fixe à la capsule.

Le forage du col et de la tête fémorale donne d'intéressants résultats. Par contre, les interventions portant sur le sympathique n'ont donné que des résultats quelconques. La cordotomie, opération radicale contre la douleur, n'est indiquée que chez les grands infirmes, elle n'est pas sans gravité.

L'arthrodèse ne convient qu'aux malades jeunes encore, dont les articulations lombaires et sacro-iliaques peuvent suppléer à la perte de la mobilité de la hanche.

La bilatéralité et la multiplicité des localisations ne contre-indiquent pas toujours le traitement chirurgical.

Il faut distinguer :

A. Les deux hanches, mais les deux hanches seules sont atteintes. On pourra pratiquer une résection arthroplastique bilatérale en deux temps séparés, ou bien une résection arthroplastique ou modelante à la Withman du côté le plus malade, une ostéotomie simple ou d'appui de l'autre côté, ou bien enfin une résection modelante du côté le plus atteint avec traitement orthopédique du côté opposé.

B. — Plusieurs articulations sur les 2 membres inférieurs sont touchées : l'orthopédie reprend tous ses droits (R. Jones-Meyerding).

Rien de spécial n'est à signaler en ce qui concerne la préparation du malade à l'opération. C'est l'ensemble des soins aseptiques qu'exige toute intervention se passant au voisinage de la région anale et de la région inguinale.

L'auteur conseille d'employer le fil stérilisable de préférence au catgut. L'infection locale est plus redoutable encore ici qu'ailleurs ; en imposant des lavages, elle peut entraîner la détérioration du plâtre et son ablation. Le résultat orthopédique est compromis, parfois la vie du malade est en danger.

Suit un exposé des diverses incisions utilisables avec leurs avantages et leurs inconvénients, l'étude des différentes positions qu'on peut donner au malade, le choix des instruments.

Ceci dit, se pose la question du traitement proprement dit

Il est médical, orthopédique ou chirurgical.

a) **Traitement médical.** — La kinésithérapie, la physiothérapie, la mobilisation, le massage en sont les éléments essentiels ; ils interviennent en tant que thérapeutique isolée ou bien comme adjuvants post-opératoires.

Les moyens médicamenteux : iode, soufre, acide phosphorique, thorium, sels de radium, produits opothérapiques, notamment thyroïde et ovaire, traitements thermaux, ne sont pas à négliger.

b) **Traitement orthopédique.** — Il a pour but : 1° de prévenir ou de retarder l'évolution des altérations articulaires ; 2° de corriger l'attitude vicieuse, d'améliorer l'amplitude de la mobilité que limitent la contracture des muscles et les rétractions de voisinage.

La correction obtenue, le port prolongé d'appareils orthopédiques s'impose sous une surveillance médicale attentive.

c) **Traitement chirurgical.** — I. OSTÉOTOMIES ET BIFURCATIONS. — Ces opérations visent l'attitude vicieuse et la douleur.

L'ostéotomie sous-trochantérienne transversale, à ciel ouvert (Kirmisson, Frœlich, Broca), donne d'excellents résultats dans les arthrites traumatiques et infectieuses. S'il s'agit d'un cotyle ouvert, agrandi avec sub-luxation, il faut recourir, soit à l'ostéotomie basse de *Schanz*, soit à la bifurcation de *Lorenz*, dont l'auteur expose tous les détails de technique.

II. — La butée est indiquée dans les cas où l'on se trouve en présence d'un cotyle épaissi avec une tête subluxée. La fixation du volet emprunté à la région sus-cotyloïdienne se fera à l'aide de deux gros catguts le transfixiant à son extrémité et traversant d'autre part la capsule près de son insertion au grand trochanter (Lance). Le dépouillement très attentif des observations que cet auteur a publiées dans ce journal le 9 décembre 1931 peut se résumer dans le tableau suivant :

1° Sub-luxation primitive simple : 25 butées (dont 7 au-dessus de 17 ans). Bon résultat.

2° Sub-luxation primitive double : 12 butées (dont 2 au-dessous de 17 ans). Bon résultat. Opération du côté le plus douloureux ; un seul cas : opération double.

3° Sub-luxation douloureuse et luxation intermédiaire : 6 butées (adulte), 5 bons résultats (un cas : butée des deux côtés). La butée est faite sur le côté sub-luxé uniquement douloureux.

4° Sub-luxation par reluxation unilatérale : 14 butées (dont 9 au-dessous de 18 ans). Bon résultat.

5° Sub-luxation par reluxation double : 8 butées (dont 5 au-dessous de 15 ans). Bon résultat.

III. OPÉRATIONS OSTÉOTROPHIQUES. GREFFONS ET FORAGE. — Aimes et Reynes ont transposé le Robertson-Lavalle sur l'arthrite chronique non tuberculeuse de la hanche. Voici les principaux temps opératoires :

1° Longue incision cutanée dans l'axe du fémur s'étendant depuis 2 centimètres de la crête iliaque jusqu'à 3 travers de doigt au-dessous du bord supérieur du grand trochanter.

2° Incision aponévrotique, dissociation musculaire, découverte de l'articulation et dénudation du grand trochanter.

3° Perforation de la zone cotyloïdienne supérieure en direction du fond du cotyle sur une profondeur de 2 centimètres.

4° Perforation à travers le grand trochanter du col et de la tête. Cette dernière est perforée quand on a la sensation de pénétrer dans un os friable.

5° Deux greffons sont taillés aux dépens de la crête iliaque et insérés l'un dans le toit du cotyle, l'autre dans le col. Un lambeau périostique est rabattu sur leur extrémité externe.

Les résultats fonctionnels immédiats sont pleins d'intérêt : diminution des phénomènes douloureux, amélioration physiologique de l'articulation.

IV. ARTHRODÈSE EXTRA-ARTICULAIRE. — On utilise soit des greffons libres, soit des lambeaux ostéo-périostiques. Certains ont combiné les deux techniques. Ces greffons

sont fixés dans des niches ou des fentes creusées dans l'aile iliaque, le trochanter ou la zone sus-cotyloïdienne.

Suit un exposé détaillé de la méthode préconisée par Mathieu : verrouillage par pont ostéo-plastique ou greffon libre. L'obtention de l'ankylose s'accompagne de la suppression des douleurs et la reprise de la marche.

V. Arthrodèse intra-articulaire. — Appliquée tout d'abord à des cas de luxation congénitale, puis à des hanches paralytiques, la méthode consistait dans ces conditions à aviver les surfaces articulaires. Les résultats étant quelconques, on compléta cet avivement par une arthro-synthèse par broche, clou ou pointe d'ivoire. L'abrasion des surfaces cartilagineuses agrandissait le cotyle et réduisait le volume de la tête fémorale ; on obtenait ainsi un effet diamétralement opposé à celui qu'on désirait.

Pour cette raison, Albee et Delanglade réalisèrent l'arthrodèse-résection de la hanche qui du moins permettait la coaptation des surfaces. L'examen des résultats montre que ceux-ci sont d'autant meilleurs qu'on a recherché davantage une fusion osseuse définitive.

L'arthrodèse intra-articulaire peut se combiner à l'arthrodèse extra-articulaire. Cette intervention mixte se pratique d'emblée, en un seul temps, ou après échec de l'arthrodèse intra-articulaire.

VI. Résections, arthroplasties. Résections arthroplastiques. — La première résection de la hanche pour arthrite déformante a été pratiquée par Fock (de Magdebourg) en 1859. Il sectionna le fémur au-dessous du grand trochanter et replaça l'extrémité diaphysaire dans la cavité cotyloïde. Un érysipèle compliqua les suites opératoires. Le malade guérit avec un raccourcissement de 2 pouces. Sa néo-articulation était mobile et non douloureuse, mais il ne pouvait marcher qu'avec deux béquilles.

Vingt ans plus tard, Küster supprima simplement la tête fémorale. Le malade suppura mais guérit. Il marchait sans souffrance, sans claudication, aidé d'une semelle surélevée.

L'ère aseptique multiplia les tentatives de résections. Les résultats dans l'ensemble ne furent que relatifs. Actuellement on n'a plus guère recours à cette intervention.

C'est Baur qui semble avoir pratiqué les premières arthroplasties pour arthrites déformantes, et Luxer la première résection limitée à la tête et complétée par le modelage du col et la transposition basse du grand trochanter.

L'arthroplastie vise le rétablissement de la mobilité au niveau d'une articulation ankylosée. Elle n'est indiquée qu'après complète guérison de l'affection causale. La résection modelante, au contraire, s'adresse à des articulations dont les extrémités articulaires sont altérées dans leur structure et déformées. L'opération est ici beaucoup plus largement menée, puisqu'il s'agit de régulariser des surfaces osseuses. L'arthroplastie, si l'on veut garder à ce mot son sens étroit et précis, n'est pas une opération indiquée dans l'arthrite déformante de la hanche, de l'aveu même de Baer et de Murphy, les deux chirurgiens qui l'ont pratiquée le plus souvent.

On lira avec fruit, tous les détails qu'exposent les auteurs concernant l'anesthésie, la technique opératoire, les résultats immédiats et à distance, le traitement orthopédique.

VII. Les interventions d'exception. — *La cheilotomie* imaginée par Sampson-Handley et Preston-Ball, consiste dans l'ablation des proliférations osseuses rencontrées sur le sourcil cotyloïdien ou la tête fémorale. Deux observations par eux publiées nous montrent des résultats fort intéressants quant à la suppression de la douleur et le retour du fonctionnement articulaire.

Une observation du même genre est due à De Courcy-Wheeler.

Mouchet et Lefort ont eu recours à cette opération une fois chacun avec succès.

La chondromatose de la hanche est rare. Un corps étranger unique justifiera des opérations simples : arthrotomie suivie d'extirpation. Des corps multiples nécessiteront parfois des résections arthro-plastiques ou des arthrodèses.

La cordotomie a été pratiquée par Blundell-Bankart au niveau de la 5e dorsale, chez des sujets de 59 et 45 ans. La sensibilité à la douleur fut supprimée jusqu'au rebord costal. Les mouvements furent grandement améliorés. Deux mois après l'intervention, la marche devint normale.

Opérations sur les ganglions et chaînes sympathiques. — A vrai dire, la chirurgie du sympathique ne s'est jamais attaquée à des cas authentiques d'arthrite chronique de la hanche. Elle a été utilisée cependant dans des cas de polyarthrite déformante progressive s'accompagnant de troubles vaso-moteurs avec artères perméables et souples. Elle n'est pas indiquée dans les ankyloses marquées ni dans celles où persiste un processus infectieux. Les résultats ne sont guère appréciables que pour les petites articulations.

Cet important travail se termine par des conclusions pratiques, notamment en ce qui concerne le choix de l'opération. Il faut tenir compte dans ce choix non seulement de l'étendue des lésions et de leur cause, mais encore de l'âge, de la profession, de l'état moral du sujet.

Discussion.

M. Tavernier (de Lyon) essaie toujours le traitement médical. Si les douleurs persistent, il opère.

Sur huit cas d'arthrites déformantes chirurgicalement traitées, il a obtenu, après section économique et modelage : 2 ankyloses, 3 mobilités réduites, 3 mobilités étendues. Un malade a conservé des douleurs assez vives, un autre des douleurs légères. Ces deux malades présentaient une mobilité étendue.

L'auteur en conclut que l'arthrodèse, en dépit de la gêne qu'elle crée dans la station assise, doit être préférée à tout autre traitement, surtout chez le vieillard. Elle doit être faite « intra-articulaire ».

Chez les sujets jeunes, l'arthroplastie est à tenter. En cas d'échec ou de résultat insuffisant, reste la possibilité d'une arthrodèse secondaire.

Traitement opératoire des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche. — M. Masmonteil (de Paris) insiste sur la fréquence, au point de vue étiologique, des malformations congénitales, qui représentent la cause habituelle de ces arthrites.

Etant donnée cette origine, le traitement par la butée ostéo-plastique est tout indiqué.

La technique personnelle de Masmonteil utilise une double greffe :

1° Un volet ostéo-périostique d'origine iliaque, qu'on rabat sur l'articulation ;

2° Un transplant tibial sectionné en trois tronçons qui seront enfoncés au-dessus de l'articulation : l'un en avant, le deuxième au-dessus et le troisième en arrière, dans l'épaisseur même de l'os iliaque.

Ainsi se trouve réalisé un plafond à trois solives, facteurs puissants d'ostéo-genèse.

Cette intervention a toujours donné satisfaction à l'auteur.

M. Pieri (de Bellune) se montre partisan de l'arthroplastie chez les sujets qui n'ont pas atteint 50 ans. S'il s'agit d'un vieillard, l'auteur recherche l'ankylose par une résection modelante.

Sa statistique porte sur 17 femmes. 11 ont été traitées par arthroplastie et 6 par résection. Une malade mourut au

quatrième jour, de bronchopneumonie ; les 16 autres sont présentement bien portantes.

Sur ces 16 malades, 6 peuvent fournir une longue marche sans fatigue ni souffrance. Toutes ont subi une résection et sont complètement ankylosées. Les 10 autres opérées, traitées par arthroplastie, présentent des résultats assez satisfaisants. 2, cependant, ont suppuré légèrement ; leur guérison s'est faite par ankylose en bonne position.

M. Massart (de Paris) distingue, parmi les arthrites chroniques, celles dont l'origine est microbienne et celles qui ont toujours été aseptiques.

Ces dernières surtout relèvent de la chirurgie.

Il importe de les traiter aussitôt que possible, avant qu'apparaissent les déformations.

L'ostéotomie cunéiforme portant sur le col lui paraît être une excellente opération, surtout quand ce col est dévié en varus.

La qualité du squelette doit intervenir dans le choix de l'opération. Vouloir à tout prix modeler un col mou et graisseux, c'est aller au-devant d'un échec.

Volontiers l'auteur place un greffon intra-cervical doublé d'un greffon sus-cotyloïdien. Il obtient ainsi de bons résultats. Il insiste sur l'importance des soins post-opératoires, sur le port d'un appareil orthopédique qu'il a imaginé et qui permet la surveillance de la hanche opérée.

M. Masini (de Marseille) rapporte trois observations de malades qu'il a traités en réalisant une arthrodèse extra-articulaire. Les résultats sont bons, notamment en ce qui concerne l'élément douleur.

Les efforts du chirurgien doivent tendre cependant vers la récupération fonctionnelle de l'articulation par une arthroplastie.

M. Descarpentries (de Roubaix). Dans le but d'obtenir une réadaptation de la tête fémorale dans le cotyle, en même temps qu'un réajustement de l'axe du membre, l'auteur conseille une ostéotomie sous-trochantérienne largement menée, avec section complète de l'os permettant la mobilisation du fragment fémoral supérieur et la bascule de la tête dans le cotyle.

L'intervention est complétée par la pose d'un greffon osseux maintenant la tête fémorale dans sa nouvelle position et par un forage cervico-trochantérien avec greffe centrale.

Le traitement chirurgical ne supprime en rien le traitement médical, et c'est la collaboration du médecin et du chirurgien qui donnera les meilleurs résultats.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Pour voir la Côte d'Azur sous ses différents aspects, il faut parcourir, dans les autocars P.-L.-M., la magnifique route du Littoral qui passe par toutes les plages entre Marseille et Nice.

Prix : 85 fr. pour le parcours simple dans l'un ou l'autre sens, et 150 fr. pour l'aller et retour.

On délivre tous billets ou coupons d'autocar dans les grandes gares du P.-L.-M. ou dans ses bureaux de ville.

M. Arnaud (de Saint-Etienne) est avant tout partisan du forage du col. Appliquée à dix malades, cette méthode a fait disparaître rapidement les douleurs. La mobilité s'est améliorée ultérieurement.

Le forage est réalisé à l'aide d'une vrille poussée jusqu'au centre de la tête fémorale préalablement repérée radiographiquement.

L'intervention est surtout indiquée dans les cas d'arthrites spécialement douloureuses des vieillards ou chez les sujets à état général déficient, ne pouvant supporter une opération plus sérieuse.

Le forage agit sans doute en créant « in situ » des modifications vasculaires favorables.

M. Cléret (de Chambéry) pense que l'arthroplastie ne convient guère qu'à des sujets jeunes et non tarés, et recule devant la cordotomie en raison de sa gravité.

Dans la plupart des cas, c'est au forage avec enchevillement qu'il faut avoir recours.

L'auteur a réalisé sept fois cette intervention, dont une fois chez une femme de 70 ans.

Il opère sous anesthésie locale. Entre autres avantages, ce procédé permet, si l'état général est suffisant, une opération ultérieure de redressement.

M. Termier (de Grenoble), dans les cas relevant du traitement médical pur, a obtenu des résultats assez satisfaisants par l'aurothérapie. Les injections intra-articulaires d'eau phéniquée forte ont été moins favorables. Consécutivement à ces injections, il a vu diminuer les phénomènes douloureux ; les autres symptômes n'ont pas été modifiés.

Trois fois, l'auteur a réalisé une butée dans des cas de sub-luxations : les résultats ont été bons.

Dans les formes particulièrement douloureuses, l'immobilisation de la hanche sous un plâtre est à conseiller, à condition de faire marcher le malade.

M. Calot (de Berck) voudrait que l'arthrite sèche de la hanche perde définitivement son nom de « morbus senilis », pour prendre celui de « morbus congenitus », car la sub-luxation congénitale est la lésion primitive et constante.

Il rappelle qu'à l'appui de sa thèse il a décrit des signes radiographiques qu'on peut toujours retrouver. Présentant une série de clichés récents dus à Burckardt, et qu'il a fait agrandir pour mettre en évidence certaines anomalies, l'auteur y montre ces anomalies, qui sont comme la signature de la congénitalité.

La conclusion pratique est que le traitement orthopédique bien conduit est le seul à opposer à l'arthrite sèche de la hanche.

M. Pascalis (de Paris). Le traitement chirurgical n'est légitime qu'après un essai de méthode non sanglante.

Les indications opératoires varient avec l'état local, l'état général, l'état social du malade. On peut les résumer schématiquement :

— Si la douleur prédomine : forage du col.

— Si la claudication est la manifestation la plus marquante, avec des lésions surtout fémorales : arthroplastie.

— Si le col est agrandi et déformé : arthrodèse.

L'auteur opère toujours sous anesthésie générale, utilise l'incision de Smith Petersen combinée à celle de Whiteman. Il emploie des limes électriques rotatives, qui lui donnent toute satisfaction.

M. Richard (de Paris) plaide en faveur de l'arthrodèse, qu'il a longuement expérimentée durant son séjour à Berck. Il préconise l'emploi de la table de Lance et rappelle son procédé opératoire « en pont-levis ». Il opère toujours sous rachi-anesthésie et aborde l'articulation par l'incision d'Ombrédanne. Le grand trochanter n'est pas détaché, mais ouvert simplement par son bord antérieur. Dans l'entrebâillement ainsi obtenu s'enfonce, à frottement dur, l'extrémité libre du lambeau ostéo-périostique.

Sans utiliser le moindre matériel de synthèse, on obtient par ce procédé un blocage parfait.

M. Dariau.

PRATIQUE MÉDICALE

LA PLURALITÉ DES HORMONES GÉNITALES CHEZ LA FEMME. DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES (1)

Par M. le docteur J. Couturat,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

De nombreux travaux physiologiques, d'une très grande portée scientifique, ont apporté, depuis quelques années, des précisions extrêmement intéressantes dans le domaine, auparavant si obscur, des modifications cycliques de l'appareil utéro-ovarien dans diverses espèces animales et de celles qui se produisent également chez la femme et qui, chez elle, s'accompagnent de cet autre phénomène qui lui est propre : la menstruation.

La folliculine et la lutéine représentent les éléments dynamiques essentiels de ces modifications cycliques, de telle sorte que, cliniquement, il est possible, par l'administration d'extraits d'ovaire judicieusement choisis, d'agir d'une façon utile sur l'appareil génital de la femme, pour remédier aux troubles dont il peut être le siège ou la cause. L'on recourra donc aux extraits d'ovaire dissociés ; on administrera l'extrait lutéinique, ou sistomensine, en présence d'une hyperfonction ovarienne avec syndrome métrorragique ou polyménorrhéique ; par contre on administrera l'extrait folliculaire, ou agomensine, en présence d'un état d'hypofonction ovarienne se traduisant par le syndrome aménorrhéique ou hypoménorrhéique.

Utilisés par l'auteur depuis de nombreuses années, ces extraits opothérapiques différenciés, l'agomensine et la sistomensine, lui ont donné à maintes reprises des résultats cliniques assez probants pour qu'il se croie autorisé à les placer parmi les armes les plus efficaces dont on puisse disposer en l'état actuel pour combattre les dysendocrinies ovariennes avec leur répercussion utérine ou menstruelle.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PÉRITONITE A PNEUMOCOQUES DE L'ENFANT

SIGNES. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Nous étudierons :

La péritonite à pneumocoques, manifestation primitive d'une infection pneumococcique survenue :

— Par voie sanguine (Ombrédanne), ou

— Par voie génitale.

Elle frappe les fillettes de 3 à 7 ans.

ÉTUDE CLINIQUE

Que son évolution se fasse vers la péritonite diffuse ou l'enkystement, son début est identique :

Brutalement, une fillette en train de jouer est prise d'une douleur violente dans le ventre et de vomissements.

Rapidement s'installe un état général grave.

(1) *Journ. de méd. de Paris*, 6 août 1931, n° 32.

A son arrivée, le médecin trouve une enfant qui se plaint d'une :

Douleur continue, d'intensité variable, mais sans localisation précise ; tout le ventre est douloureux, à gauche comme à droite.

Les vomissements sont fréquents, immédiats, explosifs, parfois à type cérébral.

Dans certains cas, dès les premières heures, un signe important est déjà survenu :

La diarrhée, jaunâtre ou sanguinolente, toujours tenace, elle est en outre très fétide.

Par ailleurs, l'état général est très vite atteint.

La fièvre est élevée : 39°, 40° et *vite élevée.*

Le pouls à 120, l'altération du facies, la dyspnée, la cyanose légère des ongles, la prostration, tous ces signes sont fréquemment observés.

L'examen de l'abdomen est très difficile, car l'enfant se défend.

Le plus souvent, la *contracture* existe, contracture généralisée, certes, mais pas très marquée ; pour certains, il s'agirait plus d'une résistance pâteuse que d'une contracture vraie.

Le Douglas est douloureux au toucher rectal.

Bref, c'est tout le tableau d'une péritonite appendiculaire.

On songera, cependant, au pneumocoque :

A cause de la précocité de la diarrhée, — de la rapidité de l'évolution, — de la douleur non localisée ; surtout s'il s'agit d'une fillette au facies vultueux, aux pommettes rouges, qui présente des éléments herpétiques et qui a eu une angine, une piqûre ou un léger écoulement vaginal dans les jours qui précèdent.

On l'ausculte avec soin.

La leucocytose est intense (25.000) et rapidement intense.

Pratiquement, il faut savoir se décider vite entre l'intervention et l'abstention, en retenant que l'appendicite est quinze fois plus fréquente.

L'évolution se fait vers la diffusion ou vers l'enkystement.

Il est impossible de la prévoir au début.

Dans la *péritonite diffuse*, le tabeau clinique s'aggrave rapidement : facies péritonéal, vomissements noirâtres, diarrhée abondante, oligurie, contracture nette, fièvre très élevée ou hypothermie avec pouls dissocié.

La mort survient en cinq ou six jours, précédée souvent de la cessation paradoxale de la douleur.

Passé le cap du huitième jour, le pronostic est meilleur, car cette péritonite diffuse va évoluer vers l'enkystement.

Formes avec enkystement. — Elles succèdent parfois à la forme précédente.

Le plus souvent, l'orage du début tourne court en 48 h. Les signes généraux se sont amendés. La fièvre tombe à 38°. Douleurs et vomissements cessent. La diarrhée persiste. Pendant quelque temps, tout semble rentrer dans l'ordre ; mais les signes physiques vont devenir plus nets. A la contracture succède le tympanisme, au tympanisme l'apparition d'une collection sous-ombilicale.

D'abord soulèvement *rénitent* et mat, la tumeur se ramollit et va s'ouvrir si on n'intervient pas.

L'abcès fuse autour de l'ombilic, dans le Douglas. L'ombilic se déplisse.

La fièvre devient oscillante.

L'évolution est interminable.

Citons des formes traînantes, des formes abortives ou à rechutes.

PRONOSTIC

En général, la guérison est de 20 % dans les formes diffuses, 80 % dans les formes enkystées.

DIAGNOSTIC

Dans les premiers jours, un diagnostic aussi difficile qu'important :

La *péritonite appendiculaire*, avec sa douleur iliaque droite, sa constipation, sa température moins élevée, sa contracture nette.

Mais chez l'enfant les formes toxiques sont fréquentes, avec diarrhée, prostration, gravité des signes généraux, pauvreté des signes physiques.

Contre l'appendicite : la rougeur des pommettes, la notion d'une angine, d'une piqûre, d'un écoulement vaginal, voire d'une simple irritation de la face interne des cuisses.

On ausculte soigneusement l'enfant.

On se rappellera la rareté de la péritonite à pneumocoques chez le jeune garçon.

La notion d'*appendicite pneumococcique* n'est pas pour faciliter le diagnostic, non plus d'ailleurs que *certaines appendicites d'origine grippale*, précédées de troubles pulmonaires ou amygdaliens, d'emblée gangreneuses ou perforantes, s'accompagnant de diarrhée par intoxication (Aurousseau) ; que les *appendicites rétrocœcales* avec pauvreté des signes physiques, gravité des signes généraux, diarrhée par irritation de la paroi postérieure du cœcum par un appendice gangrené.

La perforation du diverticule de Meckel saigne et frappe surtout le jeune garçon.

L'intoxication alimentaire.

L'invagination cœco-colique qui ne saigne pas.

La pneumonie.

Dans certaines formes enkystées, entre l'explosion et l'enkystement, le diagnostic se pose très souvent avec :

Une entérite aiguë, à cause de la diarrhée,

Une dothiénentérie (formes typhiques de la péritonite à pneumocoques),

Un ulcus,

Une appendicite encore,

Une péritonite bacillaire avec les formes traînantes.

TRAITEMENT

Au début, mieux vaut temporiser (Mathieu).

Mais il faut, pour avoir le courage de s'abstenir, être certain qu'il ne s'agit pas d'une appendicite. Eu égard à l'extrême difficulté de cette différenciation, certains auteurs préconisent l'incision iliaque exploratrice systématique, sous anesthésie locale (Tavernier).

A la période d'état, on attend la formation de la collection.

Il faut savoir choisir judicieusement la date de l'intervention.

Ni trop tôt : abcès non entièrement enkysté, infection de la grande cavité ;

Ni trop tard : l'enfant s'affaiblit de jour en jour.

On pourra intervenir lorsque la ponction exploratrice de l'abcès fournira un pus bien lié, ne montrant ni pneumocoques libres, ni poly intacts.

S'aider toujours du traitement médical : transfusion, sérum anti-pneumo, vaccinothérapie dans les formes traînantes.

Dans le doute, plutôt que de s'abstenir devant une appendicite, il vaut encore mieux opérer une péritonite à pneumocoques.

Dans ce cas, on trouve l'appendice un peu rouge, c'est tout, du pus verdâtre engluant les anses grêles, *pus non fétide*, accompagné de petits amas fibrineux.

Il faut aller vite, arroser l'intestin de sérum antipneumo, refermer et drainer.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Desjacques.

— Strasbourg. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Haimovici, Houot, Mlle Wehrung, MM. Labourgade, Laugier, Rodier, Mercenie, Moniatte, Heimendinger, Mlle Rousset.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Le concours de chef de clinique des maladies des voies urinaires s'est terminé par la nomination de M. Guérin.

— Lille. — M. le docteur Pierre Bournoville est nommé aide de clinique médicale infantile; M. Francke est nommé moniteur de clinique ophtalmologique; M. le docteur Boury est nommé moniteur de clinique des maladies syphilitiques et cutanées; M. le docteur Lamoot est nommé aide de clinique des maladies des voies urinaires; M. le docteur Louis Gernez est nommé moniteur de clinique obstétricale; M. le docteur Legillon a été proposé pour la subvention Philippart, M. Pierre Minet, pour le prix Ledieu-Dupaix, et M. Gérard Patoir pour le prix Philippart.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rennes. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira le lundi 19 juin 1933 devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris.

— Tours. — Après concours, le docteur Jacques Métadier a été nommé professeur suppléant de physique médicale à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours.

Un concours s'ouvrira le 10 janvier 1933, à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours, pour la nomination d'un chef de clinique médicale.

Le docteur Desbuquois, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin adjoint de l'hôpital, est délégué dans les fonctions de chef de clinique médicale jusqu'à l'issue du concours.

Après concours, M. Babeau a été nommé prosecteur à l'Ecole de médecine, et M. Fleury, aide d'anatomie.

— Le concours de l'internat de l'hôpital général s'est terminé par la nomination de MM. Babeau, Zaepffel, Guérin, Rolland et Viallet.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Lebas, Toufesco, Carrois, Allain, Mlles Sirand, Bissery, MM. Cousin, Roy, Lhomme, Wincberg, Marguet, Marnet, Patin, Rausch, Astié, Laurentin, Laborde, Dorian.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en argent est décernée à M. le médecin auxiliaire Bosc, de la 22e section d'infirmiers militaires.

GUERRE. — (Active.) Sont promus :
Au grade de médecin général. — MM. les médecins colonels Chrétien, Gay-Bonnet et Rousseau.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. le professeur H. Vincent, membre de l'Institut, commencera son cours au Collège de France le mercredi 7 décembre, à 5 h. (amphithéâtre n° 5), et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.
Objet du cours : « L'infection et l'immunité. »

HÔPITAL ET DISPENSAIRE FRANÇAIS DE LONDRES. — Une vacance de médecin résident à cet hôpital se produira le 1er février 1933.

Les nominations sont faites par concours sur titres. Les principales conditions à remplir sont les suivantes : être âgé

de moins de trente ans, docteur en médecine, célibataire, parler français, signer un engagement d'au moins un an.

Les fonctions sont à peu près celles des internes des hôpitaux français. Traitement en espèces (100 livres sterling par an), logement, éclairage, nourriture. Il y a deux (ou trois) médecins résidents prenant la garde à tour de rôle.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Robert Pierret, 95, avenue Kléber, Paris.

POUR LES ORPHELINS DE LA MÉDECINE. — Une grande soirée musicale aura lieu le dimanche 18 décembre, à 8 h. 3/4, salle Gaveau, rue La Boétie, Paris (VIIIe), au profit du « Secours d'urgence des orphelins de la médecine ».

PROGRAMME. — 1° (*a*) Aria de Bach; (*b*) Rondo de Boccherini (par l'ensemble Paul Bazelaire, 50 violoncelles); 2° Deux Noëls du XVe siècle; 3° *Orphée*, de Gluck : Orphée, Mlle Le Bargy; Eurydice, Mme Vallandri, de l'Opéra; l'Amour, Mme Yvonne Brothier, de l'Opéra-Comique. Chœurs et orchestre Girardin-Marchal, sous la direction Alice Sauvrezis.

Prix des places : de 30 à 5 fr. On trouve des billets : chez Durand, éditeur, place de la Madeleine; chez Sénart, éditeur, rue de Rome, 49; à la « Semaine de Paris », 28, rue d'Assas; maison Gaveau, rue La Boétie; à la « F. E. M. » et à la « Société centrale de l'A. G. », 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe), tél. Littré 61-43.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE. — Le 17 novembre a eu lieu la séance de réouverture des cours de l'Ecole de psychologie, sous la présidence d'honneur de M. le professeur d'Arsonval.

Après une brillante allocution faite par M. Pierre Vachet, directeur de l'Ecole de psychologie, M. le docteur Louis Chauvois traita des « Considérations psychologiques sur la mécanique du corps humain »; enfin, M. le docteur Bérillon, fondateur de l'Ecole de psychologie, en une allocution très applaudie, donna le programme des cours qui auront lieu cette année à l'Ecole, 49, rue Saint-André-des-Arts.

Le samedi, tous les 15 jours, à 16 h. 30 (à partir du 19 novembre) : M. Bérillon. La philosophie de l'euphronie et la pathologie du jugement; M. Ménard. La psychologie graphique.

Le samedi, tous les 15 jours, à 16 h. 30 (à partir du 26 novembre) : Mlle Lucie Bérillon. La psychologie du bonheur; M. Follereau. La psychologie de la Latinité; M. Gosset. Les méthodes psycho-pédagogiques de rééducation des enfants anormaux.

Le jeudi, tous les 15 jours, à 16 h. 30 (à partir du 24 novembre) : Me Guilhermet. Les causes psychologiques de l'erreur judiciaire; M. Pierre Vachet. La psycho-pathologie sexuelle.

Le jeudi, tous les 15 jours, à 16 h. 30 (à partir du 1er décembre) : M. Chauvois. Considérations psychologiques sur la mécanique du corps humain; M. Marcel Viard. La psychologie appliquée à la vie quotidienne.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE DE L'ADULTE. — M. le professeur Paul Mathieu fera la leçon inaugurale de son cours le vendredi 16 décembre 1932, à 17 h., au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les lundis et vendredis matin suivants, à l'hôpital Cochin.

RENSEIGNEMENTS

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 6 décembre. — Jury : MM. Léon Bernard, président ; J.-L. Faure, Gatellier, Moulonguet. — M. BRUN. Contribution à l'étude des ruptures sus-rotuliennes du tendon du quatriceps et à leur traitement chirurgical.

Mercredi 7 décembre. — Jury : MM. Legueu, président ; Tanon, d'Allaines, Cathala. — Mme PINEL. Application systématique du lipogon et du protargol dans certaines complications de la blennorragie. — M. RENAUDIN. L'identification des vibrions cholériques et la prophylaxie du choléra.

Vendredi 9 décembre. — Jury : MM. Gosset, président ; Leveuf, Mondor, Quénu. — M. REGARD. Technique opératoire et résultats post-opératoires de l'amputation du rectum cancéreux par voie abdomino-périnéale.

Samedi 10 décembre. — Jury : MM. Nobécourt, président ; Maurice Villaret, Hutinel, Richet. — M. NICOLAS. Les abcès du poumon dans l'enfance. — M. POLLET. Contribution à l'étude du bleu de trypane dans le traitement de quelques affections nerveuses et spécialement du syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

Mercredi 7 décembre (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Loeper, président ; Lesbouyriès, Maignon. — M. OUTREBON. L'aloès dans le traitement de l'indigestion par surcharge du ramin et du feuillet chez les Bovidés.

NOTES DE PRATIQUE

PRE-SCLÉROSE GASTRO-INTESTINALE

Sous cette dénomination est envisagé un état pathologique justiciable des médicaments utilisés contre l'artériosclérose. Chtchoukine n'a eu que des insuccès avec l'iode comme avec les iodures ainsi qu'avec la théobromine. Par contre, l'Adonis vernalis s'est montrée efficace ; il attribue cette supériorité de l'Adonis sur la théobromine à ce que celle-ci ne provoque qu'une dilatation des parois vasculaires, tandis que l'adonis exerce, en outre, une action stimulante de la circulation, d'où établissement d'un équilibre suffisant.

En conséquence, prescrire l'Adonis sous forme de Diurène, deux à trois cuillerées à café en y ajoutant quelques gouttes de teinture de condurango à titre de tonique gastro-intestinal.

* *

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES VACANCES DE LA LÉGALITÉ

Il y avait autrefois, en France, une loi, dite de 1892, sur l'exercice de la médecine...

Il y avait antérieurement une loi, dite de 1880, qui précisait les conditions dans lesquelles pouvaient être attribués les diplômes de bachelier, licencié, docteur... Et, si nos souvenirs de ces faits lointains sont exacts, cette loi donnait le monopole de ces attributions à l'Université, à l'Etat.

Mais, depuis ces époques éloignées, bien du temps est passé, et nous n'en sommes plus à ces périodes où l'administration veillait jalousement à l'application et au respect des dispositions législatives.

De nos jours, un aimable scepticisme a remplacé le rigorisme d'antan et, sans prendre la peine d'abroger les anciennes lois, on se contente bien plus simplement de ne pas les appliquer.

Récemment, une école privée ayant décidé de créer un nouveau diplôme de doctorat et de le distribuer, les titulaires, qui s'intitulent modestement docteurs en électro-radiologie, n'ont pas hésité à constituer un syndicat et nous n'avons pas su que la Préfecture, lors du dépôt de leurs statuts, ait jugé à propos de s'inquiéter de la légalité de cette constitution.

Bien mieux, comme on a pensé que la fondation d'un tel syndicat ne saurait être accompagnée de trop de solennité, ce fut l'occasion de cérémonies officielles dont les communiqués publiés ne nous laissent pas ignorer la grandeur, tant par le nombre des participants que par leur qualité.

C'est ainsi que nous avons appris que le Ministre du Travail en avait accepté la présidence ; malheureusement, l'opportunité d'un voyage en Espagne l'obligea à faire assurer de « la reconnaissance du gouvernement et de son propre appui » les nouveaux syndiqués par un représentant qui se trouva par hasard être un médecin....

Le Conseil municipal ne pouvait moins faire que de déléguer un représentant de son président, qui exprima en termes émus les félicitations et les remerciements de la Ville de Paris pour la belle œuvre accomplie.

Bien entendu, il y eut des parlementaires et l'un d'eux ne craignit pas d'affirmer que l'Ecole, pépinière de ces nouveaux docteurs, était « un des plus importants centres de perfectionnement scientifique de France et du monde ».

D'autres, plus prudents, avaient préféré s'excuser, mais, nous dit-on, en termes chaleureux : Monsieur le Préfet de la Seine, Monsieur le Préfet de Seine-et-Oise, Monsieur le Préfet de Police.... .

Comme il est donc doux de vivre à une époque où une libéralité bien comprise a su donner des vacances à la légalité !

Il est vraiment regrettable qu'on ait cru devoir conserver des organismes désuets comme les Facultés de médecine et autres et même un ministère qui, pour avoir été pourvu d'un nouveau titre, n'en représente pas moins l'ancien ministère de l'Instruction publique. Et comme il y a encore à la tête de ces organismes des doyens, des recteurs, un directeur de l'Enseignement supérieur et même un ministre, nous serions heureux de savoir ce qu'ils peuvent penser de ces manifestations et des participations qui ont été publiées.

A. HERPIN.

Leçon inaugurale du cours de Clinique des Maladies infectieuses [1]

Par M. le professeur A. LEMIERRE.

Mesdames, Messieurs, Mes Chers Amis,

Je vous remercie d'être venus si nombreux autour de moi ce matin et de n'avoir pas hésité pour arriver jusqu'ici à pénétrer dans des régions abruptes et presque sauvages dont nombre d'entre vous ignoraient peut-être l'existence. J'éprouve à la fois une grande émotion et une grande joie à faire aujourd'hui ma première leçon clinique, environné de votre sympathie, dans cet hôpital Claude Bernard qui sera désormais mon lieu de travail.

Mes Chers Collègues,

L'unanimité de vos suffrages m'a désigné pour occuper cette Chaire de Clinique des Maladies Infectieuses. Je vous en garde une très grande reconnaissance. Je ferai tous mes efforts pour justifier la confiance que vous m'avez témoignée et pour que l'enseignement que je donnerai ici soit digne de notre Ecole.

Je vois se presser autour de moi mes compagnons des années passées, mes assistants et mes internes d'Andral et de Bichat. Certains sont devenus mes collègues et forment à leur tour des élèves. Les autres marchent sur leurs traces. Tous se sont déjà fait un nom dans la science médicale. La période que j'ai vécue avec eux compte parmi les plus belles de mon existence. Ils ont été, ils restent pour moi des amis très chers. Je leur dois d'avoir beaucoup travaillé, beaucoup appris, d'avoir pu attirer dans des hôpitaux, lointains, mais actifs, les meilleurs parmi les jeunes étudiants avides de s'instruire ; ils ont préparé mon accession à cette chaire de clinique. Maintenant, ils veulent bien me continuer leur aide. Nous restons unis et Claude Bernard est devenu notre point de ralliement. Il m'est doux de leur exprimer publiquement toute ma gratitude.

Que ne puis-je, à côté de ceux pour qui s'ouvre l'avenir, accueillir ici ceux qui, pour moi, représentent un passé déjà ancien, ceux qui m'ont guidé dans ma formation scientifique et professionnelle, mes maîtres d'Internat. Tous ont disparu. A l'un d'eux, le plus grand médecin de notre époque, le Professeur Fernand Widal, j'ai pu, il y a six ans, lors de ma leçon inaugurale à la Chaire de Bactériologie, dire mon admiration et mon respect. Il n'est plus ; mais il vit toujours dans mon cœur et dans mon esprit. C'est la pensée pleine de son souvenir que j'ai rédigé ces feuilles. Il me semble qu'à cette heure, je sens derrière moi sa présence invisible et que son ombre domine cette assemblée. Je voudrais qu'il fût content de moi.

Le Conseil de la Faculté, en me confiant, après la Chaire de Bactériologie, la Clinique de l'Hôpital Claude Bernard, n'a fait qu'accentuer l'orientation qu'il m'avait primitivement donnée. Moi-même, j'ai toujours considéré l'enseignement de la Bactériologie, dont j'ai eu la charge pendant six ans, comme une préparation à cette clinique spéciale. Dans les cours que j'ai faits à la Faculté, je me suis efforcé de conférer aux étudiants l'initiation à l'étude des maladies microbiennes.

Une autre raison m'a poussé à souhaiter mon transfert dans cette nouvelle chaire. Je savais que le professeur Pierre Teissier, pour qui je nourrissais une très grande affection, désirait ardemment que ce fût moi qui vînt le remplacer à Claude Bernard, quand sonnerait pour lui l'heure de la retraite.

Je ne puis me réclamer d'avoir été l'élève de Pierre Teissier, mais les hasards de l'existence nous avaient, au cours de trente années, si souvent rapprochés que des liens se sont noués entre nous, dont la force se fait sentir encore à l'heure présente. J'ai contracté envers lui une dette dont je veux m'acquitter aujourd'hui.

Il était encore médecin du Bureau Central quand, en 1901, pendant les vacances de Pâques, il remplaça dans le vieil hôpital Andral, aujourd'hui disparu, Albert Mathieu dont j'étais alors l'interne. Le contact fut bref, mais il fut décisif. J'ai tout de suite été séduit par la minutie, la précision autant que par l'ingéniosité et la simplicité de ses procédés d'examens cliniques. Le voir ausculter, percuter un cœur ou des poumons, explorer l'appareil circulatoire au moyen de petits index de papier qu'il collait très exactement sur les centres de battements, prendre la pression artérielle avec l'appareil primitif alors en usage, tout cela donnait une impression de maîtrise et d'élégance qui nous remplissait d'admiration.

Mais ses entretiens au lit du malade devenaient surtout passionnants quand la discussion s'engageait sur quelque point d'étiologie ou de pathogénie. Pierre Teissier gardait profondément l'empreinte de Potain et sa vénération pour ce maître illustre était telle qu'il lui répugnait toujours de porter atteinte, si peu que ce fût, aux idées qu'il en avait reçues. Quant à moi, je subissais déjà l'influence de Fernand Widal dont je devais devenir prochainement l'interne. Je suivais ardemment ses découvertes et je m'efforçais d'appliquer à l'examen des malades les méthodes de laboratoire qu'il venait de faire connaître et qui permettaient

(1) Leçon faite le 24 novembre 1932.

d'asseoir les diagnostics sur des bases toujours plus solides.

Partis de principes si différents, le chef de service et l'interne arrivaient de temps à autre à des conclusions quelque peu divergentes. Avec une douceur souriante et une infinie patience, Pierre Teissier savait, en ces occasions, me ramener dans le droit chemin, quand je m'en étais écarté. Mais sa bonne foi était telle, son amour pour la recherche scientifique si sincère et si désintéressé qu'il mettait la meilleure grâce à se rendre à son tour à l'évidence, quand je pouvais en faire la preuve devant lui. Bien plus, il m'en savait gré et ne se faisait pas faute de le dire. En rappelant ce souvenir, je crois faire le plus bel éloge de sa droiture et de l'élévation de son caractère.

Pendant les années qui suivirent, alors que je gravissais les échelons de la hiérarchie médicale, j'éprouvai les effets bienfaisants de l'amitié de Pierre Teissier. En aucune circonstance son appui ne me fit défaut.

Puis, ce fut la guerre. En octobre 1914, je fus heureux de vivre quelques jours à ses côtés, dans un cantonnement, près de Reims. En dépit de ses cinquante ans et d'une santé déjà fragile, il était courageusement parti à la tête d'une ambulance. Il avait assisté aux batailles de Belgique, à la retraite, à l'offensive de la Marne, gardant au milieu des fatigues, des dangers, des pires conditions d'existence, son habituelle sérénité. Plus tard, comme directeur adjoint au sous-secrétariat du service de santé, il prit part à l'étude des gaz de combat et fut gravement intoxiqué au cours des expériences. Mais surtout il fut avec Justin Godart le créateur d'une organisation nouvelle de la médecine et de la chirurgie aux armées et à l'intérieur, fondée sur l'utilisation des compétences.

Grâce à lui, je devins médecin consultant de la VIIe Armée et, pendant l'hiver de 1917-18, directeur technique du centre d'instruction médicale de Morvillars dans le Haut-Rhin. Dans le vieux séminaire de Bourogne, transformé en hôpital, j'eus l'honneur d'enseigner la Clinique et la Pathologie interne à une glorieuse élite de jeunes aides-majors, appelés momentanément de la ligne de feu. Je crois n'avoir jamais rencontré d'auditoire plus attentif, ni déployé plus de chaleur dans mes leçons.

C'est quelques années après la guerre que surgit entre Pierre Teissier et moi le seul désaccord qui ait jamais existé entre nous. Quand j'allai lui faire part de mon intention de poser ma candidature à la Chaire de Bactériologie devenue vacante par suite du passage du Professeur F. Bezançon à la Clinique de Saint-Antoine, j'eus le chagrin de l'entendre me refuser sa voix. Il n'admettait pas que certaines chaires théoriques, et notamment celle de bactériologie, fussent des chaires de passage et que je pusse prétendre, comme je ne le lui cachai pas, à demander ultérieurement mon transfert dans une clinique. Tous les arguments en faveur de la thèse que je développai devant lui le laissèrent inébranlable. Persuadé que sa façon de juger les choses était conforme au bien général, sa conscience scrupuleuse l'empêchait d'abandonner un seul instant le point de vue qu'il considérait comme équitable, même par amitié pour moi.

Mais, au cours de cet entretien, son émotion fut telle et je fus moi-même si profondément remué par ses paroles que, si je ne m'étais pas déjà engagé si avant, j'aurais peut-être renoncé à mes projets.

Je dois dire qu'après mon élection, qu'il souhaita peut-être au fond de son cœur, la première lettre de félicitations que je reçus fut la sienne ; et ce fut pour moi une grande joie de savoir qu'il me conservait son estime et son affection.

Il me les conservait si entièrement que, quelques mois plus tard, il me convoqua chez lui et que nous eûmes ensemble une conversation grosse de conséquences pour moi. Déjà Pierre Teissier avait le pressentiment de sa fin prématurée ; il ne le cachait pas et il ne voulait pas s'en aller sans assurer l'avenir d'une entreprise qui lui tenait profondément à cœur. En 1919, la Chaire de Pathologie médicale, dont il était le titulaire, avait été transformée en Chaire de Clinique des maladies infectieuses et installée à l'hôpital Claude Bernard dont il était le médecin. Mais il rêvait d'une autre clinique édifiée en un lieu plus accessible aux élèves et pourvue, grâce à ses libéralités personnelles, des perfectionnements les plus modernes. Il en avait élaboré les plans et supputé les dépenses. Mais il craignait de ne pas vivre assez longtemps pour la voir surgir de terre ou tout au moins pour en prendre possession et la diriger. Il me laissa entendre qu'il se sentirait plus tranquille s'il pouvait être assuré que, lui disparu, je prendrais sa succession et que je poursuivrais la tâche laissée inachevée par lui.

J'ai tenu la promesse que je lui ai faite. Mais Pierre Teissier a eu la tristesse de comprendre avant sa mort que le projet grandiose de transformation de sa clinique, tel qu'il l'avait conçu, ne se réaliserait pas. La déception a été cruelle pour lui et elle a contribué à assombrir ses derniers jours.

La Chaire de Clinique des maladies infectieuses demeure à l'Hôpital Claude Bernard ; mais, grâce à l'activité qu'y a déployée Pierre Teissier, grâce à l'impulsion vigoureuse qu'il lui a donnée pendant tout le temps qu'il l'a gardée en mains, grâce au souci constant qu'il a eu de l'améliorer, elle est, parmi celles que possède la Faculté de Paris, une des mieux pourvues pour l'instruction des élèves et pour la recherche scientifique.

Certes, on peut, contre cet établissement, formuler quelques critiques : son éloignement du centre, les voisinages incommodes et malodorants dont il est encerclé, son étirement en longueur qui transforme la visite des pavillons en une épreuve sportive parfois pénible, les jours d'hiver ; Claude Bernard porte le lourd héritage de ses origines. Les baraques construites à la hâte en 1884 sur l'étroit glacis des fortifications, pour héberger les cholériques convalescents évacués des hôpitaux de Paris, ont constitué d'abord l'ancien hôpital temporaire d'Aubervilliers, bientôt transformé en service de contagieux et affecté à l'isolement des varioleux, des scarlatineux, des rougeoleux, des érysipélateux et des diphtériques.

Pittoresque, branlant et délabré, crevé de fissures et de trous de rats, il a pourtant connu une époque brillante, pendant les huit années où le professeur Roger, notre précédent doyen, l'a animé de son ardeur au travail. Nombre de mes collègues de la Faculté et des hôpitaux y ont, durant leur internat auprès de ce

maître, vécu des heures qui comptent parmi les plus intéressantes et les plus fructueuses de leur vie.

Mais un tel état de choses ne pouvait se prolonger et la Ville de Paris se devait à elle-même de posséder, pour ses contagieux, un établissement plus moderne et plus confortable.

Le 12 juillet 1904, allumé par la propre main du Directeur Général de l'Assistance Publique, M. Mesureur, et à la grande joie du voisinage, l'incendie dévora les tristes baraques de bois et de carton bitumé. jugées désormais indésirables. L'hôpital temporaire d'Aubervilliers avait vécu. Sur son emplacement nivelé et élargi s'éleva en 1905 l'hôpital Claude Bernard que vous voyez à l'heure actuelle.

Pierre Teissier en devint le médecin en 1907. Depuis cette époque, jusqu'à sa mort, le labeur scientifique qu'il y a fourni avec ses collaborateurs Tanon, Duvoir, René Bénard, Gastinel, Cathala, Coste, Rivalier, Reilly et d'autres encore est considérable, ainsi qu'en témoignent les innombrables mémoires écrits ici sur les sujets les plus divers de pathologie microbienne. Les articles que, dans les Traités de médecine, il a consacrés aux fièvres éruptives et à la peste, fruits de son expérience personnelle et mine inépuisable de renseignements précieux, constituent à eux seuls, un véritable monument qui suffit à assurer sa mémoire et sont la preuve de l'ardeur et de l'intelligence avec lesquelles il a exploité l'admirable champ d'observation qui s'est ouvert à lui pendant près de vingt-cinq années.

L'amour de la recherche n'a fait négliger à Pierre Teissier ni les progrès matériels de son installation hospitalière, ni l'enseignement qui lui a été confié.

La constante bonne volonté de l'Administration de l'Assistance Publique, et notamment l'intérêt tout spécial qu'a toujours porté son Directeur Général actuel, M. le Dr Louis Mourier, à l'hôpital Claude Bernard, ont puissamment secondé ses efforts.

Un des pavillons, détruits en 1918 par les bombes allemandes, qui y firent hélas des victimes, a été reconstruit et pourvu de perfectionnements importants.

Celui de la scarlatine, où certaines défectuosités dangereuses s'étaient révélées, a été pourvu d'une crèche offrant des conditions de sécurité et de confort qu'il est difficile de surpasser.

L'Hôpital Claude Bernard, tel qu'il fonctionne actuellement, compte 370 lits presque tous occupés aux époques annuelles de grandes épidémies.

Bien plus, de nouveaux pavillons, conçus suivant les exigences les plus sévères de l'hygiène moderne, sont dès maintenant sortis de terre et seront prêts à fonctionner dans quelques mois. Le Directeur Général y a apporté toute sa sollicitude et Pierre Teissier l'a assisté de ses précieux conseils.

Pierre Teissier ne s'est pas contenté d'assurer à sa clinique l'installation matérielle que je viens de vous décrire. Il a su y créer et y faire vivre un enseignement réputé, et ceci dans des conditions particulièrement malaisées. En effet, au cours de l'année scolaire, Claude Bernard reçoit à quatre reprises un groupe de plus de cent étudiants qui viennent y accomplir un stage obligatoire de deux mois. Cela constitue un singulier paradoxe dans un hôpital où la plupart des malades sont isolés dans de petites chambres. A force d'ingéniosité et de méthode, mon prédécesseur est arrivé à vaincre cette difficulté. Je n'ai eu qu'à adopter sa technique, aidé en cela par ses collaborateurs anciens, qui ont bien voulu me prêter leur concours, dont je leur suis reconnaissant.

Dans un service de médecine et surtout dans un service de maladies infectieuses, un laboratoire bien pourvu et bien conduit est d'une nécessité vitale, tant pour les besoins des diagnostics courants que pour la poursuite des travaux scientifiques nés eux-mêmes de l'observation des faits cliniques. Le Laboratoire de Claude Bernard a été un des soucis constants de Pierre Teissier. Il a veillé à ce que rien n'y fît défaut. Un de ses compagnons de travail les plus chers, dont je vais faire souffrir la modestie en le nommant, Reilly, en assume la direction, depuis bien des années déjà, avec un zèle et une compétence auxquels tous ceux qui le connaissent, soit personnellement, soit par ses travaux, rendent un hommage unanime. Il a vu se succéder à Claude Bernard, où il a été pour eux un guide très sûr, plusieurs générations d'internes et de chefs de clinique, qui tous s'honorent d'être restés ses amis et se portent partout garants de l'étendue de son savoir et de son inaltérable complaisance. Il a bien voulu, quand j'ai pris possession de cette clinique, me continuer son indispensable collaboration. J'ai conscience du grand service qu'il me rend et je le remercie du fond du cœur.

La Faculté de Médecine de Paris possède une Clinique des Maladies Infectieuses dont elle peut être fière et qui peut rivaliser avec celles des pays étrangers, pourtant plus richement dotées par l'Etat. Le mérite en revient à mon prédécesseur et notre devoir est de lui en être reconnaissants. Cette reconnaissance pourra d'ailleurs se manifester d'une façon tangible. Vous voyez le pauvre local où vous êtes rassemblés ce matin ; c'est le seul dont je dispose pour parler à mes stagiaires et j'ai dû les prier de s'abstenir de venir aujourd'hui pour trouver la place de vous y accueillir. Je me tourne vers Monsieur le Doyen de notre Faculté et je le conjure de transmettre ma requête à Monsieur le Recteur. J'espère que l'Université tiendra à honneur de couronner l'œuvre commencée et à élever à côté des nouveaux pavillons, si luxueusement édifiés par l'Assistance publique, un amphithéâtre de Cours.

Unis dans la même pieuse pensée et conscients des services qu'il a rendus, nous dédierons cet amphithéâtre à la mémoire de Pierre Teissier et nous y graverons son effigie.

Au moment où je viens de rendre un juste hommage à celui que je remplace dans cet hôpital Claude Bernard, témoin de son labeur pendant tant d'années, je sens l'étendue des obligations qui désormais vont peser sur moi. Les charges qui incombent à un professeur de clinique sont de deux ordres. Il est le chef d'un service hospitalier qui lui est confié par l'Assistance Publique. Il donne aux étudiants, qui sont eux-mêmes contraints de fréquenter ce service, un enseignement pour lequel l'université met à sa disposition des moyens particuliers.

Le professeur de Clinique médicale, qu'il s'agisse d'une clinique générale ou d'une clinique spéciale, demeure ce qu'il était auparavant : un médecin des

Hôpitaux de Paris. Ce titre est à coup sûr celui auquel il est le plus attaché. Si, au début de sa carrière, il a pu rêver, les circonstances le favorisant, de parvenir à l'agrégation et au professorat, il est une chose qui lui est apparue d'emblée comme indispensable et vers laquelle il a tendu toutes les forces de sa volonté : être médecin du bureau central, puis chef d'un service hospitalier. Pour qui aime profondément la médecine, là réside le plus sûr moyen de posséder un champ d'études toujours largement ouvert et de perfectionner ses connaissances. Là aussi, il trouve l'immense avantage, dont je vous entretiendrai tout à l'heure, de demeurer, pendant toute la phase active de son existence, en contact étroit et permanent avec les jeunes qui se sont engagés dans la voie laborieuse que lui-même a parcourue.

Médecin d'Hôpital, il ne peut déléguer à personne la responsabilité des malades présents dans ses salles. S'il doit faire confiance aux collaborateurs qu'il a choisis et s'il doit, puisqu'il a confiance en eux, leur laisser de larges initiatives, il faillirait gravement à sa tâche en les abandonnant entièrement à eux-mêmes. Il doit chaque jour s'enquérir de l'état des patients et des incidents survenus depuis la veille ; examiner avec ses élèves les sujets sévèrements atteints ou d'une interprétation difficile ; discuter avec eux les diagnostics ; les interroger sur les examens de laboratoire déjà pratiqués et en suggérer de nouveaux ; se faire lire les observations et veiller à ce qu'elles soient tenues à jour ; contrôler les thérapeutiques. Il doit, à ceux qui l'entourent, infuser le goût de la recherche et le besoin de précisions toujours plus fouillées ; les guider dans leurs investigations, s'y intéresser effectivement ; accueillir leurs suggestions et ne jamais réfréner leurs entreprises à condition qu'elles restent conformes aux lois de la prudence et de l'humanité. Il lui faut tenir en main toutes les commandes de son service et savoir faire rendre le maximum aux bonnes volontés qui se groupent autour de lui. Il doit mériter entièrement le beau nom qu'on lui donne à l'hôpital : il doit être le chef. C'est alors que son exactitude et son activité lui gagnent la suprême récompense, enviée par tout médecin conscient de sa mission et de la dignité de son art, ce prestige moral qui confère à ses paroles l'autorité et la force de persuasion qui réconfortent les malades confiés à ses soins, réveillent leur énergie défaillante, et entretiennent chez eux, dans les circonstances les plus douloureuses et les plus critiques, la certitude d'une prompte et indubitable guérison.

Ne pensez-vous pas que la fréquentation assidue de l'hôpital et le spectacle quotidien du travail méthodique et ordonné qui s'y accomplit, constituent pour nos étudiants, à tous les stades de leur instruction, le meilleur et le plus fructueux des enseignements ? Chaque jour, insensiblement, sans efforts, ils apprennent à regarder et à voir ; ils se pénètrent des techniques d'examens ; leur mémoire se meuble de faits précis et animés dont ils retrouveront l'utilisation par la suite ; leur curiosité s'éveille ; ils brûlent de prendre part à l'action ; en eux naît la conscience de l'intérêt passionnant et de la grandeur de la profession médicale. Leur éducation scientifique se poursuit en même temps que leur éducation morale. Et, au retour de l'hôpital, les livres leur paraissent moins arides, entre les lignes desquels se glisse la vision des scènes vivantes dont ils ont été les témoins et parfois même les acteurs.

Une heureuse tradition veut qu'à Paris le monopole de l'enseignement clinique ne soit pas réservé aux seuls membres de la Faculté. Tous les médecins des hôpitaux sont libres d'accueillir officiellement chez eux des stagiaires, de jouer auprès d'eux le rôle d'éducateurs tel que je viens de vous le décrire et qui, à mon sens, est de beaucoup le meilleur. C'est un honneur pour notre corps hospitalier de reconnaître que beaucoup d'entre eux y obtiennent le plus vif succès, que les étudiants accourent en foule autour d'eux et qu'ils contribuent à jeter sur l'enseignement de la médecine en France, un lustre sans égal.

Parmi les médecins des hôpitaux, le professeur de clinique est spécialement favorisé. Il dispose généralement d'un matériel plus riche, d'installations plus vastes et plus modernes, de laboratoires mieux outillés. Mais surtout il lui est adjoint, indépendamment de son assistant, de ses internes et de ses externes, un personnel plus nombreux, un personnel de choix constitué par les chefs de clinique et les chefs de laboratoire. Ce personnel lui est indispensable pour qu'au cours des trois à quatre heures tout au plus qu'il peut chaque jour passer à l'hôpital sans être importun et dont il doit la majeure partie à ses malades, il trouve le temps de faire ses leçons cliniques, soit dans les salles, soit à l'amphithéâtre.

Mais il en tire un autre avantage. L'étude des malades est devenue à l'heure actuelle d'une singulière complexité. Le diagnostic médical réclame la mise en œuvre de procédés d'investigation multiples, qui demandent beaucoup de temps et pas mal d'expérience. Les règlements élaborés à une époque où les examens cliniques se réduisaient à l'auscultation et à la percussion, n'ont attribué en général aux services de médecine qu'un seul interne, dont la tâche, déjà écrasante aux périodes d'activité, serait impossible, si l'on ne se résignait pas à faire, passez-moi l'expression, la part du feu et à ne pas toujours pousser le diagnostic aussi loin qu'il devrait l'être.

C'est là un état de choses dont j'ai personnellement souffert et que je n'ai jamais accepté sans révolte. La multiplicité de ses collaborateurs permet au Professeur de Clinique d'échapper à ce grave inconvénient. Pour le bien des malades, pour la plus complète utilisation du champ d'études qui lui est offert, pour la meilleure instruction des étudiants qui l'écoutent, il peut et il doit obtenir qu'aucune des recherches utiles ne soit négligée dans aucun cas et que rien ne soit laissé dans l'ombre de ce qui, au prix d'un effort, peut être mis en lumière.

Une telle réalisation n'est pas seulement indispensable au bon fonctionnement de la Clinique. Elle permet aux jeunes de mettre à profit les connaissances multiples et variées qu'ils accumulent dans la préparation de leurs concours et de les exploiter sur le terrain de la pratique. Elle est pour le chef de service qui les guide, avec qui ils peuvent s'entretenir librement et à qui ils peuvent soumettre leurs remarques et leurs opinions, une stimulation salutaire. C'est une des plus belles choses de notre vie hospitalière que cet

échange perpétuel d'idées et d'impressions, chaque matin, au lit du malade ; que ce besoin de faire participer les autres au savoir que l'on a acquis, besoin qui va non seulement des plus âgés et des plus expérimentés vers les plus novices, mais aussi des plus jeunes vers ceux qui ont déjà vieilli dans notre profession.

Les connaissances que devrait aujourd'hui posséder un médecin pour exercer son art avec une conscience parfaitement satisfaite sont si vastes et se développent tellement chaque jour que nul cerveau humain ne peut les embrasser dans leur ensemble.

Certains d'entre nous vont dans l'existence pourvus d'un léger bagage scientifique dont ils se contentent et qu'ils n'ont aucune envie d'alourdir ou de modifier. Ils sont insoucieux des lacunes de leur instruction et sûrs d'eux-mêmes. Dépourvus d'esprit critique, ils ne connaissent pas le doute et, en toute circonstance, agissent avec résolution, sincèrement convaincus qu'il est impossible de mieux faire. Pour peu qu'ils se sentent portés vers les idées générales, ils se forgent une doctrine, je dirai même une mystique. Leur conviction est si ferme, leur foi, que rien ne peut entamer, si ardente qu'ils la communiquent autour d'eux ; ils forment non des élèves, mais des disciples qui vont eux-mêmes prêcher leur évangile. La foule des incompétents les admire et les suit comme des oracles. Ils connaissent au cours de leur existence l'ivresse du succès. Ce sont les heureux ; mais ils ne travaillent pas pour l'avenir.

La médecine n'est pas une science abstraite que l'on peut déduire de concepts nés de l'imagination. C'est une mosaïque de faits disparates, péniblement extraits de l'observation patiente de la nature, qui se coordonnent çà et là en dessins bien réguliers, mais qui, en beaucoup d'endroits restent juxtaposés au hasard, attendant que la main de l'artiste vienne les choisir, les classer et les grouper en figures harmonieuses et cohérentes. Chacun de nous peut, suivant ses aptitudes, apporter sa contribution à l'œuvre commune. Mais parfois, après bien des années d'un travail assidu, il éprouve quelque mélancolie en jetant en arrière un regard sur le chemin parcouru. Combien de théories pathogéniques et de séduisantes hypothèses il a vu naître ; combien de thérapeutiques infaillibles, combien de méthodes d'exploration nouvelles ont éveillé son intérêt et même son enthousiasme et suscité autour de lui des discussions passionnées, qui ont déjà sombré dans l'oubli. Devant le piètre résultat de tant d'efforts, devant le peu qu'il a trouvé à glaner dans l'accumulation d'articles, de mémoires, de volumes dont il s'est nourri depuis des années, il se sent prêt parfois à céder au scepticisme et à la paresse.

C'est alors que le contact des jeunes vient à son secours. Ils ont acquis en passant chez différents maîtres l'habitude d'envisager les choses sous un angle différent du nôtre. Leur esprit critique s'est aiguisé et, pour peu que nous sachions les écouter, ils nous retiennent sur le chemin trop facile des idées simplistes et des généralisations hâtives.

Ils ne connaissent pas les désillusions. Ils n'ont recueilli du passé que ce qui est bien établi et ne savent pas à quel prix ces vérités ont été conquises. Leur curiosité les attire vers les choses nouvelles, quelque incertaines qu'elles puissent être et justement parce qu'elles sont incertaines. Et ce sont eux qui ont raison.

Qu'importe si la masse de ce qui a été dit et écrit est devenue sans valeur et si le souvenir s'en est éteint ! Au milieu de cette gangue, brillent comme des joyaux des faits dont on a peut-être voulu tirer des déductions illégitimes et sur lesquels on a construit des doctrines fragiles. S'ils ont été bien observés, ils restent vrais et sans doute prendront-ils un jour une valeur qu'on ne pouvait tout d'abord soupçonner.

Pendant treize ans, la bactéridie charbonneuse, facilement décelable dans le sang des animaux malades, n'est apparue aux observateurs que comme un épiphénomène sans signification pathogénique, jusqu'au jour où Davaine, éclairé par les travaux de Pasteur sur les fermentations, a proclamé que cet élément figuré et vivant est la cause même du charbon et fondé du même coup l'étiologie des maladies virulentes. Pendant soixante-quinze ans, on a signalé l'augmentation du taux de l'urée dans le sang de centaines de brightiques, pour arriver à cette conclusion que c'était là une constatation sans portée. Et voici que soudain, le génie de Fernand Widal nous a enseigné que le dosage de l'urée sanguine est un procédé d'exploration, dont nous ne saurions nous passer à l'heure actuelle et en a tiré la description d'une des entités pathologiques les plus solidement établies : l'Azotémie.

Voilà ce à quoi doit songer celui que le doute peut un instant assaillir. Qu'il sache aider de son expérience ceux qui débutent dans la recherche ; qu'en exigeant d'eux une rigueur et une loyauté absolues dans l'observation, un contrôle jamais trop minutieux des phénomènes, il utilise leur ardeur toute neuve et sache leur montrer ce qu'à force d'attention et de patience il y a encore à découvrir en clinique.

Nulle part peut-être, ailleurs que dans le domaine des maladies infectieuses, cette méthode de travail n'offre d'attraits plus puissants et de perspectives plus séduisantes. Existe-t-il une pathologie plus vivante et plus variée, plus imprévue dans ses aspects, plus grosse de conséquences pour ceux dont l'organisme entre en conflit avec les agents pathogènes ? Chaque cas nouveau qui se présente pose un problème que le médecin doit s'efforcer de résoudre. Ici, ce sont les circonstances qui ont pu donner naissance à telle épidémie ou favoriser sa diffusion, et celles qui ont présidé à l'éclosion du mal chez tel individu en particulier. Là, le diagnostic est clair et le seul examen clinique l'impose. Ailleurs, l'état infectieux est certain ; mais quel est le microorganisme en cause ? Rien ne l'indique avec évidence. Alors interviennent les recherches de laboratoire : ensemencements de sang, séro-réactions, examens hématologiques, investigations de toutes sortes portant sur les humeurs normales ou pathologiques et sur les excréta, études microscopiques, cultures, inoculations. Aucun détail ne doit être négligé. Si quelque point, dans l'ensemble des constatations, vient à l'encontre de l'hypothèse formulée, l'intérêt redouble ; c'est là qu'il faut porter toute son attention ; c'est là qu'il y a quelque chose d'imprévu à recueillir.

Est-il besoin de rappeler que nous manquons encore à l'heure actuelle de réactions spécifiques nous permettant de diagnostiquer à coup sûr certaines maladies communes et bien classées, quand elles se présentent sous des formes atypiques ? Est-il besoin de dire que souvent nous nous trouvons en face d'infections qu'il nous est impossible de ranger dans un cadre nosologique connu ?

Ne le déplorons pas : notre existence serait sans attrait s'il n'y avait plus rien à trouver et l'exemple des découvertes qui sans cesse surgissent autour de nous est là pour nous encourager. Etudions les faits avec d'autant plus de minutie qu'ils nous paraissent plus mystérieux. Enregistrons scrupuleusement leurs particularités symptomatiques ; consacrons-y toutes les ressources dont nous disposons. Un jour une circonstance favorable, l'emploi d'un procédé de laboratoire nouveau, le groupement d'observations cliniques bien prises nous permettront peut-être d'enrichir la pathologie infectieuse d'un chapitre encore inédit.

Si l'établissement du diagnostic des maladies microbiennes constitue pour le médecin un acte dont l'intérêt ne s'épuise jamais, les conséquences qu'elles comportent ne sont pas moins dignes de retenir son attention, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique.

Je ne puis que faire allusion ici à l'intérêt qui s'attache à l'étude des propriétés nouvelles qu'elles suscitent dans les humeurs et les tissus ; au développement des agglutinines et des sensibilisatrices spécifiques d'où sont nés, depuis Fernand Widal, les sérodiagnostics ; des anticorps immunisants d'où découlent les méthodes de séro-thérapie et de séro-prévention ; des états allergiques sur lesquels sont fondées les cuti et les intradermoréactions permettant de dépister des infections chroniques latentes comme la tuberculose, subaiguës comme la fièvre ondulante et la maladie de Nicolas-Favre ou même de poser le diagnostic rétrospectif de lésions depuis longtemps guéries comme le chancre simple.

Au point de vue pratique on ne saurait oublier que, si les infections aiguës guérissent en général sans incidents, elles peuvent occasionnellement prendre des aspects redoutables et surtout qu'elles sont susceptibles d'engendrer, au cours de leur évolution, des complications locales pouvant passer à l'état chronique et peser lourdement sur la destinée ultérieure de l'individu.

Laënnec disait, en parlant des fièvres graves, qu'elles sont, de toutes les maladies, celles dans lesquelles l'impuissance de l'art est plus manifeste, la puissance de la nature plus évidente. Bien des choses ont changé, depuis Laënnec ; mais trop souvent nous pouvons méditer encore sur la sagesse de ces paroles.

Sans doute nous opposons à la syphilis, à l'amibiase, au paludisme, à la trypanosomose africaine, à la leishmaniose splénique, à diverses spirilloses des chimiothérapies d'une efficacité merveilleuse. Sans doute le salicylate de soude est un remède puissant du rhumatisme articulaire aigu qui, par les infirmités qu'il laisse après lui, n'en demeure toujours pas moins un lamentable fléau. Dans la catégorie des maladies bactériennes, la sérothérapie a, depuis les mémorables travaux d'Emile Roux, transformé le pronostic de la diphtérie. Le traitement du tétanos, sans être d'une efficacité aussi absolue qu'on voudrait le souhaiter, a fait de considérables progrès. La sérothérapie du charbon, celle de la peste dans certaines de ses formes, donnent d'heureux résultats. On nous laisse espérer qu'il en est de même pour la sérothérapie antiscarlatineuse. Quelques vaccinothérapies, employées en temps opportun, sont couronnées de succès.

Mais n'avons-nous pas le regret après avoir vu, pendant plusieurs années, un mal terrible, la méningite cérébrospinale à méningocoques, céder à l'influence des sérums spécifiques, de constater que maintenant il est redevenu aussi rebelle à la thérapeutique et aussi meurtrier que jadis ? Combien, d'autre part, sont limités nos moyens d'action vis-à-vis des maladies les plus communes, la pneumonie, la rougeole, la fièvre typhoïde, les grandes septicémies à microbes pyogènes. Dans quel embarras nous nous trouvons devant la multiplicité des traitements proposés à leur adresse. Les effets de ces traitements sont d'une telle inconstance qu'on se demande, lorsqu'ils ont paru réussir, si le mérite n'en revient pas à la seule nature médicatrice. Si bien que, pour ne pas contrarier celle-ci, nous hésitons souvent à intervenir trop activement. La hardiesse des tentatives que semblent autoriser certaines situations périlleuses et la crainte d'y recourir trop tardivement pour qu'elles offrent encore une possibilité de succès se heurtent à l'appréhension de ravir au patient les quelques chances qu'il possède de guérir spontanément. La conscience du médecin est mise alors à une rude épreuve. Il ne doit toutefois pas oublier que la prudence, le sang-froid et la modération sont préférables à l'application hâtive et brouillonne de médications apparemment énergiques, mais d'une efficacité problématique et d'une innocuité douteuse.

La liberté dont nous jouissons à l'hôpital de soigner nos malades suivant ces sages principes, à l'abri des sollicitations et des impatiences d'un entourage affolé et crédule, est pour eux une sûre garantie. J'ai l'impression que nombre d'infectés guérissent dans nos salles qui, plus favorisés par leur situation sociale, et traités au milieu de leur famille, mais harassés de soins incessants, la peau criblée d'injections inopportunes, troublés sans pitié dans leur repos et leur sommeil, seraient fatalement voués à la mort.

Ce bénéfice que nous possédons à l'hôpital de choisir, en toute tranquillité d'esprit, le moment et la nature de nos interventions constitue également pour ceux qui nous suivent et nous écoutent le meilleur des exemples et la plus saine des éducations. Loin de moi la pensée que nous devions leur prêcher le scepticisme et l'abstention systématique. Il nous faut au contraire souligner devant eux les occasions, et elles ne sont pas si rares après tout, où nous sommes armés pour lutter victorieusement contre le mal et où il nous faut faire preuve de décision. Nous devons leur apprendre à les dépister sous leurs aspects les plus trompeurs et leur faire toucher du doigt la lourde responsabilité morale qui pèserait sur eux, s'il leur arrivait de les méconnaître par inattention ou par ignorance.

Non, la thérapeutique des maladies infectieuses ne doit pas inciter au découragement et ce qui a déjà été

obtenu est un sûr garant de ce que l'avenir nous apportera. Et puisqu'il en est encore devant lesquelles nous demeurons impuissants, nous ne saurions oublier que nous possédons des moyens éprouvés d'éviter quelques-unes d'entre elles, et qu'elles pourraient disparaître si le public était mieux prévenu et moins indifférent.

Depuis que Jenner a libéré les peuples du plus grand fléau qui les décimait avant lui ; depuis que Pasteur, dans un éclair de génie, a découvert l'atténuation de la virulence des microbes et les virus vaccins, nous avons vu naître et se répandre des méthodes de prévention et de prémunition, les unes déjà sanctionnées par l'expérience, les autres qui permettent les plus belles espérances. A ces méthodes s'attachent les noms de Behring et Kitasato, de Roux, de Chantemesse et Widal, de Wright, de Pfeiffer et Kolle, de Vincent, de Haffkine, de Charles Nicolle, de Calmette, de Ramon. Ces hommes, qui ont su faire reculer les monstres qui la dévorent, l'humanité les connaît à peine. A nous, médecins, de faire lever la moisson qu'ils ont semée. A nous, éducateurs, de transmettre aux jeunes la bonne parole et de leur donner la foi nécessaire pour aller à leur tour par le monde la répandre, secouer l'inertie et l'ignorance et sauver des vies humaines. A ce soin Pierre Teissier a consacré dans cette clinique les plus nobles de ses efforts. Je dois à sa mémoire autant qu'à mes propres convictions de continuer son apostolat et de justifier l'honneur que l'on m'a fait en me jugeant digne d'occuper cette chaire qu'il a si brillamment illustrée.

LETTRE D'AMÉRIQUE

LA LUTTE CONTRE LES STUPÉFIANTS

Dans un des récents numéros du *Journal of the American Medical Association* se trouve un long article de Treadway, un des supérieurs du Public Health Service, sur les « manies » narcotiques et les mesures prises en Amérique pour les combattre. La question est d'intérêt mondial.

En Amérique (et probablement partout ailleurs), la passion des narcotiques n'est point limitée à une des classes de la société ; les grands, les petits, les forts, les faibles, sont tous représentés. Il a été calculé que 80 0/0 des habitués sont trouvés parmi les classes inférieures, mais cela est probablement dû au fait que les classes supérieures échappent plus aisément à la surveillance. C'est la répression de cette passion qui peuple le plus fréquemment les prisons fédérales. Cette situation, fait remarquer Treadway avec justice, fait douter de la sagesse du traitement des habitudes narcotiques par l'emprisonnement seul. Or, l'étude des statistiques d'âge montre que, au point de vue de la cure « sociale » l'habitude des narcotiques a été regardée comme un problème pénal, un problème correctionnel, comme la folie l'était autrefois ; et cela, sans tenir compte de la signification médico-sociologique et économique.

Aucun métier, aucune profession, aucune race, aucune nationalité n'a un monopole des habitudes morphiniques et autres. C'est une opinion assez répandue que l'habitué aux narcotiques ne travaille pas. Cela n'est pas exact ; il y a nombre d'habitués qui travaillent régulièrement pendant des années, mais ce sont surtout ceux qui prennent de comparativement petites doses. Les grands consommateurs sont des « flottants », des vagabonds et souvent des criminels. Il y a parmi les habitués quatre fois plus d'hommes que de femmes. La proportion des femmes aux hommes est plus forte dans la race nègre que dans la race blanche. D'une façon générale, il y a une plus forte proportion d'habitués chez les noirs que chez les blancs.

Les troubles conjugaux, séparation et divorce, sont cinq fois plus fréquents chez les habitués. Chose curieuse, le niveau intellectuel et d'éducation est apparemment un peu au-dessus de la moyenne chez les habitués, et leur proportion est plus grande dans les professions libérales. Ils sont plus nombreux dans les grandes villes, mais se trouvent aussi dans les plus petits villages.

Il y a des habitués de tout âge après 15 ans. Le maximum est entre 25 et 45 ans. Les statistiques démontrent que les victimes sont répandues dans toutes les régions des Etats-Unis, que toutes les classes et tous les groupes de la société en contiennent ; que les occupations, les périodes de la vie, le sexe, la couleur, le mariage, l'éducation ne sont pas des facteurs de protection. Il semble que l'habitude des narcotiques soit analogue aux maladies endémiques.

Naturellement, il est difficile d'évaluer le nombre des habitués dans un pays aussi vaste que les Etats-Unis. Cependant il semble certain qu'il y en a plus de 100.000. Le facteur le plus important est l'état mental de l'individu : l'individu à tempérament instable est plus sujet à devenir un habitué que l'individu normal.

De même que l'alcoolisme chronique, l'habitude des narcotiques s'établit à un âge beaucoup plus précoce qu'on ne le croit d'ordinaire. Elle vient généralement plus tard chez ceux qui manient les drogues légalement ou dans l'exercice de leur profession que chez ceux qui font du trafic illicite. Chez ceux qui manient les narcotiques pour raisons légitimes, la fréquence de l'habitude est de moins de 50 0/0 au-dessous de 40 ans. Chez ceux qui les emploient illégitimement, près de la moitié deviennent des habitués au-dessous de 25 ans, et les deux tiers au-dessous de 30 ans.

Parmi les habitués qui ont le droit de manipuler des narcotiques pour cause d'affaires ou de profession médicale, plus des trois quarts rattachent leur habitude à un emploi antérieur de la drogue dans un traitement prescrit par le médecin ou pour un traitement établi sans la « supervision » d'un médecin. Parmi les autres, les « irréguliers », presque la moitié attribuent leur habitude au contact et à l'association avec d'autres habitués. Un certain nombre attribuent leur habitude à un désir de bravade ou d'expérience, pour obtenir une émotion, ou, au contraire, pour en calmer une, ou pour triompher de l'ivresse. Mais dans ce groupe d'irréguliers, il y en a aussi qui attribuent le

développement de l'habitude à un antérieur emploi légitime médical ou à une habitude prise sans avis médical pour soulager la douleur.

Il y a déjà pas mal d'années, il fut constaté qu'il n'y avait point moyen de contrôler le commerce et l'administration des narcotiques sans réglementation fédérale, puisque l'importation venant des pays étrangers où on les fabrique bien au delà des quantités nécessaires pour la consommation thérapeutique, n'avait pas de restriction. Maintenant les prévisions de la convention de Genève protègent en théorie le pays ; mais la contrebande est considérable, d'autant plus que les restrictions ont rendu le trafic plus profitable.

Pour corriger cette situation, il faut non seulement supprimer la clientèle des contrebandiers, mais soigner les habitués. C'est ce qui a conduit le gouvernement à ouvrir des hôpitaux spéciaux, où les sujets ne sont pas traités comme des criminels. Il y a deux de ces hôpitaux, l'un dans le Kentucky, l'autre dans le Texas. Chacun contient plus de mille pensionnaires. Le but est non seulement de guérir les habitués de leur habitude, mais aussi de leur apprendre à gagner leur vie et à avoir confiance en eux-mêmes. Ce sont des centres de recherches et de traitements, de réhabilitation en éducation mentale et physique et en travail profitable.

Il est regrettable d'être obligé de reconnaître qu'il y a des médecins dont la principale source de revenus est le trafic des narcotiques. (De même, soit dit en passant, qu'il y en a beaucoup qui ont grandement augmenté leur clientèle depuis la prohibition.)

La solution du problème narcotique est, il faut le dire, encore bien lointaine, malgré tous les efforts pour le contrôler. Les phénomènes de tolérance et d'habitude, les changements du métabolisme, de l'eau, des lipoïdes et des hydrocarbones, les dysfunctions des systèmes nerveux et endocrines, les « effects » des narcotiques sur l'esprit, la cause de l'euphorie causée par l'opium sont des sujets sur lesquels il y a encore beaucoup de divergences. D'après la conception actuelle les morphinomanes et autres habitués sont considérés comme dangereux pour l'ordre social, ce qui est vrai pour beaucoup, mais ne semble pas toujours vrai. En réalité, il n'y a pas pour le moment de moyens de traitement spécifique promettant une guérison, bien qu'il y ait des charlatans qui exploitent l'idée très profitablement.

Chose curieuse, un des endroits des Etats-Unis où les statistiques de Treadway montrent que la consommation des narcotiques est la plus élevée comparativement est l'Etat de Nevada. Ce fait est probablement dû à la présence dans cet Etat du centre de divorce le plus fameux du pays, Reno, qui naturellement attire toute une population de morale assez douteuse. La Floride, un autre pays d'amusement et de villégiature à outrance, vient immédiatement après. Puis vient, on ne sait par quelle ironie du sort,

l'état du Maine, rigide représentant de l'austère Nouvelle Angleterre.

Treadway conclut en disant que l'adoption d'une méthode de ségrégation, d'isolement et de traitement des habitués, comme dans les deux grands établissements dont il a été parlé plus haut, est la seule solution du problème.

FAXTON E. GARDNER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1932)

La pression ventriculaire facteur initial de la tension artérielle. — M. D'ARSONVAL présente une note de M. Henri-Jean Frossard, directeur de l'Institut de Phonothérapie, qui décrit un moyen extrêmement simple de connaître la pression dans le ventricule au moment de la contraction cardiaque. *Elle correspond en effet à la moitié de la maxima pulsatoire* qui mesure le risque d'éclatement en cas d'obstacle à la circulation, c'est-à-dire le coup de bélier. Cette maxima est enregistrée avec le Pulsomètre de Frossard présenté à l'Académie le 5 mai 1930.

On apprécie très simplement de cette façon la fatigue du cœur par différence avec la pression de régime. Cette différence est d'autant plus grande que le cœur a plus de peine à maintenir la pression minima nécessaire à la vie en raison du reflux par les valvules aortiques insuffisamment étanches.

Cette valeur nouvelle porte à *dix* les données obtenues avec cet instrument et la Méthode pulsatoire de l'auteur en quelques minutes et en une seule manœuvre très simple.

Sur une nouvelle hormone sexuelle cristallisée. — MM. A. GIRARD, G. SANDULESCO, A. FRIDENSON et J.-J. RUTGERS.

PRIX ET SUBVENTIONS ATTRIBUÉS EN 1932 (1).

Le prix Houllevigne (5.000 fr.) est décerné à M. Albert Policard, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1932)

Notice. — M. RAVAUT fait de son ancien maître M. Chauffard un très émouvant éloge.

Rapports. — M. Emile Roux lit un rapport sur les travaux concernant le service des épidémies.

M. LUCIEN CAMUS donne connaissance de son rapport général sur les vaccinations et les revaccinations pratiquées en France, en Algérie et dans les pays de protectorat pendant l'année 1931 et aux colonies pendant l'année 1930.

Compte tenu des vaccinations privées et des vaccinations publiques, le nombre des primo-vaccinations de l'année 1931 est supérieur de 20.652 à celui de l'année 1930. Une diminution des primo-vaccinations a été enregistrée seulement dans 35 départements.

Les revaccinations sont plus nombreuses partout, sauf dans 6 départements ; leur augmentation pour l'année 1931 est de 122.650 par rapport à l'année précédente.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 95, p. 1761.

La présence de la *variole* n'a été signalée par les Commissions départementales que dans trois départements : dans l'*Indre-et-Loire* (3 cas dont 2 mortels) ; l'*Hérault* (2 cas qui ont guéri) et les *Bouches-du-Rhône* (2 cas qui ont guéri).

Dans les *colonies*, en 1930, on a observé plus de 13.000 cas de variole ; l'année précédente, il n'y avait eu que 7.478 cas.

Des vaccinations ont été faites en très grand nombre (8.451.829 pour une population de 47.072.750 habitants).

Au *Maroc*, pour l'année 1931, on signale 727 cas de variole (la moyenne des dernières années était seulement de 300 cas) ; il n'y a eu que 12 cas seulement parmi les Européens et 4 parmi les Français. Les vaccinations ont été intensifiées et l'épidémie a rapidement rétrocédé.

En *Tunisie*, qui compte 2.410.692 habitants dont 195.293 Européens, la variole diminue d'année en année ; 19 cas seulement en 1931, dont 4 morts.

C'est une application méthodique et persévérante de la vaccination dans tous les *contrôles civils* qui a permis d'obtenir ce beau résultat. Au cours de l'année 1931, il a été pratiqué 611.919 vaccinations.

La chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire. Résultats généraux. — M. Léon BERNARD publie sa statistique personnelle des résultats qu'il a obtenus avec le thiosulfate d'or et de sodium ; statistique qui s'étend sur l'étude de 716 cas. L'auteur a employé la méthode de dose moyenne pour les cas aigus. Il pratique d'abord un traitement d'attaque, suivi d'un traitement d'entretien. Le traitement n'est interrompu qu'en présence d'incidents toxiques ou de résultats thérapeutiques acquis. Par cette méthode, l'auteur n'a plus jamais rencontré des désordres d'intoxication grave.

Ces résultats se manifestent non seulement par la disparition des symptômes cliniques et l'arrêt des poussées évolutives, mais encore par une régression des lésions qui peut aller jusqu'au nettoyage radiologique complet. Celui-ci ne s'obtient, en général, que longtemps après le début, parfois même à la fin du traitement.

La statistique montre que les résultats favorables comprenant les guérisons cliniques et les améliorations notables oscillent autour de 50 % des malades traités.

M. Léon Bernard pense que c'est surtout dans les formes évolutives que la chrysothérapie doit être mise en œuvre et dans les cas où le pneumothorax est impossible ou inopérant.

M. SERGENT lit les deux notes suivantes :

Action de l'insuline sur l'azotémie et la cholestérolémie des lapins atteints de néphrite chronique à l'urane. — MM. Pierre MAURIAC, P. BROUSTET et TRAISSAC. L'insuline injectée au lapin néphritique entraîne une baisse de la cholestérolémie. Si on soumet l'animal à un régime tel qu'il devienne hyperazotémique, l'injection d'insuline entraîne, dans les heures qui la suivent, une baisse importante du chiffre de l'azotémie.

Action de l'insuline sur les malades atteints de néphrite chronique. — MM. Pierre MAURIAC, P. BROUSTET et DUBARRY ont soumis à la cure d'insuline des malades atteints de néphrite chronique ; ils ont étudié l'action immédiate de l'insuline sur l'azotémie dans les heures qui suivent l'injection, et l'action générale de l'insuline sur l'évolution de la maladie.

Dans les néphrites graves avec forte azotémie, le traitement est très bien supporté ; mais si l'azotémie décroît immédiatement après la piqûre d'insuline, il n'est pas possible d'affirmer que les malades en aient tiré grand bénéfice.

Dans les petites azotémies, les injections d'insuline sont indiquées pour améliorer le métabolisme des liquides et

du cholestérol, et aussi pour favoriser le métabolisme des glucides qui entrent pour une grande part dans l'alimentation des brightiques.

Autres communications :

La collapsothérapie de la bronchiectasie. — M. Rist.

L'évolution des idées dans le domaine de la pathogénie, de l'étiologie et du traitement de l'asthme à « épine respiratoire » d'origine microbienne. — M. Haibe.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 18 novembre 1932)

Cancer diffus de la totalité des voies biliaires. — MM. Chabrol et Waitz. Evolution en 8 semaines d'une carcinose aiguë du péritoine, dont l'origine se trouva dans une cancérisation massive des voies biliaires : cette angiocholite cancéreuse généralisée est exceptionnelle.

Néphrite mercurielle grave. Guérison incomplète. — MM. Duvoir, Loudat, Pithon, Layoni, Pautrat. Néphrite mercurielle grave avec azotémie à 7 gr. chez une femme de 22 ans après absorption de 0,50 d'oxycyanure. Il subsiste après cette néphrite, un an après l'intoxication, des signes de néphrite chronique légère.

Diabète insipide suivi de diabète sucré avec cours. Traitement par la folliculine. — MM. Duvoir, Pollet et Cachin rapportent quelques cas assez rares, de diabète insipide suivi de diabète sucré authentique et admettent à titre pathogénique, une lésion concomitante du pancréas, une lésion des centres nerveux, avec intervention de diverses glandes endocrines. Les auteurs ont pu réduire la polyurie par des injections à doses massives de folliculine dans le muscle.

A propos de l'épilepsie cardiaque. — M. Decourt pense que le rhumatisme articulaire aigu compliqué de rhumatisme cérébral et la chorée aigue peuvent engendrer l'épilepsie.

Péricardite tuberculeuse et endocardite rhumatismale. — MM. Laubry, Routier, Beerens. Malade atteinte d'une double lésion valvulaire mitrale et aortique qui fit une péricardite sèche de nature tuberculeuse, vérifiée par inoculation du sang à des cobayes sensibilisés à l'infection tuberculeuse par des injections d'extrait ciro-graisseux de bacilles de Koch.

Ganglions en plaques superficielles et curables des membres inférieurs. — MM. Gaté et Ravault (de Lyon). Les caractères de ces processus gangréneux permettent de les rattacher à des oblitérations d'artères de fin calibre ou d'artérioles.

Rhumatismes tuberculeux. Pyarthroses multiples. — M. Ravault (de Lyon). Rhumatisme tuberculeux ayant évolué sous forme d'une poussée aiguë chez un homme âgé. Ethylique. Ce cas constitue un type de transition entre le rhumatisme bacillaire proprement dit et les arthropathies tuberculeuses chirurgicales.

Dysostose cranio-faciale avec rétromélie. — MM. Garcin, Thurel, Rudams. Fillette de 23 mois atteinte de dysostose cranio-faciale avec rétrodactylie : étiologie inconnue. Pas de cas semblable dans la famille.

Xanthomatose cranio-hypophysaire. — MM. Lesné, Clément, Guillain, 2e observation française de syndrome Schuller-Christian.

L'hypercholestérolémie, la présence de cristaux de cholestérol dans la sérosité humorale donnent à cette maladie son hétité chimique et permettent de la différencier des autres réticulo-hédothélioses.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 21 octobre 1932)

A propos de la lombalisation de la première vertèbre sacrée. — M. R. Bonneau présente une observation de la lombalisation de la première sacrée avec énurésie. Rien ne prouve qu'il y ait rapport de cause à effet entre l'anomalie vertébrale et l'incontinence. La méthode de Cahier donne de bons résultats thérapeutiques.

Le traitement des prostatiques. — M. Nora fait un rapport sur un travail de M. Julio Lopez Lomba (de Montevideo). L'auteur insiste sur les traitements médicaux dans l'hypertrophie prostatique, et en particulier sur les bienfaits de la diathermie.

Méga-rectum avec malformation des ligaments utéro-sacrés. — M. R. Bonneau. La dilatation, du volume d'une grosse orange, portait uniquement sur la partie haute du rectum ; elle se continuait en haut et en bas avec un intestin de calibre normal. La tumeur prenait un aspect bilobé parce qu'elle se coudait sur un ligament utéro-sacré gauche anormalement hypertrophié. L'opération a consisté à réduire et à allonger le méga-rectum par deux forts surjets de soie sur les côtés et suivant l'axe de l'intestin. De plus, dans sa partie pelvienne, le rectum ainsi réduit a été fixé au péritoine pariétal présacré.

L'arthrodèse sacro-iliaque. — M. Raphaël Massart montre qu'il existe en dehors de la sacro-coxalgie, des altérations du joint sacro-iliaque occasionnant des douleurs, des troubles de la marche, des déséquilibres du rachis. Avec des observations à l'appui, il montre que l'arthrodèse extra-articulaire permet une correction des troubles statiques et la suppression des phénomènes douloureux.

Radiographies de lésions osseuses chez un diabétique. — M. Aubourg.

Deux cas de cancer recto-sigmoïde. — MM. Victor Pauchet et G. Luquet. Bien que la tumeur fût bas située, une résection segmentaire avec fixation des deux bouts à la paroi, en vue d'un rétablissement ultérieur de la continuité du tube digestif, a pu être pratiquée. Dans un des deux cas, il s'agissait d'une femme chez laquelle la présence d'un volumineux fibrome utérin a encore compliqué l'intervention, en nécessitant d'abord une hystérectomie.

Formulaire thérapeutique odonto-stomatologique, par les docteurs R. Boissier, stomatologiste des hôpitaux, professeur à l'école de chirurgie dentaire et A. Bouland, chirurgien-dentiste, licencié en droit. Collection du Compendium médical, publiée sous la direction scientifique du prof. Achard. Secrétaires de la Direction : Drs H. Dausset et R. Pierret. 1 vol. de 400 pages in-8° couronne. — Prix : 30 fr. — Editions de l'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e).

Rationeller Krankenhaus-Bau, par von H. Distel, u. a. W. Kohlhammer, Stuttgart.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — ASSISTANTS D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE. — *Epreuves sur titres.* — Séance du 29 novembre. — Mme Le Picard, 16; MM. Venturini, 18; Strauzer, 15; Pulsord et Buzy, 18; Chérigié, 19; Mme Fainsilber, 16; MM. Marquez, 17; Altman, 15; Feuteuil, 19.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Liste alphabétique des candidats admissibles à l'oral du concours de l'internat :

Mlles Abadi, Abraham, MM. Adle, Adrianopoulos, Aliger, Allilaire, Amante, Arnous, Arviset,

Barbier, Barcat, Beaudouin, Beauchef (René), Beauchef (Jean), Benassy, Benoist, Bequignon, Bernard, Blau, Boisonnat (Pierre), Boissonnet (Jacques), Mlle Bonnefant, MM. Bonnet (Georges), Boquet (Henri), Borgida, Boros, Botton (de), Bouchacourt, Boulard, Bour, Bourré, Boussoulade, Boutron, Bouvrain, Bouwens Van der Boyen, Boyer (Jeon), Brault, Brinon, Broutman, Brumpt, Brunhes, Bussières,

Carrez, Castany, Mlle Cazamian, MM. Cernéa, Chareire, Charousset, Chatain, Cler (René), Combes, Corcos, Mlles Cottin, Courrier, MM. Cuvereaux,

Daum, Daverne, Mlle Debay (Christiane), MM. Debidour, Debray (Jean), Dechaume-Moncharmont, Delaître, Delord (Pierre), Delort (Joseph), Delzant, Demartial, Dezoteux, Domart, Dormay, Drain, Dreyfus, Dubois (Pierre), Duflo (Jacques), Duperrat, Dupuy, Duval,

Ebstein, Epelbaum,

Faliu, Falk, Faugeron, Faulong, Fauvet, Mlle Herrieu (Henriette), MM. Findjanjian, Flourens, Fonteneau, Foret, Forger (Roger), Mme Forget, née Fauvert, MM. Fournée, François (René), Fulconis,

Gaube, Gautier, Gerbeaux, Ghozland, Giaume, Gillot (Jean), Girard, Giraud (Jean), Gisselbrecht, Gorse, Goutner, Goyer, Graciansky (de), Grenet (Pierre), Gross, Grossiord (André), Gruner, Guillemin, Guny, Mlle Hahn (Lucie), MM. Hector, Herenschmidt, Hofman, Horeau, Huchet, Mlle Huguet, MM. Huguier,

Israël,

Jaïch, Jannette Valen, Mlle Jomier, MM. Jouanneau, Jouffroy,

Kaplan, Kipfer, Kolpenitski,

Mlle Ladet, MM. Lafon, Lanthier, Le Beau, Lebreton, Le Cœur, Leconte (André), Lefebvre (Jacques), Léger (Lucien), Legry (Pierre), Lemasson, Lepintre, Le Roy (François), Leroy (Louis), Lesobre, Lévy (Jean), L'Hirondel, Lignières (de), Mlles Liphschuts, Lorain, M. Lortat-Jacob, Mlle Lyon,

MM. Malartic, Mallet, Marcy, Marre, Martin (Marcel), Martinot, Martrou, Maruelle, Mathey (Jean), Maury (Jacques), Maury (Pierre), Menanteau, Ménétrier, Meyer (Jean), Meyer (Louis), Mignot, Mlle Morel, MM. Morichan-Beauchant, Morin (Marcel), Mouchotte (Robert), Mouchotte (Maurice), Moulinier,

Nabert, Netter,

Offret, Olivier, Orinstein, Orsoni, Ortholan, Osenat,

Pecher, Perret (Robert), Perrot (Raoul), Mlle Petit (Paule), Pevet, Philippe (Madeleine), MM. Picquart (Albert), Pierra, Piraud, Pointud, Poncet, Porge, Prat,

Rambert, Mme Rambert née Brenot, MM. Raymond (Roger), Renaud (François), Rendu, Robin, Roche, Rogé (Raymond), Rossier, Rouchy, Rouvillois, Roux, Rouyer (François), Roy (André-Louis), Rozée Belle-Isle, Rymer,

Sacquepée, Mlle Salembiez, MM. Salleron, Salvanet, Sarradin, Sautter, Sauvain, Scemama, Scheid, Seguin, Seringe, Sicard (Pierre), Sifflet, Simon (Gaston), Streusand, Suire,

Taveau, Termerson, Tempier, Terver, Thieffry, Thomeret, Tilitcheef, Tissot (Jacques), Tribalet,

Ullmann,

Varay, Vautier, Velez, Vendryès, Vignalou, Vildé, Villaret, Vincent (Jean), Vincent (Philippe),

Yglésias-Y-Bétancourt.

Zarachovitch.

— CONCOURS POUR LES PRIX A DÉCERNER A MM. LES ÉLÈVES INTERNES EN MÉDECINE DE QUATRIÈME ANNÉE. — *Concours de médecine.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 6 mars 1933, à 9 h., à la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

— *Concours de chirurgie et d'accouchement.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 2 mars 1933, à 9 h., à la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront prendre part à ces concours seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration tous les jours, de 14 à 17 h., du jeudi 5 au samedi 14 janvier 1933 inclusivement.

Les mémoires prescrits comme épreuves de ces concours devront être déposés au bureau du Service de santé au plus tard le samedi 14 janvier 1933, à 17 h., dernier délai.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury définitif est ainsi composé : MM. Leroux, président; Bariéty, Laporte, Chevalley, Escalier, Bloch (René), Ameline, Ménégaux, Banzet.

— PRIX FILLIOUX. — *Mémoire.* — MM. Gaston, Guillon et Sobel, 29.

Epreuve clinique. — MM. Gaston, 20; Sobel, 19; Guillon, 20.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — STRASBOURG. — M. le docteur Paul Blum, chargé de cours d'hydrologie thérapeutique et de climatologie près la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, est nommé, à compter du 1er janvier 1933, professeur titulaire d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à cette même Faculté (chaire créée).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Après concours, M. Henri Germain a été nommé chef des travaux d'histoire naturelle; M. Martin (Charles-Rémy) a été nommé chef des travaux anatomiques.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Charles Benoit (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Brasseur (de Petit-Quevilly), Laurençon (de Givors), Prigent (de Saint-Brieuc), Ricoux, médecin directeur de l'asile public départemental d'aliénés de l'Allier; Solus (de Paris), Davy (de Praz-Coutant).

MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES. — Le jury du concours qui sera ouvert le 12 décembre en vue du recrutement de médecins inspecteurs des écoles de banlieue a été ainsi constitué par M. le Préfet de la Seine :

Membres titulaires : MM. Lesné, président; Tanon, Guibert, Duvoir, Milhit, Dufestel; membres suppléants : MM. Vitry, Sicard, Le Mière, Perrin, Barbarin, Girault.

A LA MÉMOIRE DE FORLANINI (inventeur du pneumothorax artificiel). — Aux deux dernières conférences de l'Union internationale contre la tuberculose, tenues à Rome en 1928 et à Oslo en 1930, il a été décidé d'ouvrir une souscription dans tous les pays pour élever un monument à la mémoire de Forlanini.

L'inventeur du pneumothorax artificiel n'a pas seulement doté la thérapeutique de la tuberculose de la première méthode vraiment active et efficace de guérison de cette maladie; cette découverte a ouvert la voie à tous les procédés de collapsothérapie, grâce auxquels la médecine est aujourd'hui amplement armée pour triompher du mal.

Le Comité national de défense contre la tuberculose (Paris, 66, boulevard Saint-Michel), est chargé de centraliser la participation française.

L'ŒUVRE DE MUSIQUE ET POÉSIE A L'HÔPITAL va donner le mardi 20 décembre, à 8 h. 30, une soirée romantique afin de se procurer les fonds nécessaires pour les séances de cinéma et les matinées récréatives des hôpitaux d'enfants.

Cette Œuvre, organisée depuis dix-huit mois par des artistes désintéressés, a pour but de présenter aux malades des hôpitaux de l'Assistance des œuvres artistiques et littéraires d'une portée à la fois morale, intellectuelle et artistique. Fondée par une femme de médecin, cette compagnie se fait un devoir d'en donner l'initiative au Corps médical et par suite doit être encouragée et soutenue par tous ceux qui voient en la vie médicale une profession de haut idéalisme et de dévouement.

Le concert de musique et poésie à l'hôpital aura lieu maison Pleyel, salle Chopin, et commencera par une conférence de Me Chassinat, avocat à la Cour d'appel, pour présenter les trois grands musiciens de l'époque Chopin, Schumann et Schubert. Victor Gille, le grand pianiste, interprétera Chopin.

Mlle Morand, 1er prix de violoncelle du Conservatoire national; Mlle Jane Court, 1er prix de violon du Conservatoire national; Mlle de Mayo, pianiste virtuose, prix du Conservatoire national, interpréteront Schumann.

Mme Georges Dupau, cantatrice de l'Œuvre Musique et poésie à l'hôpital, accompagnée par Mme Lebocq, également pianiste de l'Œuvre, interprétera des lieds du *Voyage d'hiver* de Schubert. — Billets à 15 et 10 fr. en location, maison Pleyel, et chez Durand, place de la Madeleine.

LES CROISIÈRES MÉDICALES FRANCO-BELGES EN 1933. — La XVIIe Croisière médicale franco-belge s'effectuera à Pâques prochain en Grèce, Adriatique et Italie, à bord du paquebot de luxe *Théophile Gautier* de la Compagnie des Messageries maritimes.

Le départ s'effectuera de Marseille le samedi 8 avril 1933 et le retour, dans le même port, le 1er mai.

L'itinéraire sera le suivant : Marseille, Messine, Katakolo (Olympie), Corinthe (Mycènes, Argos, Athènes), Itea (Delphes et le Parnasse), Ithaque (l'île d'Ulysse), Saint-Jean de Medua (Scutari d'Albanie), Cattaro (Cettigné), Raguse, Spalato, Fiume, Venise, Porto Corsini (Ravenne), Civita Vecchia (Rome), Ile Rousse (Corse), Marseille.

Il y aura, pour les médecins, leurs femmes et leurs enfants mineurs célibataires, des places à partir de 2.100 fr. français en 2e classe; 3.975 fr. français en 1re classe.

Des excursions facultatives seront organisées dans les escales.

Les médecins que ce voyage intéresse sont priés de se faire connaître dès que possible, sans engagement de leur part, en écrivant à l'adresse suivante : XVIIe Croisière médicale franco-belge, 29, boulevard Adolphe Max, Bruxelles.

Une brochure détaillée, actuellement à l'impression, sera envoyée gratuitement à toute personne qui en fera la demande.

A noter que le nombre des passagers ne sera au maximum que de 190 en première classe et 70 en seconde classe. C'est dire l'intérêt qu'il y a à s'inscrire sans retard. Pour la croisière du *Champollion*, en Méditerranée (1931), plus de 200 places étaient déjà réservées d'une façon ferme un mois après l'annonce du voyage.

— Signalons, d'autre part, que pour l'été 1933 une Croisière polaire est décidée : Orcades, Islande, Banquise, Spitzberg, Laponie, Cap Nord, fjords de Norvège, et peut-être Arkhangel. Ce sera la XVIIIe Croisière médicale franco-belge.

**

LIVRES NOUVEAUX

Précis de propédeutique et de technique médicale, par V. Cordier (1), avec la collaboration, pour le système nerveux, de A. Devic.

Pour celui qui enseigne, rien de plus difficile que de deviner, parmi toutes les notions fondamentales nécessaires à un jeune étudiant, quelle est celle qui précisément lui manque et à propos de laquelle pour des motifs divers n'est posée aucune question. Parer à ces lacunes du début, énoncer et expliquer ce qui à des élèves plus avancés semble aller de soi est l'un des buts du présent volume ; il vient ainsi compléter, de la façon la plus appropriée et la plus élégante, ce qui peut manquer chaque jour à ce précieux enseignement clinique du début des études qui est un des traits de l'école française.

Ce volume rendra par ailleurs à l'étudiant le grand service de lui inculquer une méthode d'examen adaptable aux diverses sortes de malades : le médecin déjà formé y trouvera aussi beaucoup à glaner, il complétera ou rafraîchira ses connaissances, s'orientera parmi ce que radiologie et laboratoire peuvent lui offrir d'aide en pratique.

Pour rendre plus sûrement à tous ses lecteurs le maximum de services, ce précis est conçu dans un esprit essentiellement pratique : les divers appareils y sont étudiés selon un plan quasi uniforme : anatomie et physiologie normale et pathologique, interrogatoire et examen physique du malade, radiologie, laboratoire ; description de quelques grands syndromes fréquents dans la pratique, types cliniques et termes de comparaison à la fois. Rien n'est donc plus aisé que de s'orienter dans ce compendium de médecine pratique qui unit les avantages du formulaire aux qualités du livre de chevet.

Une place importante est faite à la neurologie et à la psychiatrie, guêpier de la médecine pour tant de praticiens et guêpier inévitable.

Cet important volume, modèle de réussite dans une tâche éminemment délicate, est illustré de près de 500 figures et schémas, ingénieux et originaux qui forment, en marge d'un texte sans défauts, un véritable atlas clinique.

L. Babonneix.

(1) Collection Testut. — Paris, G. Doin et Cie.

Problèmes actuels de pathologie médicale. Cours complémentaire de la Faculté de Médecine (1), deuxième série, par A. Clerc, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, et par Ch. Aubertin, H. Bénard, M. Brulé, J. Cathala, Ed. Chabrol, P. Chevallier, E. Donzelot, Guy-Laroche, C. Lian, R. Moreau, P. Vallery-Radot, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris, médecins des hôpitaux.

Ces conférences dont une première série a déjà été publiée dans le cours de l'année 1931 ont été instituées pour les futurs médecins à la veille de terminer leurs études et pour les praticiens désireux de se tenir au courant des progrès de nos connaissances. Elles visent les sujets les plus variés, elles sont traitées chacune par un spécialiste reconnu, professeurs agrégés, médecins des hôpitaux et représentent bien l'aspect actuel des problèmes de pathologie médicale.

L. G.

(1) In-8 de 340 pages. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

LES MODALITES CLINIQUES DU RHUMATISME CARDIAQUE CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES GENS

Par P. NOBÉCOURT,

Professeur de Clinique médicale des enfants à la Faculté de médecine de Paris.

Chez les enfants et les jeunes gens, le rhumatisme articulaire aigu, ou mieux la maladie de Bouillaud, est la cause la plus importante des cardiopathies. Sauf avant 3 ans, la fréquence du rhumatisme et celle des affections cardiaques sont sensiblement les mêmes ; le virus rhumatismal a en effet une affinité particulière pour le cœur et la proportion de ses localisations cardiaques atteint son maximum chez les enfants, les jeunes gens et les adultes jeunes. Le rhumatisme cardiaque et la maladie de Bouillaud elle-même sont le triste privilège des individus à la période de croissance ou qui sont encore dans son voisinage.

L'agent infectieux, probablement spécifique, mais encore inconnu, du rhumatisme articulaire aigu cause des endocardites, des péricardites, des myocardites ou, tout au moins, des syndromes myocardiques. Pendant longtemps, on a considéré ces affections comme des complications. En réalité, elles sont des manifestations de la maladie rhumatismale, au même titre que les arthrites ; elles sont même un élément plus fixe que ces dernières. Les arthrites, en effet, sont des épisodes passagers ; souvent c'est la constatation d'une affection cardiaque qui permet d'affirmer l'infection rhumatismale ; au contraire, sauf exception, les cardiopathies sont permanentes ; elles peuvent être fugaces, discrètes ou même faire défaut. « Le rhumatisme aigu, a écrit Charles Lasègue (1), dans son style imagé, lèche les jointures, la plèvre, les muqueuses même, mais il mord le cœur. »

Les cardiopathies apparaissent généralement au cours d'une attaque articulaire plus ou moins caractérisée. Elles ont un début aigu. Dans quelques cas, leur durée est courte, elles rétrocèdent rapidement et guérissent même ; presque toujours, leur évolution se prolonge pendant des semaines, des mois, des années, entrecoupée de poussées aiguës, coïncidant ou non avec des attaques articulaires ; elle est subaiguë et finalement chronique. Cette évolution fournit la preuve que l'infection rhumatismale est comparable, sous ce rapport, au paludisme, à la syphilis, à la tuberculose.

Les cardiopathies surviennent dans toutes les modalités cliniques de la maladie de Bouillaud.

On les observe avec la même fréquence dans les formes polyarticulaires et fébriles, dans les formes légères, oligo-articulaires, peu fébriles, dans les formes frustes, atypiques, où les arthropathies sont discrètes, fugaces et même absentes.

Chez les enfants, d'ailleurs, les dernières formes sont plus habituelles que les premières. Pour eux, la première loi de coïncidence de Bouillaud (l'endocardite et la péricardite sont la règle dans le rhumatisme articulaire généralisé) est exacte comme pour les adultes ; mais la seconde loi (dans le rhumatisme articulaire aigu, léger, partiel apyrétique, l'endocardite et la péricardite sont l'exception) ne l'est pas.

Dans le *rhumatisme cervical* ou *torticolis rhumatismal*, dans le *rhumatisme cervico-sciatique* (1), dans le *syndrome abdominal douloureux* (2) qui est d'ailleurs rare, les localisations cardiaques sont communes ; elles sont, pour ainsi dire, la signature du rhumatisme.

La fréquence des endocardites et des péricardites dans les formes frustes de la maladie de Bouillaud permet de penser qu'un certain nombre des *endocardites* et des *péricardites dites primitives*, lui est attribuable. « Sachant, écrivait Ch. West (3) il y a plus de soixante ans, combien souvent une affection du cœur accompagne une attaque de rhumatisme même légère, j'hésite beaucoup plus qu'autrefois à la déclarer idiopathique. »

***

Le virus rhumatismal lèse souvent le cœur dès la première attaque articulaire de la maladie de Bouillaud. Si on examine chaque jour le cœur, les premiers symptômes de la cardiopathie sont constatés soit dès les deux ou trois premiers jours de la fièvre et des arthrites, soit seulement au bout de cinq, huit, dix jours ; ils sont souvent contemporains des arthropathies ; parfois ils les précèdent.

Le cœur peut être respecté lors de la première attaque ; sauf exception, il est alors touché au cours des attaques ultérieures. Plus l'enfant est jeune, plus long est son avenir de rhumatisant, plus il court, de ce fait, le risque d'avoir son cœur lésé.

Quand le cœur a été lésé au cours d'une attaque de rhumatisme, souvent apparaissent, au cours des reprises de l'infection rhumatismale, des signes de réactivation des altérations anciennes et de localisations nouvelles. Une cardiopathie discrète peut devenir sévère, une cardiopathie simple complexe.

D'ailleurs, le processus cardiaque ne s'arrête pas avec la disparition de l'attaque aiguë articulaire et fébrile, qui est éphémère : il poursuit son évolution. Les cardiopathies les plus légères évoluent pendant longtemps avant d'aboutir parfois à la régression et même à la disparition, plus souvent à la stabilisa-

(1) Charles Lasègue. *Etudes médicales*, Tome II ; Asselin et Cie, Paris, 1884.

(1) P. Nobécourt. Syndrome clinique de rhumatisme cervical et de névralgie sciatique associés. Réactions méningées. Complications cardiaques. Diagnostic avec la méningite cérébro-spinale, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 14 janvier 1916 ; — Rhumatisme cervical et cervico-sciatique chez l'enfant, *Le Concours méd.*, 8 mai 1927, et *Clinique médicale des enfants. Maladies infectieuses*, Leçon I (11 décembre 1926). Masson et Cie, Paris, 1932. — Versini (Vincent-Napoléon). Rhumatisme cervico-sciatique, *Thèse de Paris*, 1919. — Breton (René). Rhumatisme cervical et syndrome cervico-sciatique chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1927.

(2) P. Nobécourt. Les syndromes abdominaux douloureux dans la maladie de Bouillaud chez les enfants ; *Clinique et laboratoire*, 20 mai 1931, et *loc. cit.* (*Clin. méd.*), Leçon VIII (7 février 1931). — Schalet-Resche. Les manifestations péritonéales du rhumatisme articulaire aigu, *Thèse de Paris*, 1931.

(3) Ch. West. *Leçons sur les maladies des enfants*, traduites d'après la 6e édition anglaise par *Archambault*, Paris, Masson, édit., 1875.

tion ; les cardiopathies sévères s'aggravent jusqu'à la mort ou jusqu'à la phase lointaine où le processus s'éteint.

La notion d'évolution domine l'histoire de toutes les cardiopathies rhumatismales ; l'évolution, occulte ou apparente, se poursuit d'une façon subaiguë ou chronique, entrecoupée ou non de poussées aiguës, pendant des mois ou des années. *Tout rhumatisme cardiaque est évolutif,* mais l'évolution revêt des modalités diverses : Edouard Pichon (1), qui réserve cette expression pour les formes sévères, lui donne un sens trop étroit.

Les LÉSIONS du rhumatisme cardiaque siègent au niveau de l'*endocarde,* du *péricarde,* du *myocarde.*

L'endocardite, assez souvent, la péricardite et la myocardite, ces dernières rarement, peuvent rester isolées. Le plus souvent ces affections s'intriquent suivant des modalités variées.

L'endocardite est accompagnée presque toujours d'un syndrome myocardique ; celui-ci tantôt reste discret, tantôt domine la scène.

La péricardite survient presque toujours au cours d'une endocardite : elle n'existe pas sans un syndrome myocardique plus ou moins apparent.

Chez bien des malades, l'endocarde, le péricarde, le myocarde sont intéressés soit d'emblée simultanément, soit à un moment de l'évolution, au cours des reprises successives de l'infection rhumatismale. Il existe alors une véritable *pancardite rhumatismale* (Duroziez). Avant 15 ans, elle se rencontre, suivant les statistiques, chez 30 à 50 0/0 des enfants atteints de rhumatisme.

Mais, qu'il y ait ou non péricardite, le rhumatisme cardiaque est toujours complexe ; c'est une *cardite,* suivant le mot créé par Corvisart en 1818. Les modalités de l'endocardite et de la péricardite dépendent moins des altérations de l'endocarde et du péricarde, que de l'état du myocarde ; leurs formes sont discrètes ou sévères suivant que les troubles du myocarde sont eux-mêmes légers ou importants.

L'évolution des lésions cardiaques se poursuit tantôt silencieusement, sans phénomènes généraux, sans troubles subjectifs ou fonctionnels appréciables, tantôt, au contraire, au milieu d'un cortège bruyant composé par ces phénomènes et par ces troubles. Entre ces formes extrêmes, il existe toute une gamme de modalités intermédiaires.

Toute classification est, par suite, trop schématique; elle ne répond pas à la variété des faits cliniques.

Sous cette réserve, je décrirai :

1° *L'endocardite rhumatismale simple, discrète ;*

2° *La péricardite rhumatismale simple, discrète, sèche ou avec épanchement ;*

3° *Les syndromes myocardiques et les myocardites, les pancardites rhumatismales.*

(1) PICHON (Édouard). Le rhumatisme cardiaque évolutif et son traitement, *Thèse de Paris,* 1924.

***

L'ENDOCARDITE RHUMASTIMALE, SIMPLE, DISCRÈTE (1) est le type de l'*endocardite infectieuse atténuée* de Hanot. On la qualifie parfois de *bénigne,* mais à tort, car elle peut, à un moment donné, s'accompagner d'un syndrome myocardique sévère et, en tout cas, elle aboutit généralement à des lésions orificielles définitives.

L'endocardite *débute* au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu pouvant revêtir une des modalités que j'ai signalées tout à l'heure.

Les *symptômes généraux* et les *arthropathies* sont ceux de l'infection rhumatismale.

Les *troubles subjectifs* et *fonctionnels* sont nuls.

L'endocardite s'installe donc d'une façon insidieuse. C'est l'*examen quotidien du cœur* qui la fait découvrir.

Il s'agit le plus souvent d'une *endocardite mitrale.*

Le premier symptôme est l'*assourdissement du premier bruit* mitral (Bouillaud, Piorry, Potain) dû à une modification des valves ; en deux ou trois jours, le bruit devient comparable à celui qu'on provoque en fermant une porte munie d'un bourrelet de caoutchouc. L'assourdissement tantôt ne dure que trois ou quatre jours, tantôt persiste pendant quinze à vingt jours.

Puis l'assourdissement diminue et, dès lors, tantôt le bruit redevient rapidement normal, tantôt il passe par une phase, où il est à la fois sourd et dur (bruit de tabourkah de Potain).

Dans bien des cas, plus ou moins tôt, apparaît un *souffle.*

Celui-ci est, en général, le deuxième symptôme. D'après Potain, il apparaît quinze à cinquante jours après la constatation de l'assourdissement, après que le bruit a présenté les modifications que je viens de signaler.

Cette opinion de Potain est exacte dans un certain nombre de cas. A mon avis (2), chez les enfants, elle ne l'est pas dans la plupart. On peut entendre le souffle dès les deuxième, troisième ou quatrième jours de l'attaque articulaire, après une courte période d'assourdissement. Parfois on le constate presque en même temps que l'assourdissement : parfois celui-ci manque ou est si discret qu'il passe inaperçu.

Depuis longtemps d'ailleurs, on a remarqué qu'au-dessous de 5 ans les modifications de timbre des bruits du cœur étaient difficiles à percevoir et que le souffle était le premier symptôme de l'endocardite. En réalité, la constatation précoce du souffle ne tient pas à la difficulté de l'auscultation ; elle est un fait.

Le souffle est systolique. Il est faible, léger, doux, holosystolique, exactement apexien, constant ; il ne

(1) P. NOBÉCOURT. *Cardiopathies de l'enfance.* O. Berthier, Emile Bougault, Paris, 1914. Quatrième conférence. Les endocardites aiguës de l'enfance. — L'endocardite rhumatismale aiguë, simple, discrète chez les enfants. *La Presse thermale et climatique,* 15 septembre 1925, et *loc. cit.* (*Clin. méd.*), Leçon II (21 février 1925).

(2) P. NOBÉCOURT. *Arch. de méd. des enfants,* juillet 1910. — Le cœur dans le rhumatisme articulaire aigu de l'enfant, *Arch. de méd. des enfants,* XIII, 1910, p. 481.

se propage pas. Il ne ressemble pas au souffle en jet de vapeur de l'insuffisance mitrale constituée ; mais il est nettement différent du souffle anorganique, extra-cardiaque, de la région de la pointe. C'est bien un souffle mitral, orificiel, dû à un léger reflux du sang au moment de la systole ventriculaire. Peu importe son explication physiologique : accolement imparfait des valves tuméfiées, insuffisance fonctionnelle de la valvule soit par dilatation de l'anneau orificiel, soit par dilatation du ventricule et écartement des piliers (Barié et Lian), soit par parésie de ceux-ci, tous phénomènes causés par l'inflammation du myocarde. Pour le médecin, c'est un signe d'endocardite ; l'expression de *souffle myocardo-endocarditique* (Pichon) me paraît prêter à confusion.

Assez souvent, qu'on perçoive ou non un souffle systolique, on entend, d'une façon plus ou moins précoce, dans la région sus-apexienne, une ébauche de *roulement diastolique* ou un léger *souffle présystolique*. Ces bruits ne sont pas symptomatiques, comme dans d'autres circonstances, d'un rétrécissement mitral véritable ; ils témoignent de la présence sur la valvule de saillies déterminant des vibrations de la colonne sanguine pendant son passage de l'oreillette dans le ventricule ; peut-être, pour les raisons que je donnerai plus loin, ont-elles un siège particulier.

Habituellement enfin, on constate une *accentuation du second bruit pulmonaire.*

L'*endocardite aortique* (1) est plus rare que l'endocardite mitrale. Sur 100 cardiopathies rhumatismales observées à des stades divers de leur évolution, j'ai trouvé, avec Giovanni de Toni, 52 fois l'orifice aortique intéressé.

Parfois l'endocardite aortique est isolée ; presque toujours elle est intriquée à une lésion mitrale. Elle apparaît soit au cours d'une endocardite mitrale aiguë, soit pendant la longue évolution de l'affection mitrale, pendant une attaque ultérieure du rhumatisme.

Le *second bruit*, au foyer aortique, est *sourd*, éteint, voilé. L'assourdissement peut rester le seul symptôme ou s'accompagner soit d'un *souffle systolique*, léger, constant, se propageant peu vers la clavicule droite, soit d'un *souffle diastolique*, faible, discret, cependant légèrement aspiratif, soit des deux souffles. Chez certains malades, le souffle systolique doit faire penser à une *aortite rhumatismale* (2), affection d'ailleurs rare, dont il faut rechercher les signes.

Il ne faut pas limiter son examen à l'auscultation du cœur ; il faut, en outre, déterminer son *volume* par la percussion et, si possible, par l'orthodiagraphie. Très souvent, on constate, par des mensurations successives, une augmentation plus ou moins manifeste du volume ; elle caractérise un *syndrome myocardique fruste*. Ce syndrome traduit une parésie inflammatoire du myocarde (Potain), peut-être une myocardite discrète ; il réalise une ébauche des syndromes myocardiques avérés, que je décrirai plus loin.

Quand on entend, au foyer mitral, un roulement diastolique ou un souffle présystolique, la percussion dans l'espace interscapulo-vertébral gauche, suivant la méthode de Duroziez, et l'orthodiagraphie en oblique antérieure gauche révèlent une *dilatation appréciable de l'oreillette gauche* (1). Celle-ci est précoce, contemporaine de l'apparition des signes d'auscultation. Elle n'est pas due à l'obstacle réalisé par un rétrécissement mitral qui n'est pas encore constitué ; elle témoigne d'un trouble du myocarde de l'oreillette, peut-être lié à une localisation particulière de l'endocardite sur la paroi ; elle ne se produit pas, quand on entend seulement un souffle systolique.

Après un début aigu, l'endocardite peut évoluer de façons différentes.

Parfois l'assourdissement du bruit valvulaire et même le souffle orificiel disparaissent rapidement ; le bruit valvulaire redevient normal. On peut penser à la guérison ; mais celle-ci ne doit être affirmée qu'au bout de cinq ou six mois, car l'endocardite peut continuer d'évoluer et le souffle réapparaître. Dans cette éventualité, le bruit conserve assez souvent une certaine dureté.

Le plus souvent, le souffle persiste et prend peu à peu les caractères du souffle de l'affection valvulaire définitive : insuffisance mitrale, maladie mitrale, parfois rétrécissement mitral pur ; insuffisance aortique, avec ou sans rétrécissement aortique ; affection mitrale et affection aortique intriquées (2). Il arrive toutefois, mais le fait est rare, que le souffle disparaisse au bout d'une ou deux années.

Les affections valvulaires, qui se réalisent dans ces conditions, sont généralement bien tolérées. Si le cœur n'est pas lésé de nouveau lors des attaques ultérieures du rhumatisme, si l'enfant est placé dans de bonnes conditions d'existence, s'il ne fatigue pas son cœur par des exercices trop violents ou des travaux trop pénibles, la cardiopathie reste occulte non seulement pendant l'enfance, mais encore pendant la jeunesse et à l'âge adulte.

La tolérance tient, d'une part, au peu d'étendue et de profondeur de l'endocardite, d'autre part, au peu d'importance des troubles du myocarde ; la phase inflammatoire du début une fois terminée, le myocarde reprend toute son activité et compense facilement des altérations valvulaires relativement légères. Toutefois il n'en est pas toujours ainsi, quand l'endocardite aboutit à une maladie mitrale (insuffisance et

(1) P. NOBÉCOURT. L'insuffisance aortique d'origine rhumatismale. *Arch. de méd. des enfants*, juillet 1921, et *Clinique médicale des enfants. Affections de l'appareil circulatoire*, Leçon VI (12 février 1921) ; — L'endocardite aortique au cours des affections mitrales chez les enfants. *Gaz. des hôp.*, 13 avril 1932. — P. NOBÉCOURT et GIOVANNI DE TONI. Les localisations aortiques de l'endocardite aortique chez les enfants. *Presse méd.*, 14 septembre 1921.

(2) P. NOBÉCOURT. Sur un cas d'aortite probablement rhumatismale chez un garçon de 14 ans. *Concours méd.*, 9 février 1930, et *Clinique médicale des enfants. Maladies infectieuses*, Leçon VI (7 décembre 1929). — FRESQUET (Léon). L'aortite rhumatismale chez l'enfant, *Thèse de Paris*, 1931.

(1) P. NOBÉCOURT. L'étiologie du rétrécissement mitral pur des enfants, *Bull. méd.*, 31 oct. 1928.

(2) P. NOBÉCOURT. Maladie mitrale chez les enfants, *Revue de technique médicale*, 1er nov. 1923 ; — Le rétrécissement mitral pur chez les enfants, *Journ. des prat.*, 1er et 8 mars 1924 ; — Maladies mitrale et aortique associées chez les enfants. *Pédiâtrie pratique*, 5 juin 1924. — Voir : *Clinique médicale des enfants. Affections de l'appareil circulatoire*. Leçons VII (19 mai 1923), VIII (12 janvier 1924), IX (19 janvier 1924).

rétrécissement) ou à un rétrécissement mitral, sans doute du fait que, dans ces cas, le myocarde de l'oreillette gauche paraît intéressé d'une façon plus importante.

Quand, au contraire, au cours de l'évolution, surviennent des attaques de rhumatisme, qui causent des poussées nouvelles d'endocardite, des troubles du myocarde, une péricardite, la cardiopathie s'aggrave.

Telle est la *forme simple, discrète* de l'endocardite rhumatismale. Elle s'oppose à la *forme sévère.*

La différence entre ces deux formes peut tenir à une intensité plus grande de l'endocardite. Elle est due surtout à l'importance, dans la seconde, des troubles du myocarde. Ce sont eux qui sont responsables de la gravité du processus.

La description clinique de la forme sévère ne peut être séparée de celle des syndromes myocardiques et des myocardites ; nous la donnerons avec celles-ci.

***

La PÉRICARDITE RHUMATISMALE, SIMPLE, DISCRÈTE (1) a été qualifiée par Cadet de Gassicourt (2) de *bénigne, légère.*

Elle peut exister sans endocardite. Le plus souvent, elle survient, soit en même temps qu'elle, au moment d'une attaque aiguë de rhumatisme et cette intrication réalise une *endo-péricardite,* soit au cours de son évolution subaiguë et chronique, à l'occasion d'une reprise de l'infection rhumatismale.

Le début ne se révèle pas par des symptômes généraux, subjectifs ou fonctionnels particuliers.

L'attaque de rhumatisme articulaire aigu, au cours duquel elle apparaît, peut revêtir toutes les modalités. La fièvre présente la diversité que comportent celles-ci.

Parfois l'enfant se plaint d'une gêne ou d'une douleur dans la région précordiale. La pression des points phréniques est ou n'est pas douloureuse. Rarement la douleur spontanée ou provoquée est vive.

L'auscultation seule fait découvrir la péricardite.

Le plus souvent, celle-ci est *sèche.* On entend des *bruits de frottement.* Presque toujours, ils sont localisés à la partie supérieure de la région précordiale, au niveau du sternum et de la partie parasternale des troisième et quatrième côtes gauches et des espaces intercostaux correspondants ; plus rarement, on les entend, soit à la base de l'appendice xiphoïde, soit à la partie moyenne ou vers la pointe du cœur. Parfois ils sont généralisés à toute la région précordiale.

Ils sont généralement faibles ; on perçoit plus souvent « le frottement doux que le frottement rude » (Henri Roger) (3). Le bruit est discret, faible, léger ; on le reproduit assez exactement en frottant doucement, auprès de l'oreille, les pulpes de deux doigts ou une feuille de papier placée entre deux doigts. Il est soit simple, mésosystolique ou mésodiastolique, soit double. Il naît et meurt sur place ; il n'est pas modifié par les mouvements respiratoires et est plus marqué quand le malade se penche en avant. Parfois il ressemble à un souffle ; on a parlé alors à tort de frottement-souffle, expression qui prête à confusion ; cette ressemblance peut rendre le diagnostic difficile avec un souffle orificiel ou anorganique.

Dans certains cas, le frottement est rude, fort ; il rappelle alors, suivant des comparaisons classiques, le bruit de cuir neuf, le bruit de râpe, etc.

Le *second bruit,* ausculté au foyer pulmonaire, est généralement accentué et même éclatant. On a fait de ce caractère un signe de péricardite, le signe de Josserand (Edmond Weill et Barjon). Josserand l'attribue soit à une congestion endo-myocardique de la base du cœur, soit à l'inflammation de l'infundibulum pulmonaire. Ce signe peut précéder le frottement.

Le frottement péricardique peut être isolé ; généralement il est précédé ou accompagné de signes d'*endocardite.*

Souvent, sinon presque toujours, on constate une augmentation du volume du cœur symptomatique d'un *syndrome myocardique fruste.*

L'*évolution de la péricardite* est assez diverse.

Généralement elle reste *sèche.* Souvent le frottement reste localisé, discret et disparaît au bout de trois ou quatre jours. Quand il se généralise, il s'entend pendant dix à quinze jours. Rarement il dure pendant des semaines, témoignant de la persistance de l'inflammation de la séreuse.

Il peut disparaître du fait de la formation d'un épanchement dans le péricarde.

Le liquide de la *péricardite avec épanchement* est généralement peu abondant ; souvent on soupçonne sa présence plus qu'on n'ose l'affirmer.

Le malade ne présente ni troubles subjectifs ni troubles fonctionnels. Les signes physiques sont difficiles à dépister et à interpréter.

On constate l'*augmentation de la matité précordiale* (1) ; sa forme est sensiblement la même que dans la dilatation du cœur. On remarque que le siège du premier bruit ou du souffle mitral est situé au-dessus et en dedans de l'angle gauche de la matité ; ce désaccord est un bon signe d'épanchement.

Si l'épanchement devient assez abondant, les signes sont plus nets. La radioscopie, qui pour les petits épanchements n'a que peu d'intérêt, révèle alors les symptômes décrits par Vaquez et Bordet.

Reconnaître la présence du liquide dans le péricarde est particulièrement difficile, quand, ce qui est fréquent, le cœur est dilaté (2), soit du fait d'un syndrome myocardique aigu, soit du fait d'une cardiopathie ancienne.

---

(1) P. NOBÉCOURT. *Loc. cit.* (*Cardiopathies...*). — Les péricardites rhumatismales aiguës et subaiguës chez les enfants, *Concours méd.,* 26 oct. 1927, et *Clinique... Maladies infectieuses,* Leçon III (2 avril 1927).

(2) CADET DE GASSICOURT. *Traité clinique des maladies de l'enfance,* Tome II, Octave Doin, Paris, 1882.

(3) Henri ROGER. *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance.* Tome I. Paris, Masson, éditeur, 1872. *Sémiotique des maladies de l'enfance.*

(1) P. NOBÉCOURT et Roger VOISIN. La matité précordiale dans les cardiopathies infantiles, *Arch. des mal. du cœur,* 1911.

(2) P. NOBÉCOURT. Péricardite aiguë chez l'enfant. Diagnostic de l'épanchement péricardique et de la dilatation du cœur, *Paris méd.,* 8 juill. 1921, et *Clinique médicale des enfants. Affections de l'appareil circulatoire,* Leçon X (21 mai 1921).

Le diagnostic n'est souvent vérifié que par la disparition des symptômes constatés pendant quelques jours ; la matité diminue, le premier bruit reprend son siège au niveau de l'angle gauche de la matité précordiale, etc.

L'épanchement n'est souvent appréciable que pendant deux ou trois jours. Même quand il paraît abondant, il se résorbe assez vite. On hésite toujours à faire une ponction exploratrice et les indications d'une ponction évacuatrice se présentent rarement.

Parfois cependant, la dyspnée, la tachycardie deviennent inquiétantes ; l'enfant porteur d'un épanchement abondant du péricarde peut mourir subitement ou rapidement. « Sous l'influence d'un rhumatisme actuel ou récent, écrit Cadet de Gassicourt, les enfants ne succombent qu'à la péricardite ; lorsqu'ils meurent pendant la période aiguë proprement dite, ils sont tués brusquement par un grand épanchement. »

En pareille circonstance et pour éviter cette éventualité, il faut pratiquer d'urgence la ponction du péricarde. Mais ces faits sont exceptionnels. Ils ne se rencontrent guère et alors les altérations du myocarde jouent, semble-t-il, le principal rôle.

Il peut y avoir aussi coexistence d'un rhumatisme pleuro-pulmonaire et la ponction de la plèvre suffit parfois à soulager le cœur.

Assez rarement, la péricardite aiguë discrète a une évolution aussi longue que l'endocardite ; on n'a guère l'occasion de suivre son passage à l'état chronique. Quand elle est localisée, il est possible qu'elle aboutisse à la formation de *plaques laiteuses*, de *brides* ou d'*adhérences partielles du péricarde*. Quand elle est généralisée ou quand se produisent plusieurs atteintes successives du péricarde, elle peut aboutir à la constitution d'une *symphyse du péricarde* (1) ; celle-ci se constitue surtout au cours des péricardites subaiguës, dont elle est un des éléments. La symphyse n'est d'ailleurs pas aussi fréquente qu'on le pensait autrefois.

***

Plus on soigne d'enfants atteints de rhumatisme cardiaque, mieux on se rend compte, tout en ne mésestimant pas l'importance des endocardites et des péricardites, que le rôle capital appartient aux TROUBLES FONCTIONNELS et aux LÉSIONS DU MYOCARDE. Ceux-ci sont dus à l'action du virus rhumatismal sur le myocarde; souvent, en outre, ils sont favorisés ou accrus par des facteurs héréditaires ou acquis, qui le placent, suivant le mot de Potain, en état de miopragie.

On a souvent remarqué le contraste entre l'importance des troubles myocardiques et le peu de lésions du myocarde constatées au microscope. Il est permis de penser que la toxi-infection rhumatismale peut provoquer des troubles fonctionnels des fibres cardiaques sans causer de lésions appréciables avec les techniques actuelles.

(1) P. NOBÉCOURT. *Cardiopathies de l'enfance.* Huitième conférence. Péricardites chroniques et symphyses du péricarde chez les enfants. — Les symphyses rhumatismales du péricarde chez les enfants. *Journ. des Prat.*, 25 juin 1932.

Pendant la vie il est toujours aléatoire d'apprécier l'existence et l'importance des altérations du myocarde. Il est plus exact, comme je l'ai proposé en 1914, de porter le diagnostic de *syndrome myocarditique* ou *myocardique* que celui de *myocardite* (1). C'est à ces syndromes que peut s'appliquer le mot *myocardisme* (E. Pichon).

Au cours d'une attaque articulaire de la maladie de Bouillaud, le SYNDROME MYOCARDIQUE peut être *isolé*. Pierre Teissier (2) et son élève Chomet (3) l'ont rencontré chez des jeunes gens et des adultes. Je l'ai observé avec Roger Voisin (4) chez des enfants et avec E. Peyre (5) chez des soldats atteints de rhumatisme cervico-sciatique.

En général, chez les enfants, il ne reste pas isolé ; son apparition est bientôt suivie des signes d'une endocardite ou d'une péricardite. Sauf exception, il est associé soit à l'une ou à l'autre de ces affections, soit aux deux. Il y a, comme nous l'avons écrit plus haut, une *cardite*, une *pancardite*.

Décrire la myocardite rhumatismale, c'est en somme décrire la *pancardite rhumatismale* (6), étant bien entendu qu'un des trois éléments de cette dernière, la péricardite, manque assez souvent.

La pancardite rhumatismale revêt deux grandes MODALITÉS CLINIQUES : la *forme discrète, légère*, et la *forme sévère*.

La FORME DISCRÈTE est plus commune que la sévère. Pilet (7), 8 formes légères (61,5 0/0) et 5 formes sé-
Pilel (7), 8 formes légères (61,5 0/0) et 5 formes sévères (38,4 0/0).

Le symptôme qui révèle la participation du myocarde est l'*augmentation* de l'*aire de la matité précordiale* (grande matité ou matité relative). Pour apprécier cette augmentation, il faut, chaque jour, dessiner et mesurer la matité. Le bord droit déborde le sternum de 2 ou 3 cm.; l'angle gauche est reporté vers l'aisselle et plus ou moins abaissé ; l'axe transversal, qui réunit l'angle cardio-hépatique à l'angle gauche, est allongé, le bord inférieur abaissé. La forme de la matité indique que la dilatation porte surtout sur les

(1) P. NOBÉCOURT. *Cardiopathies de l'enfance.* Sixième conférence. Les syndromes myocarditiques au cours des infections aiguës chez les enfants.

(2) Pierre TEISSIER. De la dilatation du cœur au cours du rhumatisme polyarticulaire aigu. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 mars 1905.

(3) CHOMET. Dilatation aiguë du cœur au cours du rhumatisme polyarticulaire aigu. *Thèse de Paris*, 1901.

(4) P. NOBÉCOURT et Roger VOISIN. *Loc cit.*, 1910.

(5) NOBÉCOURT et PEYRE. Formes atténuées ou latentes du syndrome myocarditique dans le rhumatisme cervico-sciatique. *Paris méd.*, 23 déc. 1916, p. 545. — Les variations du volume du cœur dans les syndromes de rhumatisme cervical et de névralgies sciatiques associés. *Arch. des maladies du cœur*, décembre 1916.

(6) P. NOBÉCOURT. *Cardiopathies de l'enfance.* — Les pancardites rhumatismales aiguës et subaiguës chez les enfants. *Concours méd.*, 5 févr. 1928, et *Clinique méd. des enfants, Maladies infectieuses*, Leçon IV (9 avril 1927).

(7) P. NOBÉCOURT et G. BOULANGER-PILET. Péricardite et pancardites rhumatismales dans la maladie de Bouillaud, *Soc. de Péd. de Paris*, 15 mai 1928, p. 211.

cavités droites ; elle ne renseigne pas sur la dilatation du ventricule gauche.

Quand on entend, au-dessus de la pointe du cœur, un souffle présystolique ou un roulement diastolique, la matité de l'oreillette gauche peut être dessinée dans l'espace interscapulo-vertébral gauche.

Les orthodiagrammes précisent les données de la percussion et renseignent, en outre, sur la participation du ventricule gauche.

Le *foie* reste normal ou grossit un peu. Il existe alors une augmentation de la matité cardiaque et hépatique, qui caractérise un *petit syndrome cardio-hépatique* (1).

Il n'y a pas de signes d'auscultation, en dehors de ceux dus à l'endocardite et à la péricardite. Le premier bruit est faible et sourd, mais surtout du fait de l'endocardite mitrale ; le second bruit pulmonaire est accentué.

La dilatation du cœur n'est pas suffisante pour entraîner une insuffisance mitrale fonctionnelle et l'apparition d'un souffle systolique mitral : nous avons vu que certains auteurs attribuaient à ce mécanisme le souffle de l'endocardite aiguë de la valvule mitrale.

Le *rythme du cœur* reste régulier. Assez souvent il y a une tachycardie plus forte que ne le comporte le degré de la fièvre et qui existe même avec de l'apyrexie.

L'*évolution* de la pancardite rhumatismale discrète est différente suivant les malades.

L'endocardite et la péricardite se comportent suivant les modalités décrites ci-dessus.

Le syndrome myocardique est parfois passager et la dilatation du cœur rétrocède rapidement. Souvent il persiste longtemps : le cœur reste dilaté ou même augmente de volume ; dans la suite le cœur tantôt diminue, tantôt reste gros.

Au cours des attaques successives de l'infection rhumatismale, la pancardite peut s'aggraver et la forme légère se transformer en forme sévère.

La PANCARDITE RHUMATISMALE SÉVÈRE correspond aux FORMES SÉVÈRES, aux FORMES CARDIAQUES proprement dites des syndromes myocardiques.

Comme ses symptômes subjectifs et fonctionnels attirent l'attention elle a souvent été décrite. On lui a donné des appellations diverses : *formes malignes du rhumatisme cardiaque* (Trousseau, Stokes, Osler), *rhumatisme viscéral malin* (Edmond Weill), *endocardite rhumatismale maligne* (Barré), *endo-myo-péricardite subaiguë* (Georges Colas) (2).

Elle *débute* soit au cours de la première attaque de la maladie de Bouillaud, soit au cours des attaques successives. Le cœur peut être sain antérieurement ou déjà lésé au niveau de l'endocarde, du péricarde, du myocarde.

C'est une maladie de longue durée, à *évolution subaiguë* ; elle dure au moins quelques semaines, plus souvent des mois, parfois des années. Tantôt l'état du cœur s'aggrave progressivement, tantôt se succèdent des phases de rémission et d'aggravation, provoquées par des reprises d'activité du processus rhumatismal.

La *température* revêt des modalités très différentes. Le malade peut être apyrétique ; le plus habituellement il a de la fièvre. Il présente tantôt un état fébrile, permanent, tantôt des périodes de fièvre légère, entrecoupées de phases d'apyrexie ; tantôt une fièvre élevée qui persiste pendant des semaines et des mois avec des phases d'abaissement revenant tous les dix, quinze ou vingt jours, durant cinq, huit, dix jours, réalisant une véritable fièvre ondulante ; la courbe rappelle celles de la tuberculose, de la lymphogranulomatose maligne, de la mélitococie.

Les diverses modalités de la température peuvent se succéder chez un même malade.

La fièvre peut s'accompagner de *sueurs* et de *frissonnements*.

Les *arthropathies* font souvent défaut. Quand elles existent, elles sont généralement discrètes ; de temps en temps surviennent des arthralgies, des fluxions articulaires légères ; rarement le malade ressent pendant de longues périodes des douleurs dans les mains et les pieds sans manifestations objectives ou avec un peu de tuméfaction des jointures.

On découvre parfois des *nodosités de Meynet*.

L'enfant est anorexique et digère mal. Il maigrit et finit par se cachectiser.

Il est pâle et cyanosé ; la cyanose est surtout marquée aux pommettes, aux lèvres, aux extrémités des doigts et des orteils.

Au repos, il n'éprouve généralement pas de gêne respiratoire, bien que la respiration soit courte et fréquente ; mais, dès qu'il se lève, il s'essouffle. Il reste confiné au lit ou sur une chaise longue. Parfois la dyspnée devient forte, entraîne l'orthopnée. Parfois surviennent des accès de dyspnée, véritable asthme cardiaque.

Le malade se plaint souvent de gêne précordiale, d'une angoisse vague ; il a la sensation d'avoir le cœur trop gros. Rarement il a des crises cardiaques douloureuses. La pression des points phréniques peut provoquer de la douleur.

Il n'y a pas d'*œdème* ou bien on constate seulement un peu de bouffissure de la face, de gonflement des bourses, des grandes lèvres, des régions malléolaires, des lombes, du dos. Les pesées journalières mettent en évidence des modifications du poids symptomatiques du *préœdème*. Mais, dans l'ensemble, il s'agit plutôt d'un cardiaque sec que d'un cardiaque infiltré.

Il y a, assez souvent, du *subictère*.

Les *urines* sont rares, foncées, chargées en urobiline ; elles contiennent quelquefois des pigments biliaires ; l'albumine y est rare et en petite quantité.

Parfois on découvre une petite *azotémie*.

Les *veines jugulaires* sont dilatées et animées de battements difficiles à caractériser.

Le *pouls* est petit et fréquent ; on compte souvent, au repos, 100, 120, 140 pulsations par minute ; sa fréquence est indépendante de la température. Il reste généralement régulier ; sa régularité est un des caractères de la myocardite parenchymateuse (Edmond

(1) P. NOBÉCOURT. Les syndromes cardio-hépatiques de l'enfant. Le syndrome cardio-hépatique aigu. *Journ. des Prat.*, 14 janvier 1922, et *Clinique médicale des enfants, Affections de l'appareil circulatoire*, Leçon XIV (26 novembre 1921).

(2) Georges COLAS. L'endo-myo-péricardite subaiguë, *Th. de Paris*, 1921. Thèse inspirée par une de mes leçons, restée inédite.

Weill et Barjon). Parfois il existe des troubles du rythme cardiaque.

La *pression artérielle* est faible, la maxima abaissée, la minima normale ou un peu élevée, la différentielle réduite.

La *matité cardiaque* et la *matité hépatique* sont très augmentées; il existe un *grand syndrome cardio-hépatique* (1).

La matité cardiaque est allongée transversalement, plus ou moins globuleuse ; le bord droit dépasse le sternum de 3 ou 4 cm., l'angle gauche est reporté vers l'aisselle et plus ou moins abaissé, le bord inférieur très abaissé. Le cœur est quelquefois énorme.

La matité hépatique est augmentée en totalité ; le bord inférieur dépasse le rebord costal de 5, 6, 7 cm. sur la verticale mammaire, atteint presque l'ombilic sur la ligne médiane ; il est épais et mousse. Le foie est un peu sensible à la palpation.

On provoque le reflux hépato-jugulaire ; sa recherche cause assez souvent une sensation de gêne et même d'angoisse. On perçoit des battements hépatiques.

La *rate* reste normale.

Parfois apparaît de l'ascite.

Chez certains malades, on trouve dans le dos la matité de l'oreillette gauche.

Les *orthodiagrammes* confirment l'existence de la dilation du cœur et permettent de préciser ses caractères. Elle porte surtout sur les cavités droites, mais aussi sur les cavités gauches. En oblique, le cœur s'étend du sternum au rachis.

On remarque une *voussure précordiale* du côté gauche, des ondulations de la paroi, l'immobilité ou le peu de mobilité de la pointe dans les changements de position.

A l'auscultation, on entend ou non des frottements péricardiques. Les *bruits du cœur* sont faibles, sauf le second bruit pulmonaire qui est accentué. Suivant les lésions orificielles, il existe, au foyer mitral, un souffle systolique, un roulement diastolique et un souffle présystolique ; au foyer aortique, un souffle systolique et un souffle diastolique. Parfois les bruits sont très faibles, à peine perceptibles ; on ne perçoit qu'un murmure asystolique.

C'est dans ces circonstances qu'il est permis de discuter l'existence d'une *insuffisance mitrale fonctionnelle* par dilatation du cœur intriquée avec l'insuffisance d'origine endocarditique. L'insuffisance fonctionnelle a été trouvée, chez des enfants, par Patton, Liau, etc. Je l'ai rencontrée assez souvent. Carrey-Coombs estime qu'elle existe dans 75 0/0 des cas. Déjà, Charles West avait écrit : « Il peut arriver que l'autopsie ne découvre pas une altération des valvules aussi considérable qu'on aurait pu l'attendre d'après les symptômes constatés pendant la vie ».

Il n'est pas rare d'entendre un souffle d'*insuffisance fonctionnelle de la tricuspide ;* parfois il existe une *endocardite tricuspidienne* (2).

(1) P. NOBÉCOURT. Les syndromes cardio-hépatiques chroniques chez l'enfant. *Journ. des Prat.*, 21 janv. 1922, et *Clinique médicale des enfants, Affections de l'appareil circulatoire;* Leçon XV (3 décembre 1921).

(2) P. NOBÉCOURT. Insuffisances et endocardites tricuspidiennes chez les enfants, *Clinique et Laboratoire*, 20 mars 1927.

Somme toute, le malade présente des symptômes dus à des lésions valvulaires, à des lésions du péricarde, à des lésions ou à des troubles purement fonctionnels du myocarde. Mais le tableau clinique est dominé par le *syndrome myocardique*. Ce tableau est celui de l'*insuffisance cardiaque*, de l'*asystolie* et celle-ci rentre dans le cadre des *asystolies inflammatoires*, sur lesquelles L. Bard a attiré l'attention en 1892. Ainsi que je le disais dans mes conférences de 1913 (1) « les *lésions orificielles*, quand elles sont simples, conduisent rarement à l'asystolie ; comme le faisait remarquer Cadet de Gassicourt, les obstacles mécaniques ne suffisent pas à la provoquer. La *fibre cardiaque* saine résiste victorieusement à l'excès de travail réalisé par les lésions orificielles. Sous ce rapport, elles diffèrent de ce qu'elles sont chez l'adulte où l'asystolie est leur aboutissant habituel... Par contre, l'asystolie survient à peu près fatalement quand la fibre musculaire est lésée... »

Très souvent, en même temps que les pancardites sévères évoluent des *processus médiastinaux, pleuraux* et *pulmonaires* (2). A leur réalisation contribuent, suivant les cas, le virus rhumatismal, des germes d'infection secondaire, la compression des poumons et des hiles pulmonaires par le cœur augmenté de volume, des troubles de la circulation pulmonaire. Ils se révèlent par des syndromes divers qui compliquent singulièrement le tableau clinique.

Parfois, au niveau du cœur, se greffe une infection intercurrente, qui réalise une *endocardite infectieuse maligne*, une *endocardite infectieuse secondaire des cardiaques* (3). Le diagnostic clinique est impossible (4). Seule la constatation dans les hémocultures de germes, du *Streptococcus viridens*, en particulier, permet de les reconnaître.

La pancardite sévère se termine souvent par la *mort*. Elle peut survenir à toutes les phases de l'évolution et dans des circonstances diverses.

Elle est parfois causée par une *insuffisance cardiaque suraiguë* (5). En général, celle-ci est déterminée par une poussée aiguë de l'infection rhumatismale. Les accidents, que parfois rien ne faisait prévoir, débutent soudainement. L'enfant est pris d'un grand malaise, de dyspnée, de tachycardie ; il a le sentiment de sa mort imminente. Bientôt il pâlit, se cyanose, se refroidit et tombe dans le collapsus ou a une syncope. Bien qu'une médication cardiaque active puisse

(1) NOBÉCOURT. *Cardiopathies de l'enfance*. Neuvième conférence. L'asystolie chez les enfants.

(2) P. NOBÉCOURT. Les plèvres et les poumons dans les cardiopathies des enfants. *La Pédiâtrie pratique*, 5 juin 1922, et *Clinique médicale des enfants. Affections de l'appareil respiratoire*, 1re série, Leçon XIII (25 mars 1922) ; — Syndromes de congestion pulmonaire et pleuro-pulmonaire dans la maladie de Bouillaud chez les enfants. *Concours méd.*, 23 sept. 1928, et *Clin. méd. Maladies infectieuses*, Leçon VII (21 avril 1908).

(3) P. NOBÉCURT. Les endocardites malignes et les endocardites infectieuses secondaires des cardiaques dans l'enfance, *Pédiâtrie pratique*, 5 octobre 1923, et *Clinique médicale des enfants, Affections de l'appareil circulatoire*, Leçon IV (24 février 1923).

(4) Louis LEBÉE. Etude du pronostic des endocardites aiguës a subaiguës chez l'enfant. *Th. de Paris*, 1924.

(5) P. NOBÉCOURT. Pancardite rhumanismale suraiguë avec manifestations cardiaques graves. *Concours méd.*, 6 oct. 1929, et *Clinique médicale des enfants. Maladies infectieuses*, Leçon V (8 juin 1929).

enrayer les accidents, la survie n'est, en général, pas de longue durée.

D'autres fois la mort est causée soit par un *œdème aigu des poumons,* conséquence lui-même de l'insuffisance cardiaque, soit par des *embolies pulmonaires,* que peuvent provoquer des hémoptysies, soit par des *embolies cérébrales,* avec apoplexie et hémiplégie.

La mort peut être l'*aboutissement de la cardiopathie* et de l'*infection :* l'enfant se cachectise, son cœur faiblit de plus en plus ; il meurt d'épuisement.

La *mort n'est pas la terminaison fatale.* Parfois, au bout de six, huit, douze mois et plus, la fièvre s'éteint peu à peu, ses reprises s'espacent, sont plus courtes, moins élevées ; enfin l'apyrexie s'installe. Parallèlement l'état général s'améliore ; mais, pendant longtemps, l'enfant reste débilité.

Le cœur et le foie restent gros. On constate les signes de cardiopathies valvulaires plus ou moins complexes : on discute l'existence d'une symphyse du péricarde, qu'il est rarement possible d'affirmer.

L'enfant, souvent devenu un jeune homme, reste un infirme du cœur, condamné à une existence réduite, à la merci du moindre incident, de la moindre infection, d'une nouvelle poussée de la maladie de Bouillaud.

Il est rare que les enfants, dont le cœur a été aussi sévèrement touché, aient une survie très longue et atteignent l'âge adulte. Le fait cependant, s'observe de temps en temps : on est surpris des améliorations qui se produisent quelquefois et permettent une existence relativement active.

Il faut se rappeler que des troubles fonctionnels importants du myocarde, au cours du rhumatisme cardiaque, ne sont pas forcément en rapport avec des lésions étendues et profondes, que les processus de réparation sont particulièrement actifs dans les organismes jeunes, que le virus rhumatismal s'atténue avec l'ancienneté de l'infection et avec la terminaison de la période de croissance.

Les cardiopathies consécutives aux pancardites sévères contrastent avec celles plus communes qui ont pour origine une pancardite légère. La différence tient, pour une part, aux lésions plus profondes de l'endocarde et du péricarde, mais surtout à l'importance des troubles fonctionnels et des lésions du myocarde. Dans les endocardites et les péricardites, le pronostic, immédiat ou lointain, est subordonné à l'état du myocarde.

Les TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE au cours des pancardites sont assez rares et généralement peu importants.

Leur interprétation est rendue souvent difficile du fait de la fréquence, chez les enfants sains ou malades, d'*arythmies physiologiques :* arythmie de station ou tachycardie orthostatique, arythmie de cause respiratoire, plus rarement arythmie extra-systolique. Ces arythmies peuvent être exagérées chez les rhumatisants sans acquérir une signification pathologique.

L'*arythmie extra-systolique* est en général légère et de courte durée, rarement marquée et persistante. Il est difficile de dire, dans un cas donné, si elle est indépendante du rhumatisme, ou liée au rhumatisme cardiaque, ou due au salicylate de soude. En tout cas, chez l'enfant, son pronostic n'a pas la gravité qu'il peut avoir chez l'adulte.

La *tachycardie* est fréquente et parfois très forte, comme nous l'avons vu. La *bradycardie sinusale* n'est pas rare à la suite de l'attaque aiguë de rhumatisme.

Chez une fille de 13 ans, j'ai observé avec Edouard Pichon (1) un syndrome d'insuffisance auriculaire gauche avec fibrillation auriculaire. Celle-ci a été rencontrée également par Ralph Oggan.

Enfin les *électrocardiogrammes* ne décèlent guère, au cours du rhumatisme cardiaque, que la prédominance du ventricule droit ou des altérations légères et plus ou moins durables du complexe ventriculaire.

*
* *

Les modalités cliniques du rhumatisme cardiaque sont très diverses. Il réalise des formes légères et des formes sévères, avec tous les degrés intermédiaires, des formes simples et des formes complexes. Pour les unes et les autres, même dans les cas les plus simples en apparence, l'évolution est toujours longue. Pendant cette longue évolution, le traitement et l'hygiène doivent être poursuivis méthodiquement ; si le médecin a peu d'action sur le processus rhumatismal lui-même, il peut au contraire beaucoup pour que l'enfant sorte de la période évolutive de sa cardiopathie avec le moins de dommage possible, c'est-à-dire avec un myocarde ayant conservé une activité fonctionnelle suffisante ; l'avenir est lié à l'état du myocarde.

(1) P. NOBÉCOURT et Edouard PICHON. Rhumatisme cardiaque évolutif avec insuffisance auriculaire gauche chez une fille de 13 ans, *Arch. de méd. des enfants*, août 1925.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1932)

Désinsertion des ménisques. — M. BASSET conseille la double incision latérale dans les cas où l'on hésite sur le ménisque lésé.

Péritonite encapsulante. — M. MADIER réserve aux cas typiques le terme de péritonite encapsulante.

Hémolymphangiome caverneux du bras. — Cette observation de MM. Laurent et Quérangal des Essarts (Marine) est rapportée par M. MADIER : la tumeur siégeait sous un naevus pigmentaire et l'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un hémo-lymphangiome.

Arthrites purulentes amicrobiennes du genou. — M. Madier rapporte ce travail de M. Carajannopoulos. Cet auteur a ponctionné deux arthrites du genou, macroscopiquement puriformes, microscopiquement amicrobiennes et qu'il guérit par ponctions et lavages intra-articulaires.

M. L. BAZY insiste sur la difficulté de déceler les microbes dans certains cas.

Appareil d'Ombrédanne modifié par Thalheimer. — M. GOSSET rapporte ce travail de M. Bernardgerg (de Toulouse): l'utilisation de l'anhydride carbonique au cours des anesthésies, en particulier rachidiennes, a donné à l'auteur d'heureux résultats.

Ostéopériostite tuberculeuse du tibia. — M. SORREL rapporte cette observation de M. Huard (Marine), qui dut amputer une tuberculose hypertrophiante du tibia sous anesthésie loco-régionale.

Ponction des abcès de Pott. — M. SORREL rapporte une observation de M. Delchef (Bruxelles) : un pottique anciennement greffé présenta une paraplégie qu'on tenta de ponctionner en vain par voie intra-rachidienne. Il en fut de même pour un deuxième malade. M. Sorrel ne recommande pas ces tentatives.

Deux cas rares d'occlusion intestinale aiguë. — M. BOPPE rapporte ces deux observations de M. Barbilian (Jassy) : il s'agissait de deux cas d'occlusions primitives, avant l'appendicectomie, et que l'opérateur guérit tous deux.

Hémorragies gastro-duodénales. — M. BASSET commente ce travail de M. Asteriadès : hémorragies gastriques, intervention par gastro-pylorectomie. Guérison.

Contusion herniaire. — M. CADENAT rapporte ce travail de M. Huet : une contusion herniaire fut suivie de rupture intestinale et opérée avec succès.

Tumeur paranéphrétique. — M. MOULONGUET relate cette observation de M. Duroselle (d'Angoulême) : l'opérateur obtint un beau succès immédiat et éloigné malgré la gravité du pronostic histologique.

Cancer de l'utérus. — M. J.-L. FAURE considère que la mobilité est le critérium de l'opérabilité. D'après les statistiques, le traitement chirurgical apparaît nettement supérieur au traitement par le radium, pour les cas mobiles correspondant aux cas I et II de la classification de Genève. La curiethérapie comporte d'ailleurs une certaine mortalité rapide, nettement inférieure à la mortalité opératoire. Il est difficile actuellement de déterminer les cas radio-résistants. Les résultats éloignés de la curiethérapie ne sont pas excellents dans certaines statistiques.

Présentation de malades :

Lobe hépatique anormal. — M. SCHWARTZ perçut chez une malade une tumeur qu'on prit d'abord pour un rein ectopique. La malade souffrait beaucoup. M. Schwartz réséqua un lobe hépatique aberrant et la malade guérit.

M. Louis BAZY estime que c'est l'hépatite associée qui cause les douleurs dans ces cas.

Voussûre de la paroi thoracique. — M. SORREL pense qu'il s'agit d'un angiome de la paroi thoracique.

M. BRAINE insiste sur deux signes d'angiome qu'il tient de son maître Lecène : l'existence de petites concrétions calcaires à la radiographie et la douleur à la périphérie.

M. PROUST rappelle les succès de la curiethérapie dans l'angiome.

M. LENORMANT réserve le diagnostic.

Castration et greffe d'ovaire dans la grande lèvre. — M. ROUHIER a vu les règles se reproduire après greffe ovarienne dans la grande lèvre.

M. BAUMGARTNER se demande s'il n'est pas resté un tout petit fragment d'ovaire.

Traitement des varices. — M. ALGLAVE présente de beaux succès opératoires.

Arthroplastie pour ankylose. — M. BOPPE : très bon résultat au bout d'un an.

(SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1932)

Cancer du col de l'utérus. — M. HARTMANN a retrouvé une de ses anciennes opérées en bonne santé et sa statistique opératoire comporte du 75 % de bons résultats éloignés.

Péritonite encapsulante. — M. BERGERET rapporte un nouveau cas de cette curieuse affection.

Calcification péri-articulaire de l'épaule. — M. BASSET rapporte ce travail de M. Magnant (de Bordeaux) : le simple repos permit d'obtenir un bon résultat, avec disparition des calcifications.

Tophi de volume insolite. — Ce travail de M. Yves Bourde (Marseille) est rapporté par M. BASSET : l'opérateur dut enlever une série de gros tophi des mains et du coude. Les lésions sous-jacentes étaient telles que certaines phalanges étaient ankylosées.

Invagination intestinale. — Ce travail de René Bloch est rapporté par M. PICOT : un lavement baryté avait repoussé une invagination jusque dans la fosse iliaque droite. L'intervention montra qu'il existait une seconde invagination iléo-iléale qui serait passée inaperçue sans intervention.

M. SORREL est d'avis que l'intervention de contrôle est d'ordinaire nécessaire.

Hernie diaphragmatique congénitale. — M. Jean QUÉNU commente ce travail de M. P. Huet : l'opérateur ne put réduire ni par thoracotomie simple, ni par laparotomie associée. Il dut solidariser les deux incisions en incisant le rebord costal et le diaphragme jusqu'à l'orifice herniaire, c'est-à-dire par thoraco-phréno-laparotomie.

M. BRÉCHOT, chez un enfant de dix-huit mois a pu désenclaver l'estomac par simple laparotomie.

Myosite. — M. LENORMANT rapporte ce travail de M. Huard (Armée) : en opérant, on ouvrit un abcès situé dans le vaste interne, qu'on ferma après évacuation. Il s'agissait d'une myosite supurée à staphylocoques. Ces abcès profonds sont fréquents aux colonies et prédisposés par les lésions de carence, tels le béri-béri. M. Lenormant apporte un cas analogue d'abcès siégeant dans le quadriceps.

M. BAZY a observé un abcès à staphylocoques près d'une ancienne lésion osseuse. Traité par vaccination, cet abcès fut stérilisé, mais il formait une grosse tumeur qu'il dut enlever.

Cancer de la langue. — M. ROUX-BERGER classe les cas en épithéliomas dorso-linguaux supérieurs, dorso-linguaux inférieurs et infra-linguaux, et distingue quatre classes d'après les dimensions du cancer. Dans les épithéliomas dorso-linguaux antérieurs, il a obtenu 44 % de guérisons au stade 1, 22 % au stade 2. Dans les dorsaux linguaux postérieurs, une guérison sur 2 cas, du degré 1, 21 % de guérisons dans le degré 2. Pour les linguaux inférieurs, les résultats sont assez bons.

Urétéro-cysto-néostomie. — MM. QUÉNU et FEY ont pratiqué l'implantation urétérale dans la vessie après une section de l'uretère lors de l'ablation d'un fibrome. Un an après, on enlève un calcul vésical. Les explorations du rein montrent son excellent fonctionnement.

M. BAZY insiste sur l'utilité de l'opération précoce, dès la lésion constatée.

M. SAUVÉ, chez une malade qui n'avait qu'un seul rein, a obtenu un bon résultat, vérifié après quatre ans, de l'urétéro-cysto-néostomie.

M. CHEVASSU considère les opérations précoces comme utiles et à tenter systématiquement.

Traitement d'urgence des ulcères gastriques perforés. — M. JUDINE (de Moscou) apporte une série de 120 cas d'ulcères perforés opérés qui confirme les résultats de ses séries antérieures : fréquence chez l'homme, fréquence du siège duodénal. Les perforations gastriques se voient surtout après quarante-cinq ans.

La radioscopie ne montre pas toujours facilement l'espace clair dû aux gaz. Lorsque l'opération est assez précoce, la gastrectomie d'emblée est le traitement de choix, si les conditions générales et locales sont favorables. La mortalité est de 12 %.

Présentation de radiographies :

M. MOUCHET : ostéoporose de la rotule post-traumatique.

L'interférométrie en clinique, par A. DURUPT, ancien chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. Collection des actualités de médecine pratique. Directeur : Dr R.-J. WEISSENBACH, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-16 de 204 pages avec figures et graphiques dans le texte et une planche en couleurs hors texte. — Prix : 28 francs. — Paris, G. Doin et Cie.

NOTES DE PRATIQUE

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

SIGNES ET DIAGNOSTIC

Connu depuis l'antiquité, où il était appelé « Maladie de la misère humaine », le T. E. sévit sous forme d'épidémies. Le germe pathogène est, pour certains, le Proteus X 19, pour d'autres, une Rickettsia, pour d'autres ces deux formes sont des étapes d'un même germe. En tout cas, l'unique mode de transmission est représenté par le pou de corps.

ÉTUDE CLINIQUE

Après la piqûre du pou transmetteur, l'incubation est de 12 à 14 jours.

Le *début* est soudain, par un frisson solennel, des maux de tête atroces, de la lumbalgie, un syndrome méningé et de la fièvre à 40°. A l'examen, aucun signe en dehors de la difficulté qu'a le malade de tirer la langue et de la splénomégalie. Cette période d'invasion dure 3 jours, à la fin desquels apparaît un énanthème buccal, puis c'est la période d'état.

PÉRIODE D'ÉTAT

Deux symptômes essentiels :

1° Le *Typhus* caractérisé par l'état typhique extraordinairement prononcé avec délire doux ou furieux, muqueuses fuligineuses, constipation, gros foie, grosse rate, incontinence des sphincters.

2° L'exanthème généralisé, apparaissant du quatrième au septième jour, et durant une semaine. Débutant par la poitrine et par l'abdomen, puis se généralisant rapidement, il passe par deux phases : une première, caractérisée par des couches rosées, beaucoup plus nombreuses que celles de la fièvre typhoïde ; une seconde, où de roses elles deviennent rouges, et parfois même purpuriques (T. Pétéchiel). L'éruption, qui se fait en une seule fois, dure une semaine et se termine par une desquamation fine.

Soit : guérison avec chute de la fièvre en lysis et convalescence ;

Soit : mort dans le coma.

FORMES CLINIQUES

Elles ne sont que des variations dans l'intensité de la maladie : formes abortives, foudroyantes, hémorragiques.

COMPLICATIONS

Elles peuvent être mortelles. Les congestions pulmonaires et les broncho-pneumonies sont une cause de mort fréquente. Il en est de même de la myocardite avec tachycardie intense et cœur « feuille morte » à l'autopsie. Les escarres sacrées et toutes les complications possibles dans les grandes infections peuvent se rencontrer (phlébite, néphrite, abcès sous-cutanés). Le système nerveux est particulièrement atteint et l'on peut voir des hémiplégies, paralysies oculaires, encéphalopathies véritables, auxquelles peut survivre une déchéance intellectuelle définitive.

PRONOSTIC

C'est une maladie toujours très grave, sauf peut-être chez l'enfant où le pronostic est plus favorable. La mort survient dans 35 pour cent des cas.

DIAGNOSTIC

A la période de début. — On peut discuter une pneumonie, une cérébro-spinale, mais la ponction lombaire et l'évolution écartent ces hypothèses.

A la période d'état. — Deux diagnostics essentiels :

1° La rougeole, mais dans le Typhus la face, le cou et la nuque sont respectés ; il n'y a pas de catarrhe et les signes généraux sont plus graves.

2° La fièvre typhoïde, mais on la différenciera grâce à l'excessive contagiosité du typhus, à l'éruption et au laboratoire qui montre :

a) L'hyperalbuminose et l'hypercytose du liquide céphalo-rachidien ;

b) L'inoculation intra-péritonéale au cobaye de 3 cm^3 du sang, avec mort du cobaye au huitième jour dans l'hyperthermie ;

c) La *réaction de Weill-Félix* qui est très fidèle et qui est un séro-diagnostic vis-à-vis du Proteus X 19 ; elle n'a qu'un inconvénient, commun à tous les séro-diagnostics, c'est qu'elle n'est valable que vers le sixième ou septième jour.

TRAITEMENT

Il doit être avant tout prophylactique, consistant dans l'épouillage.

Quand la maladie est déclarée, il faut faire du sérum de Nicolle et Blaizot, ou la vaccino-thérapie par injections d'émulsion de Proteus X 19. On y joindra un traitement général par bains rafraîchis, sérum artificiel.

La pyélographie intraveineuse dans le diagnostic urologique, par C. Lepoutre, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille, et F. Stobbaerts, chef du service d'urologie à la S. N. C. F. B. (Bruxelles). 1 vol. in-8° de 40 pages, avec 3 figures dans le texte, et 32 radios hors texte. — Prix : 22 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob. PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'externat. — Liste des candidats par ordre alphabétique :

MM. Abraham (André), Abraham (Emeric), Albranovici, Abroissières, Adam (Eugène), Adam (Jean), Adam (Joseph), Advenier, Agnard, Aigueperse, Aillet, Aknin, Albert, Albrecht, Mlle Albulesco, MM. Alepée, Alpérine, Altar, Altarescu, Anastasesco, Mlle Ancel, MM. André, Andrieux, Angelini, Apostolidès, Arcand, Mlle Arditti, MM. Argenti, Arnaud (Gaston), Arnaud (Guy), Arnavielhe, Arnold, Arnoux, Arradon, Arsonneau, Aslanian, Astre, Mlles Atcham (Marie), Atcham (Paule), M. Attali, Mlle Audibert, MM. Audoly, Aufrère, Aupinel, Aurenche, Auroy, Mlle d'Aussaguel de Lasbordes, MM. Avrane, Avril, Azoulay,

Bachet, Bachmann, Back, Badéa, Badie, Baecker (de), Balandra, Balteaux, Bandaly, Banse, Mlle Baque, M. Barag, Mlle Baraquin, MM. Barb, Barbet, Barbier, Bardavid, Bardel, Bardon, Bareau, Mlle Bareillier-Fouche, MM. Barré (André), Barré (Emile), Barrois, Bassé-Parton, Bastard, Baudon (Jacques), Baudon-Millet, Baudouin, Bauer, Baugé, Beauchemin, Mlle Beaughon, MM. Beaugrand, Beaune, Beauvais, Bell, Mlle Bellettre, M. Bélot (Emile), Mlle Bélot (Thérèse), Bénétaud, M. Beneytout, Mme Benoit, née Muller, MM. Ben Raïs, Raja, Bensimon, Mlle Bentkouski, MM. Béra, de Berg, Berger, Bergeron, Berl, Bermann, Mlle Bernard, MM. Bernier, Bernstein, Berrondo, Berthe, Berthiot, Bertinot, Bieth, Billard, Bineau, Binet (Claude), Binet (Roger), Mlle Birencwajg, MM. Biron, Blaire, Mlle Blanc, MM. Blanchard, Blanquier, Blasko, Bléchet, Blomme, Mlle Blond, MM. Blondeau, Blouet, Mlle Blumenfeld, MM. Bock, Boënnec, Boiseau, Boivin, Bolivar, Boncour, Bonduelle, Mlles Bongard, Bonjean, MM. Bonnefis, Bonnefous, Bonnet (Jacques), Bonnet (Jean), Bordes-Süe, Bories, Bornet, Bosvieux, Bouaziz, Mlle Boucabeille, M. Bouchara, Mme Bouchard, née Izard, Mlle Boucher, MM. Boucheron, Boudaghian, Bagdassar, Boudard, Boudon, Bouillié, Boulay, Boulègue, Boulignat, Bouniol, Bourdeau, Bourgine, Bourhy, Bours, Bousquet, Boussofara, Mlle Boutinaud, MM. Boutounet, Boutroy, Mlle Bouvet (Antoinette, MM. Bouvet (Maurice), Bouvier (Henri), Bouvier (Jacques), Braconier-Leclerc, Brandel, Brandmark, Brasseur (André), Brasseur (Jacques), Brest, Breton, Mlle Brille, MM. Brissaud, Brisson, Brocard, Brochard, Brodaty, Brossard, Brouillaud, Broutin, Bruneau, Bryskin, Büchler, Bugiel, Mlle Bui Quang, MM. Buquet, Bursztéju, Busquet, Butruille, Buvat,

Cabrières, Cacault, Cadinouche, Caggini, Cahana, Caillard, Calitohi, Calmanovici, Calvet, Calvo, Mlle Camilleri, MM. Canoès, Cantorivitch, Cap, Mlle Capelle, MM. Cardiacos, Cariage, Mlle Cardinaux, MM. Carniol, Carrasco, Caruana, Casanova, Caufment, Caye, Cayla, Mlles Cazenavette, Céloron de Blainville, M. Chabasseur, Mlle Chaminadas, MM. Champagne, Champeau, Chappé, Mlle de Chappedelaine, MM. Chappelart, Chardon, Chareire, Charollais, Charpentier, Chartier, Chatain, Chaumeil, Chauveau, Chazeaud, Chédru, Chessebeuf, Ché-Tchon-Ching, Chevalier (Henri-Anthelme), Chevallier (Henri-Louis), Chevassu, Chevreul, Mlle Cheymol, MM. Chiara (di), Chiche, Chigot, Chilet, Choppy, Mlles Chotard, Chotiau, MM. Christophle, Clamageron, Claracq, Clément, Cleper, Clotteau, Cluzeau, Coccola (de), Cohen (Aaron), Cohen (José), Cohen-Tannoudji, Cointre, Coletsos, Colin, Colleau (Pierre), Collot (Jean), Mlles Combes, Comemma, MM. Connat, Conte, Coquet, Corbet, Cordelle, Corcuff, Cordier, Cornaire, Cornescu, Corre, Coste, Cottoni, Coujard, Coullet, Coulon, Courtillié, Coutin, Coville, Crépin, Crozals (de), Cuadrado, Cugnet,

Dailly, Mlle Damiens, MM. Danel, Daniel, Mlle Danon, M. Danset, Mlle Darkovsky, MM. Darmendrail, Darris, Das-

kalakis, Daunis, Dauptain, Debailleul, Debain, Mlle Debeaure, MM. Debeyre, Décamps, Defrancs, Delaunay, Delécluse, Delian, Delie, Mlle Delmas, MM. Delon, Delormeau, Delouche, Demotriadès, Denis (Georges), Denis (René), Denizet, de Prat, Dermer, Descalakis, Deschamps, Mlle Desclaus, MM. Desfosses, Desgeorges, Deshaies, Desjeux, Desmergers, Mlle Desmonts, Destais, Destarac, Destreicher, Deuil, Deutsch, Devaux, Devernoix, Devignevielle, Devilliers (Bernard), Mlle Devilliers (Juliette), M. Dezaunay, Mlles Déziré, Dibos, MM. Dimier, Dissez, Dontchef, Douyau, Dornnenfels, Mlle Dournel, M. Drapkine, Mlle Dreux, MM. Druilhe, Dubeau, Dubois (Antoine), Dubois (Louis), Mlle Dubois (Cécile), M. Dubois (Jacques), Mlle Dubuisson, MM. Ducamp, Duchatel, Dugast, Dulac, Dullin, Duméry, Dumitresco, Dumont (Paul), Dumont (Jules), Dupont (Jean), Dupont (Victor), Dupuis (Pierre), Dupuis (Raymond), Mlle Durand-Henry, M. Durandy, Mlle Durkheim, MM. Durnerin, Dutter,

Ecale, Eilbaum, El-Akrout, Elhaïk, Mlle Eliakini, M. Emam-Zadé, Mlles Erdos, Eremia, MM. Etienne, Etienney, Mlle Eyraud,

M. Fabiato, Mlles Fabre, Falco, MM. Faraj, Farcy, Farmachi, Fasquelle, Faucon, Fayein, Feldmann, Fénelon, Fénéon, Ferrand (Michel), Ferrand (Paul), Ferrasson, Fethke, Mlle Fié, MM. Filippi, Fischer, Fischgrund, Flandin, Fleury, Mlle Florimont, MM. Fonteix, Forestier, Forma, Fournier, Fradin, Frak, Francheteau, Frankfurt, Mlle Fransès, MM. Frebet, du Fresnay (Jacques), Fresnel (Louis), Mme Fresnel, née Rémy, MM. Fressinaud, Frileux, Frohlichmann, Froidefond, Fuentès, Fürst, Mlle Fuzier,

MM. Gacon, Gaégos, Gajdos, Galan, Gallimard, Gandelman, Gandeul, Mlle Ganget, MM. Garbarovitsch, Garcia, Garnier (Elie), Garnier (Jean), Gary, Mlle Gascuel, MM. Gatovsky, Gatté, Gaudouin, Gaulier, Mlles Gauthereau (Gilliane), Gautherot (Marie-Thérèse), MM. Gauthier (André), Gauthier (Pierre), Gauthier (Raymond), Gauthier (Roger), Geffroy, Genthon (Jacques), Mlle Genthon (Marie-Jeanne), MM. Géraud (Henri), Géro (Barthélemy), Gertzberg, Gharib, Ghelber, Gheorghin, Giafferi, Gilbergy, Gibert (Louis), Gibert (Michel), Gilles, Gimault, Girard (Charles), Girard (Raymond), Girard (Rosan), Girardet, Girardot, Giraud (Paul), Giraud (René), Giraux (Georges), Giret, Giroux, Gluck, Gluckberg, Glucklich, Godenèche, Godlewski, Gold, Goldenbaum, Goldstein, Mlle Gomès de Mattos, MM. Gomès de Mattos (Roger), Gonitaa, Mlle Gontcharoff, MM. Gordon, Gordowski, Mlle Gorodetzky, MM. Gorovit, Gorse, Goudot (André), Goudot (Jean), Goulesque, Goupy, Gourevitch, Gourfine, Gourvitch, Goury-Laffont, Grange (Jean), Grange (Paul), Grasset, Grévin, Grinfeder, Grislain, Gronier, Grumberg, Grünwald, Guénard, Guéron, Guesdon, Guibourg, Guichard, Guillaume, Guillemain, Guimezanes, Guin, Guyot (Jean), Guyot (Paul),

Haas, Habib, Hakun, Mlles Haller (Renée), Haller (Sylvie), MM. Hallu, Hamelin, Ha Minh Phong, Hamon (Henri), Hamé, Harang, Mme Harburger, née Autier, MM. Hardèl, Hau, Hauser (François), Hausmann, Hausser (Guy), Mlle Hautant, MM. Hébert, Hegedus, Heller, Henrot, Hérissé, Héron de Villefosse, Herscovici, Hertzog, Herzzan, Mlle Heulot, M. Hirsch, Mlle Hitier, MM. Hochart, Hochedel, Hoehfed, Hoesli, Mlle Hofer, MM. Homsy, Hornung, Hossain, Mlle Houades, MM. Huguenin, Hugues, Huignard, Huillet, Huriau,

Igra, Mlle Ilbert, MM. Inizan, Iosipovici, Isorni, Izarvas,

Jacquemin, Jacquet, Mlle Jamet, MM. Jaupître, Javelier, Jayle, Joinville (Eugène), Joly, Jorge, Jorrot, Josef, Journé, Joux, Jugand, Juille, Julia, Julien, Mlles Jullich, Jurain, Jury,

MM. Kaeppelin, Kallos, Mlle Kalman, MM. Kamil, Kaplan, Kapler, Mlle Kapsambélis, MM. Katz, Kaufmann, Kavoussi, Kechavarz, Kieselstein, Klein, Kleinberg Mlles Kohan, Komisarow, MM. Konig, Kouchner, Kouindjy, Kowalski, Kreisler, Krewer, Kunstlich, Kutner,

Labarrère, Labiche, Mlle Laborde, MM. Labouré, Lacombe, Lacorne, Lacroix, Lades, Mlle Lafontaine, MM. Lajoinie, Lakatos, Mlle Lambert (Alice), MM. Lambert (Léon), La Mesta, Lami-Rad, Lamotte (Michel), Mlle Lamotte (Brigitte), MM. Lamy, Lange, Langevin, Lapipe, Mlle de Larminat, MM. Larrive, Lasry, Lasserre, Lataix, Latifi, Mlle Lauer, MM. Lavedan, Lazerovici, Leandri, Le Balch, Le Bayon, Le Bars, Le Bigot, Leboff, Le Bourgeois (Georges), Lebourgeois (Jean), Le Bozec, Le Breton, Lebrun (Raymond), Lebrun (Jean), Lebrun (Michel), Leclerc (Gilbert), Leclerre (André), Lecointe, Lecoq, Le Crom-Hubert, Mlles Lecusson, Lecuyer, MM. Lederer, Lefèvre (Robert), Mlle Lefol, MM. Léger (Jacques), Legmann, Legris, Leib, Leiser, Mlle Leivin, Mme Lejard, née Genty, MM. Le Loc'h (Jean), Le Loc'h (Henri), Mlle Lemaire, M. Lemarchand (Charles), Mlles Lemaresquier, Lemoigne, MM. Lemoine (Jean), Le Montréor, de Lemos, Lenormand, Lenoir, Lepesteur, Lépine, Leprat, Le Quang, Léra, Mlle Lerner, MM. Lernout, Lerond, Lerouge, Lesieur (Pierre), Le Sueur (Guy), Lesure, Letailleur, Le Thiec, Letouze, Mlle Leuret, MM. Levernieux, Levis, Lévy (Michel), Libert, Lichaa, Lichtenberg, Lieblich, Liénard, Mlle Lindeux, MM. Linglen, Lipiec, Mlle Lititchevsky, MM. Lizet, Lobjois, Mlle Loebenberg, MM. Logeard, Loiseau, Lolmède, Lopez-Ruiz, Lorber, Mlle Lotte, MM. Loublié, Loubrieu, Louis, Loustaunau, Lusztig,

Mabin, Mader, Madjaroff, Magdelenat, Mlle Mage, MM. Maignan, Maigne, Maille, Mairesse, Malet, Maliki, Mlle Malinova, MM. Malingre, Malleville, Mancotel, Mante, Manuel, Marçais, March, Marchon, Mlle Marcille, MM. Marcovici, Mardrus, Mlle Maréchal, MM. Mariani, Maroger, Marsault, Mlle Martin, M. Martin (Paul), Mlle Martin de Gimard, MM. Martinet, Masias, Masselon, Mlle Massiot, MM. Masson (Maurice), Massonnet, Massot, Matcovici, Mathé, Mathieu, Matteï, Maurice, May, Mayersohn, Mazet, Médioni, Medzadourian, Mellouli, Meltz, Mematollahi, Mlle Menant, MM. Mendel, Mercié (Claude), Mercier (Pierre), Mlle Merle, MM. Merlin, Mermet, Métayer, Metzger, Mlles Meugé, Meunier (Andrée), M. Meunier (Jean), Mlle Meyer, MM. Meyniel, Mezei, Michel (Antoine), Michel (Robert), Mlle Micielowski, MM. Mignon, Miquel, Miraillès, Mirzaï, Molimard (Jean), Mlle Molitor, MM. Monimant (Marcel), Monod (Marc), Monrose, Mlle Montalant, MM. Monteau, de

(Voir la *Suite, p. 1841.*)


LENIFORME
2.5 et 10%
HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE
est indiqué dans le
CORYZA
PUISQUE
l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.
Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)
SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

Montigny, Mme Moreau, Mlle Moreilhon, MM. Morel (Victor), Morel (Yves), Morillon, Morvan, Mostini, Mothonéos, Mme Moulier, née Heibig, MM. Moullé, Mouras, Moureu, Mlles Mourlon, Moussoau, MM. Mousset (Robert), Mouthon, Muller,

Nadiras, Naftalisohn, Mlle Nazarieff, MM. Nédelec, Nefussy, Negellen, Netter, Nettey, Neuman, Neveu, Nevjinsky, Nguyen-Trung-Nam, Nguyen-Van-Vang, Nick, Nicolas, Nicollet, Nordman, Mlle Noriot, M. Notari, Mlle Noury, MM. Nozis, Nyiri,

Obry, Oblinsky, Ocampo, Mlles Oganesoff, Oherne, M. Olivier, Mlles Onfray, Oppenheim, MM. Ordonneau, Orengo, Orgogozo, Oriol, Orliac, Osterreicher, Oudot, Ouvrieu,

Pach, Pagès, Pagnien, Palma (de), Pahmer, Papazoglou, Papon, Parant, Pariente, Paris, Parrain, Parrot, Pascarel, Pastier, Patron, Paugam, Mlle Pauliac, M. Paulin (Joseph), Mlle Paulin (Arlette), MM. Paulo (de), Payer, Payenneville, Pécunia, Pedebidou, Pédraza, Pelaez, Pellarin, Peltier, Penot, Mlle Perelman, MM. Perier, Perigois, Péristiany, Pérol, Mlle Perrault, MM. Perrier, Perrossier, Peitus, Pétavy, Petit (Jean), Petit (Pierre), Petit-Norbert (Georges), Petitot, Mlle Petresco, MM. Peschard, Peyronnier, Pezé, Phéline, Mlle Phierra (Hoon), MM. Philippe, Pierrat (Jacques), Pic, Mlle Picquart, MM. Pierre, Pietrini, Piguet, Pilat (Laurent), Pilla (Pierre), Pillet, Pillon, Mlle Pinard, M. Pinchinat, Mlle de Pindray, MM. Pineau (Maurice), Pinon, Pinot (Jean), Pinoteau, Piot, Planssu, Mlles Plouchart, Pochon, MM. Poggioli, Pointeau, Poissonnet, Poissonnier, Politis, Pollet, Poncet, Pons, Pontet, Pouch, Pouget, Poupon, Pouquet, Pouret, Pozzi-Escot, Prin, Prou, Mlle Prain, MM. Prat (Jean), Preney, Mlle Prettre, M. Priolet, Mlle Provendier, MM. Prudhommeaux, Pruvot, Mlle Puech.

M. Quiniou,

Mlle Raab, MM. Rabinovici (Meilah), Rabinovici (Jacob), Rabourdin (Etienne), Rabourdin (Jean), Racovsky, Radulesco, Raffray, Ragot, Rallu, Ranjard, Rapoport, Ras, Mlle Ravet, MM. Razavi, Regnard, Regnié (Marcel), Reichmann, Rémy, Mlles Renaud, Rendu, M. René-Boisneuf, Mme Revault d'Allennes, M. Revel, Mlle Reverdiau, MM. Ribeyre, Richard, Mlles Rigolage, Rintzler, MM. Risler, Rivierez, Mlles Robent (Madeleine), Robert (Marie-Thérèse), MM. Robert (Marc), Robet (Charles), Robey (Maurice), Robin, Mlle Roche, MM. Rochet, Rodde, Roehlin, Rogan, Rolland, Romacheff, Mlle Rônez, MM. Ronsin, Ronzeaud, Rosal, Rosenberg, Rosensteck, Rostain, Roth (Eugène), Roth (Zolaan), Rouault (Michel), Mlle Rouault (Geneviève), MM. Rouault (Charles), Roubas, Roujon, Rousseau (Xavier), Rousseau (Guy), Rousseaux (Michel), Rouzaut (Marcel), Mlle Rozencweig, MM. de Rubiana, de Rudollo, Rudnansky, Rybinski,

Sablon, Sachs, Sachter, Sagaut, Saguès, Saillant, Mlle Saintin, MM. Saks, Salamon, Salinesi, Mlles Salmon, Saltberg, MM. Saltet de Sablet d'Estières, Samie, Sarlandie de la Robertie, Mlle Sautel, MM. Sauzier, Sayous, Scarpignato, Schitte, Mlle Schmidt, MM. Schneider (Lucien), Schneider (Jean), Schongut, Schtakleff, Schuldman, Mlle Schwartz (Nathalie), M. Schwartz (Félix), Mlle Segal, M. Seguin (Pierre), Mlle Seidel, MM. Seidman, Serreau, Serveaux, Mlle Seyrig, MM. Sieurin, Silbermann, Silvestre, Mlles Simidova, Simon (Alette), MM. Simon (Isidore), Sitruk, Six, Sizaire, Mlle Snégaroff, MM. Sola (de), Solakian, Solomon, Sontag, Soret, Mlle Soubiran, M. Souchère, Mlle Soudant, MM. Soumaille, Spreng, Sriber, Stavré, Staërman, Stein, Steinberg (Armand), Steinberg (Henri), Steinberg (Robert), Stenm, Stevenin, Stoopen, Stora (Elie), Stora (Joseph), Mlles Stourdzé (Bella), Stourdzé (Berthe), MM. Strass, Strulovici, Suau, Sujet, Mlles Sulkes, Sulzer, MM. Szanto, Szarfsky, Szellozi, Szylowicz,

(*Voir la suite des* « Informations », *p. 1854.*)

REVUE GENERALE

MALADIE DE THOMSEN
ÉTUDE CLINIQUE

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher).

En 1876, un médecin allemand, Thomsen (1), décrivit une affection singulière, dont plusieurs membres de sa famille et lui-même étaient atteints, et qui consistait en « crampes toniques » survenant au début des mouvements volontaires. Sans doute, quelques auteurs avaient-ils déjà signalé des cas analogues. Mais il suffit de relire leurs travaux pour comprendre que, seul, Thomsen a fait œuvre novatrice. A lui seul revient le mérite d'avoir isolé la maladie qui, grâce à Westphall, porte aujourd'hui son nom.

Depuis 1876, la maladie de Thomsen a inspiré tant de recherches qu'il est devenu possible, aujourd'hui, d'en faire une étude clinique détaillée. Nous passerons successivement en revue :

1° Sa *symptomatologie générale ;*
2° Son *pronostic ;*
3° Ses *formes cliniques ;*
4° Son *diagnostic.*

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE

Elle se caractérise essentiellement par des *troubles de la motilité.* Ces troubles sont *précoces, constants, accusés.* Sans eux, pas de myotonie. Les autres symptômes : intellectuels, réflexes, sensitifs, etc., ont infiniment moins d'intérêt. Nous distinguerons donc :

1° des *symptômes fondamentaux* constitués par les troubles de la motilité ; 2° des *symptômes accessoires.*

I. **Troubles moteurs.** — Ils sont eux-mêmes de trois ordres, suivant qu'ils portent sur la contractilité :

a) volontaire ;
b) électrique ;
c) mécanique.

A. LES TROUBLES DE LA CONTRACTILITÉ VOLONTAIRE sont les plus importants. Voici en quoi ils consistent. Dès que le sujet veut effectuer un mouvement (ineunte motu), il se produit, dans les groupes musculaires correspondants, une contraction qui diffère de la normale par son intensité et, surtout, par sa persistance. Elle se prolonge assez, en effet, pour immobiliser les muscles dans l'attitude qu'ils ont prise, alors même que le patient voudrait passer à un autre mouvement. Cette tension musculaire (Muskelspannung), dite encore raideur spasmodique (P. Marie et G. Ballet), dure une demi-minute, une minute même, puis disparaît peu à peu. Une fois les muscles assouplis, les mouvements s'exécutent comme d'habitude, à condition toutefois qu'ils ne subissent aucun changement de rythme ni aucune interruption. Ces spasmes *ne sont pas douloureux,* ce qui les différencie des crampes. Ils offrent à étudier :

1° leur localisation ;
2° leurs conséquences ;
3° les modifications que leur impriment diverses circonstances ;
4° les signes physiques concomitants ;
5° leur mécanisme.

1° *Localisation.* — Par définition même, ils *se localisent aux muscles de la vie volontaire.* Les cas de myotonie avec participation des fibres lisses concernent, pour la plupart, des erreurs de diagnostic. Mais, parmi les muscles à fibres striées, tous ne sont pas également atteints. Ceux qui offrent au plus haut point les caractères myotoniques, ce sont *les muscles des membres inférieurs,* et, particulièrement, les extenseurs de la cuisse. Au repos, rien d'anormal. Commande-t-on au patient de marcher, aussitôt il sent ses jambes s'immobiliser dans l'extension forcée. Cloué au sol, raide comme une barre de fer, il se trouve dans l'impossibilité absolue d'avancer, à moins qu'il ne se cramponne aux objets voisins. Pendant toute cette période, les efforts de volonté les plus énergiques ne peuvent assurer la décontraction. Les chocs, les poussées, les simples contacts mêmes, provoquent la chute : le Thomsénien s'écroule, comme une masse, il reste à terre sans pouvoir se relever. « Peu à peu, « la détente musculaire se produit, les mouvements « deviennent possibles, d'abord lents et demandant « la mise en jeu d'une certaine somme d'efforts, puis « de plus en plus faciles ; au bout de quelques ins- « tants, le malade arrive à sentir ses jambes libres « et à pouvoir progresser sans difficulté. Mais si, « lorsque la marche est devenue normale, il s'arrête, « puis veut repartir ou modifier subitement son al- « lure, ou changer brusquement de direction, ou en- « core s'il vient à heurter du pied un obstacle, même « léger, le spasme se reproduit parfois, pour diminuer « progressivement ensuite » (Déléage).

Mêmes difficultés pour se lever, s'asseoir, sauter, courir, faire de la gymnastique ou de l'équitation ou même pour effectuer les mouvements segmentaires les plus simples. Exceptionnellement, les membres inférieurs sont intacts.

Les *membres supérieurs* sont le siège de phénomènes analogues, bien que moins accusés. Le patient a-t-il fermé fortement la main, il lui est impossible de l'ouvrir. Veut-il donner un coup de poing, son bras reste étendu une minute. Il est toujours gêné pour effectuer quelque mouvement délicat : écrire, jouer du piano, broder, etc.

Au *tronc,* la raideur ne se manifeste que si on la recherche. Les mouvements de flexion, d'extension, de latéralité, sont lents et raides, surtout au début.

Certains auteurs admettent même l'existence de spasmes localisés au thorax, au diaphragme (Eulenburg), à la paroi abdominale. Rybalkine a proposé d'expliquer certaines crises asthmatiformes survenues chez des Thomséniens par un spasme des muscles inspiratoires.

La *face* est toujours intéressée : les mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche ou des yeux (Oppenheim), de mastication, se font difficilement. Aussi les jeux de physionomie sont-ils profondément troublés et l'expression du visage ne traduit-elle plus que très imparfaitement le sentiment éprouvé (Pitres

(1) J. THOMSEN, Kreis-Physicus, à Kappeln (Prusse), 1815-1896.

et Dallidet). C'est ainsi que les malades rient indéfiniment, bâillent des minutes entières, etc. Les muscles de la langue et du larynx participent à la contracture, la parole est lente, traînante, certaines lettres telles que l'R sont mal prononcées. Le bol alimentaire progresse d'autant moins régulièrement que les muscles du pharynx ne sont jamais indemnes. On a noté parfois une salivation abondante (Barré). Il n'est pas jusqu'aux muscles des yeux (Eulenburg, Meara) qui ne puissent être pris exclusivement (Rochon-Duvignaud). Dit-on au Thomsénien de regarder à droite, par exemple, son regard ne peut plus, pendant un moment, se porter dans une autre direction. Ferme-t-il fortement les yeux, il est ensuite dans l'incapacité de les ouvrir. De même, il ne peut les lever d'un livre qu'il lit depuis un instant. Quelques auteurs ont observé le nystagmus et le signe de Graefe. Les troubles fonctionnels de l'iris sont encore mal connus. La *réaction myotonique des pupilles* (Sänger), consistant en une contraction persistante après excitation vive, a été très discutée.

La raideur thomsénienne est *symétrique*, avec, parfois, une prédominance unilatérale (Roger et Aymès).

2° Les *conséquences* en sont presque toujours fâcheuses pour le malade. A l'école, il ne peut se lever ou aller au tableau quand le maître le lui ordonne (Weichmann). Au régiment, il lui est impossible de faire l'exercice, de prendre le pas gymnastique, de porter arme, etc. Il est toujours en retard (Miraillé). Il fonctionne au ralenti. Aussi est-il considéré comme un simulateur et sévèrement puni. Faut-il rappeler que ce qui a décidé Thomsen à publier la description de « sa » maladie, ce sont les tribulations subies au régiment par son fils, Thomsénien comme lui. Les médecins militaires connaissent bien ces cas, dont le diagnostic a pu être fait par un gradé étranger aux choses de la médecine, mais observateur (Halipré). A l'occasion de la guerre de 1914-1918, un certain nombre de faits analogues ont été rapportés, tel celui de MM. Lortat-Jacob et Sézary.

Dans la vie civile, d'autres ennuis l'attendent. Traverse-t-il une rue fréquentée et veut-il, pour éviter d'être renversé par une voiture, *accélérer sa marche*, le voilà immobilisé en plein milieu de la chaussée. Monte-t-il à cheval, ses adducteurs entrent en contracture ; le cheval, étreint comme entre les deux branches d'une tenaille, s'emballe (Engel). Une chanteuse, vue par Seeligmuller, ne pouvait se retirer quand elle avait terminé son morceau. Un sujet de Benedikt se voyait obligé, chaque fois qu'il voulait accomplir un mouvement, de lutter avec quelqu'un pour s'assouplir les membres. Un malade de Charcot, s'étant querellé, ne put se défendre et fut copieusement rossé. En toutes circonstances, la conduite du Thomsénien est, pour les voisins, surtout au régiment, (Thomsen, Roger et Aymès), occasion à railleries. Veut-il s'adonner à quelque sport sans éveiller l'attention, il s'y livre d'abord en secret, dans un lieu écarté (Déléage), jusqu'à ce qu'il se sente *dégourdi, dérouillé, échauffé*.

Cette raideur spasmodique offre d'ailleurs tous les degrés. Dans certains cas de *myotonie fruste*, de *myotonia sine tonu*, elle est si peu accentuée qu'elle passe presque inaperçue (Déléage). Un Thomsénien vu par Oppenheim était un violoniste célèbre. Nous avons eu l'occasion de donner nos soins à un médecin d'une cinquantaine d'années, chez qui les troubles moteurs étaient longtemps restés si légers qu'ils n'étaient pas incompatibles avec l'exercice de la profession. Et cependant il se rappelait fort bien avoir été, dans son jeune âge, inapte aux exercices gymnastiques, raide, peu maître de ses mouvements, toutes particularités que présentait également son frère.

3° Les spasmes subissent, sous certaines influences, des *modifications* accusées. Parmi les *causes qui les diminuent*, citons la chaleur, le repos physique, le sommeil (aussi le patient est-il plus souple le matin), les massages doux, les mouvement passifs, la digestion, le calme intellectuel, les impressions agréables. Ils sont, au contraire, *augmentés* par le froid, la colère, la crainte, les efforts physiques soutenus (Nikonoff), le coït, l'approche d'une maladie aiguë (Thomsen). L'alcool produit des effets complexes. Peu après son absorption, la raideur diminue, mais, au bout d'un certain temps, elle redouble d'intensité. Elle persisterait pendant la chloroformisation.

4° *Signes physiques.* — Tant que dure la contraction, la consistance des muscles est accrue. Mais, même au repos, ils sont *saillants, volumineux, durs*, si bien que l'ensemble de la musculature donne une impression de puissance singulière. Il nous est arrivé, une fois, de faire le diagnostic en les palpant à travers de gros vêtements, tant ils nous semblaient marmoréens. Proportionnelle à la myotonie, cette *hypertrophie* peut être généralisée ou localisée. Elle frappe surtout les biceps fémoral et crural, les fessiers, les masticateurs. Elle peut se cantonner à un segment de muscle, provoquant la formation de nodosités séparées par des intervalles de longueur variable.

A cette hypertrophie se substitue parfois de l'*atrophie* portant sur divers muscles : deltoïdes et muscles des avant-bras (Jaquet), thénar et hypothénar (Cluzet, Froment et Mazet), chef claviculaire des sterno-mastoïdiens (Prouside). Plus rarement, on voit l'hypertrophie succéder à l'atrophie qui, elle-même, avait frappé des muscles hypertrophiés (Déléage) (V. aussi *Myotonie atrophique*).



Fig. 1. — Contractions volontaires des fléchisseurs chez un Thomsénien. Elles s'accélèrent progressivement, de la première à la dernière. La période de raccourcissement est la même pour toutes ; la période de relâchement se raccourcit très notablement à mesure que les contractions se répètent. (PITRES ET DALLIDET.)

Les *tracés* pris par les appareils enregistreurs montrent bien (fig. 1) par quels caractères la première contraction se différencie des suivantes. Au dynamomètre et à l'ergographe de Mosso, on voit : 1° que les muscles atteints se fatiguent beaucoup plus rapidement que des muscles normaux, et l'on peut même, exceptionnellement, observer la réaction myasthénique ; 2° que la période de relâchement se raccourcit d'au-

tant plus que les contractions se répètent davantage ; 3° que ces contractions s'accélèrent de la première à la dernière.

Signalons encore quelques particularités. Dans la maladie de Thomsen, les *mouvements passifs ne sont pas altérés*, les *sphincters fonctionnent*, les *contractions fibrillaires*, l'*ataxie*, ou plutôt l'*instabilité musculaire* sont exceptionnelles, mais certains *mouvements réflexes provoquent la tétanisation des muscles correspondants :* les yeux restent fermés après un éternuement ; le thorax s'immobilise en inspiration forcée au début d'une quinte de toux ; après une crainte vive, la physionomie exprime indéfiniment l'effroi. Les difficultés pour effectuer les mouvements commandés peuvent augmenter après occlusion des yeux (Bauer).

5° Le *mécanisme* de la contraction myotonique est loin d'être encore élucidé. Depuis les recherches de M. Jaquet (de Bâle), tout le monde fait jouer un rôle important à la *contraction synergique des antagonistes.* Normalement, l'excitation d'un muscle volontaire inhibe le tonus de son antagoniste (loi de Sherrington). Dans la maladie de Thomsen, il n'en est plus de même. Lorsque le patient veut se servir, par exemple, des fléchisseurs, il contracte en même temps, et sans le vouloir, les extenseurs. Mais l'accord cesse là. En effet, tandis que pour M. Jaquet, cette entrée en jeu des muscles antagonistes est due elle-même soit à une excitation motrice anormalement active, soit, plutôt, à une insuffisance d'action inhibitrice ; MM. Brissaud et Bauer l'attribuent à une simple hyperexcitabilité du muscle (Tchirjew). Ils font, de plus, intervenir la lenteur de la décontraction, du débrayage (Oddo), remarquant que, si la première contraction se fait avec facilité, la décontraction est lente, comme le montrent les tracés de MM. Gilbert Ballet et Pierre Marie, d'une part, de MM. Pitres et Dallidet, de l'autre.

B. LES TROUBLES DE LA CONTRACTILITÉ ÉLECTRIQUE ne sont pas moins caractéristiques. Ils ont été remarquablement étudiés par Erb (1886). Plus récemment, Huet (1892), MM. Huet et Bourguignon (1912-1913), M. Bourguignon ont complété, sur bien des points, la description de leurs prédécesseurs.

I. **Excitation des muscles par le courant faradique.** — A. THÉORIE CLASSIQUE. — Avec Huet, nous distinguerons *trois modes d'excitation différents* suivant la fréquence des interruptions.

I. Les courants à *interruptions rares* (une toutes les trois secondes) produisent des contractions qui ne diffèrent en rien de la normale (Erb). Cependant, si l'on prolonge l'examen ou si l'on emploie des courants forts, on voit les décontractions devenir plus lentes (Huet).

II. Les courants à *interruptions fréquentes* (15 à 50 par seconde) provoquent, dans les muscles normaux, un tétanos qui persiste aussi longtemps que passe le courant. Dans la maladie de Thomsen, les résultats varient avec l'intensité du courant.

Très faibles, ils déterminent des contractions identiques aux contractions normales.

Moyennement forts, ils produisent des contractions persistant après cessation de l'excitation et ne disparaissant que graduellement.

Intenses et prolongés, ils produisent des contractions musculaires avec fort gonflement et oscillations.

III. Les courants à interruptions *semi-fréquentes* produisent des effets que l'on peut ranger sous trois chefs :

1° *Excitations prolongées* (fig. 2). Au début de la première excitation, il apparaît une contraction tonique occupant tout le muscle, durant de dix à vingt secondes, et disparaissant ensuite peu à peu. Les contractions suivantes sont normales ;

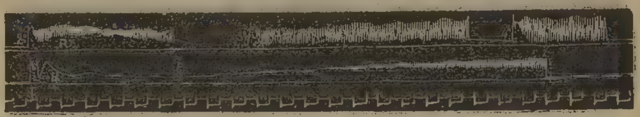


Fig. 2. — 1° Excitations faradiques du droit antérieur de la cuisse. *Interruptions semi-fréquentes* (8 par seconde). *Excitations prolongées.* Pendant la première seconde, il se produit quelques secousses à chaque interruption, puis le muscle est envahi par le spasme myotonique et aucune secousse ne se produit plus avant une dizaine de secondes. A partir de ce moment (*b*), le spasme myotonique tend à disparaître, le muscle se détend ; les secousses réapparaissent et augmentent progressivement d'étendue ; 2° une vingtaine de secondes après, on renouvelle l'expérience. Le muscle, en 2°, présente encore une ébauche de spasme myotonique ; en 3° et en 4°, il se comporte comme un muscle normal.
R, ligne de repos du muscle ; T, temps divisé en secondes. (HUET.)

2° Les *excitations courtes* produisent une contraction tonique avec décontraction lente (fig. 3) ;

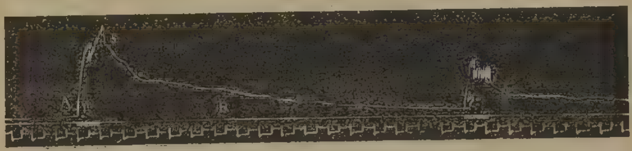


Fig. 3. — Excitations faradiques du droit antérieur de la cuisse. *Interruptions semi-fréquentes. Excitations courtes.* Lorsque cesse l'excitation, le muscle se décontracte d'abord assez rapidement (de *f* à *a*) pendant les quatre premières secondes ; puis la décontraction devient beaucoup plus lente et le muscle met trente secondes pour revenir à sa ligne de repos (*a* à 2°).
R et T comme précédemment (HUET).

3° *Excitation des muscles fatigués :* même contraction tonique, même décontraction lente, mais, de plus, mouvements ondulatoires semblables à des vagues, dont l'apparition est favorisée par la fatigue, les courants intenses, le froid, qui agitent le muscle dans toute sa longueur et persistent jusqu'à une minute après cessation du courant (fig. 4).



Fig. 4. — Excitations faradiques du droit antérieur de la cuisse, *préalablement fatigué. Interruptions semi-fréquentes.* Il se produit d'abord quelques contractions normales, puis un spasme myotonique (durant jusqu'à *f*) ; quand ce spasme cesse, le muscle se décontracte lentement et n'atteint sa ligne de repos qu'en *d*, au bout de vingt-deux secondes ; pendant tout ce temps, il est le siège de mouvements ondulatoires.
Bobine à gros fil, écartement de 8 centimètres (HUET).

II. **Excitation des muscles par le courant galvanique.** — *Excitation monopolaire.* C'est à elle que se sont, presque exclusivement, adressés les auteurs. Les modifications observées sont alors de deux ordres (Erb) :

Modifications quantitatives. — L'excitabilité galvanique des muscles est *un peu augmentée* : en effet, *a*) des courants très faibles (au-dessous d'un M. A.) produisent souvent des secousses de fermeture (Erb, Huet, Pansini) ; *b*) le courant irradie aux muscles voisins, qui entrent en contraction (Id.).

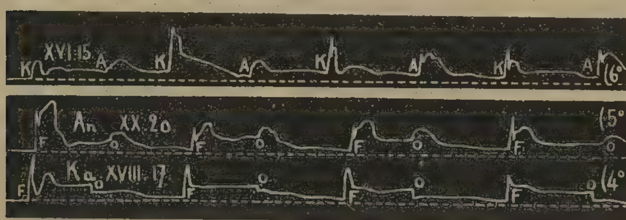


Fig. 5. — Excitations galvaniques du droit antérieur. En chiffres romains, le nombre d'éléments employés ; en chiffres arabes, l'intensité du courant en milliampères.
En 4° et 5°, la plupart des contractions AnF et KaF sont d'amplitude sensiblement égale (PFC=NFC). Contractions toniques à PF, visibles, en 5°, à tous les points marqués F ; en 6°, à tous les points marqués A. Au contraire, en 6°, les secousses de fermeture au négatif K (NFC) restent brusques et élevées. En 5°, contractions toniques, non seulement à PFC, mais aussi à POC (Huet).

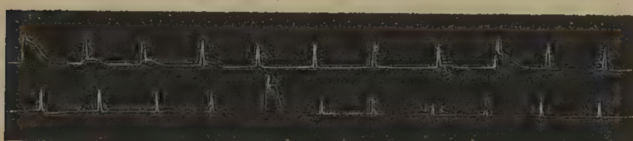


Fig. 6. — Contractions à NF, se suivant à la distance d'une demi-seconde. Intensité du courant : 10 mA. Les secousses 1, 2, 3, 4, 9 de la première ligne et 5 de la seconde sont myotoniques, les autres, normales (Pansini).



Fig. 7. — Excitations galvaniques du droit antérieur chez un sujet normal. Secousses brèves, instantanées, sans durée. Mêmes indications que dans les figures précédentes du même auteur. (Huet.)

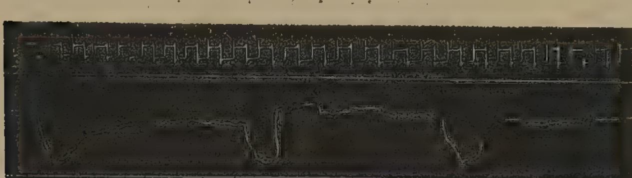


Fig. 8. — Excitation galvanique du gastrocnémien chez un Thomsénien. Métronome à 60 par seconde (Pansini).

Modifications qualitatives. — Elles varient suivant qu'il s'agit de courants faibles ou forts.

Avec des courants *faibles*, on note les deux particularités suivantes : 1° contrairement à la normale où les contractions produites par la fermeture du courant sont plus fortes au négatif qu'au positif (NFC>PFC) les deux pôles produisent des secousses de fermeture à peu près égales (NFC=PFC), ou même il existe une prédominance marquée du pôle positif sur le négatif (PFC<NFC) ;

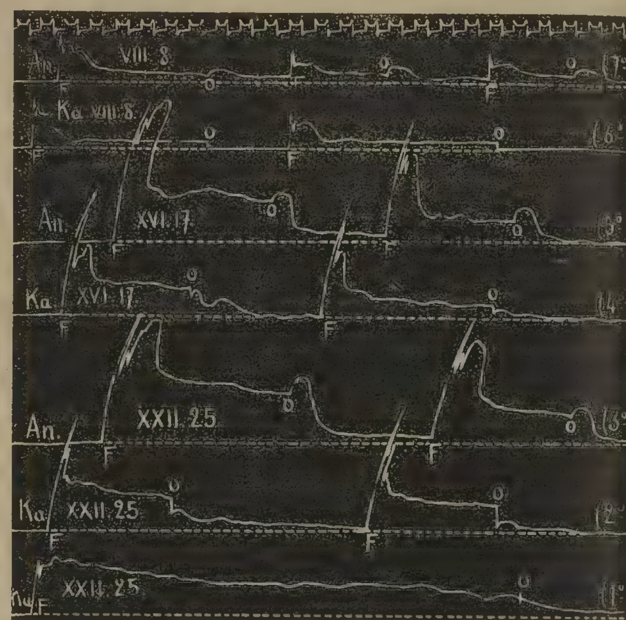


Fig. 9. — Excitations galvaniques du droit antérieur de la cuisse gauche chez un Thomsénien. Secousses de fermeture et d'ouverture (Huet).

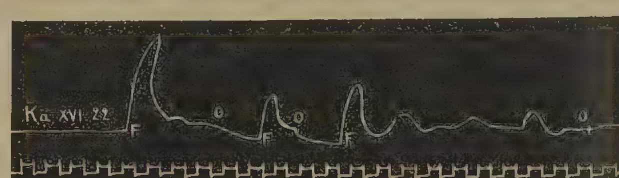


Fig. 10. — Excitations galvaniques des muscles de la cuisse chez un Thomsénien. Au négatif, il se produit, à chaque fermeture, une secousse forte, lente et tonique ; après la troisième, apparaissent les mouvements ondulatoires.
Mêmes indications que dans les figures précédentes (Huet).

2° La contraction ainsi obtenue est lente, torpide, paresseuse, persistante, tonique (*contraction galvanotonique*) (fig. 5, 6, 7, 8, 9, 10). Ces deux caractères permettent d'établir, entre la réaction de dégénérescence (DR) et la réaction myotonique (MR) des analogies qui, depuis Erb, ont frappé tous les observateurs. Ajoutons qu'il se forme, sous l'électrode excitatrice, un sillon circonscrit qui met aussi longtemps à apparaître qu'à disparaître.

Avec des courants *forts* :

1° Mêmes modifications à la fermeture ;

2° Apparition de contractions lentes, toniques, à l'ouverture du courant (fig. 5), mais seulement au pôle positif (POC) ; persistance même après l'ouverture (de quelques secondes à une minute) ;

3° Dans certaines circonstances sur lesquelles nous allons revenir production de phénomènes qui se succèdent dans l'ordre suivant : une contraction tonique,

puis des mouvements ondulatoires réguliers (1) au nombre de 1 à 3 par seconde et se dirigeant toujours du pôle négatif vers le positif (Erb) (fig. 10). Pour les faire apparaître, il faut placer l'électrode active sur le tendon, tout près de l'insertion. On peut encore faire passer le courant à travers tout le membre, faire varier à plusieurs reprises la force du courant, le renverser, déplacer l'électrode, répéter l'examen (Erb). Ces divers artifices n'agissent vraisemblablement qu'en fatiguant le muscle (Huet).

La réaction myotonique s'atténue lorsqu'on la recherche plusieurs fois de suite. Au bout d'un certain temps, les secousses obtenues se rapprochent de plus en plus des secousses normales (Huet).

Ajoutons, enfin, que la période d'excitation latente est augmentée aussi bien pour le galvanique que pour le faradique (Blumeneau), symptôme d'ailleurs inconstant (Cluzet, Froment et Mazet).

Ces diverses réactions sont particulièrement faciles à mettre en évidence sur les vastes, les gastrocnémiens, les extenseurs et fléchisseurs des doigts. Les muscles sur lesquels prédomine le MyR sont donc, à peu de chose près, ceux qui présentent, au plus haut degré, les phénomènes de raideur spasmodiques décrits plus haut.

A l'examen des muscles peu atteints, on constate (Bourguignon et Huet), soit une augmentation des secousses d'ouverture aux deux pôles, avec seuils de fermeture normaux ; soit une tétanisation galvanique, aux deux pôles, avec des courants de faible intensité ; soit une réaction myotonique nette.

Aussi bien avec des courants faibles qu'avec des courants forts, la *forme* de la contraction varie selon que l'électrode différenciée est positive ou négative.

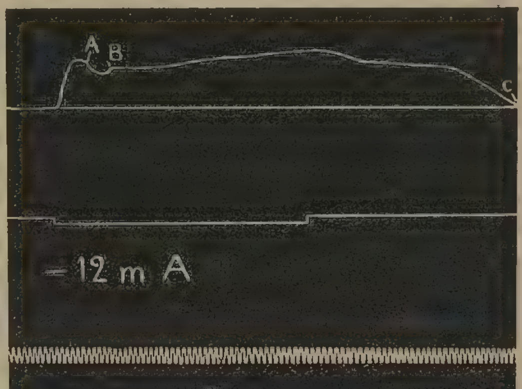


Fig. 11. — Excitation monopolaire du fléchisseur superficiel des doigts chez un Thomsénien. Petite électrode négative au point moteur du muscle. Contraction à début brusque ; puis de A à B, léger relâchement ; de B à C, contraction tonique prolongée.

Est-elle *négative* (fig. 11), il se produit, au moment où l'on ferme le courant,

a) une contraction à début brusque ;
b) puis un léger relâchement ;
c) enfin, une contraction tonique prolongée.

Est-elle *positive*, le début brusque manque, le muscle entre lentement et progressivement en contraction (Huet) (fig. 12).

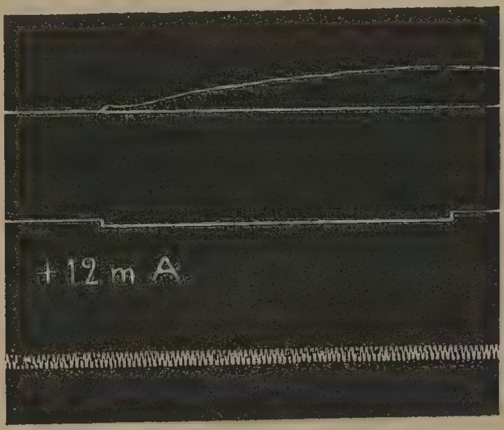


Fig. 12. — Excitation monopolaire du même muscle. Petite électrode positive au point moteur du muscle.

Ces différences dans la forme de la contraction ont été attribuées longtemps à une différence dans l'action excitatrice des deux pôles. En réalité (Cardot et Laugier), le *positif est dépouvu de toute activité et l'excitation de fermeture ne se produit, avec la méthode unipolaire comme avec le bipolaire, qu'au négatif.* Appliquons ces données à la maladie de Thomsen. Deux cas, suivant que l'électrode différenciée est négative ou positive. Dans le premier, on comprend sans peine que la contraction puisse avoir lieu (fig. 13)

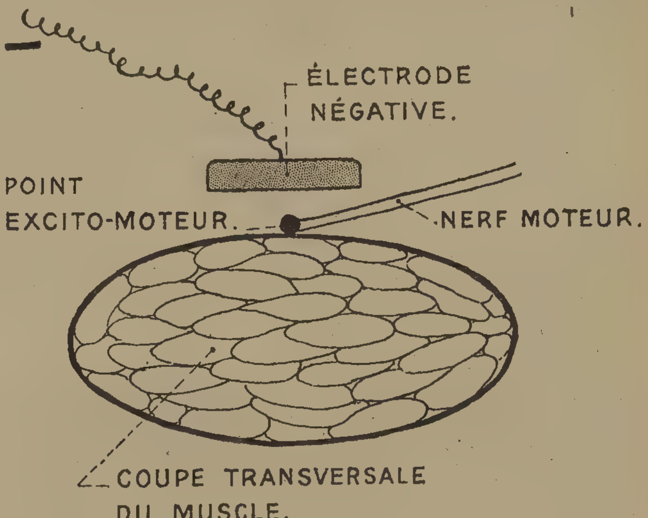


Fig. 13. — L'électrode *négative réelle* agit directement sur le nerf sous-jacent.

mais pourquoi se produit-elle aussi dans le second, puisque le pôle positif est inactif ? C'est parce qu'il se développe alors, dans l'épaisseur du muscle, une électrode négative virtuelle (*électrode diffuse* de Cardot et Laugier) (fig. 14). Dans les deux cas, c'est l'électrode négative, réelle ou virtuelle, qui « fait » la contraction. Seule, sa localisation varie. Dans le premier, elle est appliquée au point moteur ; dans le second, elle se trouve placée en plein tissu musculaire. L'excitation de fermeture agira donc directement *sur le nerf*, lorsque l'électrode négative est réelle, tandis qu'elle portera principalement *sur le muscle*

(1) Ces mouvements ondulatoires ne sont que l'exagération d'un phénomène physiologique (Porret).

lorsque cette même électrode est virtuelle. C'est ce qui explique que la contraction soit brusque, instantanée, lorsque l'électrode différenciée est négative et, au contraire, lente et progressive, lorsque cette même électrode est positive. *Les différences dans la forme de la contraction tiennent donc uniquement à la place qu'occupe l'électrode négative*, réelle ou virtuelle, au moment de la fermeture du courant (Bourguignon et Laugier).

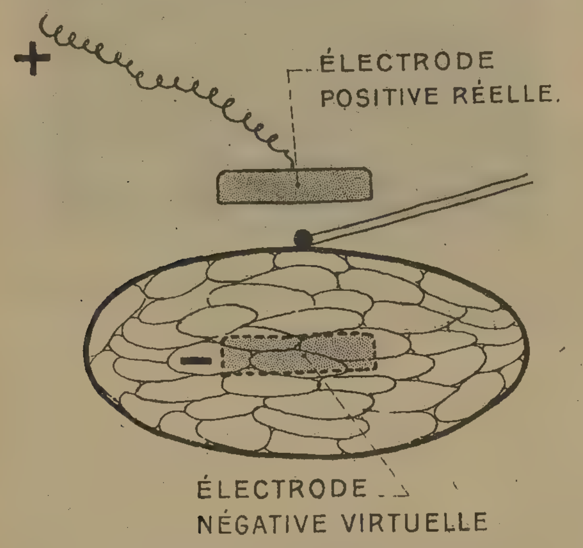


Fig. 14. — L'électrode *positive réelle*, appliquée au point moteur, n'agit que par l'intermédiaire d'une électrode *négative virtuelle* placée en plein muscle.

III. **Excitabilité faradique des nerfs.** — Deux éventualités : 1° avec des secousses à *interruptions lentes*, aucune modification, quelle que soit l'intensité du courant ; 2° avec des secousses à *interruptions rapides*, même résultat, si l'on fait usage d'un courant faible ; avec un courant fort, la contraction peut persister jusqu'à 10 secondes après que l'excitation a cessé.

Ces modifications sont d'ailleurs *beaucoup moins nettes* que celles produites par l'excitation directe du muscle. Dans un cas, MM. Cluzet et Froment ont obtenu la MyR par excitation des troncs nerveux.

IV. **Excitabilité galvanique des nerfs.** — Elle est *normale*, à moins que l'on ne fasse glisser l'électrode active le long du nerf : avec ces courants, dits *labiles*, on peut, en accumulant les excitations, obtenir des contractions toniques relativement durables (fig. 15).

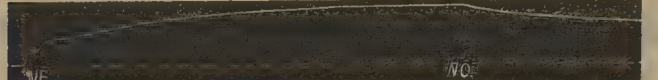


Fig. 15. — Excitation galvanique (10 mA., pôle négatif) du nerf radial. Courbe myographique donnée par le long supinateur. Contraction tonique pendant tout le passage du courant, puis décontraction très lente dont on n'aperçoit qu'une partie sur le tracé. (Cluzet et Froment.)

Tels sont les caractères principaux de la réaction myotonique. Il est facile de les résumer.

Dans la maladie de Thomsen, tandis que l'*excitation électrique du nerf ne subit aucune modification*, que l'*excitabilité mécanique* est, comme nous le verrons, *plutôt diminuée*, l'*excitabilité des muscles*, tant mécanique qu'électrique, *est constamment accrue.*

Si nous avons tant insisté sur cette réaction, c'est qu'elle offre un intérêt de premier ordre, et ce, pour deux raisons :

1° Il existe, comme on voit, un étroit parallélisme entre les contractilités électrique et volontaire (Huet). 2° La MyR est absolument pathognomonique: elle se voit toujours dans la maladie de Thomsen ; elle ne se voit jamais en dehors d'elle. Telle est du moins l'opinion classique. Cette opinion n'est pas tout à fait exacte. Il y a en effet des cas (Brissaud, Bauer et Gy) dans lesquels la réaction myotonique manquait. D'autre part, cette réaction a été signalée dans la myopathie (Bourguignon et Huet, Delherm et Laquerrière), où elle est d'ailleurs incomplète et souvent transitoire (Bourguignon et Huet), et dans la phtisie (Erben). D'après les électriciens eux-mêmes (Erb, Bourguignon, Delherm, Huet), dans la réaction de dégénérescence, on peut observer une MyR partielle (1). N'empêche que cette constatation permet d'éliminer la simulation, où les réactions électriques sont normales ; la tétanie, où elles consistent en hyperexcitabilité nerveuse avec excitabilité musculaire normale ; les névrites périphériques, même quand l'excitation électrique y provoque des contractions toniques et persistantes. En effet (Huet), dans les névrites, l'excitation faradique du muscle est toujours très diminuée ; des courants tétanisants seuls provoquent des contractions et celles-ci, contrairement à ce qu'on voit dans la maladie de Thomsen, sont toujours douloureuses. On peut donc dire que, dans la majorité des cas, la présence de la MyR fournit au diagnostic un appoint considérable. Il faudrait la distinguer soigneusement de la réaction myotonoïde, où le trouble porte principalement sur la décontraction et de la réaction myodystonique de Söderbergh, qui se montre sous deux formes : l'une, de type tonique, caractérisée par une décontraction prolongée qu'interrompent des contractions spontanées plus petites du muscle tout entier (post-contractions) qui sont le signe distinctif capital de la RMD ; elles manquent dans les réactions myotoniques et myotonoïdes ; l'autre, de type clonique, se distinguant par des contractions spontanées, cloniques, après l'interruption du courant, sans que la décontraction offre de ralentissement frappant ; on peut voir encore des contractions cloniques isolées au cours de l'excitation même. Cette réaction s'observerait surtout dans les affections extra-pyramidales (Melekersohn).

B. Recherche de la chronaxie. — D'une manière générale, elle est *très augmentée* et peut atteindre jusqu'à 2 et 300 fois sa valeur normale, notion que nous devons à M. Bourguignon. Voici, à ce sujet, deux examens récents, le premier dû à M. Bourguignon, le second, à MM. Babonneix et Delherm.

Chez le malade de M. Bourguignon, on a recherché la chronaxie de cinq muscles : biceps droit et gauche, grand palmaire, jumeau interne gauche, frontal gauche, laquelle est, respectivement, égale à 00,08 à 00,16, 00,20 à 00,36, 00,44 à 00,72, 00,48 à 00,72 chez les sujets normaux. Elle

(1) Cette MyR partielle, caractérisée par une contraction galvanotonique, se voit non seulement au début de la D. R. alors qu'il y a hyperexcitabilité galvanique des muscles (Erb. Huet, etc.), mais encore plus tard (Delherm) au stade d'hypoexcitabilité. D'après M. Bourguignon, il y a lieu de distinguer trois cas. La réaction de dégénérescence est-elle légère, la contraction tonique succède à une secousse brusque; est-elle assez accentuée, cette contraction succède à une secousse lente. Enfin dans certains cas, elle s'établit sans qu'il soit possible de dire quand elle commence et quand finit la secousse initiale. Pour la mettre en évidence, le meilleur procédé serait l'excitation longitudinale.

était devenue de 280 pour le premier, 14 pour le second, 60 pour le troisième, 13 pour le quatrième et 8 pour le cinquième.

Chez l'enfant dont MM. Babonneix et Delherm ont publié l'observation dans la *Gazette des Hôpitaux* (15 et 17 juillet 1924), on a recherché la chronaxie sur un certain nombre de muscles. Le biceps droit a une chronaxie de douze cent-millièmes de seconde, ce qui est normal ; l'extenseur commun droit se contracte à quatre-vingts cent-millièmes de seconde, ce qui est un chiffre qui excède de fort peu le chiffre maximum normal du groupe auquel il appartient ; le deltoïde droit a une chronaxie un peu élevée puisqu'elle s'élève à vingt-cinq cent-millièmes de seconde, alors que le groupe répond entre huit et seize cent-millièmes. La chronaxie est très élevée pour l'*éminence thénar droite ;* on l'obtient plus facilement, du reste, au positif qu'au négatif ; elle est de cinquante cent-millièmes au lieu de vingt-quatre à trente-six cent-millièmes. Le quadriceps gauche a une chronaxie de vingt cent-millièmes, qui est sensiblement proche du chiffre le plus élevé, dix-huit cent-millièmes, de ce groupe. Le *jambier gauche* a trente-quatre cent-millièmes de chronaxie, ce qui est élevé. Le jumeau interne gauche a une chronaxie normale.

Ajoutons qu'il existe aussi, chez les Thomséniens, des muscles à chronaxie de dégénérescence (Bourguignon).

Les mêmes modifications de la chronaxie pouvant s'observer dans les myopathies et dans la myotonie atrophique ; tout se passe (Bourguignon) comme si un même processus myotonique évoluait vers l'atrophie avec une rapidité différente, vite chez le myopathique, lentement et partiellement dans la myotonie atrophique, très lentement dans la maladie de Thomsen.

C. LES TROUBLES DE LA CONTRACTILITÉ MÉCANIQUE sont beaucoup moins importants. Dans la maladie de Thomsen, l'excitabilité mécanique diffère du tout au tout suivant qu'il s'agit des nerfs ou des muscles. Tandis que la première ne subit aucune modification, la seconde est *toujours nettement augmentée.* Légère, la percussion des muscles malades suffit à produire une contraction tonique : aussi se forme-t-il, au point percuté, un sillon durable. Energique, elle détermine une contraction tétanique, laquelle s'étend à tout le muscle, persiste un temps appréciable et disparaît d'autant plus lentement que le volume du muscle est plus considérable.

Au lieu de percuter le muscle, Bechterew conseille de le saisir en masse avec les doigts, puis de le lâcher brusquement. On voit alors survenir : 1° une dépression ; 2° un gonflement durable ; 3° un dégonflement également prolongé. Des phénomènes analogues peuvent se produire chez les sujets normaux et chez certains phtisiques, mais ils ne sont jamais aussi nets que dans la maladie de Thomsen.

(A suivre.)

Introduction à la carrière de la médecine expérimentale, par Charles NICOLLE. Leçons du Collège de France, première année. Un vol. in-8°. Prix : 10 fr. — Félix Alcan, Paris.

Un Pericolo sociale : le Brucellosi, par A. ALESSANDRINI. M. PACELLI. — Roma, Edizioni « Annali d'igiène » 1932.

XXIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Paris, 10-12 octobre 1932 (1).

DEUXIÈME QUESTION

LES ACROCYANOSES

PREMIER RAPPORT

Physiologie pathologique des acro-asphyxies.

Rapporteurs : MM. Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et René CACHERA.

Le terme d'acro-asphyxie répond à une réalité physio-pathologique, sans coïncider de façon exclusive avec les limites d'un type clinique défini.

L'acro-asphyxie n'est qu'un symptôme qui peut apparaître dans des conditions cliniques diverses ; tantôt elle est paroxystique, transitoire, dans les crises du syndrome de Raynaud ; tantôt elle existe de façon continue, dans l'acrocyanose permanente.

Pour cette raison, le cadre de ce rapport est nécessairement plus large que celui de l'étude d'une variété clinique particulière.

I. **Etude des facteurs vasculaires locaux.** — L'étude des acro-asphyxies met en relief la large autonomie fonctionnelle des territoires vasculaires périphériques. Leurs différents éléments (artériole, capillaires, veinule) interviennent dans la genèse de l'acro-asphyxie, et il est utile de préciser le rôle respectif de chacun d'eux pour définir au mieux le mécanisme local de la cyanose, sans vouloir cependant prétendre isoler chacun d'eux de façon très stricte.

L'exploration de la circulation des petits vaisseaux met en œuvre de nombreux procédés que l'on peut grouper sous deux chefs :

a. DONNÉES STATIQUES. — 1° *La capillaroscopie* permet de préciser le nombre des anses capillaires visibles, leur morphologie, l'*activité* du courant sanguin qui les traverse.

α. Le *nombre* des anses visibles est accru dans une très grande mesure au cours de l'acro-asphyxie. Il s'ensuit que la répartition de la masse sanguine périphérique peut être profondément modifiée par l'entrée en jeu simultanée d'un grand nombre de capillaires normalement inactifs.

β. La *morphologie* de ceux-ci est altérée : l'anse capillaire est augmentée de volume et inégale.

γ. L'*activité circulatoire* est, en règle, très diminuée ; le courant sanguin est ralenti, sujet à des arrêts.

2° La *pression capillaire* a été mesurée par des méthodes bien différentes, qui ont fourni des résultats assez discordants. Les mesures qui paraissent les plus précises, fournies par la méthode directe, sont encore trop peu nombreuses, mais permettent d'espérer que celle-ci fournira des données intéressantes.

Aussi est-ce la capillaroscopie qui apporte les faits les mieux établis.

b. DONNÉES DYNAMIQUES. — L'exploration dynamique des réactions des petits vaisseaux permet, au contraire, de saisir la distinction qui existe entre l'acrocyanose permanente et la phase asphyxique de la maladie de Raynaud.

C'est elle qu'interrogent, outre celle des artérioles, les épreuves fonctionnelles qui vont être maintenant envisagées.

1° ÉPREUVES THERMIQUES. — Les réactions vasculaires aux bains chaud et froid, anormales au cours des acro-as-

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Suite. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 89, p. 1633.

phyxies, se montrent de plus différentes dans les deux syndromes.

Il existe, au cours de l'acrocyanose permanente, une diminution nette des réactions vasculaires à la température, une « incapacité réactionnelle », a-t-on dit récemment, qui est bien particulière.

2° ÉPREUVES PHARMACODYNAMIQUES. — Ces épreuves apportent un précieux moyen supplémentaire d'exploration fonctionnelle des petits vaisseaux et peuvent constituer un véritable test localisateur du trouble vasculaire.

C'est ainsi que, dans les deux épreuves que les auteurs ont proposées, l'acétylcholine et l'histamine, possédant toutes deux une action vaso-dilatatrice, l'exercent, la première au niveau de l'artériole, la seconde au niveau du capillaire.

α. Dans l'acrocyanose permanente, l'acétylcholine n'exerce aucune action et l'histamine ne détermine pas la rougeur des téguments qu'elle entraîne habituellement.

La *dilatation permanente des capillaires et des veinules* paraît donc être la caractéristique de l'acrocyanose.

β. Par contre, dans le syndrome de Raynaud, l'acétylcholine est capable, le plus souvent, de faire disparaître l'acro-asphyxie, tandis que l'histamine (qui possède un pouvoir constricteur faible sur l'artériole) peut exagérer au contraire nettement les symptômes de la crise asphyxique.

Il est facile de déduire de cette double preuve que le *spasme artériolaire transitoire* est ici le phénomène primordial, que la dilatation capillaire qui l'accompagne et le suit lui est secondaire.

c. RELATIONS ENTRE LE TROUBLE VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE ET LA PRESSION VEINEUSE. — La répercussion finale de tous ces troubles vasculaires est résumée par le débit circulatoire périphérique, et le reflet direct des variations de ce débit circulatoire périphérique se trouve inscrit dans le niveau changeant de la pression veineuse du membre correspondant.

L'étude expérimentale chez l'animal a montré aux auteurs qu'au cours de la vaso-dilatation périphérique, la pression veineuse peut se montrer, selon les cas, tantôt élevée, tantôt abaissée. Cette différence a paru être conditionnée par la nature, artériolaire ou capillaire, de la vaso-dilatation. De même, au cours des acro-asphyxies, ils ont observé des contrastes intéressants dans le niveau de la pression veineuse périphérique : fréquemment élevée au cours de l'acrocyanose permanente, celle-ci est tantôt normale, tantôt abaissée dans le syndrome de Raynaud.

d. RELATIONS ENTRE LE TROUBLE VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE ET L'ENSEMBLE DE LA CIRCULATION. — 1° Les *répercussions* sont certaines et *mutuelles* entre les perturbations circulatoires périphériques et le fonctionnement du système cardio-artériel.

α. En ce qui concerne le *cœur*, l'interdépendance paraît bien démontrée dans les deux sens (fréquence du rétrécissement mitral chez les sujets atteints de maladie de Raynaud, retentissement des troubles vasculaires périphériques sur l'activité cardiaque).

β Quant au *système artériel*, ses relations avec les troubles vasculaires périphériques sont également bien établies et *réciproques* (rôle favorisant de l'hypotension artérielle permanente sur l'apparition de l'acrocyanose, modifications de la pression provoquées par les crises, modifications de la pression artérielle et de l'indice oscillométrique provoquées par les crises de spasme vasculaire périphérique dans le syndrome de Raynaud).

2° Ces corrélations, indéniables, ne sont cependant que partielles. Elles ne doivent pas faire perdre de vue l'existence de la relative autonomie fonctionnelle régionale des différents territoires vasculaires.

II. **Etude des modifications dans la composition du sang.** — Les altérations dans la composition du sang s'ajoutent aux perturbations vasculaires pour créer la cyanose des extrémités.

α. Les *éléments figurés* sont modifiés dans leur nombre. La perte excessive d'eau à travers les parois capillaires dilatées amène la *concentration* des hématies et des éléments blancs dans le sang périphérique, d'où accentuation de la stase circulatoire et apparition des caractères chimiques du sang cyanique.

β. La principale *anomalie chimique* du sang dans la cyanose consiste dans l'abandon exagéré d'oxygène, et, par conséquent, dans l'augmentation du taux de l'hémoglobine réduite. C'est là le substratum chimique essentiel de la teinte cyanique.

Mais il faut tenir compte aussi de la *température* : le froid retarde considérablement les échanges d'oxygène entre sang capillaire et tissus.

III. **Etude des modifications du mécanisme régulateur de la circulation périphérique au cours des acro-asphyxies.** — Ce mécanisme comporte un double contrôle :

A. CONTRÔLE NERVEUX DU TONUS DES PETITS VAISSEAUX. — Le système vaso-moteur sympathique classique est surtout en cause (des réflexes locaux, se produisant dans les nerfs moteurs, sensibles ou mixtes, dits réflexes d'axone ont été cependant invoqués dans le déterminisme de certains phénomènes vaso-moteurs).

Il peut n'être perturbé que fonctionnellement ; son atteinte n'est pas alors toujours facile à mettre en évidence, mis à part les cas démonstratifs d'acrocyanose réflexe.

Mais il peut aussi être lésé anatomiquement, au niveau des centres, ou à la périphérie. Ces faits, qui ne sont pas les plus nombreux, ont un intérêt pathogénique considérable. La cause première du désordre vasculaire périphérique est ici décelée ; et, parfois, l'efficacité de la thérapeutique (ablation d'une côte cervicale, par exemple) confirme bien le fait que l'irritation mécanique du sympathique résume, à elle seule, dans certains cas, le déterminisme du trouble circulatoire périphérique.

B. CONTRÔLE HUMORAL DU TONUS DES PETITS VAISSEAUX. — L'existence de ce mécanisme régulateur, à l'état physiologique, est certaine. Il n'est, d'ailleurs, encore connu que de façon partielle.

La régulation *d'ordre tissulaire local*, par les produits du métabolisme cellulaire, est le fait le mieux connu.

Quant à la viciation pathologique de ce contrôle humoral au cours des acro-asphyxies, elle paraît des plus vraisemblables. A côté des névroses vaso-motrices, il y a donc place pour des perturbations vaso-motrices d'origine purement humorale et, sans doute, plus souvent encore pour des « humoro-névroses ».

IV. **Etude des facteurs généraux.** — A en juger par la fréquence avec laquelle certains troubles endocriniens, ceux du fonctionnement ovarien en particulier, sont retrouvés en clinique, on ne peut manquer de penser que leur action sur le déterminisme des acro-asphyxies doit être considérable. Mais l'on ne dispose d'aucune donnée objective sur les liens qui unissent le trouble glandulaire et le désordre vasculaire périphérique.

*
**

Comme conclusion à ces notions nouvelles, les auteurs proposent de donner le nom d' « angioses » à ces modifications fonctionnelles des petits vaisseaux, par opposition au terme d'angéite qui indique leurs lésions anatomiques.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1932)

Sur les modifications des protéides sériques isolés par la méthode à l'acétone et la myxoprotéine. — M. André BONOT.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1932)

Notice. — M. ZIMMERN lit une notice nécrologique sur M. Van Ermengem (de Gand), membre correspondant étranger depuis 1919, dans la 4e Division (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles).

La déclaration obligatoire des maladies contagieuses. — L'Académie aborde la discussion du rapport présenté au nom de la Commission, par M. LOIR.

On se trouve en face de deux propositions : celle de M. Loir qui demande simplement d'assurer l'application de la loi.

Une autre proposition de M. Netter demande que la famille du malade partage avec le médecin l'obligation de la déclaration.

Discussion. — M. Léon BERNARD propose, pour ne pas compliquer les questions, de voter la proposition de M. Loir et de renvoyer à la Commission la proposition de M. Netter.

Après une discussion assez confuse à laquelle prennent part MM. Netter, Léon Bernard, Emile Roux, Louis Martin et Balthazard, l'Académie renvoie à l'examen de la Commission la proposition de M. Netter et elle vote les conclusions du rapport présenté par M. Loir.

Voici ces conclusions :

« L'Académie de médecine demande aux associations scientifiques, techniques et professionnelles médicales de s'employer à obtenir de la part des médecins traitants une collaboration complète avec les organisations d'hygiène. Cette collaboration, en vue des déclarations des maladies contagieuses, est indispensable pour permettre aux services d'hygiène, de procéder rapidement à l'enquête épidémiologique, base de toute prophylaxie. »

B. C. G. — M. Léon BERNARD apporte deux notes, l'une de M. Kern, l'autre de M. Bréhon, qui toutes deux confirment les résultats satisfaisants précédemment apportés.

Magnésium. — MM. DELBET et FRANCIEVIC communiquent un travail sur le mode d'action des sels halogénés de magnésium sur le pH urinaire.

Le tonus vasculaire du membre inférieur après la sympathectomie lombaire, étudié à l'aide de la réaction à l'adrénaline. — MM. DANIELOPOLU, ASLAN et MARCOU (de Bucarest) apportent un important travail d'où il résulte que les vaisseaux du membre sympathectomisé présentent deux modifications importantes : *hypotonie et exagération de l'automatisme*, phénomènes dus à l'interruption de la voie centrifuge ou de la voie centripète, ou des deux. Pratique-

ment, l'hypotonie représente une amélioration de la circulation dans le membre, mais d'un autre côté, l'exagération de l'automatisme prédispose les vaisseaux du membre à des crises de vaso-constriction plus énergiques, plus prononcées que sur un membre normal. Ces crises ne peuvent que diminuer la nutrition du membre. Mais les résultats cliniques nous démontrent que les troubles trophiques disparaissent. La sympathectomie est donc une opération *très utile* dans les oblitérations artérielles des membres.

Septicémie streptococcique compliquée de localisations infectieuses multiples : pleurésie purulente, arthrite purulente du genou, etc... Guérison par le sérum antistreptococcique de Vincent associé au traitement chirurgical. — M. RIBOLLET rapporte l'histoire clinique d'un jeune malade septicémique atteint d'abord d'infection grippale des premières voies et de congestion pulmonaire, puis de bronchopneumonie avec pleurésie purulente gauche à streptocoques. Bientôt après survient une arthrite purulente du genou gauche à streptocoques aussi. *L'ensemencement du sang est positif.* L'arthrotomie, puis l'arthrostomie amènent une sédation marquée, mais temporaire de la fièvre. Plaie opératoire atone, pseudo-membraneuse. Phlébite du membre. Fièvre à grandes oscillations, pouls à 130-140, affaibli, presque incomptable malgré la médication suivie. Dyspnée intense, agitation, délire. Etat général extrêmement grave. La broncho-pneumonie et la pleurésie purulente, celle-ci ponctionnée avec injections de collargol, persistent.

On pratique alors les injections de sérum antistreptococcique de Vincent sous la peau et dans le muscle. Les injections sont poursuivies pendant douze jours. Au cinquième jour, la température descend de 39°5 au voisinage de 38°. Au vingtième jour, apyrexie complète et définitive. Déjà, au dixième jour, tout danger avait disparu. En même temps que le pouls subissait une diminution progressive et rapide de sa fréquence, *la pleurésie purulente à streptocoques se* résorbait spontanément et sans intervention, de même que les symptômes broncho-pneumoniques ; la phlébite a disparu. Le malade a gagné 10 kilogs. La guérison de l'arthrite suppurée du genou n'a pas été moins satisfaisante. La flexion du genou a atteint l'angle droit.

Une nouvelle digitale. — M. PERROT présente, en collaboration avec M. Hamet, une note sur une nouvelle espèce de plante à glucoside digitalique.

C'est le *Cryptostegia Madagascariensis*, asclépiadacée à caoutchouc de Madagascar. Du complexe glucosidique, les auteurs ont retiré le *cryptostegioside*, doué d'activité tonicardiaque à rapprocher de l'ouabaïne.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la 1re section (médecine). Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne, M. Rathery ; en deuxième ligne, ex aequo et par ordre alphabétique, MM. Crouzon, Lereboullet, Lœper, de Massary, Rist. Adjoints par l'Académie : MM. Clerc, Laubry, Milian, Laignel-Lavastine, Ribadeau-Dumas, Villaret.

Au premier tour de scrutin, M. RATHERY *est élu* par 50 voix ; M. de Massary a obtenu 23 voix, M. Rist 6 voix, M. Lœper 3 voix, M. Laubry, 1 voix.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1932)

A propos du raccourcissement du fémur sain dans la grande boiterie. — M. Raphaël MASSART vient clore la discussion qui avait suivi sa première communication ; les observations apportées en nombre important, permettent de conclure que c'est une méthode à conseiller chaque fois qu'un raccourcissement dépasse huit centimètres et détermine des troubles importants de la statique et de la marche.

Spina bifida occulta de la première vertèbre sacrée avec énurésie. — M. Raymond BONNEAU présente un cas complexe. L'incontinence nocturne des urines est en rapport avec un état d'hyper-contracture d'une vessie qui, d'autre part, présente des malformations : cellules et colonnes, disparition du pli postérieur du trigone. La radiographie montre l'ouverture large du premier arc sacré postérieur. Une injection anesthésiante par voie sacrée a donné une guérison temporaire.

Pseudo-kyste traumatique du pancréas. Marsupialisation. Guérison. — M. Ch. PERRIER (de Genève) communique l'observation d'une malade qui, à la suite d'une chute, a vu se développer une tumeur abdominale. A l'opération, on trouve, derrière l'estomac, une tumeur blanche, d'aspect cartilagineux, d'où la ponction retire un litre et demi d'un liquide brunâtre. Cette poche adhère au pancréas et à la paroi abdominale postérieure. Marsupialisation. La poche, drainée pendant un an, guérit. Mais un an après, des phénomènes de subocclusion nécessitent une nouvelle opération. On constate que l'épiploon est adhérent au côlon transverse et l'étrangle. Libération des adhérences et résection épiploïque. Une petite masse, grosse comme un œuf, adhérente à la queue du pancréas, est le seul reliquat du gros kyste opéré antérieurement. Guérison.

Compte rendu d'une mission en Amérique du Sud. — M. DUFOURMENTEL fait le récit intéressant et détaillé de la mission qu'il a accomplie en République Argentine, en Uruguay et au Brésil.

Pseudarthrose de l'humérus. Opération : contention des fragments par le fixateur interne de Bœver. Guérison. — M. JUDET communique l'observation d'une absence de consolidation d'un humérus fracturé à sa partie moyenne. Une intervention permit de lever une interposition musculaire et de constater des fragments osseux décalcifiés. Après avivement osseux, l'auteur a fixé l'os avec l'instrumentation de Bœver laissée en place quarante-cinq jours. La consolidation ne s'est faite qu'en trois mois. L'auteur pense que la fixation externe est appelée à supplanter, dans de nombreux cas, l'ostéosynthèse par plaque.

Carphologie pubienne. — M. MOUCHET (de Stamboul) apporte une observation où la présence de ce signe, après une plaie du crâne, a permis de porter un pronostic fatal.

Restauration fonctionnelle d'un cas de perte de l'articulé dentaire. — MM. DUFOURMENTEL, DARCISSAC et HENNION présentent un malade auquel la résection du condyle gauche du maxillaire et un traitement prothétique ont rendu l'articulé normal.

Thérapeutique médicale. Tome IV : Poumons et Tuberculose (1), par MM. M. Lœper, L. Tanon, R. Turpin, Léon Bernard, L. Nègre et A. Boquet, E. Rist, E. Sergent, H. Busquet, P. Halbron, A. Courcoux, Ch. Richet fils, L. Guinard, M. Villaret.

Ce livre est le quatrième de la « Thérapeutique médicale », publiée sous la direction du professeur Lœper ; on y trouvera exposées par les auteurs les plus compétents, dans un esprit essentiellement pratique, les questions les plus importantes de la thérapeutique de l'appareil respiratoire.

L. G.

(1) In-8 de 380 pages. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

PRATIQUE MÉDICALE

L'INSOMNIE PRÉ-DORMITIONNELLE ET SON TRAITEMENT (1)

Par M. le docteur P. LONJON.

L'insomnie pré-dormitionnelle est la plus intéressante pour le médecin praticien parce que, étant la plus fréquente, c'est contre elle qu'il sera appelé à lutter presque journellement. Elle se rencontre de préférence chez des sujets anxieux ou des surmenés présentant un certain degré d'excitation psychique. Il conviendra d'abord de s'assurer du véritable degré de l'insomnie accusée par ces malades que leur état préoccupe et qui ont une tendance à l'exagération. Ils ont essayé spontanément et sans succès divers hypnotiques et leur trouble s'accroît de l'angoisse qu'ils éprouvent. Chez ces insomniaques, il est indiqué de faire usage de substances agissant sur le dispositif régulateur, alors qu'on réservera une médication, exerçant son action sur le cortex, à ceux dont l'irritation corticale se traduit par la multitude des rêves et des images non refoulées.

Parmi les nombreuses substances hypnotiques dont on dispose, les unes comme le bromure, le sédobrol, ont une influence sur l'écorce ; au contraire tous les barbituriques, comme le somnifène, l'allonal, agissent sur la région mésencéphalique ; enfin les narcotiques, comme le pantopon, ont une action double, corticale et mésencéphalique. C'est parmi les dérivés de l'urée que l'auteur a trouvé l'hypnotique de choix ; c'est un uréide, non barbiturique, l'allylisopropylacétylcarbamide, spécialisé sous le nom de sédormid, qui, pris à la dose d'un à trois comprimés le soir au coucher, calme l'anxiété, apaise l'angoisse et amène, rapidement et sans aucun inconvénient, le retour au sommeil normal.

INFORMATIONS

(SUITE)

Tagnard, Taïeb (André), Taïeb (Lucien), Tanazacq, Taranto, Tasso, Mlles Tauman, Tavernier (Claire), MM. Tavenier (Jean-Baptiste), Tchchrazi, Tcherniavker, Mlle Tchijoff, MM. Tornon, Têtu, Teutsch, Thamer, Thau, Theiler, Théodoroff, Mlle Therianos, MM. Thévand, Thiéblin, Thiéblot, Thibon, Thimonier, Mlle Thiollier, MM. Thomas, Thoulon, Tiret, Tissot, Tohmeh, Tolstoï, Top, Torre, Tortat, Touati, Tou-Thât-Phing, Trabaud, Tran-Van-Luong, Traricux, Trocan, Mme Tsiricas, née Sphyra, MM. Tsiricas (Constantin), Tuchmann, Mlles Tulliez,

Ulrich, MM. Uzan (Henri), Uzan (Maurice),

Mlle Vachez, MM. Vaissié (Gustave, Vaissière (Philippe), Vakilo, Valles, Mlles Van Autgaerten, Van den Bulck, MM. Vandenplas, Vannier, Van Quaethem, Vanuxeem, Vassilkowsky, de Vangelade du Breuillac, de Vaulx, Veau, Véga (de la), Veisleib, Velaye, Velly, Vermenouze, Verne (Jean-Marie), Vernède, Vernes (André), Verre, Verstraete, Viader, Vialard (Jean), Vidal, Viellard, Viers, Vigner, Vigneron, Viguié, Vila, Ville, Villebrun, Villette, Villey-Desmeserels, Vincent (André), Vincent (Marx), Vinour, Voisin,

Wallet, Warzec, Wechsler (Jean), Wechsler (Samy), Weiss (Théodore), Weissmann, Weisz (Etienne), Weiszberg, Welterwald, Welti, Mlle Wetzlar, MM. Weyl, Wicart, Wilder, Willems, Mlle Willocq, MM. Wintrebert, Witasse, .

Zaphiropoulos, Zarghami, Zographsky, Zoller, Zoveine, Mlle Zybberfenik.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — MONTPELLIER. — Les épreuves du concours pour le recrutement des internes des sanatoriums de Montpellier se sont terminées le 30 novembre par la nomination de Mlle Berthézène (Marie), comme interne titulaire ; de Mlle Gineste (Paule) comme externe en premier, et de M. Henri Benau.

— NIMES. — Un concours pour la nomination d'un médecin neurologiste des hôpitaux de Nîmes sera ouvert dans la deuxième quinzaine du mois de février 1933.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — M. Abel, agrégé près de la Faculté de médecine de Nancy, est chargé, à dater du 1er janvier 1933, de l'enseignement de la pathologie interne à ladite Faculté.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Léopold Mayer, rédacteur en chef de *Bruxelles médical*, président de la Fédération de la Presse médicale latine, a été nommé officier de l'ordre de la Couronne de Belgique.

Nous prions notre cher confrère et vieil ami de recevoir l'expression de nos très vives félicitations.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — L'Académie de médecine, dans sa séance annuelle du mardi 13 décembre prochain, célébrera le *centenaire de la naissance de Léon Labbé*, son ancien président, membre de l'Institut. L'éloge sera prononcé par le professeur J.-L. Faure.

L'ordre du jour est le suivant : 1° rapport général sur les prix décernés en 1932, par M. Renault, secrétaire annuel; 2° proclamation des prix, par M. Meillère, président; 3° éloge de Léon Labbé, par M. J.-L. Faure.

Les portes seront ouvertes à 2 h. 1/2.

COMMISSION PERMANENTE DES STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES. — Sont nommés membres de la Commission pour une durée de quatre ans : MM. les docteurs Chauveau, Dequidt, Flurin, Macé de Lépinay, Sérane, Baudouin, Moncorgé, Piatot, Rathery, Bordas, Meillon, Durand-Fardel, Gardette, Sellier, Pfléger et Pierret.

CONFÉRENCE. — M. le professeur Marfan fera le 16 décembre, à 11 h. du matin, dans le service de M. le professeur Sergent, à l'hôpital de la Charité, une conférence sur le *Rachitisme, récentes découvertes et interprétation.*

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La séance solennelle de la Société de pathologie comparée aura lieu le mardi 13 décembre 1932, à 4 h. 1/2 très précises, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale, M. le ministre de l'Agriculture, M. le ministre de la Santé publique et de M. le professeur Marcel Labbé.

Question à l'ordre du jour : *Les réflexes, leurs mécanismes physiologiques, leurs déviations pathologiques.*

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur A. Siffre, directeur de la *Revue orthodontologique*, à Paris; M. le professeur Augusto Murri, le grand clinicien de l'Université de Bologne, décédé à l'âge de 91 ans; M. le docteur J. Piquard (de Marchoux, Doubs); M. J. Barillot, directeur général honoraire de la Société des eaux minérales d'Evian-les-Bains.

RENSEIGNEMENTS

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

(1) *Concours méd.*, Paris, n° 45, 3 nov. 1931.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 100. — MERCREDI 14 DECEMBRE 1932. 105e ANNEE. MERCREDI 14 DECEMBRE 1932. — N° 100.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : **50** c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — MUTATIONS ET TITULARISATIONS à la date du 26 décembre 1932 :

I. MÉDECINS. — A Broussais (remplacement de M. le docteur Dufour, limite d'âge), M. le docteur Abrami, de la Charité; — à la Charité, M. le docteur Tixier (mutation intérieure); — à la Charité (service de M. le docteur Tixier), M. le docteur Ch. Richet, de l'hôpital Ambroise Paré; — à Ambroise Paré, M. le docteur Lévy-Valensi, de Brévannes; — à Brévannes, M. le docteur Bourgeois, médecin des hôpitaux.

2° A Bichat (remplacement de M. le docteur Lemierre, nommé professeur de clinique), M. le docteur Faroy, de Beaujon; — à Beaujon, M. le docteur Stévenin, de l'Hôtel-Dieu; — à l'Hôtel-Dieu, M. le docteur Henri Bénard, de la Charité; — à la Charité, M. le docteur de Gennes, de Bicêtre; — à Bicêtre, M. le docteur Nicaud, titularisé.

3° A Laënnec (remplacement de M. le docteur Jousset, limite d'âge), M. le docteur Gautier, de la Maison municipale de santé; — à la Maison de santé, M. le docteur Jacquet, de Sainte-Périne; — à Sainte-Périne, M. le docteur Marquézy, titularisé.

II. CHIRURGIENS. — 1° A la Pitié (remplacement de M. le docteur Lenormant, nommé professeur de clinique), M. le docteur Baumgartner, de la Charité; — à la Charité, M. le docteur Desplas, titularisé.

2° A Tenon (remplacement de M. le docteur Grégoire, nommé professeur de clinique), M. le docteur Deniker, d'Ivry; — à Ivry, M. le docteur Métivet, titularisé.

3° A la Pitié (remplacement de M. le docteur Fredet, limite d'âge), M. le docteur Chevrier (mutation intérieure); — à la Pitié (service 9), M. le docteur Kuss, de Bichat; — à Bichat, M. le docteur Mondor, de Broussais; — à Broussais, M. le docteur Monod (Robert), titularisé.

4 A Lariboisière (remplacement de M. le docteur Wiart, limite d'âge), M. le docteur Cadenat (mutation intérieure); — à Lariboisière (service de M. le docteur Cadenat), M. le docteur Houdard, titularisé.

5° A Necker (remplacement de M. le docteur Robineau, limite d'âge), M. le docteur Jean Berger, de Necker-Enfants-Malades (gynécologie); — à Necker-Enfants-Malades (gynécologie), M. le docteur Rouhier, titularisé.

6° Aux Enfants-Assistés (remplacement de M. le docteur Veau, limite d'âge), M. le docteur Martin, de Saint-Louis (annexe Grancher); — à Saint-Louis (annexe Grancher), M. le docteur Picot, de Bretonneau; — à Bretonneau, M. le docteur Leveuf, titularisé.

7° A Beaujon (remplacement de M. le docteur Alglave, limite d'âge), M. le docteur Guimbellot, de la Maison municipale de santé; — à la Maison municipale de santé, M. le docteur Brocq, titularisé.

III. ELECTRORADIOLOGISTES. — 1° A Lariboisière (remplacement de M. le docteur Haret, démissionnaire), M. le docteur Guilbert, de l'hôpital Boucicaut; — à Boucicaut, M. le docteur Gérard, de l'hospice des Enfants-Assistés; — à l'hospice des Enfants-Assistés, M. le docteur Aimé, de la Maison municipale de santé; — à la Maison municipale de santé, M. le docteur Ledoux-Lebard, titularisé.

2° A l'hôpital Hérold (remplacement de M. le docteur Laquerrière, en disponibilité), M. le docteur Thibonneau, titularisé.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Laignel-Lavastine, Pagniez, Vallery-Radot, Gautier, Marcel Labbé, Kuss, Marion, Georges Labey, Proust, Devraigne.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Questions données :

Anatomie. — 1. Décrire la cavité cotyloïde osseuse de l'os iliaque de l'adulte. — 2. Décrire les insertions supérieures du muscle sterno-cléido-mastoïdien. — 3. Enumérer dans leur ordre d'origine les branches collatérales et terminales de l'artère carotide externe. — 4. Enumérer les muscles de

la main innervés par le médian. — 3. Rapports antérieurs de la trochée cervicale.

Pathologie médicale. — 1. Signes cliniques de la péritonite tuberculeuse dite ascite essentielle des jeunes filles, sans le laboratoire. — 2. Caractères différentiels entre le souffle de la pneumonie lobaire franche aiguë et celui de la pleurésie séro-fibrineuse. — 3. Renseignements fournis par l'inspection du grand asystolique. — 4. Signes cliniques d'une paralysie faciale récente à type périphérique. — 5. Manière de rechercher un réflexe achilléen. — 6. Technique des injections intramusculaires dans la fesse.

Pathologie chirurgicale. — 1. Conduite à tenir en présence d'une syncope au cours d'une anesthésie générale par inhalation. — 2. Citer, sans les décrire, les complications des fractures fermées de la diaphyse humérale. — 3. Citer, sans les décrire, les accidents de la dent de sagesse. — 4. Signes physiques de l'épididymite gonococcique.

Division du jury : *Anatomie.* — MM. Ameline, R. Bloch, Escalier.

Pathologie médicale. — MM. Chevalley, Bariéty, Laporte.

Pathologie chirurgicale. — MM. Ménégaux, Bauzet, Leroux.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ARGENTEUIL. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Nicolas, Charton, Bouleigne, Vignal.

Internes provisoires : MM. Besnard, Ras, Beaune.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. Grégoire, professeur d'anatomie médico-chirurgicale et de technique opératoire, est transféré, à compter du 1er décembre 1932, dans la chaire de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, en remplacement de M. Lejars.

M. Debré, ancien agrégé des facultés de médecine, chargé de cours de clinique annexe, est nommé, à compter du 1er janvier 1933, professeur de bactériologie à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, en remplacement de M. Lemierre.

— MONTPELLIER. — M. Mousseron, pharmacien supérieur, docteur ès sciences, est nommé, à compter du 1er janvier 1933, professeur de chimie analytique et toxicologie à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montpellier, en remplacement de M. Imbert.

M. Cristol, agrégé, est nommé, à compter du 1er janvier 1933, professeur de chimie biologique à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, en remplacement de M. Derrien.

MARINE. — Des concours pour les emplois de chargés de cours dans les écoles de médecine navale indiquées ci-après, et pour l'obtention du titre de médecin chirurgien et spécialiste des hôpitaux maritimes, auront lieu à Brest, dans le courant du mois de juillet 1933, à des dates qui seront fixées ultérieurement.

1° *Chargés de cours.* — *A.* Ecole d'application des médecins et pharmaciens chimistes stagiaires à Toulon : 1° chef de clinique ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique.

B. Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux : 1° pathologie externe et accouchements; 2° anatomie topographique, médecine opératoire, médecine légale.

Ces concours auront lieu dans les conditions fixées par les décret et arrêté des 20 et 22 décembre 1930 réglementant l'enseignement dans les écoles de médecine navale.

2° *Médecin, chirurgien et spécialiste des hôpitaux maritimes.* — Le nombre de nominations ne pourra excéder celui indiqué en regard de chacune des catégories ci-après :

A. Concours de médecine : 1° médecine générale, une; 2° bactériologie et anatomo-pathologie, une; 3° médecine légale et neuro-psychiatrie, une; 4° dermato-vénéréologie, une; 5° électroradiologie et physiothérapie, une.

B. Concours de chirurgie : 1° chirurgie générale, une; 2° ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie, une; 3° stomatologie, une.

Ces concours auront lieu dans les conditions fixées par les décret et arrêté des 21 et 23 décembre 1930 portant réorganisation des services hospitaliers de la marine.

SANATORIUMS PUBLICS. — Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur de sanatorium public de la Grolle-Saint-Bernard, à Touvérac (Dordogne).

Les demandes devront être adressées, avant le 25 décembre 1932, au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

COURS COMPLÉMENTAIRE DE PSYCHIATRIE, sous la direction de M. le professeur CLAUDE. — Ce cours a lieu le dimanche matin, à 10 h. 30, à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, depuis le 4 décembre.

Un cours élémentaire de sémiologie psychiatrique est fait à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, le dimanche matin, à 9 h., par le docteur Lévy-Valensi, depuis le 4 décembre.

Ce cours est destiné aux internes et externes des hôpitaux dispensés du stage.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer le décès du docteur Lehnoff-Wyld (à qui l'on doit la découverte du sulfarsénol). Ses obsèques auront lieu le jeudi 15 décembre, à 10 h., en l'église de Saint-Cloud; l'inhumation au cimetière de Boulogne.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 14 décembre. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Lœper, Moreau, Portes. — M. VOIRIOT. Contribution à l'étude des rapports ovaro-mammaires. — M. THOMAS. Magnésium et grossesse.

Jeudi 15 décembre. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Lenormant, Marion, Olivier. — M. THOURET. Samuel Hahnemann 1755-1843, sa vie, ses idées. — M. SCHNEYDER. Anesthésie de base, anesthésie à l'éther améliorée par l'emploi de l'acide éthyl-buttyl-barbiturique administré par voie buccale. — M. TERVER. Des affections chirurgicales chroniques du rein demeurées latentes jusqu'à l'infection aiguë de la lésion.

Samedi 17 décembre. — Jury : MM. Achard, président ; Bezançon, Guillain, Chabrol. — M. BELLIÈRE. Paralysie générale et génie. — M. VIALLE. Prémunition de l'endocardite maligne secondaire lente à streptocoques. — M. BARATOUX. Tumeurs malignes primitives de la trachée. — M. BOURÉ. Quelques aspects radiologiques inhabituels du mal de Pott et du cancer vertébral.

LÉON LABBÉ

(1832-1916)

ÉLOGE

PRONONCÉ A L'OCCASION DE SON CENTENAIRE

Par M. le professeur JEAN-LOUIS FAURE.

Nous sommes encore touchés de cette émotion délicate qui, il y a quelques jours à peine, remplissait ici tous les cœurs, dans cette fête de famille, d'une si rare nouveauté, qui nous réunissait autour de notre admirable doyen, dont cent années d'une vie de travail continu et d'activité souriante n'ont pu courber la haute taille ni déflorer la jeunesse d'esprit !

Quelle leçon pour nous, qui connaissons la fragilité de la vie humaine, qu'un souffle suffit à briser. Quelle leçon que de la voir parfois si puissante et si prolongée ! Vingt existences successives nous conduisent au temps où César, à travers les forêts des Gaules, tentait cette grande aventure d'où devait naître un jour la France ; où, sous le ciel de la Judée, qui ne pouvait prévoir encore le drame que, cent ans plus tard, le sang du Golgotha devait déchaîner sur le monde...

Et voici maintenant un autre centenaire ! Après Péan, Léon Labbé, son contemporain, son émule, et qui, s'il ne possède pas le puissant génie créateur de ce géant de la chirurgie, dont j'ai retracé, ici même, l'œuvre toujours vivante, et qui vivra toujours, fut peut-être le seul qui ait été de taille à se mesurer avec lui.

Sans doute, pour créer de tels hommes, y avait-il, dans le sang de leurs pères, quelque chose de la flamme qu'avaient allumée au cœur des enfants de la France les événements presque fabuleux qui avaient accumulé sur la Patrie à la fois tant de gloire et de calamités !

Ah ! certes, je ne pensais pas, lorsque le hasard m'a mis pour la première fois en présence de Léon Labbé, que j'aurais quelque jour l'honneur de venir à cette tribune, rappeler ce que fut cet homme ! Mais notre première rencontre me montra le fond de son âme avec une telle clarté que j'ai voué depuis ce jour à ce maître de la chirurgie l'affection, le respect et la gratitude que je conserve à sa mémoire.

C'était en 1895. Je venais à peine d'être nommé Chirugien des Hôpitaux. Le hasard me conduisit à un malade atteint d'une luxation irréductible du coude. Je conseillai de pratiquer une réduction sanglante et au besoin de reséquer l'articulation. C'était, à cette époque, une opération encore assez rare. Le malade, hésitant, demanda une consultation avec le Professeur Berger. Celui-ci conseilla l'abstention, affirmant qu'avec du temps, de la patience et des exercices bien compris, une nouvelle articulation se développerait, permettant au malade de recouvrer l'usage à peu près complet de son coude. Je n'étais rien alors, et mon avis ne comptait pas, à côté de celui de Berger. Convaincu que les espérances manifestées par ce dernier ne se réaliseraient pas, je maintins fermement mon opinion, et je proposai d'aller demander conseil à Léon Labbé.

J'avais été assez souvent dans son service de Beaujon. Je connaissais sa hardiesse, son esprit d'entreprise, son courage devant les responsabilités, son sens profond de la chirurgie nouvelle, et je ne doutais pas que son ardeur et sa vaillance le pousseraient vers l'intervention. C'est, en effet, ce qui eut lieu. Ah ! ce ne fut pas le discours de Berger, — et j'entends encore les paroles pressantes par lesquelles Labbé sut convaincre le malade de la nécessité d'agir. L'opération fut acceptée immédiatement. Mais le malade demanda à Labbé de bien vouloir consentir à la pratiquer lui-même. J'insistai dans le même sens, car j'étais quelque peu effrayé de la responsabilité que j'allais assumer, moi, jeune chirurgien, en entreprenant une intervention encore peu commune.

C'est alors que je pus me rendre compte de ce qu'était Labbé, de son esprit de haute confraternité, de son désintéressement, de sa bonté vis-à-vis d'un jeune collègue qu'il ne connaissait pas, et dont sans doute il ignorait même le nom ! Il refusa tout net. Il déclara que l'opération devait être faite par moi, et par moi seul. Tout au plus, voulut-il accepter d'y assister. Sa présence me fut d'un grand secours, lorsque, devant l'impossibilité de la réduction sanglante, il fallut procéder à une large résection du coude. Il fallait voir, il fallait entendre Labbé, expliquant à la famille la nécessité où j'avais été de faire une opération très étendue, et couvrant son jeune collègue de son autorité !

Ce jour-là, j'ai jugé Labbé. Ce jour-là, j'ai appris comment il faut, en suivant sa conscience, parler aux malades hésitants et qui ont bien, après tout, le droit d'hésiter. Mais j'ai appris mieux encore, car j'ai pénétré dans son âme, j'ai senti sa grande bonté, cette bonté naturelle qui sortait de son cœur comme l'eau d'une source claire. Depuis ce jour, j'ai eu pour lui le respect que l'on doit aux hommes de sa trempe, l'affection que méritent ceux dont le cœur est bon, et que je me suis efforcé de lui témoigner jusqu'à l'heure où, vingt ans plus tard, il nous a quittés pour toujours.

Et c'est avec un cœur reconnaissant que je viens aujourd'hui, dans cette enceinte qui l'a si souvent entendu, apporter à sa mémoire l'hommage qu'il mérite et que nous lui devons.

Il était né en plein cœur de la Normandie, au Merlerault, gros village perdu parmi les prairies verdoyantes, dans ce pays auquel il est resté fidèle jusqu'au bout. Car, si l'amour du sol natal brûle au cœur de chacun de nous, comment ne serait-il pas plus ardent et plus puissant encore, lorsque les horizons qui ont bercé nos yeux d'enfants sont parmi les plus doux du monde ?

Il avait dans les veines, depuis des générations, le sang des hommes de la terre, de ces petits cultivateurs, de ces paysans, force profonde de la vieille France, et qui, dans la France nouvelle, emportée vers d'autres destins, deviennent de plus en plus rares dans nos campagnes dépeuplées.

Mais son père, rompant avec la tradition, avait abandonné la terre pour entrer comme clerc chez le notaire du village, qu'il avait un jour remplacé.

A dix ans, le jeune Léon fut mis en pension au collège d'Argentan. Si nous en jugeons par les souvenirs qu'il en avait gardés, les études y étaient médiocres. Notre collégien s'en rendait parfaitement compte. Et comme il montrait déjà une grande indépendance de caractère, il supplia son père de l'envoyer au lycée de Caen. Il poussa même l'esprit de révolte jusqu'à s'enfuir du collège d'Argentan, où, à son grand désespoir, il fut réintégré.

Mais le destin veillait ! Son père, qui n'avait que cinquante-cinq ans, vint à mourir. Qui sait si cette mort prématurée n'eut pas sur l'avenir du fils une influence capitale ?

Sa mère se laissa fléchir. Elle vint s'installer à Caen et le jeune Léon put suivre les cours du lycée.

On était alors au printemps de 1848. Paris était en révolution. Il s'agissait de transformer le monde et de modifier les principes séculaires de l'ordre social. On allait donner à tous les citoyens français les mêmes droits dans l'exercice de la souveraineté populaire, et, Louis-Philippe étant parti, une ère de justice, de liberté, d'égalité, de fraternité allait se lever sur la France !

Il est vraisemblable que cette fermentation des esprits ne troubla pas profondément les études du lycée de Caen. Car notre jeune homme y travailla aussi bien qu'il avait mal travaillé au collège d'Argentan. En 1851, à peu près au moment où s'écroulait la République, au grand étonnement de ceux qui avaient mis en elle leurs espoirs et leurs illusions, Léon Labbé était bachelier. Il avait dix-neuf ans.

Qu'allait-il faire maintenant ?... Tout le monde pensait qu'il poursuivrait la carrière paternelle. Un de ses frères, un de ses beaux-frères n'étaient-ils pas notaires ? Sa route

était toute tracée. Mais une sourde activité bouillait dans l'âme du jeune homme. Il sentait qu'il n'était pas fait pour épuiser sa vie à rédiger des actes sur du papier timbré.

Un instant, il songea à se présenter à Saint-Cyr. Les soldats d'Algérie, qui bâtissaient dans l'Afrique du Nord une France nouvelle, couvraient d'une gloire sans tache les drapeaux de l'armée française. Et puis, malgré la longue paix qui avait succédé aux guerres révolutionnaires, l'uniforme du soldat français gardait encore son prestige. Rien n'est plus difficile, dans le recul du temps, que de se rendre compte de l'évolution des esprits. Mais, à l'époque où Labbé, sortant du lycée, allait choisir une carrière, tous les hommes de soixante ans se rappelaient leur jeunesse. Ils avaient oublié les douleurs et les catastrophes, mais tous les souvenirs des grandeurs disparues et d'une gloire sans pareille vivaient encore dans leur cœur.

Un très grand nombre étaient à Waterloo et dans les neiges de Russie !

Mais il y avait encore des soldats d'Austerlitz, d'Iéna, de Friedland, de Wagram et de Montmirail ! Beaucoup avaient vu, de leurs yeux, parmi la fumée des batailles, l'Homme à la redingote grise, galoper sur son cheval blanc ! Ils avaient vu le nouvel Annibal, le Consul de la République, fondant un jour comme l'aigle des cimes, du haut des Alpes éternelles, lancer la foudre à Marengo. Quelques-uns même, aux champs immortels d'Italie, étaient de ceux qui virent le jeune Bonaparte s'élancer sur le pont d'Arcole et franchir le pont de Lodi !

D'ailleurs, depuis dix ans, l'Empereur était revenu ! Ainsi qu'il l'avait désiré, il s'en allait vers le soleil ! Aujourd'hui son ombre géante se déploie sur toute la terre, et le cœur des hommes tressaille au nom seul de Napoléon.

J'ai vu, dans ma jeunesse, des vieux soldats de l'Empereur, qui m'ont dit cette grande Histoire. Ils portaient tous, sur leur poitrine, la médaille de Sainte-Hélène, le ruban vert rayé de rouge, que nous revoyons aujourd'hui, ressuscité dans notre Croix de guerre...

Léon Labbé, vingt ans plus tôt, vivait parmi ces vieux soldats. Pourquoi donc, lui aussi, ne serait-il pas, comme ils l'avaient été, un de ces soldats de la France ? Il songea donc très sérieusement à se présenter à Saint-Cyr. Mais il céda aux sollicitations de sa mère, et sentant au fond de son âme sourdre l'instinct profond qui lui montrait la route où il devait un jour trouver la gloire, il prit, en novembre 1851, sa première inscription à l'Ecole de Médecine de Caen.

Son ardeur au travail y fut bientôt récompensée. Il fut rapidement externe, interne, lauréat de l'Ecole, et cela en deux ans à peine. En janvier 1854, il allait à Paris, conservant de son séjour à Caen des amitiés précieuses, parmi lesquelles celles de Tillaux, qui ne se démentit jamais.

A Paris, ses succès ne firent que s'accentuer. A la fin de l'année il était externe, disputant la première place à Benjamin Ball et à Jaccoud qui, finalement, triompha.

Nous avons connu ces deux hommes. Les murailles de cette enceinte retentissent encore des éclats magnifiques de l'éloquence de Jaccoud. Et tous ceux qui ont entendu parler Benjamin Ball se souviennent de l'extraordinaire précision de son verbe, et de la correction merveilleuse de la moindre de ses leçons.

Quelles qualités souveraines possédait donc Labbé pour lutter d'égal à égal avec des hommes de cet ordre ? Il n'avait pas comme eux cette arme puissante qu'est une parole facile, élégante et précise, dans un concours où l'art de présenter ce que l'on sait sous une forme séduisante est pour beaucoup dans l'impression de ceux qui jugent. Il fallait donc qu'il fût armé pour la bataille. L'arme qu'il possédait, qui vaut toutes les autres, est la même pour tous : c'est la solidité des connaissances que peut seul donner le travail.

Deux ans après, en 1856, il était interne, le troisième de sa promotion.

Décidément, il était taillé pour la lutte.

On ne tarda pas à s'en apercevoir, car il allait brûler les étapes. En 1860, à la fin de son internat, il était aide d'anatomie ; il était prosecteur en 1862, agrégé en 1863 ; chirurgien des hôpitaux en 1864, dix ans après son arrivée à Paris ! J'ignore s'il y a jamais eu carrière plus rapide, si ce n'est peut-être celle de notre collègue Lejars, qui vient de nous quitter, et qui, en qualité de secrétaire général de la Société de Chirurgie, a parlé de Labbé en termes d'une incomparable élévation. J'ai toujours eu présent à la mémoire le souvenir de cet éloge. Voulant garder tout mon courage, je n'ai pas osé le relire.

En 1856, Léon Labbé était donc interne. Et c'est alors peut-être, qu'il donna le mieux la mesure de son énergie morale, de la droiture de son caractère, de son courage intellectuel, de toutes ces vertus, enfin, qui montrent que, dans sa poitrine, battait vraiment le cœur d'un homme !

Il avait été externe de Gosselin, qui s'était montré bienveillant et presque paternel pour lui. Il revint chez ce maître pour sa deuxième année d'internat, au cours de laquelle il contracta, près d'un petit malade qu'il avait opéré du croup, une diphtérie grave dont il faillit mourir.

L'année précédente, il était chez Chassaignac, où il avait assisté à des batailles d'idées qui, à cette époque de la chirurgie meurtrière, suscitaient de tous les côtés des recherches qui ne pouvaient trouver leur solution qu'avec les découvertes de Pasteur. N'oublions pas que Chassaignac fut un de ceux qui, avant l'ère de la résurrection, virent le plus clair au milieu de ce champ de mort qu'était alors la chirurgie. Le drainage est un magnifique progrès qui chaque jour sauve des vies humaines, et l'écraseur destiné à empêcher l'absorption des germes putrides par les vaisseaux oblitérés, est un admirable instrument qui, s'il n'a plus aucun emploi dans la chirurgie actuelle, rend encore de grands services en chirurgie vétérinaire, où rien n'a pu le remplacer.

Mais c'est au cours de sa troisième année que Labbé donne la mesure de cette hardiesse de caractère, qui montre bien de quelle trempe était cette âme simple et forte et qui suivrait droit son chemin.

Cette histoire vaut qu'on la conte parce qu'elle le peint tout entier.

Jobert de Lamballe était professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel Dieu. C'était un chirurgien de talent. Mais à cette époque, comme toujours, comme partout, l'influence morale et la puissance matérielle, tout ce qui fait vibrer autour de nous les mille voix de l'opinion publique, ne se mesuraient pas à ce qui fait notre talent aux yeux de ceux qui savent. Ce sont d'autres facteurs sur lesquels nous juge la foule. La faveur des puissants du jour compte plus pour la renommée qu'une découverte féconde qui permet de sauver des vies humaines par milliers. Mais l'histoire prend sa revanche et lorsque la gloire posthume auréole le nom de l'homme qui laisse après lui quelque chose, peu d'années suffisent souvent pour entraîner au gouffre de l'oubli le nom de celui qui ne fut que l'artisan de sa fortune et l'esclave de son succès ! Jobert de Lamballe était le chirurgien de l'Empereur ! Qu'on juge du prestige attaché à ce titre, dans les années éblouissantes qui suivirent de près l'Empire renaissant !

Mais c'était un homme terrible, d'un caractère insupportable, irascible, violent et qui d'ailleurs devait un jour perdre tout à fait la raison. Il n'y avait pas d'exemple qu'il n'eût été, au cours de chaque année, abandonné par un ou par plusieurs de ses internes, excédés de ses scènes, de ses boutades et quelquefois de ses injures.

Léon Labbé n'hésita pas à lui demander une place. Il fut accepté, non sans difficultés, et entra à l'Hôtel-Dieu le 1er janvier 1859.

Qu'allait-il se passer entre le maître et son élève, qu'on savait, lui aussi, d'un caractère combatif ?

Pendant six mois, tout alla bien. L'humeur de Jobert, qui avait besoin d'un souffre-douleur, s'était tournée contre Dujardin-Beaumetz, objet de ses invectives quotidiennes. Celui-ci en eut bien vite assez. Au bout de six semaines, un beau matin, après une scène particulièrement pénible, il détacha son tablier, le roula, le jeta aux pieds de son chef et partit.

Mais il fallait une victime à cet homme odieux et qu'en bonne justice une administration soucieuse de ses devoirs

et tout simplement du bon ordre eût dû révoquer sans phrases, s'il n'eût été, par la force des choses, au-dessus de toute sanction.

Dujardin-Beaumetz disparu, la mauvaise humeur de Jobert se retourna contre Hamel, l'interne provisoire qui l'avait remplacé, puis contre Regnault, le troisième interne, qui subissait avec résignation les rebuffades du maître.

Tout à coup l'orage éclata. Un homme atteint de rétention d'urine était entré à l'Hôtel-Dieu. Labbé, n'ayant pu parvenir à évacuer la vessie, fit prévenir son chef.

Le chirurgien de l'Empereur répondit qu'il devait partir pour Saint-Cloud, et qu'il ne lui était pas possible d'aller à l'Hôtel-Dieu.

Quand Labbé prit la garde, à huit heures du soir, le malade souffrait horriblement. Il était impossible de le laisser ainsi pendant toute la nuit. Labbé avertit le directeur de l'hôpital, et en sa présence, pratiqua une ponction de la vessie, qui mit immédiatement fin aux souffrances du malheureux.

Le lendemain matin, Jobert, que le directeur avait mis au courant des événements, commença sa visite comme à l'ordinaire.

« Quel est ce nouveau ? », demanda Jobert arrivant au lit du malade, et Labbé, bien en face, de l'autre côté du lit, raconta avec le plus grand calme ce qui s'était passé.

Alors, le drame commença ! Les invectives coutumières, les remarques désobligeantes et les propos blessants, le tout terminé par l'accusation d'avoir outrepassé ses attributions, et d'avoir ajouté à la maladresse dont il avait fait preuve, la faute grave d'avoir pratiqué une opération qu'il n'avait pas le droit de faire.

C'est alors que Labbé, hors de lui, répliqua : « Monsieur, « je n'accepte pas vos observations ; c'est vous qui n'avez « pas fait votre devoir. Je vous ai prévenu à temps, et vous « n'avez pas daigné venir. »

Terrifiés, les camarades de Labbé attendaient la foudre ! La foudre ne vint pas.

Le chirurgien de l'Empereur, suffoqué par tant de hardiesse, et peut-être aussi secrètement troublé par tant de droiture, ne dit rien.

Il fit apporter les sondes et essaya vainement de pratiquer lui-même le cathétérisme, qu'il avait si violemment reproché à Labbé de n'avoir pu réussir. Inutile d'insister sur la satisfaction que ce juste échec apporta dans l'âme de tous, — à l'exception sans aucun doute de celle du pauvre diable qui, dans l'aventure, était le principal intéressé.

Jobert, quelque peu humilié, ne dit plus un mot, et la visite se termina sans incident.

Mais la bataille, que j'abrège, n'était pas finie.

Dans l'après-midi, Jobert de Lamballe revint à l'Hôtel-Dieu, se rendit chez le directeur et lui déclara qu'il était décidé à faire chasser Labbé des hôpitaux, si celui-ci ne lui adressait pas des excuses publiques. Labbé refusa, mais en accompagnant son chef sur le perron de l'Hôtel-Dieu, il lui dit : « Nous ne sommes plus dans l'Hôtel-Dieu. Eh bien, mon cher maître, il ne faut pas que de pareilles scènes se renouvellent, car, vous le savez, j'ai fait rigoureusement tout mon devoir. »

« Quelle affreuse mauvaise tête vous avez, lui dit Jobert. Allons, à demain. »

Ainsi la fermeté, la droiture, l'énergie morale et le bon droit avaient remporté la victoire, et le terrible Jobert, dompté par son jeune élève, lui fit à partir de ce jour, dans son service, une situation extraordinaire.

En 1861, il était témoin à son mariage, et en 1863, lors de son concours d'agrégation, il l'appuya de toute son autorité et contribua largement à son succès.

Sa quatrième année d'internat se passa chez Velpeau, qui exerçait alors une sorte de royauté chirurgicale, et il n'est pas douteux qu'il profita sérieusement du commerce quotidien de ce grand clinicien.

On était alors en 1860. La même année il était aide d'anatomie. En 1861, il passait sa thèse, en 1862, il était prosecteur, et en 1863, à son premier concours, agrégé. Il avait fait, paraît-il, une leçon extemporanée tout à fait remarquable, mais il est probable que l'appui effectif de Jobert de Lamballe, qui faisait partie du jury, ne fut pas sans influence sur une nomination si précoce.

En 1864, il concourait aux hôpitaux pour la deuxième fois. Il fut nommé. Ici se place encore une anecdote qui le peint tout entier, et montre bien de quelle passion était animé et de quelle vigueur débordait ce jeune homme qui avait tenu tête au chirurgien de l'Empereur.

Velpeau présidait le jury. Mais Labbé était jeune. Il y avait de vieux candidats, qui n'étaient pas sans mérite, et qu'il paraissait naturel de soutenir dans ces rudes épreuves. Et puis aussi son récent succès à l'agrégation n'avait pas été sans exciter des jalousies. Certains juges, parmi lesquels Trélat, lui étaient tout à fait hostiles, et son maître Velpeau lui-même, à la dernière épreuve, celle de médecine opératoire, était bien convaincu qu'il ne passerait pas.

Malgré sa vive émotion, Labbé avait pratiqué la ligature avec une extrême rapidité. Mais l'opération demandée, l'extirpation du premier métacarpien, avec conservation du pouce, donna lieu à une scène extraordinaire.

Le prosecteur de Clamart, qui servait d'aide aux candidats, n'était pas de ses amis. Il désirait même vivement son échec. Il l'aida avec négligence, et dans la façon dont il plaça le pouce en en exposant les tendons, Labbé vit, ou crut voir, une manœuvre destinée à lui faire commettre une faute.

L'épreuve se passait dans le petit amphithéâtre de Clamart que nous connaissons presque tous, — où j'ai moi-même subi bien des épreuves, et fait bien des leçons, et qui depuis trois quarts de siècle, car ceci se passait il y a soixante-dix-huit ans, n'a pas beaucoup changé, — si tant est même qu'il ait été repeint !

L'amphithéâtre était bondé.

Labbé, exaspéré de ce qu'il considérait comme une félonie, posa son bistouri sur la table, sauta à la gorge de l'aide, déchira son col et sa cravate et le colla contre le mur en criant : « Vous êtes un misérable. »

Emotion générale, telle que le président du jury, non moins stupéfait que les autres, regardait sans dire un seul mot.

Apercevant dans la salle son ami Brouardel, Labbé lui cria : « Brouardel, descendez et venez m'aider. »

Ainsi fut fait, et Labbé, reprenant son calme et retrouvant tous ses moyens, pratiqua cette opération, comme la première, avec une extraordinaire rapidité.

Et c'est ainsi qu'étant entré à Clamart comme un candidat sans espoir, il en sortit chirurgien des hôpitaux, premier de cette promotion dont le second était Desprès.

L'avenir s'ouvrait devant lui. Il n'avait plus maintenant qu'à travailler selon ses goûts, et ses goûts le portaient vers l'action. Il écrivait peu, il publiait peu, il aimait mieux donner libre cours à sa passion pour la chirurgie agissante.

Avant 1870, en dehors de sa thèse de doctorat sur le traitement des fistules génito-urinaires chez la femme, et de sa thèse d'agrégation sur la coxalgie, on ne trouve que peu de chose, en dehors de quelques observations relatives aux hernies ; mais surtout, fait très intéressant, parce qu'il était assez rare à cette époque, des travaux de chirurgie expérimentale. Longet, professeur de physiologie, l'avait pris en grande amitié et lui avait ouvert son laboratoire. Dès 1863 et 1864, il avait entrepris des recherches sur les lésions de l'intestin à la suite de son étranglement, et à peu près à la même époque, il avait réalisé, avec Oré, des expériences originales sur la transfusion du sang, entre animaux d'espèce différente. Il avait fait également, dans le laboratoire de Robin, des expériences sur les injections de chloral dans le sang, et sur l'action combinée du chloroforme et de la morphine. Ces expériences, encore qu'elles fussent assez restreintes, témoignaient cependant de son goût de la recherche et de la tournure scientifique de son esprit.

Pendant la guerre de 1870, il était à Paris, dans les ambulances, soignant de son mieux les blessés.

Mais tous ces travaux ne comptaient guère à ses yeux à côté de la chirurgie véritable. Il avait eu d'assez bonne

heure un service à la Salpêtrière. Dès 1865, il entrait à la Société de Chirurgie.

Ce n'est qu'un peu plus tard qu'il choisit à l'hôpital Beaujon le service qu'il devait illustrer, où il est resté jusqu'à sa retraite, où se sont succédé auprès de lui tant d'élèves, et où j'ai été bien souvent moi-même observer, auprès d'un chirurgien comme lui, ce qui, précisément, fait le chirurgien.

Car il l'était au plus haut degré. Il avait tout : le courage opératoire, qu'il fallait posséder à cette époque lointaine où toute intervention était chose grave, l'habileté technique, le sang-froid, la fermeté d'âme. Comme tous ceux que la nature a créés pour la chirurgie, et qui vont au-devant des grandes émotions de leur art, il se sentait attiré vers les opérations difficiles et qui mettent à l'épreuve toute la force d'âme de celui qui les entreprend. Ah ! je le sais ! Il n'y a qu'un temps pour ces luttes héroïques contre les puissances du mal ! Et c'est le temps de la jeunesse, quand l'invincible espoir soulève l'âme enthousiaste, quand des revers multiples ne sont pas encore venus refroidir le feu qui l'anime et briser son courage, et quand, dans la bataille contre la mort, la foi dans la victoire demeure plus puissante que la crainte de la défaite et l'amertume de l'échec. Oui, Labbé était de ces hommes, et je l'ai vu, alors qu'il n'avait plus la jeunesse envolée, en conserver l'ardeur, et l'indestructible espérance !

Quand je le vis pour la première fois, il était près de sa retraite. J'allais, presque chaque matin, voir opérer, dans leur service, tous les chirurgiens de Paris. Je n'ai jamais perdu mon temps. Il opérait, ce matin-là, une tumeur de la poitrine qui, sous la clavicule, surgissait de la profondeur. Ce fut une dure besogne. Le sang coulait de toutes parts. Nous nous demandions tous comment finirait la bataille. Mais lui seul était sans émoi et travaillait paisiblement dans le calme et dans le silence. Quand il se releva, la tumeur était enlevée, le sang ne coulait plus.

Ce jour-là j'ai compris pourquoi Labbé, pendant quinze ans, avait connu une si haute fortune. Car les jours n'étaient pas venus où l'exercice de la chirurgie ne demande d'autre vertu, comme nous le voyons aujourd'hui, que l'audace de se déclarer chirurgien, et où la foule des malades se précipite vers ceux que désignent, à défaut de titres éclatants ou simplement solides, les échos complaisants de la renommée !

Car si Labbé n'eut pas l'inspiration créatrice de Péan, s'il n'eut jamais de ces coups d'aile qui élèvent ceux qui les donnent au-dessus même de l'élite, il fut l'homme qui, par sa haute valeur de clinicien, par son habileté opératoire, par son courage devant les responsabilités, par la puissance enfin de son tempérament chirurgical, se montra le plus digne de marcher à côté de lui.

D'autres hommes cependant, à cette époque où la chirurgie allait s'engager dans des voies nouvelles, travaillaient à une œuvre immense ! Il y avait Championnière, il y avait Terrier, qui, entraînant les jeunes enthousiasmes, détruisaient les idées anciennes et élaboraient les règles définitives de la chirurgie contemporaine. Mais leur heure n'était pas venue, et, à cette époque incertaine, où la révolution qui ébranlait sur ses bases la chirurgie agonisante n'avait pas encore imposé les règles de celle qui allait s'élever sur ses ruines, la grande chirurgie quelque peu brutale gardait son prestige. Pour des hommes comme Péan et comme Labbé, ce fut donc l'heure du triomphe, et du triomphe justifié. Mais si Péan avait été désigné à l'attention de tous par ses succès opératoires et ses présentations à l'Académie de malades guéries de kystes de l'ovaire, Labbé conquit, d'un seul coup, une renommée confinant à la gloire. Ce fut l'opération de l' « homme à la fourchette » qui réalisa cette sorte de miracle. Elle frappa tout le monde d'une sorte de stupéfaction. Je m'en souviens parfaitement encore, bien que je ne fusse qu'un jeune collégien tout à fait étranger aux choses de la médecine. Je n'ai jamais, depuis ces jours lointains, oublié le nom de Labbé.

En vérité, nous avons peine à comprendre, aujourd'hui que la chirurgie de l'estomac nous permet d'accomplir tant de miracles quotidiens, qu'une intervention aussi rapide ait pu soulever autour d'elle cette vague d'admiration.

Il faut nous reporter au temps où elle eut lieu, et Labbé, qui m'a raconté lui-même les circonstances qui accompagnèrent son exécution, m'a dit à ce sujet une parole qui m'a profondément frappé.

Avant de venir à Paris, le malade était resté deux mois à Lyon, dans le service d'Ollier. Nous savons tous quelle était la valeur du maître lyonnais. Chaque matin, passant devant le lit de « l'homme à la fourchette », il s'arrêtait, absorbé dans ses réflexions : « Comme il serait beau, tout « de même », disait-il à ses élèves, « comme il serait beau « d'enlever cette fourchette ! » Et puis il continuait sa visite. Ces quelques mots d'Ollier montrent, mieux que tous les commentaires, quel était alors l'état d'esprit des maîtres de la chirurgie !

« Eh bien moi, j'enlevai la fourchette, voilà tout », me dit Labbé.

Voilà tout ! Eh oui ! Voilà tout ! Mais tout est dans ce simple mot — ou plutôt dans ce mot si simple. Il est la marque d'un esprit résolu et le symbole du courage.

Mais il ne disait pas tout, et il ne faudrait pas croire que Labbé prit à la légère cette résolution héroïque. Car il s'agissait de la vie d'un homme, — d'un homme qu'il fallait guérir. Sans doute son tempérament le portait à l'action. Il l'a montré toute sa vie. Mais il voulait agir avec le sentiment profond d'en avoir le droit.

La préparation de cette opération, et son exécution, valent d'être connues dans tous leurs détails. Elles mettent à nu l'âme de Labbé. Elles montrent avec quel scrupule, avec quelle conscience, avec quel extraordinaire sentiment de sa responsabilité, il aborda cette intervention, qui devait marquer le tournant de sa destinée.

Il commença par étudier sur le cadavre la meilleure voie d'accès vers la face antérieure de l'estomac, et le « triangle de Labbé » demeure toujours comme le témoignage de la précision de ses recherches. Les règles qu'il a données sont restées classiques. Sans doute on n'a pas tous les jours à enlever un corps étranger de l'estomac. Mais le cancer ou le rétrécissement de l'œsophage sont des affections assez communes pour qu'on ait souvent l'occasion de pratiquer une bouche artificielle, une gastrostomie. Dans le courant même de l'année, Verneuil l'exécuta pour la première fois, sur un jeune homme atteint d'un rétrécissement de l'œsophage. Elle est, depuis cette époque, entrée dans la pratique courante. Et c'est, en réalité, à Labbé que nous le devons.

Mais c'est au cours même de l'opération que se manifesta, d'une façon qui paraîtrait presque excessive, s'il pouvait y avoir quelque chose d'excessif dans le scrupule opératoire, la résolution bien arrêtée qu'avait prise Labbé, de n'opérer qu'à coup sûr.

Il avait demandé à des hommes qu'entourait le respect de tous, Gosselin et Hippolyte Larrey, de bien vouloir assister à l'opération et de soutenir l'opérateur de leur autorité morale. Son aide direct était Tillaux, son vieux camarade de Caen. Enfin Collin, bien plus jeune sans doute, mais non moins fertile en ressources que l'admirable et délicieux vieillard que nous avons connu, lui prêtait également son concours.

L'opération commence. D'une main ferme, Labbé incise la peau, la couche musculo-aponévrotique et arrive sur le péritoine, ce péritoine, qui nous est aujourd'hui si familier, et qui était alors un objet d'épouvante. A ce moment, il se relève, réfléchit un instant, et déclare qu'il n'ira pas plus loin.

Stupéfaction générale ! « Comment, vous Labbé », lui dit Gosselin, « vous allez vous arrêter au milieu d'une opé- « ration ! »

« Oui », répondit Labbé, « je ne suis pas sûr de moi ! »

Il savait cependant, au moment où il s'arrêtait, que ce qui n'était chez lui que scrupule et que sincérité d'esprit, lui serait imputé comme une défaillance. Il n'avait pas que des amis, car il avait quelquefois la dent dure, et nous savons aussi l'amertume et la jalousie que provoquent souvent autour d'elles les jeunes renommées. Les railleries et

les quolibets se donnèrent libre carrière, et pendant quelques jours, il ne fut bruit que de sa reculade.

Labbé, qui a noté avec une évidente sincérité tous ces souvenirs d'autrefois, nous a laissé une bien curieuse anecdote. L'un des chirurgiens qui venaient à Saint-Jean-de-Dieu, où se trouvait le malade, interpellant le cocher de Labbé, qui conduisait un assez beau cheval : « Qu'est-ce que c'est donc, dit-il, que cette rosse-là ? Elle va bientôt crever comme le bonhomme de là-haut ! » C'était un homme de haute valeur, nous dit Labbé, qui a sagement agi en évitant de nous dire son nom.

Mais lui, pendant ce temps, retournait à Clamart, pour préciser sur le cadavre jusqu'au dernier détail de son opération.

Quinze jours après, le 9 avril 1876, la cicatrisation de la plaie étant complète, il convoqua, pour la nouvelle tentative, tous les témoins de la première.

Cette fois, ce fut le triomphe !

Quand il eut retiré la fourchette et terminé l'opération, Gosselin lui sauta au cou. Et le baron Larrey, dont beaucoup d'entre nous voient encore dans leur souvenir le calme et noble visage qui rappelait si bien les traits du héros bienfaisant qui avait suivi l'Empereur sur tous les champs de bataille de l'Europe, le baron Larrey lui dit : « Labbé, « l'opération que vous venez de faire est très belle ;. mais « ce n'est rien à côté de ce que vous avez fait il y a quin- « ze jours ! Avoir eu le courage, devant ses maîtres, ses « confrères, ses élèves, de ne pas poursuivre, par un loua- « ble scrupule, l'opération commencée, cela est digne de « tous les éloges. Vous en êtes récompensé. »

Et Larrey disait vrai, car Labbé fut récompensé. Quand le malade, qui survécut vingt-quatre ans, fut guéri de l'intervention, Labbé fit connaître son observation à l'Académie des Sciences. Cette communication, d'ordre purement scientifique, avait rendu publique cette opération merveilleuse. La presse s'en empara. Nous savons tous, ici, quelle est la puissance de la presse ! Nous savons tous comment elle s'empare de nos actes, tantôt pour les exalter au delà de toute mesure, tantôt pour les dénigrer en dehors de toute justice : Labbé en fit la dure expérience.

Cette opération eut un retentissement immense. Labbé était maintenant consacré dans l'esprit des foules, et comme il était homme à supporter le poids de sa réputation, il put aisément faire face aux obligations qu'elle entraîna avec elle.

Ces succès n'étaient pas faits, bien entendu, pour attirer sur lui la sympathie active de ses collègues. Quand il se présenta à l'Académie, en 1879, il y eut une opposition féroce. Seuls Gosselin, Ricord, et son fidèle ami Tillaux, qui avait fait du chemin depuis l'Ecole de Caen, le soutenaient de toute leur influence. Ce sont là des événements qui ne sont pas faits pour nous étonner outre mesure. Heureusement tout est changé, et nous savons tous que, de notre temps, ces petitesses ne se rencontrent plus !...

Comme il arriva pour Péan, quelques années plus tard, les membres de la section ne l'inscrivirent pas sur la liste des candidats. Mais il fut désigné par l'Académie comme candidat hors rang. Il échoua de quelques voix contre Duplay. Avec un concurrent de cette valeur, il n'y avait rien à dire, mais le vote de l'Académie n'en était pas moins une protestation vigoureuse contre la partialité de la section.

L'année suivante, celle-ci, sur une nouvelle candidature, persista dans ses errements. Sur la liste de six candidats, il était inscrit le dernier. Comme précédemment, la section manqua de psychologie. Labbé, cette fois, fut élu.

Trente ans plus tard, les querelles anciennes étaient oubliées. Beaucoup de ceux qui avaient mené la bataille étaient entrés dans le grand silence, et puis, surtout, les magnifiques succès de sa verte vieillesse, le Sénat, l'Institut, les services qu'il rendait à tous environnaient Labbé du respect universel. En 1909, il était notre président.

Labbé, je l'ai déjà dit, écrivait peu ; il publiait moins encore ; de temps en temps, la relation de quelque opération nouvelle, comme la première extirpation du larynx faite en France, en 1885, intervention qui donne une idée de sa hardiesse. Et ce n'est pas par ses ouvrages sur les fibromes de la paroi abdominale et sur les tumeurs bénignes du sein, qui sont cependant de bons ouvrages, demeurés classiques, que Labbé restera dans notre mémoire.

C'est lui qui appliqua le premier l'aspiration, que Dieulafoy venait d'inventer, à la ponction de la vessie. C'est également à lui que nous devons la chloroformisation goutte à goutte, et il était de ceux qui, aux premiers jours de la chirurgie abdominale, ne reculèrent pas devant elle.

Il écrivait peu, mais il travaillait beaucoup, c'était sa façon d'enseigner. Car, ce n'est pas tant par leurs livres que par leur exemple que les chirurgiens se survivent. Et si, de temps en temps, l'un d'entre eux peut laisser, par la découverte de quelque arme nouvelle contre la maladie et contre la mort, un nom qui ne périra pas, beaucoup connaissent la fierté que peut donner le sentiment que leur œuvre persistera par l'intermédiaire des élèves qui apprennent à leur côté la méthode qui guérit ou le geste qui rend la vie et les transmettent après eux.

C'est ainsi que Labbé fut un grand éducateur. C'était une haute ambition que d'obtenir chez lui une place d'interne. Et nombre de ceux qui l'obtinrent et qui furent, jusqu'à ces dernières années, l'honneur de la chirurgie française, ont été, les uns après les autres, rejoindre leur vieux maître ! Mais quelques-uns sont toujours là.

Vous permettrez à ma vieille amitié de n'en citer qu'un seul, parce qu'il fut peut-être le plus profondément aimé. Et si Labbé pouvait m'entendre, il serait heureux, je le sais, de voir associer à son nom le nom de celui qui lui fut le plus cher : notre collègue Témoin qui, pendant près de cinquante ans d'une magnifique et bienfaisante activité, a déroulé, dans le silence et la solitude, une des plus belles carrières chirurgicales qu'il soit possible de rêver.

Mais, Messieurs, il y a dans la vie de Labbé autre chose que son œuvre chirurgicale. Il y a son œuvre parlementaire.

En 1892, il entrait à la Haute Assemblée, comme sénateur de son département, qui lui est resté fidèle jusqu'à la mort.

En 1894, l'implacable limite d'âge lui ayant enlevé ce beau service de Beaujon, qu'il aimait, et où il avait donné de si grands exemples, il abandonna complètement l'exercice de la chirurgie.

Pendant vingt-cinq ans, il s'est donné tout entier à ses fonctions parlementaires où l'on peut, suivant la façon dont on les remplit, faire tant de bien, mais aussi faire tant de mal !

Car, s'il était entré au Parlement, c'était avec le désir profond de ne pas seulement servir le département de l'Orne, sa petite patrie, mais sa grande patrie, la France ! On l'a bien vu, aux mauvais jours. Ce n'était pas, comme tant d'autres, poussé par le désir de détenir quelques lambeaux de cette puissance publique qui, si elle permet quelquefois de réaliser des œuvres utiles et de faire de grandes choses, ne sert trop souvent qu'à satisfaire les ambitions et les appétits, suivant les méthodes et les habitudes dont nous avons chaque jour sous les yeux le déplorable exemple ! Car les meilleurs eux-mêmes se voient trop souvent entraînés dans les batailles des partis par les vices irrémédiables d'un système vieilli, dont les bons côtés disparaissent à mesure que s'accentuent les tares imposées par les nécessités, je dirai même par les fatalités de la servitude électorale.

Labbé ne s'était pas installé dans son fauteuil sénatorial pour y sauver des ministères ou les renverser par son vote, alors même qu'il était absent et se promenait dans ses terres. Il s'était fait une plus haute idée de ses devoirs. Il songeait au bien de la France, et même à son salut. Car, aux jours sombres, il fut parmi les hommes clairvoyants, vivant sur cette terre et non dans les nuées, qui virent approcher l'orage et travaillèrent à en limiter les ravages autrement que par des discours.

Il avait rapidement acquis, parmi ses collègues, une haute situation morale. La juste renommée qui entourait son nom, sa droiture, sa franchise, son désintéressement, cette sorte de rayonnement personnel qui émanait de lui, et aussi ses interventions à la tribune, où il montait de temps en temps, et qui mettaient en relief son inaltérable

bon sens, lui avaient donné une grande autorité, qui ne fit que s'accroître, lorsqu'en 1903 il fut appelé à l'Académie des Sciences.

Dès 1895, il entra à la Commission de l'armée, dont il ne devait plus sortir.

Depuis la mort de Théophile Roussel, il présidait la Commission du pari mutuel. On sait comment celle-ci dispose de larges ressources qu'elle réserve à des œuvres d'utilité générale, et en particulier à des institutions d'hygiène publique, ou à des hôpitaux.

Que de services Labbé n'a-t-il pas rendus à des confrères et aux médecins et chirurgiens qui se sont adressés à lui pour obtenir dans leurs services des améliorations justifiées.

Il était de ceux qui condamnent l'incurie des pouvoirs publics, attribuant des sommes misérables à l'outillage scientifique alors qu'ils jettent des millions par centaines au gouffre des dépenses électorales.

N'avait-il pas eu, le 5 juillet 1911, à la tribune du Sénat, le courage de prononcer des paroles sévères : « Si », disait-il, faisant allusion aux étrangers qui désertaient les facultés françaises, « si dans une clientèle de disciples, « dont une portion nous a échappé, nous n'avons pas en-« core tout perdu, nous le devons aux efforts individuels « de nos maîtres, de savants confrères, et à la belle clarté « de notre esprit ; mais les pouvoirs publics ne nous se-« condent pas suffisamment.

« Dans ce pays qui a un budget de 4 milliards et plu-« sieurs centaines de millions » (que dirait-il donc aujourd'hui), « où comme on nous l'apprend quelquefois à cet-« te tribune, ont lieu de trop nombreux gaspillages, on « ne peut pas trouver les sommes nécessaires pour nous « permettre de lutter avec avantage contre les nations qui « ont compris que la domination de l'Univers appartenait « à ceux dont l'outillage économique et scientifique est le « plus parfait... » Voilà ce que disait Labbé, il y a plus de vingt ans, et voilà ce que nous avons le droit et même le devoir de répéter encore auourd'hui, où avec un budget qui a plus que doublé, la situation de beaucoup d'établissements scientifiques et de laboratoires est restée à peu près semblable.

Les mêmes questions se renouvellent sans cesse ! Dans cette même séance, Labbé soutenait résolument pour les jeunes gens qui se destinent à la carrière médicale, la nécessité des études classiques dont ils furent dispensés vers cette époque, par le bouleversement des programmes du baccalauréat, tendant de plus en plus vers une orientation qualifiée de moderne.

Nous voyons aujourd'hui ces discussions se reproduire. En vérité, il est étrange que des controverses aussi ardentes puissent diviser des esprits qui ont tous reçu cette éducation gréco-latine dont quelques-uns ne veulent plus. Il semble même que les plus acharnés à sa perte, et les plus convaincus de son inutilité, pour ne pas dire de sa malfaisance, soient précisément ceux qui ont poussé le plus loin le commerce avec les grands esprits de la Grèce et de Rome. Notre collègue Marfan a dit à ce sujet, dans un admirable article du *Journal des Débats*, des choses pleines de bon sens et de vérité auxquelles je me rallie personnellement sans réserve.

Donnons donc à nos enfants, par l'étude des Humanités, la souplesse, la rectitude et la vigueur d'esprit dont plus tard ils auront besoin. Apprenons-leur à penser. Il sera temps ensuite d'appliquer aux sciences difficiles, qui ont tant de points de contact avec la médecine, les qualités de leur esprit ! Que si pas mal de jeunes gens, qui sentiront trop tard se développer en eux la vocation médicale, en sont détournés pour n'avoir pas à temps commencé l'étude des humanités nécessaires, eh bien ! ils feront autre chose, et ce sera autant de moins à venir augmenter le nombre de ceux qui végètent dans une profession déjà trop encombrée.

Au surplus, nous sommes de ceux qui précisément ont connu, avant la destruction des programmes classiques, ces vieilles disciplines que l'on sent le besoin de rétablir aujourd'hui, qui nous ont fait ce que nous sommes, et que, pour ma part, je me refuse à considérer comme périmées et à détruire de mes propres mains.

Oui, Messieurs, bien souvent Labbé a fait entendre à ses collègues du Sénat des paroles courageuses et sévères que son indépendance lui inspirait, et que nous n'entendons pas souvent tomber du haut d'une tribune parlementaire.

Ecoutez celles-ci, qui sonnent comme un appel d'alarme, qui n'a point été entendu, puisque le mal, hélas ! s'aggrave tous les jours.

« Nous faisons d'excellentes lois, mais souvent leur mise « en action manque de sanction. La crainte de l'électeur, « l'inertie de certaines municipalités, et l'on peut bien « ajouter la faiblesse des pouvoirs publics paralysent à cha-« que instant leurs meilleures dispositions. »

Et voici dénoncée depuis vingt ans, à la tribune du Sénat, cette crise funeste de l'autorité de l'Etat, qui finira par devenir mortelle, si l'imminence du péril ne produit pas bientôt quelque réaction salutaire contre la capitulation des hommes qui devraient nous conduire, devant la volonté de ceux dont ils sont les élus, — puisque les fatalités de l'Histoire ont voulu que les destinées de la France soient soumises à la loi du nombre, et demeurent asservies aux caprices aveugles et aux appétits de la multitude !

Mais, quelle que soit leur importance, ces témoignages de son indépendance d'esprit ne sont que des manifestations secondaires dans l'œuvre parlementaire de Léon Labbé ! Car il a eu l'honneur, — je pourrais presque dire la gloire, — si, dans les événements démesurés auxquels nous avons assisté, ce mot ne perdait pas toute sa valeur, il a eu l'honneur de prendre une part importante, et en quelque mesure capitale, dans des décisions qui ont eu une influence dominante sur le salut de la Patrie.

Au cours de la discussion mémorable de cette loi de trois ans qui a sauvé la France, car sans elle nous n'aurions eu, aux premiers jours de la tourmente, que deux classes sous les drapeaux, des scrupules, d'ailleurs légitimes, s'étaient élevés dans le Parlement, chez ceux-là mêmes qui comprenaient la nécessité de cette loi de salut public. Tous se demandaient s'il était possible de soumettre des jeunes gens de vingt ans aux fatigues parfois excessives du service militaire.

Labbé, qui présidait le groupe médical interparlementaire, le convoqua à ce sujet. Celui-ci fut d'avis que l'incorporation était possible, et cette décision eut une grande influence sur l'adoption par la Chambre de cette loi, qui suscitait une opposition très violente de la part des aveugles, des rêveurs et des illuminés, auxquels la terrible histoire que nous avons vécue n'a rien appris et que nous retrouvons aujourd'hui !

Au Sénat, la discussion se heurta aux mêmes difficultés. Labbé, qui prononça à cette occasion un de ses meilleurs discours, savait bien que son autorité était grande sur ses collègues. Il ne la jugea cependant pas suffisante, et pour entraîner leur conviction et enlever un vote dont il pressentait l'urgente nécessité, il réserva pour la fin de son discours une lettre de Chauveau qui confirmait son opinion et leva les derniers scrupules. Et les sénateurs, convaincus que l'incorporation des jeunes recrues de vingt ans pourrait se faire sans dommage pour leur santé et sans que la solidité des troupes en fût amoindrie, vota la loi qui, aux premiers jours de la guerre, devait mettre 200.000 hommes de plus au service de la Patrie !

Quel eût été le destin de la France, si ces 200.000 poitrines n'eussent pas été là, aux heures décisives qui fixèrent la destinée du monde !

Mais Labbé a rendu un service plus grand encore, car on a le droit de penser que, sans son intervention, le service de trois ans eût cependant été voté, ne fût-ce que grâce à l'action personnelle du ministre de la Guerre, Louis Barthou, qui mit au service de la claire vision des intérêts de la Patrie les ressources de la plus haute éloquence, puisque c'est, hélas ! l'éloquence, trop souvent plus que la raison, qui entraîne les décisions des foules et des parlements.

C'est à Labbé, et à lui seul, a-t-on le droit de dire, que fut due l'adoption de la loi qui porte son nom, de cette loi Labbé, qui institua dans l'armée la vaccination obligatoire contre la fièvre typhoïde. Cette loi est du 28 mai 1914. Mais Labbé avait depuis longtemps préparé les es-

prits à son adoption par son intervention décisive à la tribune du Sénat, un an auparavant, le 22 mai 1913.

Dans ce discours, qui est un modèle de documentation, de logique et de précision, il montra les bienfaits évidents de la vaccination antityphique sur les troupes de l'Afrique du Nord, à l'époque glorieuse de cette pénétration française au Maroc, qui fut peut-être l'œuvre coloniale la plus belle et la plus bienfaisante qui ait jamais été menée à bien, et dans laquelle, à côté de nos soldats, sous l'impulsion merveilleuse du grand colonisateur que fut le maréchal Lyautey, le corps médical a joué un si grand rôle.

Dix-huit mois à peine après cette intervention presque prophétique, à la fin de cette année 1914, qui avait vu se déchaîner le fléau qui devait embraser le monde, des milliers et des milliers de typhiques encombraient tous nos hôpitaux, et nous nous demandions avec angoisse, à l'heure où commençait à peine cette guerre de tranchées qui devait durer si longtemps, et où des miracles ont été accomplis pour rendre moins meurtrières les terribles conditions d'existence des hommes qui, dans le froid, dans la boue, dans le fer et le feu, y défendaient le sol de la Patrie, — nous nous demandions ce qu'il adviendrait de la puissance de l'armée française, si la fièvre typhoïde continuait à étendre ses ravages. C'est alors qu'on vit les effets de la loi salutaire qu'un an à peine auparavant Labbé avait imposée aux décisions du Parlement.

Reportons-nous à ces jours tragiques qu'on paraît vouloir oublier, et dont il semble maintenant qu'il soit défendu de parler, comme si la meilleure façon d'en éviter le retour n'était pas de s'en souvenir, et de nous montrer prêts, en forgeant notre cuirasse, à faire ce qu'il faut pour qu'ils ne puissent revenir.

Souvenons-nous donc de ces jours douloureux et des angoisses que nous avons connues ! Oui, souvenons-nous bien qu'après la bataille immortelle qui, dans ces Champs Catalauniques où vinrent se briser les hordes d'Attila, sauva pour la deuxième fois les destins de la France, — alors qu'une immense espérance remplissait tous les cœurs et qu'aucun de nous ne pensait que les calamités de la guerre pussent se prolonger si longtemps, — ceux d'entre nous, qui savaient ce qui se passait dans les hôpitaux du front de nos armées, se demandaient jusqu'où s'étendraient les ravages de cette fièvre typhoïde, qui chaque jour se montrait plus maligne et plus redoutable ! Allait-elle décimer l'armée et compromettre la victoire, cette victoire magnifique que notre invincible espérance attendait pour le lendemain ?

Mais à ce moment même des hommes travaillaient, préparant une autre victoire, la victoire du génie de l'homme sur les puissances de la mort. Et cette vaccination contre la fièvre typhoïde, dont Labbé avait expliqué l'action merveilleuse et fait voter l'obligation, allait en peu de temps délivrer notre armée du fléau qui la décimait, — comme au même moment la sérothérapie préventive la délivrait du tétanos qui, aux premiers jours de la guerre, avait trouvé les chirurgiens impuissants et désespérés, devant ce mal terrible qu'ils ne connaissaient plus !

Ah ! Messieurs, il ne faudrait pas cependant que l'habitude que nous avons de voir au milieu de nous, dans la simplicité de leur vie, les hommes qui ont rendu de tels services à la Patrie et qui ont, dans le silence de leurs laboratoires, accompli de si belles choses, nous fît méconnaître la grandeur de leur œuvre et la gloire que leur présence fait rejaillir sur nous.

Certes, dans ces années tragiques, nous avons tous, tant que nous sommes, travaillé de toutes nos forces ! Et si notre action collective nous a permis, à nous, chirurgiens, de sauver de la mort des milliers et des milliers de blessés, qui ont gagné la guerre en retournant au feu, notre œuvre individuelle, quelque active qu'elle ait été, n'est rien à côté de celle de certains hommes. Qu'avons-nous fait à côté des Maîtres de l'Institut Pasteur, qui ont vaincu le tétanos comme ils avaient jadis vaincu la diphtérie ? Qu'avons-nous fait à côté de celui, que je vois au milieu de nous, qui a chassé de nos armées la fièvre typhoïde, et qui a pris ainsi à la victoire de la France une part plus grande peut-être, — et non moins glorieuse, — que celle de certains grands chefs, dont l'image de marbre ou de bronze s'élève déjà sous le ciel, comme un hommage fervent et mérité de la France reconnaissante ?

Telle fut, au Sénat, l'œuvre capitale de Léon Labbé. Et dès le jour où il eut la vision prophétique des événements qui allaient ensanglanter le monde, — il a, lui aussi, bien mérité de la Patrie !

Depuis longtemps Labbé avait abandonné la pratique de la chirurgie ; mais il demeurait fidèle à la chirurgie elle-même, à cette science qu'il avait cultivée avec tant de succès pendant quarante années. Il venait assez souvent, aux séances de la Société de Chirurgie. Il y prenait parfois la parole. Il la prenait surtout, j'en ai gardé le souvenir, lorsqu'à la suite de quelque séance ordinaire, on se réunissait en comité secret, et que la discussion prenait, comme il arrive souvent, une tournure confuse, où se succédaient tour à tour les opinions les plus contradictoires.

Il donnait son avis avec une modération, un bon sens, une juste appréciation des faits et des opinions diverses qui s'étaient fait entendre.

Nous l'écoutions avec la déférence qu'il inspirait et qu'il méritait. Sa vieille expérience, l'habitude qu'il avait des grandes discussions parlementaires, qui ont souvent, il faut le reconnaître, une haute tenue, lui permettait de mettre de l'ordre dans des discussions qui n'en avaient pas, et de rallier à son opinion, en même temps que le troupeau flottant des indécis, l'unanimité de ceux qui, quelques instants auparavant, ne pouvaient parvenir à s'entendre.

Qui n'a gardé vivant le souvenir de cet homme, tel qu'il était dans la pleine force de l'âge, — tel qu'il est resté jusqu'au bout !

Il était grand, avec de larges épaules, qui donnaient la sensation de force et qui ne se voûtèrent quelque peu que très tard.

Il portait droit une tête énergique, dont les traits tourmentés ne peuvent pas sortir de la mémoire. Il avait un front dégarni, des cheveux longs, rejetés en arrière, des sourcils épais, des yeux pénétrants, d'une vivacité incroyable, et qui reflétaient l'ardeur de son caractère bouillant, qui l'emportait parfois dans des colères aussitôt apaisées, pour laisser la place à une bonté naturelle, qui ne connaissait pas de bornes. Il avait un nez large, aux narines irrégulières, une bouche charnue dont la lèvre inférieure s'avançait quelque peu. Sa moustache rebelle allait sur les côtés se perdre dans les broussailles de sa barbe.

Sa face colorée, mobile, extraordinairement expressive et vivante, rappelait certaines figures que l'on rencontre aux tableaux des vieux maîtres flamands. Il avait une main fine, des doigts d'une souplesse et d'une agilité merveilleuses. Au cours de la conversation la plus simple, il saisissait d'une main un bouton de votre gilet, et vous attirait vers lui, tandis que, de l'autre main, il vous prenait par l'épaule, comme pour vous immobiliser et retenir votre attention.

Sa parole était difficile, heurtée, parfois incorrecte ; mais l'effort visible que provoquait chez lui le moindre discours, retenait l'attention de ses auditeurs et ne donnait que plus de force à ses arguments, car il avait des arguments et n'aimait pas, comme tant d'autres, à parler pour ne rien dire. Il n'en eut que plus de mérite à prendre la parole au Sénat, à cette haute et solennelle tribune qui paralyse tant d'orateurs et écrase tant de talents.

Quand il se décidait à l'aborder, il était sûr de lui. Il préparait longuement ses discours, il les écrivait et les ordonnait à merveille. Il y accumulait les arguments, et parmi ceux-ci, les meilleurs de tous, les faits. Il savait entraîner la conviction de ses auditeurs, et la substance même dont il remplissait ses discours, lui avait donné au Sénat cette autorité légitime qui eut de si grandes conséquences, quand au cours de la discussion sur la loi de trois ans et la vaccination antityphique, il emporta la décision.

Près de vingt ans s'écoulèrent ainsi, entre l'heure de sa retraite, et les grands jours de 1914. Il se consacrait tout entier à ses devoirs de sénateur. Il partageait son temps

entre Paris, dans la belle demeure qu'il s'était fait construire et où il aimait vivre parmi les œuvres d'art et les mille objets familiers qui reposaient ses yeux, et cette Normandie maternelle où il retrouvait avec joie les horizons de son enfance.

Ses enfants lui avaient donné toutes les satisfactions. Notre collègue Lermoyez, esprit brillant, original, par certains côtés supérieur et qui fut, pendant très longtemps, un maître incontesté, était entré dans sa famille. Plus tard, sa petite-fille avait épousé un jeune chirurgien, qui portait un des plus beaux noms de la médecine militaire, et se montrait digne de continuer ces belles traditions.

Enfin, au dernier concours qui précéda la guerre, sa vieillesse connut la joie de voir le fils de Lermoyez entrer dans l'internat.

Mais son existence de tous les jours, dans ce milieu parlementaire, où se trament et s'élaborent, dans les dessous ténébreux de la politique, tant de combinaisons ignorées, l'avait fait profondément réfléchir.

J'ai lu une lettre de lui, adressée à Léon Bourgeois, au sujet des paroles que celui-ci avait prononcées dans une conférence : « L'intensité du progrès scientifique et éco« nomique, que nous admirons si justement est loin « d'avoir produit une diminution de la souffrance hu« maine. »

Et aussi : « L'exploitation de certaines forces se produit, finalement, au détriment des faibles. »

Ces paroles l'avaient profondément ému : « Quand on « réfléchit », écrivait-il à Léon Bourgeois, « à tous ces pro« blèmes si angoissants, on arrive souvent au doute ! »

Il écrivait cette lettre en 1913 !

Que dirait-il donc maintenant, ce grand honnête homme, qui, il y a vingt ans, sentait le doute envahir invinciblement son esprit ? Que dirait-il après ce que nous avons vu pendant la guerre, et plus encore peut-être, depuis que le canon s'est tu sur les champs de bataille et que nous l'avons vu remplacé dans les conférences ou dans les congrès par des armes empoisonnées, moins brutales sans doute, mais peut-être plus dangereuses ? Que dirait ce grand honnête homme, en voyant s'affirmer l'égoïsme de ceux que les hasards de la politique poussent, presque partout, au gouvernement des nations ?

De quoi ne douterait-il pas, comme nous tous, hélas ! en voyant auourd'hui la tragédie confuse et douloureuse où se débat le monde ?

Nous sommes, cependant, la France ! Qui donc, qui donc saura mettre au cœur des Français l'énergie, le courage, la volonté, et, dans leur âme, la raison ?

Tout à coup, la foudre éclata ! Et les premiers jours de la guerre, en dehors des angoisses qu'il ressentait pour la patrie, lui réservèrent, comme à tant d'autres, comme à nous tous, de cruelles inquiétudes pour ceux de ses enfants que le destin poussait sur les champs de bataille.

Son petit-fils, le fils de Lermoyez, était de cette course à la mer, où les soldats de Foch disputaient pied à pied le sol de la Patrie contre des forces écrasantes, qui, cependant furent clouées au sol le long de cet Yser, misérable ruisseau fangeux, dont le nom franchira l'Histoire !

Il fut blessé gravement à la cuisse, dans les environs de Dunkerque. Tuffier, qui se multipliait déjà, comme il le fit pendant toute la guerre, le transporta jusqu'à Paris dans sa propre voiture. Labbé, que sa situation parlementaire avait entraîné à Bordeaux, accourut immédiatement. Son petit-fils était confié à l'admirable chirurgien qu'était Ricard. La gangrène gazeuse, cette terrible complication des blessures par éclat d'obus, que nous commencions à connaître, avait déjà fait son apparition. Le vieux lutteur, devant la mort qui menaçait son petit-fils, sentit bouillir son sang de chirurgien. Ricard intervint sans retard et Labbé le poussait à étendre encore ses larges incisions et ses débridements. Et son petit-fils fut sauvé.

Et maintenant, hélas ! De tous ceux qui vécurent ces heures douloureuses, que reste-t-il ? Labbé, Tuffier, Ricard, et le jeune blessé lui-même, emporté plus tard brusquement ! et son père qui n'a pu lui survivre ! Tous morts ! Tous disparus !...

Labbé au moins est parti le premier, et la destinée fatidique, en abattant le grand vieillard a suivi l'ordre prescrit par la nature.

Il avait quatre-vingt-trois ans. Il travaillait encore pour le bien du pays. Il était demeuré un des membres les plus influents de la Commission de l'armée, dont il ne manquait pas une seule séance.

Mais la résistance humaine à des bornes.

Il souffrait depuis longtemps de crises d'asthme et de suffocation. Plusieurs fois même on avait craint des accidents de pneumonie. Le 12 mars 1916, il fut repris sérieusement. Il sortit cependant le 15, pour aller remplir son devoir. Et les accidents s'aggravèrent. Pendant deux ou trois jours son état parut stationnaire. Le 20, même, il se sentit mieux ! Il écrivit une lettre, la dernière qu'il ait écrite. Elle était adressée au président de la Commission de l'armée, à Clemenceau, qui n'était encore que l'impitoyable critique des opérations militaires, avant d'être le grand vieillard héroïque et sublime, qui sut communiquer à tous la flamme qui lui brûlait le cœur et dont l'énergie surhumaine devait faire avant bien longtemps l'animateur de la victoire et le sauveur de la Patrie.

Il s'endormit paisiblement. Le lendemain matin, quand on pénétra dans sa chambre, il était entré pour toujours dans la sérénité de la mort !

Pendant ce temps, le canon de Verdun nuit et jour ébranlait la terre. Depuis un mois, là-bas, sur les âpres collines, couronnées de noms immortels, à travers les arbres hachés dont quelques-uns dressent encore, sur ce sol à jamais sacré, le spectre de leurs troncs blanchis, les rafales de fer et de feu abattaient par milliers, sur la terre abreuvée de sang, de jeunes soldats faits pour vivre, et que la criminelle folie de quelques hommes, toujours vivants et toujours impunis, avait lancés dans l'hécatombe.

Qu'était donc ce vieillard, couché parmi les fleurs, dans l'obscurité silencieuse d'une chambre où veillaient ceux qui l'avaient aimé ? Qu'était donc ce vieillard auprès des cadavres sans nombre, qui, à cette heure même, sur la terre maudite, ouvraient vers le ciel noir leurs yeux enveloppés des ombres de la mort ?

Léon Labbé, par ses hautes fonctions, avait droit à tous les honneurs. En ces jours de deuil et de gloire, les cortèges funèbres se déroulaient dans la ferveur et l'émotion qui planaient sur tous les esprits ! Mais quelle poignante grandeur !

Et, parmi les jeunes soldats qui s'avançaient autour de son cercueil, et qui, comme leurs frères d'armes, allaient partir pour le front des armées, d'où beaucoup ne reviendraient pas, la foule anxieuse et recueillie cherchait des yeux ceux qui allaient mourir.

Et maintenant, il repose là-bas, au flanc de la colline qui domine la grande ville. Et parmi les milliers de tombes qui remplissent la cité des morts, la sienne est parmi les plus humbles.

Mais il est là, sous la dalle funèbre, couché dans l'éternel silence, et son nom, gravé sur la pierre, suffit pour rappeler au passant solitaire l'homme d'action, qui travailla avec courage, et qui, sur cette terre des vivants, fit son devoir jusqu'au dernier jour.

Seize années ont passé depuis que le vieux maître dort à côté des siens. Un siècle entier s'est écoulé depuis le jour de sa naissance. Il est de ceux qui virent se transformer le monde. Que se passera-t-il pendant le siècle qui commence ?

Ah ! sans doute, l'homme, vainqueur du temps et de l'espace, parcourra la terre et les airs et les flots mouvants de la mer.

Mais verra-t-il jamais la raison souveraine guider l'humanité vers des destinées moins cruelles que celles qui l'ont entraînée vers les abîmes que nous avons connus ?

Nos enfants ont vécu dans le sang et dans la douleur. Il ne faut pas que leurs enfants remontent le même calvaire !

Et si Labbé, qui sentit un jour le doute amer pénétrer dans son âme, pouvait, aux heures troubles où nous sommes, revenir au milieu de nous, il leur dirait : « Fils de

« la France, survivants douloureux de la grande épopée,
« qui vivez aujourd'hui dans un monde encore agité des
« grands remous du cataclysme, si vous voulez que vos
« enfants, que ceux qui montent aujourd'hui, dans la jeu-
« nesse et l'innocence, vers cet avenir inconnu, que les
« passions des hommes peuvent faire sombre ou radieux,
« — si vous voulez que vos enfants vivent dans l'ordre
« et dans la paix et ne connaissent pas ce que vous avez
« vu, — retrouvez l'énergie dont vous avez donné, aux
« jours des catastrophes, tant de preuves sublimes ! En-
« seignez à vos fils, avant tout, le courage ; apprenez-leur
« la volonté.

« Parlez-leur du travail plutôt que du repos ; de leurs
« devoirs plutôt que de leurs droits !

« Parlez-leur de la discipline, plutôt que de la Liberté,
« car la liberté de chacun n'a d'autre garantie que la dis-
« cipline de tous. Et l'apostrophe de Madame Roland à la
« statue de la Déesse, indifférente au sang qui coule à ses
« pieds, n'a pas cessé d'être actuelle : « O Liberté, que de
« crimes on commet en ton nom !... » Liberté ! Liberté !
« que deviens-tu dans notre France, où les lois de la Ré-
« publique condamnent le bon citoyen qui vend des médi-
« caments le dimanche, et permettent à des criminels et
« à des fous de prêcher la guerre civile, et de pousser à
« la révolte et à la désertion les jeunes soldats de la
« France ?...

« Plutôt que de l'Egalité, parlez à vos enfants de la su-
« périorité nécessaire de la raison sur la folie, des savants
« sur les ignorants, des travailleurs sur les paresseux, des
« bons sur les méchants, des justes sur les criminels !

« Mais parlez-leur surtout de la Fraternité. Dites-leur
« bien que les hommes sont frères, mais qu'ils ne peuvent
« le rester qu'en obéissant à l'honneur, à la bonne foi, à
« la parole donnée.

« Et les peuples sont comme les hommes. Si vous vou-
« lez que les peuples soient frères, qu'ils vivent donc enfin
« dans le respect les uns des autres, dans la justice et dans
« la loyauté. Car on ne fraternise pas avec la haine, le
« mensonge et la trahison !

« Ecoutons donc la voix qui sort du tombeau du vieux
« Maître :

« Réveillez-vous, fils de la France. Vous voyez ce que
« sont les lendemains de la victoire. Si vous voulez que
« votre mère vive et demeure à jamais l'immortelle Pa-
« trie qui, pendant tant de siècles, comme l'étoile du ma-
« tin, a dirigé l'Humanité dans les ténèbres de l'Histoire !
« Si vous voulez ne pas revoir ce que vous avez vu, —
« soyez loyaux, justes et généreux. Mais gardez le front
« haut, le cœur ferme et le bras solide ! »

La haute fréquence en stomatologie. Diathermie et diathermo-coagulation. Effluvation. Bistouri électrique (1), par M. Dechaume, stomatologiste des hôpitaux. Préface du Dr J. Chompret.

L'emploi de l'électricité est appelé de plus en plus à se répandre en stomatologie, les résultats en sont déjà fort intéressants.

Le bistouri électrique d'abord offre dans bien des cas des avantages considérables, la diathermie permet d'obtenir des résultats thérapeutiques intéressants la diathermo-coagulation, notamment pour les soins des gangrènes pulpaires et des granulomes radiculaires, permet de constater des transformations heureuses des tissus.

Ce petit livre contient tout ce qui dans l'état actuel de nos connaissances sur la haute fréquence permettra au stomatologiste d'obtenir des résultats pratiques incontestables. La partie purement physique a été volontairement écourtée. Quant au maniement des appareils, l'auteur s'est borné à indiquer des directives générales, nécessaires à la compréhension des notices accompagnant chaque appareil.

L. G.

(1) Collection Médecine et chirurgie pratiques. Un volume de 122 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

ACTUALITÉS

LA VACCINATION RÉGIONALE PAR LA PORTE D'ENTRÉE

La méthode nouvelle de vaccination régionale par la porte d'entrée vient d'être l'objet de nouveaux travaux intéressants.

D'après les nombreux auteurs qui l'ont expérimentée, cette méthode permet d'obtenir du vaccin une action *curatrice* évidente dans certaines infections contre lesquelles la vaccinothérapie restait, jusqu'à présent, à peu près impuissante.

Elle repose essentiellement sur ce fait bien établi que les divers tissus de l'organisme sont inégalement sensibles à un germe microbien, inégalement aptes à son développement.

Le tissu électivement sensible à ce germe est généralement le tissu qui sert de porte d'entrée à l'infection.

C'est au niveau de ces tissus en particulier qu'il faudrait injecter le vaccin, *et non pas dans le tissu cellulaire sous-cutané*, qui est, jusqu'alors, la voie d'introduction *systématiquement* employée, parce que la plus simple.

Voilà plusieurs années que Poincloux, l'auteur de la méthode, en signale l'intérêt. Depuis quelques mois, les publications deviennent plus nombreuses, précisant en particulier l'action efficace du vaccin employé à la porte d'entrée (méat urétral) en cas d'arthrites et d'infections gynécologiques gonococciques.

Plus récemment, une thèse très documentée (Arloing, Paris 1931) insistait sur les avantages obtenus par l'emploi de cette méthode contre les diverses manifestations de l'infection colibacillaire (injection de vaccin colibacillaire dans la muqueuse rectale).

Enfin tout dernièrement, deux thèses importantes exposaient l'emploi et l'efficacité indéniable de la vaccination par la porte d'entrée envers les infections gynécologiques.

L'une a été soutenue à Bordeaux par le Docteur Traissac. Cet auteur a enregistré consciencieusement les résultats obtenus par l'emploi de la méthode chez 33 malades. La discussion de ces observations l'amenait à la conclusion suivante : « Nous pensons que ce mode de thérapeutique donne des résultats remarquables, bien supérieurs à tous les traitements similaires ».

L'autre thèse, plus récente, a été faite dans le service du Professeur agrégé Basset, par son élève, M. Fron, pendant l'année 1931 (1). Elle s'appuie sur le grand nombre de cas gynécologiques qui y furent soignés, et publie 47 observations. Mais elle tient compte d'autre part des nombreuses observations de malades soignées et suivies *depuis plusieurs années* dans ce service par Poincloux.

Cette deuxième thèse expose le principe de la méthode, sa technique, la conduite du traitement et les résultats obtenus chez 364 malades :

59 0/0 de guérisons cliniques ;

(1) Fron. Applications gynécologiques de la vaccination régionale par la porte d'entrée, *Th. de Paris*, 1932 ; Paris, Mouisset.

30 0/0 d'améliorations dont 2/3 sont assez importantes pour équivaloir, pratiquement, à la guérison ; 11 0/0 d'échecs.

Il résulte de la lecture de ce travail que la vaccination régionale par la porte d'entrée est d'un emploi très simple, ce qui d'ailleurs incitait récemment MM. Delrez et Lambert, de l'Université de Liége, à écrire : « A notre avis, la vaccination régionale par la porte d'entrée représente à l'heure actuelle le traitement de loin le plus simple et le plus efficace des annexites gonococciques ». (*Presse Médicale*, 27 juillet 1932.)

M. Fron consacre la première partie de sa thèse à l'exposé du principe directeur de la méthode :

« *Le réflexe d'immunité générale de l'organisme contre une infection due à un germe donné serait le plus efficacement déclenché par le contact du vaccin correspondant avec les cellules des tissus électivement sensibles à ce germe.* »

Le tissu électivement sensible au gonocoque, celui qui sert essentiellement de porte d'entrée à l'infection (quelle que soit d'ailleurs sa localisation ultérieure, génitale ou articulaire), est *la muqueuse urétrale.*

Le tissu de l'organisme qui permet la généralisation de l'infection colibacillaire est la muqueuse du gros intestin, dont l'ampoule rectale fait partie.

C'est au niveau de ces tissus de porte d'entrée, muqueuse urétrale pour le gonocoque, muqueuse rectale pour le colibacille, que doivent être injectés les vaccins correspondants.

A leur niveau, *et du fait de leur sensibilité*, la dose utile de vaccin pourra être considérablement réduite.

Malgré cette dose réduite, à chaque injection, l'organisme réagit : réaction salutaire, véritable maladie vaccinale, passagère, et spécifique du vaccin employé. A sa terminaison, les défenses organiques contre l'infection sont considérablement accrues, comme en témoignent rapidement la disparition des phénomènes inflammatoires douloureux et la chute de la température.

La deuxième partie traite du mode d'emploi de la méthode contre les infections gynécologiques.

Il est un facteur indispensable à préciser : l'identification du germe responsable.

A ce sujet une enquête étiologique portant sur 364 malades a été pratiquée cliniquement et bactériologiquement par Poincloux dans le service et au laboratoire de **M. Basset.**

Elle permet à l'auteur d'établir que sur 364 cas d'infections gynécologiques non puerpuérales, 358 fois ont été rencontrés les deux germes suivants : gonocoque et colibacille, isolés ou complices.

Le gonocoque semblait seul responsable dans 62 0/0 des cas.

Le colibacille semblait seul responsable dans 14,5 0/0 des cas.

Les deux germes étaient complices dans 18 0/0 des cas.

Ces deux germes étaient associés à d'autres microbes dans 2,5 0/0 des cas.

C'est assez dire que, *en pratique*, toute infection gynécologique non consécutive à un accouchement ou à un avortement, et non tuberculeuse, doit être attribuée à l'un ou l'autre de ces deux germes, ou aux deux à la fois.

Cette enquête établit en outre l'importance de la colibacillose génitale, en tant que retentissement de la colibacillose intestinale ; elle prouve l'existence du *syndrome entéro-génital*, qui serait fréquemment rencontré, en particulier chez la femme, et caractérisé :

1° Du côté intestinal, par une constipation habituelle entrecoupée de rares crises diarrhéiques, par du malaise général, de l'anorexie, souvent une odeur forte de l'haleine ;

2° Du côté génital, par des lésions d'importance variable : soit de simples pertes blanches survenues précocement, chez la jeune fille, et généralement attribuées à l'anémie (sous le microscope, ces pertes blanches fourmillent de colibacilles) ; soit de lésions génitales colibacillaires plus graves : métrites, périmétrites, voire salpingites douloureuses et fébriles.

Ces notions simplifiant considérablement le problème étiologique, la clinique suffit généralement pour le résoudre.

La technique et la conduite du traitement vaccinal sont alors des plus simples.

La troisième partie de la thèse est l'exposé de 47 observations, classées d'après les lésions gynécologiques et leur degré de virulence. Elles sont accompagnées de nombreuses courbes de température, et de schémas gynécologiques attestant du soin avec lequel elles ont été relevées.

De ces observations, beaucoup mieux encore que des considérations théoriques, découle la preuve de l'efficacité de la vaccination par la porte d'entrée.

Son action est évidente et rapide sur toutes les lésions inflammatoires dues au gonocoque ou au colibacille, quelles que soient leurs localisations.

En particulier, le refroidissement des lésions des annexes, du paramètre, est rapidement obtenu : la période d'alitement des malades est de ce fait considérablement réduite ; en cas de métrite importante associée, les cautérisations au Filhos peuvent être pratiquées rapidement et sans danger, malgré les antécédents récents d'annexites.

L'intervention chirurgicale ne devient qu'exceptionnellement nécessaire, en cas de gros ovaire suppuré par exemple. Dans ces cas rares d'ailleurs, du fait de la vaccination régionale par la porte d'entrée, le pronostic opératoire est incontestablement amélioré.

Ces différents travaux tendent à prouver que si un vaccin employé avec un but curatif reste inactif, ce n'est pas qu'il soit mauvais, c'est qu'il est mal employé.

Tous les vaccins sont bons ; c'est la voie sous-cutanée *systématique* qui est mauvaise.

L. S.

L'épilepsie et la constitution épileptoïde chez l'enfant, par le Dr Gilbert Robin, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Collection des actualités de médecine pratique. **Directeur :** Dr **R.-J. Weissenbach,** médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-16 de 150 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE PEDIATRIE

(Séance du 15 novembre 1932)

Un cas de maladie de Recklinghausen. — MM. Grenet et Isaac George présentent un garçon de 7 ans chez lequel une cypho-scoliose et des taches pigmentaires multiples permettent de porter le diagnostic de maladie de Recklinghausen.

Un cas de maladie coeliaque. — M. Pierre Vallery-Radot présente une fillette de 30 mois atteinte de maladie coeliaque. Quoique améliorée, elle en présente encore les trois signes essentiels : diarrhée chronique, intumescence abdominale considérable, et dénutrition accusée avec arrêt de développement du poids et de la taille. On a pu écarter toute idée d'ulcérations intestinales et de tuberculose : l'étiologie reste inconnue.

L'ingestion de bananes et de pommes crues râpées, les rayons ultra-violets, les injections d'insuline et les frictions mercurielles semblent avoir donné les meilleurs résultats thérapeutiques.

Un cas de maladie de Schlatter. — MM. Robert Debré, R. Broca et Soulié présentent un garçon de 14 ans chez lequel est apparue spontanément une déformation bilatérale et symétrique de la tubérosité antérieure du tibia. Celle-ci est chaude, douloureuse spontanément et à la pression, surtout après la fatigue. Les mouvements articulaires sont normaux. Il n'y a ni fièvre, ni troubles de l'état général. La radio permet de trancher le diagnostic avec les lésions traumatiques de la tubérosité en montrant l'élargissement de la tubérosité et la dislocation du noyau d'ossification.

Un cas d'ostéopathie complexe. — MM. Blechmann, A. Treves et Mornard présentent un enfant de 4 ans dont la croissance fut d'abord normale, puis qui, sans avoir jamais marché, montra à partir de 2 ans 1/2 des fractures des fémurs et des déformations de plus en plus marquées des os. Au premier abord, l'aspect du petit malade est celui d'un nain achondroplasique (taille 0 m. 80). Mais l'examen montre des déformations extraordinaires de type rachitique avec subluxation tibiotarsienne, un état profondément dystrophique de la dentition, d'énormes amygdales, mais aucune anémie ni splénomégalie. D'autre part, la mollesse des os est remarquable et, malgré des traitements recalcifiants intensifs, les tibias se laissent encore facilement incurver. L'avis de M. Marfan qui a examiné les radiographies est qu'il s'agit d'une ostéopathie complexe. Le traitement antispécifique a été infructueux.

Anémie pernicieuse aplastique de l'enfance améliorée par l'opothérapie médullaire injectable. — MM. Jules Milhit, Levesque, Mlle Papaioannou et M. J. Fouquet présentent une enfant de 5 ans atteinte d'anémie pernicieuse aplastique. Après échec des transfusions et de l'hépatothérapie sous toutes ses formes, ils ont obtenu une remarquable amélioration, le chiffre des hématies passant de 800.000 à 4 millions, par l'opothérapie médullaire.

L'intérêt de l'observation réside :

1° Dans la gravité du début de l'affection, qui autorisait les plus sombres pronostics, et qui montre combien la thérapeutique fut efficace ;

2° Dans le fait que l'opothérapie fut pratiquée sous forme d'extraits injectables de moelle osseuse rouge de fœtus de veaux prélevée par curetage des os longs aussitôt après abatage de la mère.

De l'importance des modifications hémochimiques au cours des syndromes hyperthermiques après opération ou choc chez le nourrisson. — Mlle G. Phelizot (de Strasbourg) a étudié la réserve alcaline, l'urée, le chlore plasmatique et globulaire de ces nourrissons par comparaison avec l'urée et le chlore urinaires. On constate chez tous les nourrissons une chute notable de la réserve alcaline, une forte augmentation du chlore globulaire, une augmentation de l'urée sanguine avec concentration maxima de l'urée dans l'urine.

Ces résultats comparés à ceux obtenus chez des nourrissons opérés sans hyperthermie ou présentant une déshydratation infectieuse ou expérimentale mettent en évidence le rôle important de la déshydratation dans l'apparition des syndromes hyperthermiques.

Un cas de fièvre de lait sec. — M. Coffin rapporte une observation recueillie avec M. Lichtenberger, de fièvre de lait concentré sucré. Soulignant les troubles digestifs qui ont accompagné cette fièvre et la possibilité de troubles semblables au cours de fièvre de lait sec, il insiste sur la notion de terrain qui permet un trouble de métabolisme provoquant la fièvre.

Kala-azar grave chez l'enfant. — MM. Giraud et Raybaud (de Marseille) ont observé simultanément un kala-azar grave chez un enfant et une leishmaniose latente chez un chien commensal de cet enfant. Ils n'ont pu préciser le mode de transmission de la maladie. Ils insistent sur l'importance de la formol-gélification pour le diagnostic de la maladie.

A propos du traitement de la maladie de Heine-Medin. — MM. Giraud et Hugret (de Marseille) rapportent un cas très grave terminé par guérison après une thérapeutique bien conduite.

Ethmoïdite fluxionnaire au cours de la scarlatine. — MM. Babonneix, Halphen et Mlle Wilm rapportent l'observation d'une ethmoïdite fluxionnaire aiguë survenue au cours de la scarlatine caractérisée, comme dans les cas de M. Vernieuwe, par l'intensité des phénomènes oculaires, faisant craindre un phlegmon de l'orbite, et qui guérit après intervention.

Varicelle chez un nouveau-né et varicelle congénitale. — MM. Beauregard (de Deauville) et Bureau (de Pont-l'Evêque) rappellent que la varicelle chez le nouveau-né est exceptionnelle, aussi leur a-t-il paru intéressant de rapporter les cas suivants.

Dans une famille infectée par la varicelle, un nouveau-né est contaminé par sa sœur et fait une varicelle typique dont l'éruption apparaît à l'âge de 28 jours ; l'affection a évolué normalement, sans complications. Dans ce même milieu, la domestique, au terme de sa grossesse, présente le 7 mars une varicelle caractéristique, elle accouche le 14 mars d'un gros garçon atteint dès sa naissance de vésicules déjà évoluée et ayant fait trois jours plus tard une nouvelle poussée. La guérison survint en quelques jours.

Leucocytose et formule leucocytaire chez le nouveau-né. — M. J. Bauza (de Montevideo) apporte les résultats de 118 examens de sang du nouveau-né qui montre une leucocytose post-natale, atteignant 20.000 entre le premier et le deuxième jour, descendant à 12.000 à la fin du cinquième jour, suivie d'une légère augmentation jusqu'à 16.000 à la fin du premier mois, après lequel se produit

une descente lente. De grandes variations existent dans la formule leucocytaire.

Monocytose et vaccination avec le B. C.G. — M. J. Bauza (de Montevideo), au cours des examens pratiqués sur 28 enfants vaccinés par le B. C.G., a pu remarquer, 15 jours après l'ingestion du B. C. G., une légère augmentation des monocytes. Après la vaccination sous-cutanée, l'augmentation des monocytes a été remarquée également dans 50 p. 100 des cas, atteignant des chiffres plus élevés. En ce qui concerne les lymphocytes, les modifications de leur nombre ne lui ont pas semblé assez constantes pour en tirer des conclusions.

Séro-prophylaxie et séro-atténuation de la rougeole dans un service de nourrissons. — MM. P. Lereboullet et J. Vanier rapportent l'histoire d'une petite épidémie de rougeole, survenue dans une salle des Enfants-Assistés où sont isolés les nourrissons de 6 à 18 mois. Ils montrent les heureux résultats de l'injection systématique de sérum de convalescent faite à tous les enfants de la salle déjà contaminés à la suite de trois cas survenus dans le service : l'injection de sérum de rougeoleux n'a pas empêché la rougeole , mais la séro-atténuation fut manifeste, 9 enfants injectés ayant fait une rougeole moyenne ou bénigne, le seul qui n'ait pas été injecté fit une rougeole grave avec bronchopneumonie et otite, qui finit toutefois par guérir. Ultérieurement, la rougeole ayant cessé, la salle fut réouverte aux entrants sans injection systématique de sérum de rougeoleux. Trois nouveaux cas survinrent, dont un mortel et un autre fort grave. La sérothérapie systématique à tous les entrants fut instituée et, sur 41 entrants, aucun ne fit de rougeole. Ces deux séries de faits montrent bien et l'action de séro-atténuation et l'action de séroprophylaxie que l'on peut attendre de l'emploi du sérum de rougeoleux convalescent dans les services de nourrissons. Son utilité dans la lutte contre la rougeole hospitalière est ici des plus nettes.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

DIAGNOSTIC DES ADÉNOPATHIES INGUINALES

Il présente un intérêt clinique certain, eu égard à la variété et à la complexité fréquente de son étiologie.

Rappelons que les ganglions inguinaux profonds reçoivent les lymphatiques profonds du membre inférieur, et les ganglions superficiels les lymphatiques superficiels (chaîne verticale) et en outre les lymphatiques afférents des organes génitaux externes, de la région ano-périnéale, de la fesse et de la partie sous-ombilicale de l'abdomen (chaîne horizontale).

L'adénite peut être aiguë ou chronique.

Aiguë, elle passe par trois stades : adénite simple, adénite avec périadénite, fistule.

En règle, c'est une monoadénite.

L'adénite chronique, au contraire, revêt le type d'une polyadénite.

Le **diagnostic différentiel** nous retiendra peu.

— La lymphangite, l'érisypèle se différencient facilement d'une adénite aiguë.

— L'adénite ramollie ne sera pas confondue avec une épiplocèle adhérente et irréductible.

L'adénite du ganglion de Cloquet avec une hernie étranglée ou une phlébite de la crosse de la saphène.

On songera à l'orchite d'un testicule en ectopie, à certains hygromas par bandage herniaire.

Dans les cas torpides, dans les formes fistuleuses, l'adénite est-elle osseuse ou ganglionnaire ? C'est le seul point à préciser.

En pratique, le diagnostic de ces adénopathies inguinales est un diagnostic étiologique.

Ce diagnostic sera basé :

Sur l'aspect clinique de l'adénopathie,

Sur l'examen général du malade et, en particulier, des autres chaînes lymphatiques et du système hépatosplénique,

Sur la recherche de la porte d'entrée.

Nous étudierons presque exclusivement les adénopathies purement inguinales.

I. — Adénopathie basse, verticale : il s'agit du *membre inférieur*

Toute plaie infectée, même une simple érosion, un ulcère variqueux, un ongle incarné, un durillon infecté, il n'en faut pas plus pour entraîner une adénite inguinale à type inflammatoire.

La phlegmatia alba dolens s'accompagne précocement d'une adénite à rechercher avec précaution.

L'existence de ganglions au cours d'une hydarthrose du genou est d'un sérieux appoint en faveur de son origine bacillaire.

Citons enfin le cancer mélanique du pied (Tillaux).

II. — Rien au membre inférieur, pas de plaie ni de furoncle au niveau de l'abdomen, on examinera les organes génitaux externes qui sont de loin la cause la plus fréquente d'adénopathie inguinale, *cette fois* haute et horizontale.

Le chancre siège sur le gland ou le scrotum, la vulve ou le clitoris.

Adénite douloureuse, volumineuse, avec périadénite, soulevant la peau enflammée, fluctuation précoce : c'est un *bubon chancrelleux*, comme le prouve la présence de chancrelles à bords décollés, à base souple, au pourtour tuméfié et douloureux, laissant s'écouler du pus.

Au contraire, pléiade ganglionnaire indurée, mobile, indolore, avec un ganglion majeur, atteinte fréquente du côté opposé, c'est une *adénite syphilitique* avec son chancre unique, indolent, arrondi, induré, jambonné.

Retenons le *chancre mixte*, avec son adénopathie panachée : soit pléiade ganglionnaire autour d'un bubon suppuré, soit persistance d'une adénopathie au cours d'une chancrelle.

Devant tout bubon avec chancre, on s'aidera du laboratoire : auto-inoculation et Wassermann répétés.

Comme causes plus rares d'adénopathie inguinale d'origine génitale : l'herpès génital, certaines urétrites avec balanite, le zona, enfin le cancer de la verge.

III. — Rien aux organes génitaux.

On recherche une plaie de la région fessière surtout on examine **la région ano-périnéale.** Là encore, on peut trouver un chancre mou ou spécifique.

Une hémorroïde, une fistule anale, peuvent donner lieu à une adénopathie inguinale.

Le *cancer anal* est souvent douloureux et parfois latent, ou masqué par un syndrome fissuraire ; il s'accompagne d'une adénopathie dure et *bilatérale*.

IV. — Dans certains cas, malgré un examen approfondi, on ne trouve aucune porte d'entrée appréciable.

S'agit-il de :

Tuberculose, coxalgie ou tumeur blanche du genou au début ; polyadénite caséeuse de l'aine, rare ;

Syphilis, chancre nain croûteux, souvent masqué, évolution sur un terrain scrofuleux ;

Cancer, gros ganglions durs et bosselés : lymphosarcome ou lymphadénome, diagnostic de biopsie.

En pratique, l'existence d'une adénopathie inguinale sans porte d'entrée doit faire d'emblée songer à la maladie de *Nicolas-Favre*.

Elle peut se voir à différentes phases :

a. Au début, grosse masse ganglionnaire bosselée, irrégulière, avec une peau normale.

Mais l'ébranlement de la masse est indolore, il existe des ganglions dans l'aine du côté opposé, dans la fosse iliaque, voire au cou ou à l'épitrochée.

b. La peau rougit, du pus coule par un orifice punctiforme réalisant « le puits suppuré à margelle dure ».

L'évolution subaiguë se fait vers la :

c. Sclérose avec une gangue fibreuse dure, indolente, mais sans tendance phagédénique (au contraire de la chancrelle).

On cherche la porte d'entrée : chancre herpétiforme du gland ou du prépuce (il s'agit presque toujours d'un homme), réuni aux ganglions par une traînée lymphangitique. En pratique, on le trouve très rarement. Il s'agit d'un microchancre apparu précocement et disparu lorsque survient l'adénopathie. Par ailleurs, le sujet est fébrile, amaigri, anémié. L'examen de la région anale est particulièrement important ; pour certains auteurs la porte d'entrée y serait assez fréquemment décelée ; on sait d'autre part que certaines sténoses inflammatoires du rectum pourraient reconnaître comme origine la maladie de Nicolas-Favre (paradénolamphite suppurée bénigne à forme septicémique de Ravaut). On s'aidera de la réaction de Frei.

V. — Nous ne ferons que citer les adénopathies avec modifications sanguines :

Leucémie lymphoïde avec ses ganglions indolores, plus ou moins fusionnés, siégeant également dans la région axillaire ;

Leucémie aiguë avec ses hémorragies, sa stomatite, son état infectieux ;

Maladie de Hodgkin avec fièvre, prurit, anémie, splénomégalie ;

Toutes maladies où l'examen du sang affirme le diagnostic, et où l'adénopathie inguinale ne joue qu'un rôle secondaire.

Citons encore les adénopathies de *l'enfant :* micropolyadénopathie tuberculeuse, hérédo-syphilis.

Les adénites *coloniales :* peste bubonique avec un gros ganglion inflammatoire et ouverture rapide après une phase phlycténoïde ; adénite filarienne subaiguë, envahissant le cordon ; bubon climatique.

D'un diagnostic en général facile, l'étiologie de ces ganglions inguinaux se montre parfois très complexe : chancre mixte, association syphilis tuberculose, syphilis sans chancre à bubon syphilitique (valeur de la ponction de ces ganglions), maladie de Nicolas-Favre, chancrelle sur ancien syphilitique, d'autant plus qu'il y a souvent *association* de ces infections.

Hygiène de l'urinaire, par A. Lavenant, chirurgien du Hertford British Hospital (Paris). — Collection « Hygiène et diététique », publiée sous la direction de E. Schulmann, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 122 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Infection intestinale et colibacilloses urinaires, par H. Gaehlinger, de Châtel-Guyon. Préface de M. le professeur Carnot. 1 vol. in-8° de 152 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

La réflexothérapie sympathique, par le Dr Schoengrun, assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Paris. — Editions Robert Lajeunesse, 14, rue Brunel, Paris (17e).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



SEDORMID
"ROCHE"

ALLYLISOPROPYLACETYLCARBAMIDE

SÉDATIF
DOUX ET INOFFENSIF

Boite de 20 comprimés

LE GRAND MÉDICAMENT
DES PETITS INSOMNIAQUES
ET DES PETITS ANXIEUX

PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie .PARIS

TRAITEMENT EXTERNE
DU
RHUMATISME
des Névralgies et Lumbago

par

L'ULMARÈNE
du Docteur GIGON
Succédané inodore du Sallicylate de Méthyle

Laboratoire des Produits du Docteur GIGON
A. FABRE, Pharmacien
25, Bd. Beaumarchais — PARIS

IODONE ROBIN

Gouttes - Comprimés - Injectable

ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME
GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

N° 101. — SAMEDI 17 DECEMBRE 1932. 105e ANNÉE. SAMEDI 17 DECEMBRE 1932. — N° 101.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. -- 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Vacances de Noël et du Jour de l'an.* — La Faculté (bibliothèque, cours, travaux pratiques et examens) sera fermée du samedi 24 décembre 1932 au 2 janvier 1933 inclus.

Les bureaux du secrétariat seront fermés les samedi 24, lundi 26, jeudi 29, vendredi 30, samedi 31 décembre 1932 et lundi 2 janvier 1933.

— Lyon. — Les concours pour le clinicat se sont terminés par les nominations suivantes :

Chef de clinique chirurgicale (professeur Tixier), le docteur J. Marion, ex-interne des hôpitaux.

Chef de clinique neuro-psychiatrique, le docteur J.-A. Thévenon, ex-interne des hôpitaux.

Chef de clinique de chirurgie infantile, le docteur W.-G. Brunat, ex-interne des hôpitaux.

Chef de clinique médicale (professeur Paviot), le docteur Jarricot, ex-interne des hôpitaux.

LA NOUVELLE FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Par décret sont affectés au ministère de l'Education nationale, en vue de la construction d'une faculté de médecine avec ses services annexes, d'un institut d'hygiène coloniale et méditerranéenne, d'un hôpital clinique et de tous autres services, après accord avec la ville de Marseille et les ministères intéressés, et du transfert ultérieur de la Faculté des sciences, les immeubles actuellement occupés par l'asile autonome d'aliénés de Marseille.

Cet immeuble est limité au nord par le chemin vicinal n° 29; à l'est par les terrains vagues dépendant de l'embranchement au Prado de la voie ferrée Paris-Lyon-Méditerranée ; à l'ouest par le ruisseau du Favret.

La présente affectation ne sera définitive et ne produira son plein effet qu'après la réalisation du transfert actuellement projeté de l'asile de Marseille dans un autre immeuble.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Santé publique. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Agasse-Lafont et Moure (de Paris), Parès (de Montpellier), Ribot (de Marseille), Teulières (de Bordeaux).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Cayla (de Paris), Dansac (d'Asnelles), Dauchelle (de Saint-Maur), Delattre (de Reims), Grillières (de Béziers), Hamant (de Nancy), Hamm (de Strasbourg), Iversenc (de Lavaur), Laufer (de Paris), Laurent (de Lens), Lestocquoy, Magnier et Marcus (de Paris), Morély (de Tulle), Pellot (d'Epernay), Renous (du Vésinet), Rocher (de Canteleu), Routier, Soupault et Mlle Weill (de Paris).

Mme Le Perf, surveillante à l'hôpital de Vaugirard.

M. Mathieu, chef de service à l'Assistance publique.

Travail. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Grinda, ancien ministre du Travail.

Commerce. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Midy, fabricant de produits pharmaceutiques, à Paris; Métadier, fabricant de produits pharmaceutiques, à Tours.

Education physique. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Tissié.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — M. le docteur Bordas, professeur suppléant au Collège de France, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, est désigné, pour l'année 1933, en qualité de conseiller technique sanitaire.

CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin général Sorel, adjoint au directeur du Service de santé des troupes coloniales dans la métropole, a été nommé

directeur du Service de santé des troupes du groupe de l'Indochine, en remplacement du médecin général Normet, rapatriable.

SYNDICAT GÉNÉRAL DES UROLOGISTES FRANÇAIS. — L'assemblée générale du Syndicat des urologistes français vient de se tenir à Paris sous la présidence du docteur Verrière (de Lyon) et a élu son nouveau bureau et son Conseil d'administration pour quatre années, ainsi qu'il suit :

Bureau : président, docteur Georges Barbellion (de Paris); vice-présidents professeur André (de Nancy) et docteur Guyonneau (de Vittel); secrétaire général, docteur Marcel Gallois (de Paris); trésorier, docteur Cottard (de Paris).

Conseil d'administration : professeur Dubois, doyen de la Faculté de médecine de Lille; docteurs Bessot (de Besançon), Charasse (de Cannes), Uteau (de Biarritz), Oraison (de Bordeaux).

UNE NOUVELLE REVUE SCIENTIFIQUE : *Revue française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique.* Sa création est due au docteur Dartigues, président fondateur, et au docteur Claoué, secrétaire général de la Société scientifique française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique.

Nous souhaitons la bienvenue à cette Revue nouvelle qui comprend comme collaborateurs les principaux noms de France et de l'étranger de ceux qui s'adonnent plus spécialement à cette chirurgie. Cette Revue fera faire une avance de plus au grand mouvement en faveur de cette chirurgie, si méconnue jusqu'à présent par manque d'information et ignorance de sa littérature.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Dartigues, président, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe), ou au docteur Ch. Claoué, secrétaire général, 1, rue Singer, Paris (XVIe).

POUR LES ORPHELINS DE LA MÉDECINE. — Nous rappelons que le dimanche 18 décembre, à 8 h. 3/4, aura lieu salle Gaveau, rue La Boétie, Paris (VIIIe), une grande soirée musicale au profit du « Secours d'urgence des orphelins de la médecine ».

Au programme : *Orphée*, de Gluck : Orphée, Mlle Marcelle Le Bargy; Eurydice, Mme Vallandri, de l'Opéra-Comique; l'Amour, Mme Yvonne Brothier, de l'Opéra-Comique. Orchestre et chorale Girardin-Marchal, sous la direction de Alice Sauvrezis; Deux vieux Noëls du XVe siècle; Aria de Bach; Rondo de Boccherini (par l'ensemble Paul Bazelaire, 50 violoncelles).

Location : Maison Gaveau, Elysée 28-19; Durand, 4, place de la Madeleine, Central 62-19; Sénart, 49, rue de Rome, Laborde 16-77; Société centrale de l'A. G. », 95, rue du Cherche-Midi, Littré 48-12.

UNE SEMAINE SUR LA COTE D'AZUR. — Nous avons annoncé le Voyage de Noël (Voyage bleu), organisé par la Société médicale du Littoral méditerranéen et présidé par MM. les professeurs Forgue, membre correspondant de l'Institut; Marcel Labbé et Laignel-Lavastine, de la Faculté de Paris. Ce Voyage se concentrera à Cannes et parcourra Le Cannet, Juan-les-Pins, Antibes, Nice-Cimiez, La Turbie, Roquebrune, Le Cap Martin, Menton, Garavan, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu et Villefranche. La dislocation aura lieu à Nice. Des excursions, prévues au commencement et à la fin du Voyage, permettront de visiter l'Estérel, Saint-Raphaël, Fréjus, Grasse, les Alpes, la station de sports d'hiver de Beuil et la Corse. La durée du Voyage (sans les excursions) sera du 30 décembre au 5 janvier.

Rappelons que, comme dans les Voyages précédents, les femmes et les enfants des médecins, ainsi que les étudiants en médecine, seront admis, dans une certaine proportion. Le droit d'inscription demeure fixé à 100 fr., mais, en raison de la situation économique actuelle, *la cotisation a été réduite à mille francs.* Cette cotisation comprend tous les frais, sans aucune exception. Les adhérents recevront des permis de parcours à demi-tarif sur les réseaux de chemins de fer français, valables pendant un mois. Les séjours, les parcours et les réceptions seront assurés dans les mêmes conditions de luxe que pour les Voyages précédents.

Les demandes doivent être adressées immédiatement au secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours sur la chirurgie du membre supérieur (technique opératoire), en dix leçons, par M. le docteur P. Funck-Brentano, prosecteur, commencera le lundi 9 janvier 1933, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Le registre d'inscriptions est clos dix jours avant l'ouverture du cours.

Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

(*Voir la suite des* « Informations », *p. 1881.*)

COMMUNIQUÉ

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS

Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, pour éviter toute équivoque, fait savoir

1 Que l'Association corporative ne possède actuellement aucun organe officiel;

2° Qu'elle prépare la publication d'un journal corporatif : *L'Information universitaire médicale.*

3° Que jusqu'à nouvel ordre ne doivent être considérés comme l'expression de son opinion que les articles et communiqués favorablement accueillis par la grande presse médicale et universitaire, et publiés sous sa signature ou celle d'un de ses membres dûment mandaté.

Le président de l'A. C. E. M. :

R. LEMONNIER.

RENSEIGNEMENTS

APPARTEMENT R.-D.-C. 7 p., ent. façade, t. conf. Conv. part. pour médecin. — 54, boulevard Emile-Augier (XVIe).

INFORMATIONS
(SUITE)

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE. — PRIX ANTOINE COURTADE. — La Société de thérapeutique décerne tous les deux ans les arrérages du legs Antoine Courtade (1.250 fr.) « au meilleur travail de thérapeutique médicale ou sur une question posée par la Société; ou encore à celui qui découvrira un médicament nouveau, d'une grande utilité, d'un usage fréquent et qui restera acquis à la thérapeutique ».

Les travaux, en deux exemplaires, les produits en quantité suffisante pour en permettre l'analyse et les essais physiologiques et thérapeutiques devront être envoyés au secrétaire général, docteur G. Leven, 24, rue de Téhéran, Paris (VIIIe), avant le 1er mars. L'anonymat est admis. Les candidats devront justifier de leur qualité de Français.

ASSOCIATION DES FEMMES PHARMACIENS DE FRANCE. — L'Association des femmes pharmaciens de France vient de constituer son bureau comme il suit :

Mme Morand, docteur en pharmacie, licenciée ès sciences, présidente; Mme Castel et Mlle Gravier, pharmaciens, vice-présidentes; Mme Bénard, pharmacien, secrétaire générale; Mlle Vincent, pharmacien, ex-interne des hôpitaux, secrétaire; Mlle Pierdait, pharmacien, interne des hôpitaux, trésorière.

Le Comité nous avise que le but de cette Association est principalement l'entr'aide amicale et la création d'un office destiné à centraliser les offres et les demandes de situation.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire à la secrétaire générale, 30, rue d'Auteuil, Paris (XVIe).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DU PROFESSEUR PORTMANN. — A côté de l'enseignement du spécialiste qui se fait régulièrement chaque jour, au lit du malade, dans les salles d'opérations, à l'amphithéâtre et par des cours théoriques, de 9 h. du matin à midi et demi et de 2 à 6 h. de l'après-midi, soit à l'hôpital du Tondu, soit à la Clinique Saint-Raphaël, le professeur Portmann donnera, personnellement, cette année, cinq cours spéciaux.

1° *Cours sur les nerfs craniens.* — Ce cours a commencé le mardi 6 décembre 1932 et se poursuivra à raison de deux conférences par semaine.

2° *Cours de broncho-œsophagoscopie.* — Ce cours aura lieu du lundi 6 mars au jeudi 16 mars 1933. Il comprendra des conférences théoriques et des exercices pratiques sur le cadavre, les chiens chloralosés et les malades.

3° *Cours d'anatomie pathologique en oto-rhino-laryngologie.* — Le cours d'anatomie pathologique aura lieu du lundi 1er mai 1933 au samedi 20 mai, sous la direction du professeur Portmann.

Il comprendra des conférences théoriques sur les différents processus inflammatoires ou néoplasiques en général et sur les affections de l'oto-rhino-laryngologie.

Des travaux pratiques et des démonstrations avec examens de pièces macroscopiques et microscopiques accompagneront ces conférences.

4° *Cours de perfectionnement en français.* — Ce cours aura lieu du lundi 3 juillet au samedi 15 juillet 1933. Le programme détaillé en sera publié ultérieurement.

5° *Cours de perfectionnement en anglais.* — Le « Five weeks american course » aura lieu du lundi 24 juillet au samedi 26 août 1933.

Le programme détaillé en sera également publié ultérieurement.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alfred Thèze, ancien médecin de la marine, à Rochefort; Chevalier (de Sains-du-Nord), Laffitte-Dupont (de Dorat), Alexandre Giffo (de Vignacourt), mort victime de son dévouement; M. Fage-Deyres, étudiant en médecine, à Bordeaux.

REVUE GENERALE

MALADIE DE THOMSEN

ÉTUDE CLINIQUE [1]

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher).

II. **Autres troubles.** — Nous étudierons successivement les troubles : 1° nerveux, 2° généraux.

A. AUTRES TROUBLES NERVEUX. — Dans les cas purs, la *sensibilité* est intacte, bien que MM. Roger et Aymès aient signalé, chez leur malade, quelques douleurs vives, et M. Mirallié, chez le sien, une anesthésie à divers modes. Les *réflexes* ne subissent aucune modification importante, bien que l'on ait observé : *a*) la tétanisation facile du muscle par la percussion de son tendon ; *b*) la lenteur de la décontraction consécutive (Souques, Ribierre, Hutinel et R. Voisin). Les craquements articulaires, les rétractions fibro-tendineuses (Souques), la lordose, ne méritent qu'une simple mention. Plus importants sont les *troubles psychiques* (Thomsen). Les patients cherchent à cacher leur maladie. Ils ont une tendance marquée à la mélancolie. Chez certains, on note la diminution de la mémoire, chez quelques autres, de la salacité ou de la débilité intellectuelle. Ils sont sujets à la migraine, simple, ophtalmique ou ophtalmoplégique. Le prof. Barré et Mlle Andlauer ont vu, chez un Thomsénien, des *crises d'hypersomnie* très améliorée par l'insuline, M. Mirallié, quelques *troubles sympathiques*.

B. TROUBLES GÉNÉRAUX. — Les auteurs russes ont attiré l'attention sur les *modifications* du chimisme urinaire : diminution de l'urée, des phosphates et des chlorures (cette dernière inconstante) avec présence de créatinine, de sarcine et de tyrosine qui indiqueraient, pour certains, une désintégration du tissu musculaire, pour d'autres, un ralentissement des combustions organiques. D'ailleurs, *néphrites* et *goutte* seraient, chez les Thomséniens, plus fréquentes qu'on ne le croit (Bechterew). Signalons encore les hernies, que Nikonoff attribue au relâchement de la sangle abdominale et aux efforts répétés. Les électrocardiagrammes et polygrammes indiquent l'intégrité habituelle du *cœur* (Souques et Routier). Nous manquons de renseignements sur l'*état des glandes à sécrétion interne ;* tout au plus, peut-on, dans cet ordre d'idées, mentionner l'hypertension artérielle (Guillain), le retard de la puberté (Pansini), le myxœdème (Parchowski), l'hypertrophie cardiaque, les modifications du pouls, la tétanie (Orzechowski). Le corps thyroïde semble normal. M. Déléage a constaté, chez un malade, quelques *stigmates de dégénérescence.* Parfois enfin, à la myotonie congénitale s'associent des *vices de développement*, tels que l'hypospadias ou des *affections familiales :* cataracte, myopathie, paralysie périodique.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 99, p. 1843.

PRONOSTIC. ÉVOLUTION

Affection essentiellement chronique, la maladie de Thomsen débute de bonne heure, mais n'est guère diagnostiquée avant la fin de la première enfance. La façon dont apparaissent les premiers troubles est encore discutée. Pour les uns, ils frappent d'abord les membres ; pour les autres, ils sont d'emblée généralisés. Toujours est-il qu'à certaines périodes d'activité musculaire extrême comme le service militaire, ils subissent une aggravation manifeste. Ils sont susceptibles de rétrocession ou même de disparition temporaire mais, d'habitude, ils persistent jusqu'à la mort. Ce serait du reste une erreur de croire que celle-ci survient prématurément. La longévité du patient est remarquable : Thomsen lui-même dépassa quatre-vingts ans. En somme, l'affection constitue plutôt, pour les sujets qui en sont atteints, une infirmité qu'une maladie. C'est dire la bénignité du pronostic.

FORMES CLINIQUES

Nous en décrirons cinq variétés, et nous terminerons par l'étude du syndrome myotonique, qu'en raison de son importance, nous analyserons en détail.

1° FORMES FRUSTES (Möbius). — Tantôt, les troubles myotoniques se localisent à un groupe musculaire, à quelques muscles : fléchisseurs des doigts, masséter (Rimbaud et Jourdan), ou même à un seul, tantôt ils sont si légers qu'ils passent inaperçus, ne se révèlent que sous l'influence de certaines causes occasionnelles : émotions, froid, grossesse, captivité (Rimbaud et Jourdan) : ce sont les *formes intermittentes* de Sand. D'autres fois encore, ils n'apparaissent que tardivement (v. p. 2). Ils peuvent aussi apparaître isolément dans une famille, sans qu'aucun autre membre soit atteint (Barbé). Un certain nombre de ces formes frustes appartient sans doute à la myotonie atrophique (Babonneix et Thévenard).

2° FORMES INFANTILES. — Dans quelques cas, la maladie de Thomsen a pu être reconnue chez des enfants tout jeunes (Thomsen, Fries, Carrière, Babonneix et J. Lemaire, Mirallié, Babonneix et Delherm) (1).

Dans les années qui suivent, le tableau se complète. Les enfants ne peuvent ni se lever, ni s'asseoir en même temps que les autres ; à la gymnastique, ils font manquer tous les mouvements d'ensemble ; le piano leur devient impossible (Mirallié). Les troubles psychiques acquièrent parfois chez eux une grande intensité (Déléage, Angel). D'autres fois, ils font défaut (Babonneix et Delherm). Les réactions électriques ne diffèrent pas, dans leurs grandes lignes, de celles qu'on observe chez l'adulte (Bourguignon, Babonneix et Delherm).

3° FORMES ASSOCIÉES OU COMPLIQUÉES. — A la maladie de Thomsen pourraient, d'après les classiques, s'associer des *maladies nerveuses définies :* épilepsie

(1) La *myotonie des nouveau-nés*, décrite par Hochsinger, n'offre avec la myotomie vraie, que de très lointaines analogies.

(Rybalkine), hystérie, myélites, myopathies, neurofibromatose, paralysie agitante (J. Roux), polynévrite (Hoffmann), sclérose en plaques, syringomyélie, tabes (Nalband), tétanie, tics ; des *affections mal classées* : migraine (Strümpell), myasthénie, myatonie, paralysie périodique, paramyotonie ; de *simples syndromes* ou *symptômes nerveux* : catalepsie, épilepsie bravais-jacksonienne, signe de Graefe. La plupart de ces cas doivent, sans doute, être révisés.

4° Sous le nom de PARAMYOTONIA CONGENITA, Eulenburg a décrit une affection familiale héréditaire et congénitale, caractérisée par une raideur spasmodique de certains groupes musculaires (orbiculaire des lèvres, des paupières (Gordon), muscles des membres). Souvent symétrique, cette raideur apparaît sous l'influence de causes provocatrices au premier rang desquelles il faut placer le froid humide et se complique de parésies pouvant durer jusqu'à vingt-quatre heures ; elle est atténuée par la chaleur et les frictions. Les réactions électriques consistent essentiellement en une diminution de la contractilité faradique et galvanique des muscles et des nerfs ; les contractions obtenues à la fermeture persistent après l'ouverture du courant ; la galvanisation des muscles tantôt ne produit pas d'ondes musculaires, tantôt produit une réaction tonique persistante (Raynaud et Boutet). De ces caractères, les uns rapprochent la paramyotonie de la myotonie vraie ; les autres l'en éloignent. Aussi peut-on *ab libitum* différencier ou identifier ces affections qui coexistent souvent dans une même famille (Delprat). De ces deux opinions, la première a été soutenue par les classiques, la seconde par Pelz.

De la paramyotonie, il faut rapprocher certains *faits mal classés* :

1° Bumke a décrit des cas de crampes intentionnelles, affectant le caractère familial ; 2° M. H. Claude, un cas analogue, où les crampes apparurent à la suite d'une appendicite opérée ; la réaction d'Erb manquait ; 3° Garrod a vu, chez un jeune homme, la raideur spasmodique survenir par crises, au nombre d'une vingtaine par jour. Signalons aussi les myotonies posttraumatiques, dont les unes ne sont que des myotonies vraies méconnues, et dont les autres ressortissent au syndrome myotonique.

5° Les auteurs décrivent encore, sous le nom de FORMES ANORMALES, des faits de deux ordres. Les uns ne diffèrent de la myotonie vraie que par quelques détails secondaires. Les autres s'en éloignent par un ensemble d'éléments étrangers à la maladie de Thomsen : nous les retrouverons au chapitre : *Réaction myotonique*.

6° MYOTONIE ATROPHIQUE (Steinert) — Bien étudiée par M. Rouquès (Th. de Paris, 1930), elle se caractérise par l'association des troubles suivants :

1° myotonie ;
2° atrophie à distribution spéciale ;
3° troubles endocriniens et dystrophiques.

1° La *myotonie* est généralement la première en date. Parfois consécutive au traumatisme ou à une pneumonie, elle est, soit généralisée, soit localisée : les muscles les plus fréquemment atteints sont les muscles des mains, des avant-bras, de la racine de l'épaule, de la langue, des mollets, les fessiers, les quatriceps ; exceptionnellement, elle se cantonne à l'orbiculaire des paupières ou encore aux muscles du voile. Des deux éléments qui la caractérisent : raideur spasmodique au début des mouvements volontaires, réaction d'Erb, seul, le premier est net, surtout pendant la saison froide ; le second est souvent fruste ou anormal. Steinert a observé des contractions vermiformes distinctes de celles qui caractérisent la réaction de dégénérescence ; après Pessler, il a vu également que, pour obtenir des contractions persistantes, il est indispensable de recourir à des excitations fortes.

2° L'*atrophie musculaire* prédomine sur la face, les sterno-mastoïdiens, les avant-bras et la main, le groupe antéro-externe de la jambe, les vastes de la cuisse.

A la face, l'aspect rappelle celui de la myopathie. Quelques différences, toutefois : d'une part, la lèvre de tapir fait défaut, de l'autre, on a noté souvent le ptosis, comme l'atteinte de la langue, du voile, du pharynx et du larynx (Steinert, Barré, Folly et Wretzger).

Aux membres, l'atrophie est *distale*, par opposition à l'atrophie des myopathies banales qui, elle, est proximale, les ceintures scapulaire et pelvienne étant intactes, les troubles de la démarche, la lordose, les déformations thoraciques font défaut.

Les réflexes tendineux sont abolis, alors même que l'atrophie n'est pas encore très accentuée.

3° Les *troubles endocriniens et dystrophiques* (Steinert, Curschmann, Rouquès) : génitaux : atrophie généralisée (Rouquès) ou seulement testiculaire (Stein), goître (Ardisson et Mayet, Bernhardt, Gampf, Steinert), amaigrissement accusé avec anémie, calvitie précoce, séborrhée, altérations de la peau voisines de la sclérodermie, fragilité osseuse, ossification précoce du larynx, et, surtout, *cataracte* (Greenfield), très fréquente lorsqu'on examine le cristallin avec la lampe à fente : débutant par le pôle postérieur du cristallin, elle consiste en une opacité stellaire de la corticale postérieure. Il existerait, de plus, dans la corticale, des opacités punctiformes, blanches ou colorées (Vogt).

Les *autres troubles* : sensitifs, sphinctériens, sympathiques, mentaux, sont exceptionnels. Notons cependant, pour mémoire, qu'on a parfois observé des douleurs fulgurantes avec abolition des réflexes rotuliens ; des phénomènes oculaires : nystagmus, inégalité pupillaire ; du spasme vasculaire des extrémités, etc...

On a décrit de nombreuses *formes* de la maladie : formes sans myotonie (Curschmann, Fearnsides, Hamilton, Harvier, Foix et Cathala) ; avec myotonie (Cassirer, L. Lévi, H. Claude, Babonneix et Miget) ; sans atrophie ou avec atrophie discrète (Rouquès). D'autre part, la myotonie atrophique peut *s'associer* à certaines affections nerveuses : neuro-fibromatose, myasthénie et à des anomalies congénitales portant sur le système musculaire.

Son *évolution* est encore mal connue. Il est exceptionnel, toutefois, que les symptômes rétrocèdent ; une fois installés, ils persistent indéfiniment.

Signification. — Quelle signification convient-il d'attribuer aux phénomènes que nous venons d'exposer ?

La théorie classique les rattache à la myotonie congénitale. Ce sont des maladies de Thomsen franches qui, à un moment donné, se sont compliquées d'atrophie musculaire. Sans doute, cette explication s'applique à quelques cas. Mais non à tous, comme le prouvent l'absence de caractère familial, d'hérédité, le peu de netteté qu'offre, dans la plupart des cas, la réaction d'Erb, le début tardif, et, surtout, la présence de symptômes insolites. Nous avons vu, d'autre part, que ces amyotrophies sont identiques à celles de la myopathie. La question à résoudre est donc la suivante : quelles relations faut-il établir entre la myopathie et le syndrome myotonique ? Trois réponses possibles : 1° la myopathie est primitive et la myotonie secondaire (Magnevel) ; 2° la myotonie commence, la myopathie suit (Hoffmann, Steinert) ; 3° les deux évoluent simultanément, mais indépendamment l'une de l'autre.

Quelle que soit celle de ces théories que l'on adopte, il faut bien reconnaître qu'il existe d'étroites relations entre la myopathie et la myotonie. L'opinion actuelle (Claude, Oppenheim, Spiller) tend d'ailleurs à réaliser la synthèse des affections musculaires et à décrire, sous le nom de myopathies, pris dans son sens étymologique, les états suivants : dystrophies musculaires (*myopathies* des auteurs français) ; absences congénitales des muscles ; myotonie congénitale ; myasthénie, paralysie périodique des extrémités, paralysies rachitique et ostéomalacique (Oppenheim). Toutes les formes de transition relient ces divers états morbides. L'existence de ces formes intermédiaires comme l'étude des symptômes associés éclairent d'une vive lueur la pathogénie de ces syndromes myopathiques (H. Claude).

7° Syndrome myotonique. — Quelle que soit son importance, la raideur spasmodique survenant au début des mouvements volontaires ne constitue point un symptôme pathognomonique. On peut, en effet, l'observer en cours d'états morbides n'ayant rien de commun avec la maladie de Thomsen. C'est dire qu'il existe un *syndrome myotonique*, assez différent de la myotonie congénitale pour mériter une description spéciale. Isolé par les auteurs italiens (Borgherini, Mingazzini et Perusini, Pansini, Tramonti) il a été, en France, surtout étudié par M. Léopold Lévi et par nous-même en 1913.

ÉTIOLOGIE

Le syndrome myotonique n'est ni familial, ni héréditaire, ni congénital ; c'est une affection *acquise* surtout fréquente à l'âge adulte, et qui, tantôt, semble spontanée, tantôt, au contraire, est conditionnée par l'une des causes suivantes : 1° le *traumatisme ;* 2° les *intoxications* et, particulièrement, celles que provoque l'ectasie gastrique : à la myotonie s'associe fréquemment alors la tétanie ; 3° certaines *affections musculaires :* myopathie, lésions inflammatoires ; 4° et, surtout, les *affections nerveuses.*

Il est indispensable, ici, d'établir des catégories :

a) *Affections névritiques.* M. Babinski a constaté, une fois, de la rigidité musculaire au cours d'une paralysie diphtérique. Deux fois (Déléage, Hoffmann), au syndrome myotonique s'associait une névrite périphérique.

b) *Affections médullaires.* Le syndrome myotonique y est beaucoup plus fréquent, particulièrement dans la *syringomyélie*, où il s'associe parfois à la tétanie ; il a été encore mentionné dans les *myélites spécifiques*, les *tumeurs médullaires*, le *tabes*, la *sclérose en plaques*, et dans quelques *poliomyélites antérieures chroniques.*

c) *Affections encéphaliques.* Le syndrome myotonique a été observé dans une *affection bulbaire* mal définie (Rybalkine) ; dans l'*hémiplégie infantile*, avec ou sans *hémiathétose ;* il occupait alors le même côté que les autres troubles moteurs ; dans l'*athétose;* dans certains *ictus apoplectiques* avec ou sans hémianopsie ; dans un cas de *dégénérescence gliomateuse* localisée aux noyaux lenticulaires (Ferrarini et Paoli) ; dans les *troubles circulatoires de la protubérance ;* dans certaines *lésions cérébelleuses*, M. Laignel-Lavastine l'a vu survenir, trois fois, à la suite d'*ictus vertigineux ;* MM. Cl. Vincent et Hagueneau ont vu, chez certains *encéphalitiques* en imminence de parkinsonnisme, la contraction musculaire persister longtemps après la cessation de l'excitation.

d) *Affections diverses.* Le syndrome myotonique peut encore s'associer à la *maladie de Parkinson*, à la *myopathie*, à la *neurofibromatose*, à la *tétanie.*

SYMPTOMATOLOGIE

Deux caractères fondamentaux : absence plus ou moins totale des symptômes propres à la maladie de Thomsen ; présence de phénomènes étrangers à la symptomatologie de cette affection.

1° Souvent la myotonie est *fruste*, que la raideur caractéristique se localise à quelques muscles, à une moitié du corps, après un ictus, par exemple (Bechterew), ou que fassent défaut les autres troubles : hyperexcitabilité, hypertrophie musculaire, etc.

2° Plus souvent encore, à la myotonie s'adjoignent des *éléments insolites :* les uns, nerveux : anesthésie : catalepsie ; myoclonies, réaction de dégénérescence ; tétanie, trépidation épileptoïde ; troubles vaso-moteurs ; les autres, d'ordre général, que nous allons retrouver dans un instant.

ÉVOLUTION

Elle dépend, avant tout, de l'affection causale. Ici, le syndrome myotonique ne dure que quelques jours ; là, il se prolonge des mois ; parfois, il disparaît pour revenir au bout d'un temps plus ou moins long.

DIAGNOSTIC

Essentiel, il est simple. Une affection héréditaire et familiale, congénitale, à évolution chronique, caractérisée principalement par des troubles musculaires : raideur spasmodique au début des mouvements volontaires, réaction myotonique, avec dureté et hypertrophie des muscles correspondants, accessoirement, par quelques troubles psychiques, ne peut être qu'une maladie de Thomsen.

Quant au diagnostic **différentiel,** il est à faire :

1° Avec les *myopathies*, surtout quand elles revêtent la forme pseudo-hypertrophique. Sans doute, au pre-

mier abord, le diagnostic semble facile. Le sujet atteint de paralysie pseudo-hypertrophique marche en se dandinant comme un canard ; s'il est à terre et veut se relever, il est obligé de « grimper après ses jambes » ; les réactions électriques consistent en une simple diminution portant sur les excitabilités faradique et galvanique des muscles. Mais les ressemblances l'emportent encore sur les différences. Les deux maladies présentent le caractère familial ; toutes deux débutent de bonne heure ; dans l'une comme dans l'autre on retrouve les mêmes symptômes : pseudo-hypertrophie parfois suivie d'atrophie, dureté ligneuse des muscles, antagonisme entre le volume énorme des masses musculaires et la diminution de la force physique. Les crampes et raideurs généralisées ne sont pas exceptionnelles dans la myopathie (Lannois, P. Marie). Il n'est pas jusqu'aux réactions électriques de la myotonie qui n'aient été signalées assez fréquemment dans les myopathies, où certains muscles en apparence peu atteints sont parfois le siège d'une MyR très nette (Huet et Bourguignon, Delherm). On conçoit donc que certains cas complexes puissent être considérés, soit comme des myopathies avec phénomènes myotoniques (Lannois), soit comme une association de myopathie et de myotonie (v. suprà).

2° Avec la *tétanie*, maladie acquise, transitoire, caractérisée par des contractures intenses, douloureuses, localisées aux extrémités, et que l'on peut, au moyen de certains artifices, faire apparaître lorsqu'elles sont latentes. Dans la tétanie, comme dans la maladie de Thomsen, il existe de l'hyperexcitabilité électrique et mécanique, mais tandis que, dans celle-ci, elle porte sur les muscles, respectant les nerfs, dans celle-là, elle porte sur les nerfs, respectant les muscles. Les deux formules sont donc opposées.

3° Avec la *claudication intermittente*, où la contracture ne se produit pas d'emblée, et s'accompagne de phénomènes liés à l'ischémie.

4° Avec les contractures liées à l'*hystérie*, bien exceptionnelle aujourd'hui, et que décèle immédiatement l'examen électrique.

5° Avec la *paralysie familiale périodique*. Dans cette affection, dont nous n'avons vu qu'un cas, et qui s'apparente à la myotonie congénitale, les troubles moteurs surviennent par crises, présentent une remarquable symétrie, sont parfois provoqués par le repos et calmés par le mouvement. La paralysie familiale périodique peut, du reste, s'associer à la myotonie congénitale.

6° Avec la *raideur parkinsonnienne*, qui s'accompagne d'un tremblement typique, d'attitudes vicieuses et de la perte des mouvements automatiques.

7° Enfin, il est souvent difficile de séparer la myotonie congénitale de la myotonie *acquise*. Il y a, comme nous l'avons déjà dit, des cas dont l'interprétation est assez malaisée pour que, de deux neurologistes également compétents, appelés à examiner le même malade, l'un pense à une maladie de Thomsen fruste ou anormale, l'autre à un syndrome myotonique.

XXIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Paris, 10-12 octobre 1932 (1).

DEUXIÈME QUESTION

LES ACROCYANOSES

DEUXIÈME RAPPORT

L'acrocyanose essentielle.

Rapporteurs : MM. Etienne MAY et F. LAYANI (Paris).

I. Etude séméiologique. — L'acrocyanose s'objective par une triade symptomatique.

La *cyanose* est pratiquement indolore, permanente, influencée seulement par le froid et les émotions. Elle siège aux extrémités.

Le *refroidissement* permanent, mais variable, peut s'étendre en dehors des zones de cyanose.

Ces deux symptômes, qui résument souvent l'acrocyanose, peuvent s'adjoindre, comme *troubles trophiques et sécrétoires*, un œdème résistant, léger, qui infiltre les extrémités, une tendance à la sudation, des engelures, de la kératose pilaire et aussi de l'adipocyanose qui, pour être de constatation fréquente, ne fait pas partie intégrante du tableau de l'acrocyanose essentielle.

CONDITIONS D'APPARITION. — C'est une affection de la femme, et une affection de la puberté. S'atténuant avec l'âge, l'acrocyanose se complique parfois de pyodermites, de panaris, mais jamais de gangrène.

L'examen somatique permet de déceler un certain nombre de symptômes qui se rangent en trois syndromes :

1° SYNDROME CARDIO-VASCULAIRE. — L'atonie capillaro-veinulaire s'affirme par de nombreuses preuves capillaroscopiques concordantes :

La tension veineuse est augmentée de façon inconstante. Le cœur, la pression artérielle, la valeur fonctionnelle du système circulatoire sont normaux. Il existe une tendance particulière aux ecchymoses spontanées et certains troubles de la coagulation ; augmentation du temps de coagulation, sédimentation plasmatique, mauvaise rétractilité du caillot. Par contre, le temps de saignement est normal et le signe du lacet est négatif.

2° SYNDROME NEURO-VÉGÉTATIF. — Deux faits méritent d'être soulignés :

Lors de l'épreuve du bain froid, la tension artérielle ne se modifie pas ou peu ; l'indice, au lieu de diminuer, reste inchangé. Cette incapacité réactionnelle contraste avec les résultats normaux de l'épreuve au bain chaud et constitue un trait distinctif très important de l'acrocyanose.

Le R. O. C. est habituellement positif, mais surtout, dans un grand nombre de cas, le ralentissement du pouls est d'une intensité anormale et impressionnante. Il convient d'en rapprocher les réponses négatives de l'épreuve à l'adrénaline. Ces deux données concordantes plaident fortement en faveur d'une insuffisance du tonus sympathique et d'une exagération du tonus du vague.

Par ailleurs, les résultats des différentes épreuves pharmacodynamiques, les intradermo-réactions reflètent l'existence d'une dystonie neuro-végétative.

Enfin, l'exploration fonctionnelle du système circulatoire périphérique, qui donne des résultats négatifs (épreuves de l'acétylcholine et de l'histamine).

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Suite. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 89, p. 1633 : n° 99, p. 1849.

3° SYNDROME ENDOCRINIEN. — L'acrocyanose évolue en dehors des syndromes glandulaires. Il est cependant possible de dépister à un examen attentif quelques petits signes que l'on considère comme appartenant à l'une ou l'autre série, et notamment des troubles ovariens.

Le psychisme des acrocyanotiques est frappé au coin d'une certaine hyperémotivité.

Par ailleurs, il convient d'insister sur l'association de l'acrocyanose à diverses ectosympathoses, telles que la syncope locale, équivalent de la maladie de Raynaud et à des manifestations viscérales voisines (migraine ophtalmique, colique, muco-membraneuse, la tachycardie paroxystique).

II. **Pathogénie et étiologie.** — La cause immédiate est évidente : il s'agit d'une stase dans les capillaires et les veinules du réseau sous-papillaire, et c'est cette stase qui explique le refroidissement et la cyanose.

Mécanisme de la stase. — Les dimensions normales du cœur, les valeurs normales de la pression artérielle, de l'indice et du rapport oscillométrique, les résultats normaux des épreuves fonctionnelles circulatoires s'inscrivent contre l'hypothèse d'*insuffisance de propulsion cardio-artérielle.*

Les caractères de l'acrocyanose ne permettent pas de retenir la théorie du *spasme artériolaire*. L'*hypertension veineuse*, par gêne à l'évacuation du sang vers le cœur, pourrait être à l'origine de la cyanose ; mais, en réalité, phénomène surajouté et non phénomène causal, elle est de signification encore obscure.

Par contre, toutes les constatations témoignent en faveur du *caractère local de l'acrocyanose.* L'acrocyanose est due à l'hypotonie des petits vaisseaux, à une sorte d'asystolie capillaro-veinulaire. Ainsi, l'autonomie physiologique se double d'une autonomie pathologique. Cette atonie n'est pas d'ailleurs exclusive, l'hypertension veineuse, l'hyperexcitabilité artériolaire peuvent s'y joindre à des degrés divers.

Facteurs de stase. — Les causes « prochaines » de stase doivent être recherchées dans la perturbation des facteurs physiologiques qui règlent la circulation capillaire. L'acrocyanose peut se présenter comme une acrocyanose de cause purement locale, comme une acrocyanose endocrinienne ou comme une acrocyanose à facteurs nerveux prédominants. A propos des secondes, il ne faut pas négliger les nombreux arguments qui plaident en faveur du rôle de l'hypophyse. Quant aux acrocyanoses d'origine nerveuse, elles semblent souvent au premier plan ; les parentés morbides conduisent à en localiser les centres dans le mésocéphale.

Etiologie. — L'acrocyanose peut relever de causes organiques, réflexes et fonctionnelles. Parmi les acrocyanoses organiques se rangent les acrocyanoses de la catatonie, les acrocyanoses séquelles d'encéphalite épidémique et d'acrodynie. Les unes et les autres paraissent liées à l'atteinte matérielle des voies vaso-motrices. Le type des acrocyanoses réflexes est l'acrocyanose due au froid. L'acrocyanose fonctionnelle, c'est-à-dire sans lésion matérielle agissant localement ou à distance, est la plus fréquente et apparaît comme une affection primitive. Dans l'immense majorité des cas, elle se présente comme un trouble constitutionnel. Souvent annoncée dans la petite enfance par diverses manifestations qui dénotent une même fragilité du système circulatoire périphérique, elle apparaît à la puberté. Elle s'accompagne souvent d'un tempérament neuro-végétatif particulier, fait d'insuffisance et de labilité sympathiques.

Diagnostic. — Le diagnostic ne souffre pas de difficultés dans les formes typiques. Il est facile d'écarter les cyanoses d'origine cardiaque et pulmonaire, les érythroses. Mais il faut savoir penser, chez l'adolescent et chez l'adulte, à la maladie de Raynaud, aux artérites sténosantes ; chez l'enfant, à l'acrodynie.

Le diagnostic d'avec la maladie de Raynaud est celui qui peut soulever les plus grosses difficultés. Il existe, en effet, des cas où la maladie de Raynaud évolue au ralenti et d'autres, plus complexes encore, où, après avoir manifesté une grande activité, la maladie de Raynaud finit par vieillir, une acrocyanose s'installe, où quelques bouffées douloureuses viennent seules rappeler l'ancienne maladie. Il faut savoir d'ailleurs qu'il existe des acrocyanoses par spasme artériolaire, qui ne sont qu'un « incident » au cours d'une ataxie vaso-motrice plus généralisée.

Traitement. — La thérapeutique de l'acrocyanose met en œuvre les procédés les plus variés. L'opothérapie et le choix de la préparation apparaissent dictés par l'ensemble des syndromes endocriniens qui peuvent être associés à l'acrocyanose plutôt que par l'acrocyanose elle-même. La physiothérapie, sous la forme de bains hyperthermiques, de diathermie, de galvanothérapie, de radiothérapie des plexus, peut donner des résultats utiles.

Les substances photo-sensibilisatrices employées dans le but de mieux utiliser les irradiations lumineuses et calorifiques ont donné des résultats encourageants.

Les préparations hypophysaires telles qu'on les prépare actuellement, isolant le pouvoir presseur, pourront être essayées.

Dans l'ensemble, le traitement de l'acrocyanose est difficile. Il peut améliorer cette petite infirmité, il est exceptionnel qu'il la guérisse.

Discussion des rapports.

M. L. DAUTREBANDE (Bruxelles) insiste sur le mécanisme intime de la cyanose qui n'apparaît que lorsque le sang capillaire a perdu de 6 à 7 volumes d'oxygène.

Toutefois, dans l'acrocyanose, le seuil d'apparition de la teinte bleue des téguments est légèrement abaissé par quatre facteurs supplémentaires qui, incapables à eux seuls de faire apparaître la cyanose, hâtent son apparition ou la renforcent considérablement. Ce sont : 1° la richesse du sang capillaire en hémoglobine ; 2° l'ouverture de petites veinules et de capillaires en plus grand nombre que normalement ; 3° la dilatation des vaisseaux, en partie due à l'accumulation de CO^2 au niveau des capillaires (l'acide carbonique étant un vasodilatateur local puissant) ; 4° l'hyperacidité du sang capillaire, qui rejette vers la droite la courbe de dissociation de l'oxyhémoglobine. Ce décalage provoque l'apparition de la cyanose dans le sang très rapidement après la sortie des artérioles.

M. BARBIER (de Lyon), à propos du terrain constitutionnel des acrocyanoses, signale l'observation curieuse chez ces sujets d'une malformation des apophyses épineuses de deux ou trois vertèbres dorsales, qui présentent une bifidité anormale. Cette anomalie vertébrale semble s'associer aux troubles du fonctionnement sympathique comme, plus bas, le spina bifida s'associe aux troubles nerveux médullaires. Il rappelle l'utilisation possible de l'auscultation artérielle dans l'exploration du sympathique péri-artériel. Enfin, il signale l'essai thérapeutique qu'il a réalisé à plusieurs reprises avec un certain succès du massage artériel, par le port prolongé du brassard du sphygmo-manomètre.

MM. ROUSSY et MOSINGER envisagent les réactions vasomotrices périphériques sous un angle un peu différent

de celui des rapporteurs, et insistent sur le rôle joué dans la vaso-motricité périphérique par les centres nerveux.

Après avoir rappelé les faits qui démontrent indiscutablement l'influence du système nerveux central dans les lésions expérimentales et l'existence de troubles vaso-moteurs dans les syndromes hypothalamiques et thalamiques, les auteurs rappellent la série des recherches qu'ils poursuivent depuis deux ans sur les réactions cutanées à l' « histamine » dans les affections du système nerveux central et périphérique.

Cette étude leur a montré qu'il existait des modifications du test à l'histamine chez les hémiplégiques et les paraplégiques, dans le tabes, dans les sections nerveuses périphériques où elles sont abolies, dans les compressions nerveuses, où après destruction, elles réapparaissent au cours de la régression des symptômes ; enfin dans le zona et dans les lésions traumatiques de la base du crâne.

Tous ces faits montrent que dans la régulation de la vaso-motricité, les centres hypothalamiques jouent un rôle important, rôle associé, soit à celui de l'hypophyse, soit à ceux des autres glandes endocrines. Ces notions sont d'ailleurs en plein accord avec les tendances modernes qui n'attribuent plus dans le mécanisme régulateur des fonctions végétatives un rôle absolu et primitif soit à l'hypophyse, soit aux noyaux tubériens, mais qui admettent qu'il s'agit d'un fonctionnement complexe dans lequel une part importante revient aux noyaux étagés dans la substance grise du 3e ventricule.

Ainsi dans les centres végétatifs se trouvent placés à côté de ceux qui président aux grandes fonctions du métabolisme, aux échanges de l'eau, au métabolisme des glucides, des lipides ou encore au mécanisme régulateur de la température et du sommeil.

M. Roch (Genève) montre qu'il existe toute une pathologie qui se manifeste aux extrémités et qui cependant relève de causes générales. L'acropathologie doit être scindée en deux groupes différents : « aïchmopathologie », qui réunit les troubles fonctionnels dont la cause (froid, insuffisance circulatoire locale, etc.) se trouve au niveau des extrémités mêmes ; « poropathologie » où la cause des troubles observés aux extrémités réside loin de ces dernières (cyanose des cardiaques par exemple). A ce propos, l'auteur souligne le rôle que joue l'éloignement du centre, siège des perturbations, dans la netteté des manifestations vasculaires acropathologiques.

M. Villaret, à la fin de la discussion, déclare être d'accord avec M. Dautrebande, sur ce fait que le seuil de la cyanose est indépendant de la quantité absolue d'hémoglobine, mais il fait remarquer combien il est délicat de faire la part des différents facteurs de cyanose, en présence d'un cas clinique donné.

Avec MM. Roussy et Mosinger, il souscrit pleinement à leur conception d'un centre neuro-végétatif, dont le rôle est capital au cours de certains phénomènes vasculaires périphériques ; il souligne l'intérêt des investigations poursuivies par ces auteurs à l'aide du test local à l'histamine et se félicite que les notions modernes sur la synergie fonctionnelle de la sécrétion hypophysaire et du fonctionnement des centres nerveux s'accordent d'une façon si étroite avec la conception des *humoro-névroses* qu'ils ont proposée.

Avec M. Roch, enfin, il se plaît à insister sur le rôle du froid et de l'insuffisance circulatoire distale qui, de toute évidence, interviennent au premier chef dans la pathologie des extrémités.

Communications.

Cuti-réaction à l'histamine dans l'acrocyanose. Sa valeur pathogénique. — M. Laignel-Lavastine (de Paris).

Syndrome complexe associé de sclérodermie progressive, acrocyanose, syndrome de Raynaud, poïhilodermatomyosite d'origine infectieuse, avec lésions cardiaques. — MM. P. Mauriac, G. Petges et P. Broustet.

Acrocyanose et asthme. — MM. André Jacquelin et Jean Bertrand (de Paris).

Acrocyanose et terrain morphologique. — MM. André Jacquelin et Henri Bonnet (de Paris).

Un cas d'acrocyanose avec ptoses viscérales d'origine hypophysaire probable. — M. Roger Glénard (de Vichy).

Les acrocyanoses paroxystiques, leurs rapports avec l'hémoclasie. — M. Joltrain (de Paris).

A propos des traitements physiothérapiques des acrocyanoses. — MM. Zimmern et Brunet (de Paris).

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(Séance annuelle du 13 décembre 1932)

Après la lecture du rapport sur les prix de l'Académie, lu par M. Jules Renault, secrétaire annuel, M. le président Meillère proclame les noms des lauréats.

Enfin, M. le professeur Jean-Louis Faure donne lecture du magnifique éloge de Léon Labbé, que nous avons été heureux de publier *in extenso* dans notre dernier numéro.

Prix décernés en 1932

Prix Alvarenga (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Codounis (d'Athènes).

Prix Amussat (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Raymond Dieulafé, professeur à la Faculté de Toulouse.

Prix Apostoli (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Pierre Nyer (de Paris).

Prix Argut (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. Terracol, Turchini et Harant (de Montpellier).

Prix Audiffred. (un titre de rente de 24.000 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix Baillarger (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix au Dr Masquin (de Paris).

Prix Barbier (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix au Dr Cot (de Paris).

Prix Berraute (un titre de 3.092 francs de rente 3 %). — L'Académie a décidé de partager les arrérages du prix de la façon suivante : MM. Sabrazès, Jeanneney et Mathey-Cornat (de Bordeaux), 515 fr. 33 chacun ; MM. Peyron, Bérard, Azémar, Fardeau, Larabi, Makower, Nicolaï, Maury, Waelkens, de l'Institut Pasteur de Paris : 171 fr. 77 chacun. L'Académie décerne également une mention honorable au Dr Roffo (de Buenos-Aires).

Prix Boullard (2.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à MM. Leroy, médecin chef, et Médakowitch, chef de laboratoire à l'Asile Sainte-Anne.

Prix Boulongne (6.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Pierre Lépine, directeur de l'Institut Pasteur à Athènes.

Prix Bourceret (1.200 fr.). — L'Académie attribue le prix à MM. Paul Chevallier et Jean Bernard (de Paris).

Prix Brault (5.000 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante : 1° Mme le Dr Marianne Basch (de

Paris) : 2.500 fr. ; 2° M. le Dr Edmundo Escomel, professeur à l'Universidad nacional de Arequipa, au Pérou : 2.500 fr.

PRIX BUIGNET (1.600 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Fontès (de Strasbourg).

PRIX CAILLERET (500 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Louis Gondard (de Montpellier).

PRIX CAMPBELL-DUPIERRIS (3.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à MM. Bœckel et A. Franck (de Strasbourg).

PRIX CAPURON (2.000 fr.). — L'Académie n'a pas décerné le prix.

PRIX CHEVILLON (3.000 fr.). — L'Académie attribue le prix et en partage les arrérages entre MM. Roger Leroux et Maurice Pierrot, de l'Institut du Cancer, à Villejuif (Seine).

PRIX CLARENS (500 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le pharmacien-colonel Bruère (de Paris).

PRIX DAUDET (2.500 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Ducuing (de Toulouse).

PRIX DE LA FONDATION DAY (deux titres de rente de 3.000 francs). — L'Académie n'a pas décerné le prix.

PRIX DESPORTES (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix et partage ainsi les arrérages : 1° M. le Dr de Boissezon (de Toulouse) ; 2° le Dr Talon (de Paris) ; 3° les Drs Cambassédès et Garnier (de Paris) ; 4° MM. Donatien et Lestoquard, de l'Institut Pasteur d'Algérie.

PRIX DIEULAFOY (2.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Pierre Soulié (de Paris).

FONDATION DREYFOUS (1.400 fr.). — Les arrérages de cette fondation sont destinés à récompenser l'interne en médecine qui aura obtenu la médaille d'argent. Cette année, les arrérages sont attribués à M. Jean Weill.

PRIX GAUCHER (1.800 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr CAVAILLON (de Paris).

PRIX ERNEST GODARD (1.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. Pierre Villedieu (de la Manche).

PRIX JACQUES GUÉRÉTIN (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix aux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante : 1° A M. le Dr Horovitz (de Paris), 500 fr. ; 2° à MM. les Drs Rudaux et Montlaur (de Paris), 250 fr. chacun ; 3° M. le Dr Ichok (de Paris) : 500 francs.

PRIX GUINCHARD (8.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Jean Donato (de Paris).

PRIX TH. HERPIN (de Genève) (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs de Jong, à Amsterdam, et Baruk, à Paris.

PRIX LÉON LABBÉ (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix et partage les arrérages, savoir : M. le Dr Fabre (de Toulouse) : 1.000 fr. ; MM. Léon et Raymond Dieulafé (de Toulouse) : 500 fr. chacun ; MM. les Drs Charrier de Montbadon et Loubat (de Bordeaux) : 500 fr. chacun.

PRIX LABORIE (7.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Sicard (de Paris).

PRIX DU BARON LARREY (500 fr.). — L'Académie attribue le prix au Dr Montel (de Marseille).

FONDATION LAVAL (1.200 fr.). — L'Académie attribue les arrérages de ce prix à Mlle Yvonne Brémi, externe à l'hôpital de la Charité.

PRIX LORQUET (300 fr.). — L'Académie attribue le prix à Mlles le Dr Hoffer et Angles, inspectrice générale des écoles maternelles de Paris.

PRIX MAGITOT (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Vincent (de Paris).

PRIX MERZBACH (12.000 fr.). — L'Académie estime qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix, mais elle accorde une mention très honorable à M. Paul Véran (de Nantes).

PRIX MEYNOT (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix au Dr Philip (de Bordeaux).

PRIX MONBINNE (1.500 fr.). — L'Académie attribue le prix aux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante : M. H. Galliard (de Paris) : 750 fr. ; M. Nguyen-Van-Khai (de Saïgon) : 750 fr. L'Académie décerne également une mention honorable à M. Rossi, directeur des Services vétérinaires de Saône-et-Loire.

PRIX NATIVELLE (1.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à MM. Lobstein et Grumbach (de Strasbourg).

PRIX ORFILA (3.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à MM. les Drs Bénard et Merklen (de Paris).

PRIX OULMONT (1.000 fr.). — Ce prix est décerné à l'élève en médecine qui a obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (chirurgie). Le prix est décerné à M. Paul Sicard.

PRIX PANNETIER (4.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Lièvre (de Paris).

PRIX DU BARON PORTAL (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Charles Dejean (de Montpellier).

PRIX ROBIN (600 fr.). — L'Académie attribue le prix au Dr Castagné, de la Faculté de Médecine de Montpellier.

PRIX SABATIER (600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Urbain (de Paris).

PRIX SAINTOUR (5.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Dognon (de Paris).

PRIX TARNIER (4.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. Courrier, professeur à la Faculté de Médecine d'Alger.

PRIX VERNOIS (800 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Cazamian (de Paris).

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — 1° *Médailles d'or :* MM. le Ds Dubois, directeur des Services vétérinaires du Gard, directeur du Laboratoire de bactériologie ; le professeur Pic, inspecteur départemental d'Hygiène du Rhône.

2° *Rappel de médaille d'argent :* M. le Dr Laubie (de Donzenac).

3° *Médailles d'argent :* MM. les professeurs Arloing et Courmont, de la Faculté de médecine de Lyon ; les Drs Vigne, du Bureau d'Hygiène de Lyon ; Sollier, chef des Laboratoires des hôpitaux de Nîmes ; Fromant, médecin principal de la Compagnie des Chemins de fer de l'Etat.

4° *Médailles de bronze :* MM. les Drs Benech, directeur du Service municipal d'hygiène de Nancy ; Kern, inspecteur d'Hygiène de Thann (Haut-Rhin) ; Quérangal des Essarts, directeur du laboratoire bactériologique de l'hôpital maritime de Brest.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — 1° *Médaille d'or :* M. le professeur Perrin, de la Faculté de Médecine de Nancy.

2° *Rappels de médailles de vermeil :* MM. les Drs Amblard (de Vittel) ; Aubertot (de Royat) ; Corone (de Cauterets) ; Forestier (d'Aix-les-Bains) ; Pelon (de Luchon).

3° *Médailles d'argent :* M. le professeur Villaret (de Paris) ; M. le commandant pharmacien Massy (de Barèges) ; M. le Dr Pierret (de La Bourboule).

4° *Rappel de médaille de bronze :* M. le Dr du Pasquier (de Saint-Honoré-les-Bains).

5° *Médaille de bronze :* MM. les Drs Delacroix (de Bourbonne-les-Bains) ; Etienne Rey (de Paris).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — *Rappel de médaille de vermeil :* M. le Dr Vivien (de Vienne) (Isère).

Médailles de vermeil : MM. les professeurs Bué (de Lille) ; Parisot (de Nancy) ; M. Garçon, inspecteur de l'Assistance publique du Haut-Rhin) ; M. Behrens, inspecteur de l'Assistance publique des Côtes-du-Nord ; MM. les Drs Grasset (de Tours) ; Ribadeau-Dumas et Huber (de Paris).

Rappel de médaille d'argent : M. le professeur Rohmer (de Strasbourg).

Médailles d'argent : MM. les Drs Beutter (à Saint-Etienne) ; Felhœn (de Neuilly-sur-Seine) ; Villenova (de Châtillon) ; Demarié (de Chambéry) ; Ruby (de Laon) ; Vincourt (de Paris).

Rappels de médailles de bronze : MM. les Drs Onillon (de Nantes) ; Coupu (de Lamballe).

Médailles de bronze : MM. les Drs Labussière, du Service de protection de la Préfecture de police ; Le Stanef (de Quimperlé) ; Peyronnet de Lafonvieille (de Marmande) ; Ambiès (de Vichy) ; Maurat (de Villefort) ; Bonnefous (de Rodez).

SERVICE DE LA VACCINE. — 1° *Vaccination antivariolique.* — L'Académie accorde, pour le service de la vaccination antivariolique en 1931 :

1° *Rappel de médaille d'honneur :* M. le Dr Arnaud (de Marseille).

2° *Médailles d'honneur :* MM. les Drs Boyé (de Paris) ; Nicolle (de Tunis).

3° *Médailles de vermeil :* MM. les Drs Dubreuil (de Bordeaux) ; Feltz (de Lorquin).

4° *Médailles d'argent :* MM. les Drs Aubertin (de Bordeaux) ; Bertrand (au Togo) ; Dupuy (de Paris) ; Friderici (de Casablanca) ; Friedel et Goizet (de Paris) ; Job (de Rombas) ; Kern (de Thann) ; Leichnam (de Paris) ; Mosser de Mulhouse) ; Perrin (de Saint-Denis) ; Raymond de) (de Hanoï) et Suberbielle (de Casablanca).

5° *Rappels de médailles de bronze :* MM. les Drs Acheray, Arnoux, Hervouet, Jacobsohn et Ricapet (de Paris).

6° *Médailles de bronze :* MM. les Drs Bertholoty (de Lembach) ; Besset (d'Echandelys) ; Coutrest et Fourgous (de Paris) ; Freyburger (de Moyeuvre-Grande) ; Gontier (de Paris) ; Horber (de Rixheim) ; Jacquier (de Schirmeck) ; Larche (de Sfax) ; Laufer, Lépagnole et Lubetzki (de Paris) ; Lutwig (de Metz-Sablon) ; Marini (de Mahdia) ; Michel (de Montaigut-en-Comhailles) ; Muller (d'Altkirch) ; Oit (de Sarrebourg) ; Rault (de Mogador) ; Roche (de Giat) ; Ruch (de Bouxviller) ; Sasportes (de Paris) ; Saubert (d'Olliergues) ; Schmoll (de Strasbourg).

2° *Vaccination antidiphtérique.* — 1° *Rappel de médaille d'or :* M. le Dr Thierry (de Paris).

2° *Rappel de médaille de vermeil :* M. le Dr Vigne (de Lyon).

3° *Médailles d'argent :* MM. les Drs Barbarin (de Paris) ; Bezançon (de Boulogne-sur-Seine) ; Bezançon (de Paris) ; Boulangier (de Metz) ; Brandstetter (de Virieu-le-Grand) ; Cuzin (de Lyon) ; Delacourt (de Lens) ; Lacoste (de Bagnères-de-Bigorre) ; Legroux, Lemaistre et Martin (de Paris) ; Perret (de Vonnas) ; Pradal (de Sète) ; Tricart (de Billy-Montigny).

4° *Rappel de médaille de bronze :* M. le Dr Funck-Hellet (de Clichy).

5° *Médailles de bronze :* MM. les Drs Albaret (de Courbevoie) ; Bailly-Salin (de Sens) ; Bertrand (de La Mulatière) ;

Bing (de Paris) ; Bosment (de Coudreville) ; Cony (de Courbevoie) ; Dreyfus (de Boulogne-sur-Seine) ; Faguin (de Bron) ; Finot (de Paris) ; Kiffer (de Courcelles-Chaussy) ; Lefèvre (de Malakoff) ; Lévy (de Metz) ; Paris (de Paris) ; Perrot (de Saint-Etienne) ; Pissot (de Versailles) ; Poncet (de Bourg) ; Pouhin (de Paris) ; Poulain (de Saint-Etienne); Pricur (de Paris) ; Puy (de Lyon) ; Renard (de Paris) ; Triollet (de Châteauroux).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ORDRE DES MÉDECINS

La Chambre a adopté sans débats, le 9 décembre 1932, la proposition de loi de M. Xavier Vallat relative à l'institution d'un ordre des médecins.

Voici le texte de la loi :

« Art. 1er. — L'article 1er de la loi du 30 novembre 1892 est complété par les dispositions suivantes qui prendront place entre le premier et le second alinéa dudit article.

« Le docteur en médecine doit, en outre, être inscrit à l'un des ordres des médecins institués par l'article 37 ci-après, ou avoir fait sa demande d'inscription.

Toutefois, aucune modification n'est apportée sous ce rapport à la situation des docteurs en médecine appartenant au cadre actif du service de santé des armées de terre, de mer ou de l'air. »

« Art. 2. — Il est ajouté à l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 un alinéa 4° ainsi conçu :

« 4° Tout docteur en médecine qui exerce la médecine sans être inscrit au tableau d'un ordre des médecins, ou pendant la durée de la peine de l'interdiction temporaire. »

« Art. 3. — Il est ajouté à la loi du 30 novembre 1892 un titre VII intitulé : « Ordre des médecins » et comprenant les articles suivants :

« *Art.* 37. — Les docteurs en médecine qui exercent dans un département forment un ordre des médecins ayant son siège au chef-lieu du département ;

« Ils sont inscrits dans les formes indiquées ci-après sur un tableau établi et tenu à jour au sein de l'ordre et qui est déposé à la préfecture ainsi qu'au parquet du procureur général. Ce tableau sera tenu à jour au commencement de chaque année pour être déposé aux archives de la préfecture et publié conformément à l'article 10 ci-dessus.

« Nul ne peut être inscrit sur ce tableau s'il n'est muni du diplôme prescrit par l'article 1er, et s'il ne doit pas exercer la profession médicale principalement dans le ressort de l'ordre. Un médecin ne peut faire partie que d'un seul ordre.

« *Art.* 38. — Pour la première formation du tableau, y seront portés de droit tous les médecins inscrits à la liste départementale actuellement dressée conformément à l'article 10 ci-dessus. Ce tableau sera établi en suivant l'ordre d'ancienneté d'inscription sur lesdites listes dans les deux mois de la promulgation de la loi instituant les ordres de médecins par les soins du préfet.

« Tout médecin qui n'aurait pas été inscrit d'office aura le droit d'adresser une demande au préfet qui sera tenu de réparer l'omission.

« *Art.* 39. — Chaque ordre des médecins est administré par un président, assisté d'un conseil qui est composé de 6 membres jusqu'au nombre de 30 médecins inscrits ; de 9, si le nombre des inscrits est de 31 à 100 ; de 15, s'il est supérieur à 100 ; de 24 pour l'ordre ayant son siège à Paris.

« Les membres du conseil et le président de l'ordre, en premier lieu et par scrutin séparé, seront élus à la majorité par l'assemblée générale des médecins inscrits au tableau depuis trois ans au moins. Cette assemblée se réunira chaque fois qu'il y aura lieu de procéder à une élection à l'époque et dans les conditions fixées par le règlement intérieur de l'ordre.

« L'élection est faite à la majorité absolue des membres présents ou ayant voté par correspondance.

« Sont seuls éligibles : à la présidence de l'ordre, un médecin ayant précédemment fait partie d'un conseil pendant trois ans ; comme membres du conseil, les membres inscrits au tableau depuis trois ans et âgés de trente-cinq ans révolus.

« La première assemblée générale sera réunie par les soins du préfet dans le mois qui suivra l'établissement du tableau.

« Le préfet convoquera au siège de l'ordre tous les médecins inscrits et comptant au moins trois ans d'exercice de la profession à l'effet d'élire le président et les membres du conseil. Pour cette élection, les membres du conseil devront compter au moins trois ans d'exercice de la médecine et trente-cinq ans d'âge, le président six ans d'exercice médical et quarante ans d'âge.

« Le président et les membres du conseil sont élus pour trois ans, le conseil se renouvelant par tiers chaque année. Pour les deux premières années de l'institution de l'ordre, les séries des membres sortants seront désignées par le sort.

« Le président de l'ordre et les membres du conseil sont rééligibles. Les élections peuvent être déférées à la juridiction supérieure instituée par l'article 46 ci-après, par les médecins ayant droit de vote et par le procureur général, dans le délai de quinze jours. Ce délai court du jour de l'élection pour les médecins et, pour le procureur général, de la date à laquelle le procès-verbal de l'élection lui a été notifié par le président de l'ordre.

« *Art.* 40. — Le conseil de l'ordre statue sur les demandes d'inscription au tableau dans les deux mois à compter de la réception de la demande accompagnée du diplôme de docteur en médecine et de l'extrait du casier judiciaire du requérant. Si celui-ci a précédemment appartenu à un autre ordre, le président de cet ordre sera tenu de fournir les renseignements sur les conditions dans lesquelles le candidat aura exercé sa profession. Le délai de deux mois pourra être prolongé quand il y aura lieu de demander des renseignements hors de la France continentale. L'intéressé en sera, en ce cas, avisé.

« Dans la semaine qui suivra le délai imparti ci-dessus, la décision du conseil sera notifiée par lettre recommandée à l'intéressé, lequel pourra, en cas de refus d'inscription, la déférer à la juridiction supérieure, dans le délai de deux mois à dater de la notification.

« *Art.* 41. — Le conseil de l'ordre veille au maintien chez tous les membres de l'ordre des principes de probité et de dévouement ainsi qu'à l'observation des devoirs professionnels.

« Il s'occupe des questions intéressant l'exercice de la profession de médecin, notamment en ce qui concerne la défense de l'honneur, de l'indépendance et des prérogatives de l'ordre.

« Il gère les biens de l'ordre et peut créer ou subventionner les œuvres intéressant la profession médicale, ainsi que des caisses de secours pour ses membres.

« Il autorise le président de l'ordre à ester en justice, à accepter tous dons et legs faits à l'ordre, à transiger ou compromettre, à consentir toutes aliénations ou hypothèques et à contracter tous emprunts.

« Aucune personne en dehors de ses membres n'assiste aux délibérations du conseil. Ils pourront, toutefois, se faire assister d'un conseil juridique.

« *Art.* 42. — Le président représente l'ordre dans tous les actes de la vie civile, il peut déléguer tout ou partie de ses attributions à un ou plusieurs membres du conseil.

« *Art.* 43. — Le conseil de l'ordre, siégeant comme conseil de discipline, applique, s'il y a lieu, les peines disciplinaires qui sont :

« L'avertissement ; la réprimande ; l'interdiction temporaire, laquelle ne peut excéder une année ; la radiation du tableau de l'ordre. L'avertissement, la réprimande et l'interdiction temporaire peuvent comporter, en outre, la privation, ordonnée par la même décision, du droit de faire partie du conseil pendant une durée n'excédant pas dix ans.

« Le médecin radié ne peut se faire inscrire au tableau d'un autre ordre. La décision qui l'a frappé est portée à la connaissance des conseils des autres ordres.

« *Art.* 44. — Aucune peine disciplinaire ne peut être prononcée sans que le médecin inculpé ait été entendu ou appelé, avec un délai de quinzaine pour comparaître.

« Si le médecin est domicilié en dehors de la circonscription de l'ordre où il exerce principalement sa profession, les délais de comparution et de notification prévus par le présent article et les articles suivants seront fixés conformément aux articles 73 et 1033 du code de procédure civile modifié par la loi du 13 mars 1822.

« Le médecin inculpé peut se faire assister d'un défenseur choisi parmi les médecins et les avocats inscrits à un barreau. Il peut exercer devant le conseil de discipline de même que devant la juridiction d'appel, le droit de récusation dans les conditions de l'article 578 du code de procédure civile.

« Les décisions des conseils de discipline doivent être motivées. Elles sont notifiées par le président de l'ordre au médecin qui en a été l'objet dans les dix jours. Elles sont communiquées dans le même délai au procureur général, lorsque le conseil de discipline a été saisi par le parquet. Dans les autres cas, sont seules transmises au procureur général, après qu'elles sont devenues définitives, les décisions prononçant la peine de l'interdiction ou de la radiation. Le parquet en informe le préfet qui en fait la mention sur la liste déposée dans ses bureaux.

« *Art.* 45. — Si la décision a été rendue sans que le médecin inculpé ait comparu ou se soit fait représenter, l'intéressé peut former opposition dans le délai de cinq jours à compter de la notification faite à sa personne, par lettre recommandée, ou si la notification n'a pas été faite à personne dans les trente jours à partir de la notification à domicile et par ministère d'huissier. L'opposition est reçue par simple déclaration au secrétariat du conseil qui en donne récépissé.

« *Art.* 46. — Le médecin a toujours le droit de former un appel dont l'effet est suspensif. Le même droit appartient au doyen de la faculté de médecine du ressort de la cour d'appel.

« Cet appel est porté devant un conseil régional composé de :

« 1° Deux conseillers à la cour d'appel ayant voix délibérative désignés par le premier président, l'un d'eux faisant fonction de président ;

« 2° Cinq membres médecins élus pour six ans au scrutin majoritaire par tous les médecins électeurs du ressort de la cour. Sont éligibles les médecins ayant fait partie d'un conseil départemental de l'ordre pendant trois ans au moins.

« Les trois fonctions de conseiller régional sont incompatibles avec celles de conseiller départemental.

« L'appel est introduit par une déclaration au greffe de la cour d'appel. Cette déclaration doit être faite par le procureur général dans les trente jours de la décision et par le médecin ou l'intéressé dans les dix jours de la notification qui lui a été donnée ou, en cas de décision par défaut, dans les dix jours qui suivent l'expiration du délai d'opposition.

« Les décisions rendues par la cour d'appel ne sont susceptibles de recours que devant la cour de cassation dans les conditions de droit commun.

« *Art.* 47. — L'exercice de l'action disciplinaire susindiquée ne met pas obstacle aux poursuites que le ministère public ou les particuliers se croient fondés à intenter devant les tribunaux de répression dans les termes du droit commun, ni aux actions civiles en réparation d'un délit ou quasi-délit.

« *Art.* 48. — Après qu'un intervalle de cinq ans au moins se sera écoulé depuis une condamnation définitive à la radiation du tableau, le médecin frappé de cette peine pourra être relevé de l'incapacité en résultant par une décision du conseil de discipline qui a prononcé la condamnation. La demande sera formée par une requête adressée au président de l'ordre.

« Lorsque la demande aura été rejetée après examen au fond, elle ne pourra être représentée qu'après un nouveau délai de cinq années.

« Dans le cas où la radiation du tableau serait la conséquence d'une condamnation prononcée par une juridiction répressive en exécution de l'article 25 de la présente loi, la demande en relèvement ne sera recevable qu'autant que la condamnation pénale aura été effacée par une loi d'amnistie, un arrêt de revision, ou en vertu de la loi du 28 mars 1891, aucune condition de délai ne sera en ce cas exigée pour l'introduction de la première demande en relèvement. Mais, si cette demande est rejetée au fond, les recours subséquents seront subordonnés au délai de cinq ans.

« *Art.* 49. — Un règlement d'administration publique déterminera les conditions d'application du présent titre, notamment en ce qui concerne l'établissement du règlement intérieur qui devra être arrêté pour chaque ordre, la composition du bureau électoral, les modalités du vote par correspondance, le nombre des membres que devra réunir le conseil pour prendre les décisions ou statuer disciplinairement, le remplacement du président et des membres en cas de décès ou de démission, ainsi que la création ou l'emploi des ressources des ordres des médecins.

« *Art.* 50. — La présente loi est applicable à l'Algérie. Elle pourra être étendue par voie de règlements d'administration publique, et sous réserve des modifications nécessaires, aux différentes colonies. »

Sur la proposition de la commission de l'hygiène, la Chambre décide de rédiger comme suit le titre de la loi :

Proposition de loi ayant pour but de modifier et de compléter la loi du 30 novembre 1892 en ce qui concerne l'exercice de la médecine.

PRATIQUE MÉDICALE

CERTAINS ECZÉMAS CHRONIQUES SONT JUSTICIABLES DE L'OPOTHÉRAPIE (1)

Par M. le docteur H. Drouin.

Des troubles trophiques, se manifestant sous forme de dermatoses, sont assez fréquents aux abords de la ménopause. Ils semblent être l'expression d'un déséquilibre endocrinien à point de départ ovarien, et se remarquent surtout chez les femmes ayant une vie sexuelle négative.

Très résistants aux thérapeutiques habituelles, ces troubles cèdent parfois très rapidement à l'opothérapie spermatogénique ou androstinienne, et leur amélioration, puis leur disparition sous l'influence de ce traitement opothérapique, en confirment l'origine dysendocrinienne.

Après avoir rappelé les cas traités avec succès par d'autres auteurs, dont un de Malherbe, une pelade ophiasique ayant résisté à toutes autres thérapeutiques et qui disparut en peu de mois sous l'influence de l'Androstine, H. Drouin relate l'observation d'une de ses malades atteinte depuis 5 ou 6 ans d'eczéma chronique des mains et des avant-bras avec fissures profondes et très douloureuses. Cette malade, qui avait été traitée sans succès par l'auto-hémo-thérapie et tous autres moyens locaux et généraux, a vu, sous l'influence du traitement androstinien, ses symptômes prurigineux et douloureux disparaître en quelques jours, une amélioration constante a suivi et la guérison était assurée, en dépit d'une hygiène assez défectueuse, au bout du troisième mois de traitement.

(1) *Courrier méd*, n° 31, 2 août 1931.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Assistants d'électro-radiologie. — Candidats admis : MM. Peuteuil, Marquès, Busy, Chérigié et Strauzer (*ex æquo*), Venturini.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Laignel-Lavastine, Pagniez, Pasteur Vallery-Radot, Gautier, Marion, G. Labey, Proust, Devraigne, qui acceptent; Marcel Labbé, Kuss qui n'ont pas fait connaître encore leur acceptation.

— Prix Fillioux. — Le prix Fillioux est attribué à MM. Guillon, Gaston, internes des hôpitaux, et Sobel, externe des hôpitaux.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Rocher, Corcelle, Barroux, Personne de Lachaud, Tousin, Sarrat, Deprecq, Georget.

Internes provisoires : MM. Jaulain, Gauffriaud, Auriac, Goumain, Roux, Delmas-Marsalet, Baron, Dumon, Dardill, Lemarchand, Raniaud.

Le concours de l'externat s'est terminé par le classement suivant :

MM. Maur, Cuzacq, Mell, Mlle Cazenave, MM. Ferville, Bonnet, Lacaze (Louis), Eggenberger, Breffeil, Gounelle, Dabadie, Lestrade, Dubernat, Le Bourhis, Lacaze (Jean), Chippaux, Guibert, Chavoix, Bouilloc, Dive, Fagart, Griffon, Caillous, Fuchs, Mlle Guy, MM. Richou, Rannou, Soubiran, Bertin, Plantey, Miqueau, Dugoujon, Ouary, Compigny, Bentejeat, Salaün, Puyuelo, Ferrand, Weber, Lemoine.

Ont été nommés :

Internes titulaires en pharmacie de 1re année : M. Germain, Mlle Cabana, M. Regner, Mlle Cornilliet.

Internes provisoires en pharmacie : Mlle Guilbon et M. Castagnon.

AGRÉGATION. — Le nombre d'emplois d'agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, fixé par l'arrêté du 3 novembre 1932, est augmenté du nombre ci-après dans les sections qui suivent :

Médecine générale : Strasbourg, 1 place; Marseille, 1 place; chirurgie : Marseille, 1 place; physiologie : Paris, 1 place; anatomie pathologique : Alger, 1 place; pharmacie : Lille, 1 place.

Comme conséquence de ces augmentations d'emplois d'agrégés, le nombre des places mises au concours est porté pour les sections ci-après :

Médecine, de 15 + 2 à 17; chirurgie, de 16 + 1 à 17; physiologie, de 3 + 1 à 4; anatomie pathologique, de 3 + 1 à 4; pharmacie, de 1 + 1 à 2.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — Sont chargés, pendant l'année scolaire 1932-1933, des fonctions ci-après à l'Institut dentaire de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy :

Cours complémentaires : M. le professeur Lambert, pour la physiologie; M. Mutel, agrégé, pour l'anatomie; M. le professeur Robert, pour la chimie; M. le professeur Jacques, pour l'oto-rhino-laryngologie; M. Abel, agrégé, pour la séméiologie médicale; M. Barthélemy, agrégé, pour la chirurgie; M. le professeur Dufour, pour la physique; M. le professeur de Lavergne, pour la bactériologie; M. le professeur Spillmann, pour la syphiligraphie.

ASILE NATIONAL DU VÉSINET. — M. le docteur Jean Calbet est nommé médecin chef de l'Asile national des convalescentes du Vésinet, en remplacement de M. le docteur B. Calbet dont la démission est acceptée.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le professeur Léon Bernard a été nommé commandeur de l'ordre de Léopold II de Belgique.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Carbillet, médecin chef de service de l'asile public d'aliénés d'Alençon (Orne), est nommé médecin chef de service de l'asile public d'aliénés de Moulins (Allier), en remplacement de M. le docteur Bourilhet, nommé médecin directeur.

M. le docteur Requet, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle), est nommé médecin chef de l'asile privé faisant fonctions d'asile public d'aliénés de Sainte-Madeleine, à Bourg (Ain), en remplacement de M. le docteur Dalmas, décédé.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin adjoint du sanatorium de Montfaucon (Lot), établissement de la Fédération des mutualités postales.

Le traitement de début est de 22.000 fr., avec logement, chauffage, éclairage, blanchissage et facilité d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement.

Les demandes doivent être adressées, avant le 30 janvier 1933, au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Envoyer les titres et références sur copies certifiées conformes.

RÉUNIONS LATINES D'INTERÉCHANGE SCIENTIFIQUE A L'UMFIA. — Sous les auspices de l'Union médicale latine viennent de se créer des réunions scientifiques mensuelles où sont invités tous les médecins de la latinité, de passage à Paris.

Chaque mois, un sujet médical sera annoncé à l'avance par le docteur Guillaume qui organisera ces réunions. Le sujet sera suivi d'une discussion. Nous faisons appel à tous nos collègues, à tous nos confrères, à tous nos amis pour venir nombreux à ces réunions d'interéchange scientifique. Le résumé des questions traitées paraîtra au fur et à mesure dans la *Revue de l'Umfia*.

Les jours, le lieu de ces réunions ainsi que les dates et les heures seront indiqués ultérieurement. Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Guillaume, inspirateur et président organisateur de ces réunions d'interéchange, ou au siège de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris.

ERRATUM. — Dans l'article original de M. le professeur Nobécourt (*Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 98), p. 1827, ligne 29, lire : Sur 13 cas de pancardite, j'ai relevé avec Boulanger-Pilet, 8 formes légères (61,5 p. 100) et 5 formes sévères (38,4 p. 100).

NOTES DE PRATIQUE

AZOTÉMIE DES BRIGHTIQUES

Chez les malades atteints de néphrite chronique avec gros cœur, bruit de galop, rétention azotée, etc., l'Adonis agit surtout en soutenant le cœur, en l'aidant à lutter contre l'obstacle artériel (sclérose vasculaire, vasoconstriction toxique) et contre le barrage rénal. L'Adonis agit comme diurétique azoturique et dans cette médication, il est indiqué de prescrire la scille en alternant avec le Diurène, extrait total d'adonis vernalis, le véritable médicament de l'azotémie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

(17-18 décembre 1932)

L'assemblée a adopté les deux ordres du jour suivants :

Le contrôle fiscal.

La Confédération des Syndicats médicaux français proteste contre les insinuations parues dans une certaine presse, tendant à faire croire que les professions libérales ne paient pas d'impôts.

— Rappelle que l'impôt de la patente, atteignant dans maintes localités de 80 à 140 % du loyer, représente, surtout pour les médecins nouvellement installés, ou pour ceux dont l'activité est réduite, un impôt déjà particulièrement lourd ;

— Rappelle aussi que les médecins apportent à la Société la contribution volontaire des soins gratuits, ou à des honoraires réduits, pour une partie de la population ;

— Fait observer que toutes les répercussions des crises économiques se font particulièrement sentir dans les clientèles médicales ;

— Fait observer encore que le médecin réalise un travail personnel soumis par conséquent à des fluctuations imprévisibles et qu'il ne jouit, par ailleurs, d'aucune pension de retraite ;

— Déclare que le corps médical n'a jamais refusé de remplir le devoir fiscal qui devrait incomber à tous les citoyens ;

— Déclare inacceptables les propositions émises dans le projet de budget, de l'institution d'une Commission cantonale d'où seraient exclus les représentants des professions intéressées ;

Cette façon de procéder devant être nécessairement viciée par la politique, les amitiés ou les inimitiés locales ;

— La Confédération des Syndicats médicaux accepte d'étudier, avec l'Administration compétente, tous moyens de contrôle fiscal pouvant rendre celui-ci effectif en tenant compte de l'exercice particulièrement délicat de la profession médicale, et sans violer le secret professionnel.

La dichotomie.

L'assemblée générale de la Confédération,

Condamne d'une façon absolue la pratique dite de la « dichotomie » constituée par un partage clandestin d'honoraires.

Elle admet en pratique médico-chirurgicale soit la note séparée, soit la note commune avec indication au malade ou à son répondant, des honoraires du chirurgien, du médecin et des aides.

La Confédération des Syndicats médicaux français rejette tout pourcentage entre les honoraires du chirurgien ou du spécialiste et du médecin traitant.

Elle condamne une fois de plus toute autre ristourne de quelque ordre qu'elle soit.

La Commission du droit syndicaliste de la Confédération est chargée d'établir d'urgence un texte mettant au point de façon définitive l'opinion du corps médical sur ce point, et de rechercher les moyens d'exécution nécessaires à l'application de cette décision à une date déterminée.

ACTUALITÉS

SYNDROME DE LOBSTEIN
SYNDROME DE VAN DEN HŒWE

Le syndrome qui nous occupe ici semble avoir été de longtemps observé et soupçonné par certains médecins ; dès 1788, en effet, Ekmann (d'Upsala) avait décrit la fragilité osseuse, en 1831, d'autre part, Henzschel avait décrit la coloration de la sclérotique, de façon assez nette pour qu'on puisse penser à faire des rapprochements.

Mais c'est en 1833 seulement que Lobstein, de Strasbourg, en fit, dans son traité d'Anatomie pathologique, une première description précise. On désigne souvent de nos jours cette affection du nom de cet auteur ; lui la dénomma fragilité osseuse ou ostéopsathyrosis (ψαθυρος : fragile), affection débutant dès le jeune âge, quel que fût par ailleurs l'âge auquel le malade était classé pour la première fois. Lobstein en vit le caractère familial et héréditaire et sut le distinguer très nettement de fragilités osseuses autres, telles que les fragilités séniles ou celles qui n'apparaissent en réalité qu'au cours de l'existence.

De loin en loin, au cours du XIXe siècle, l'attention des cliniciens fut attirée par des faits analogues, depuis Ammon, en 1841, jusqu'à Eddowes (1901). Vers 1898, Lobstein et Cornaz avaient apporté à la description première un complément important en décrivant l'association à la fragilité osseuse de la coloration des sclérotiques.

C'est surtout à Bell que l'on doit la description complète et quasi définitive de cette affection. C'est lui, en effet, qui a insisté sur l'importance de l'association habituelle à la coloration des conjonctions dont il fait un caractère dominant, cliniquement et héréditairement, de la fragilité osseuse, de la laxité articulaire et aussi des troubles auditifs. Il a donné une légitime importance à l'élément hérédité sans toutefois avoir rallié dans ce domaine tous les auteurs à certains détails de sa conception.

En ce qui touche la clinique proprement dite, les descriptions anciennes ont gardé leur valeur d'ensemble mais les nombreux auteurs qui depuis les dernières années se sont intéressés à ces faits ont fait connaître assez de détails importants pour que quelques formes cliniques aient pu être individualisées et pour que d'autre part l'existence d'autres syndromes assez analogues au syndrome de Lobstein ait fait surgir les discussions habituelles touchant leur unicité ou leur pluralité nosologique.

En 1916, enfin, à la Société hollandaise d'Ophtalmologie, Van den Hoewe et de Kleyn décrivirent un syndrome qu'on désigne de leur nom et qui ne paraît en réalité qu'une forme particulière, plus complète — et d'intérêt indiscutable — du syndrome de Lobstein, mais qu'on n'en saurait totalement séparer.

* * *

L'aspect clinique du syndrome de Lobstein paraît bien connu actuellement, et les caractères cardinaux que nous avons déjà énoncés semblent définitivement fixés.

Les modifications squelettiques sont au tout premier plan. La fragilité osseuse mérite d'avoir donné son nom à ce syndrome et c'est presque toujours en raison des fractures spontanées dont elle est la cause que les malades viennent consulter.

La multiplicité des fractures, leur répétition, leur indolence sont des caractères qui attirent immédiatement l'attention surtout lorsqu'on vient à évaluer l'insuffisance ou même la nullité du traumatisme déterminant.

De telles fractures ne compromettent habituellement en rien la vie du malade, mais leur fréquence est telle qu'Apert (1) a pu, sans exagération, dénommer de tels sujets : hommes de verre. 6 ou 8 fractures au cours d'une existence ne sont ici qu'un nombre modéré. Apert cite un sujet de 17 ans qui en était à sa 38e fracture, Lange un enfant de 5 ans qui en était déjà à 22. Enfin parvenu à un âge avancé, un sujet cité par Stevenson et Cuthbertson renonçait à établir un décompte...

Une compensation relative à cette funeste disposition réside dans le peu de douleurs qu'éveillent de telles fractures et dans le peu de déplacement osseux et de délabrement de voisinage qu'engendrent des traumatismes provocateurs insignifiants. Ces fractures demeurent fréquemment sous-périostées et ne s'accompagnent que d'un œdème discret. Ce sont naturellement les os des membres qui sont le plus souvent atteints et les fractures multiples ne sont pas une rareté.

Pour un trauma un peu intense au contraire, les fractures comminutives sont l'habitude, mais sans toujours les difficultés de consolidation qu'elles paraîtraient devoir comporter.

L'examen radiologique du foyer de fracture montre un trait habituellement transversal avec faible déplacement. L'examen du squelette, dans son ensemble, montre des os peu volumineux, transparents, dont la diaphyse ne possède qu'une couche compacte amincie. C'est sur le péroné que ces caractères sont souvent le plus frappants. Les épiphyses osseuses sont transparentes et unies à la diaphyse par une ligne d'ossification tantôt normale, tantôt rayée de stries parallèles. Il est habituel de voir ces os infléchis dans leur ensemble selon une courbe à grand rayon très différente des incurvations osseuses d'autre origine.

Ces fractures sans grand délabrement se consolident habituellement vite et aisément, par le moyen de cals solides et bien conformés.

Un corollaire de cette fragilité osseuse des membres est la facilité avec laquelle se produisent chez ces sujets, par seule laxité ligamenteuse, des entorses et des luxations ; et aussi la facilité avec laquelle, dans le jeune âge surtout, certains peuvent sans dommage prendre des positions acrobatiques.

Moins sujet aux fractures, le crâne porte pourtant, lui aussi, l'empreinte de la maladie. A mesure que le temps avance, le crâne, normal chez le nourrisson, se déforme et l'on voit se constituer le crâne « à re-

(1) Cf. APERT. Les hommes de verre, *Presse méd.*, 27 juin 1928

bords », tel que l'a décrit Apert. Les régions occipitale et pariétale, devenant saillantes, tendent à constituer un surplomb au-dessus et autour de la base du crâne, rabattant ainsi en bas le pavillon de l'oreille et le pliant même sur le conduit auditif externe.

La radioscopie de face montre l'énorme saillie des tempes, due à leur affaissement ; de profil, on voit une voûte cranienne basse avec projection en arrière de l'occiput qui donne au crâne une apparence dolichocéphale. La mesure de l'indice céphalique montre qu'en dépit des apparences ce crâne est fortement brachycéphale.

La coloration des sclérotiques est pour Eddowes un caractère dominant, constant et susceptible d'exister seul en conservant cependant toute sa valeur ; on a pu le suivre pendant 4 et 5 générations et le constater sur 50 descendants d'un même sujet.

Dans les formes légères, cette coloration n'excède pas en intensité la teinte délicatement bleuâtre de l'œil du nouveau-né.

Dans les formes typiques, il s'agit d'une nuance beaucoup plus soutenue allant du bistre à l'ardoise ou au violacé et que l'on a pu comparer aux violets de certains décors céramiques de Rouen ou de Delft. Elle est due à la transparence d'une choroïde anormale qui laisse voir le pigment rétinien. Bronson a pu montrer l'importance du déficit en calcium d'une choroïde d'épaisseur normale ; plus souvent, comme l'a vu Buchanan, la choroïde est amincie ; ces deux mécanismes peuvent au reste s'associer.

La surdité est le dernier trait important du syndrome de Lobstein ; son apparition ne se fait guère qu'à l'adolescence. Dans le syndrome de Lobstein, elle est peut-être moins constante que les autres signes ; nous la retrouverons au contraire comme constituant fidèle du syndrome de Van den Hoewe où elle présente les mêmes caractères.

Les autres symptômes sont inconstants et de moindre importance clinique et pronostique. Bolten a noté l'altération des phanères ; les cheveux sont minces et fragiles, les ongles et les dents présentent des taches laiteuses ; au niveau des dents on voit parfois des lacunes de l'émail et même une coloration globale de la couronne en gris jaunâtre comparable à celle de la corne blonde.

D'autres symptômes relèvent de perturbations vaso-motrices : migraines fréquentes, acrocyanose, onglée des doigts et des orteils.

Certains auteurs, Laval, Voisin, Tixier, Bolten, ont étudié les caractères de la réponse musculaire aux courants électriques. Qu'il y ait ou non fracture, et quel que soit l'âge du sujet, ils ont pu constater que pour tous les muscles la contraction faradique était affaiblie. La contraction galvanique, diminuée elle aussi, se fait de façon graduelle et ne cesse que par relâchement progressif, rappelant d'assez près la réaction normale du muscle lisse. Cette réaction du muscle strié est en somme une réaction de dégénérescence incomplète.

Malgré l'importance de ces troubles les malades en sont surtout gênés dans leur existence mais leur vie elle-même n'en est pas menacée ; ils peuvent atteindre un âge assez avancé. Certaines fonctions physiologiques n'en reçoivent aucune atteinte ; c'est ainsi que leur génitalité semble normale à cela près que comme nous le verrons les caractères anormaux sont transmissibles à la descendance. Il s'agit là d'un très important caractère phylogénique du syndrome de Lobstein. Les fractures qui se produisent se consolident souvent vite et parfois sans excessive déformation. L'âge venant, elles deviennent en général moins fréquentes. Toutes réserves doivent évidemment être faites quant à la conservation des fonctions d'un membre fracturé aussi bien qu'en ce qui concerne la qualité de la descendance.

On constate en pratique une certaine variabilité dans l'apparence clinique.

Parmi les **formes symptomatiques** la plus intéressante a reçu depuis 1916 la dénomination de SYNDROME DE VAN DEN HOEWE du nom d'un des auteurs qui la décrivirent à la Société hollandaise d'Ophtalmologie ; par comparaison au syndrome de Lobstein il semble s'agir d'une forme symptomatiquement complète. On y trouve la même fragilité osseuse, atteignant parfois le crâne qui est sujet aux fractures ou le rachis qui peut être le siège de scolioses ou de tassement (perte de taille). Les lésions radiologiques sont celles que nous avons décrites à quelques nuances près. De même pour la cavité articulaire et pour la coloration des sclérotiques ; les troubles visuels en général nuls peuvent cependant se présenter sous forme de phosphènes ou de scotomes scintillants.

Ce sont les **troubles auditifs bilatéraux** qui s'ajoutent à ces symptômes qui par leur intensité et leur constance ont donné lieu à une dénomination particulière de cette affection. Bronson constatant que la conduction osseuse du son était mieux conservée que la conduction aérienne incrimine de l'otosclérose labyrinthique et Van den Hœwe semble se ranger à cet avis. Le Mée ayant noté une exagération de l'obliquité tympanique du fait des déformations osseuses et de l'amincissement localisé du tympan qui le rend moins sensible à certains sons, conclut simplement à un défaut de transmission par l'oreille moyenne où la chaîne des osselets est relâchée. De semblables déformations tympaniques ont été retrouvées dans le syndrome de Van den Hœwe avec un vestibule normal. Il est donc des cas où les idées de Le Mée sont recevables. D'autres auteurs enfin (Borel) pensent que la surdité peut reconnaître un mécanisme neurotrophique et une origine première endocrinienne.

Le reste de l'organisme est le plus souvent cliniquement normal et l'évolution du syndrome de V. d. Hœwe semble en tous points comparable à celle du syndrome de Lobstein.

A côté de cette forme on en a décrit d'autres où existe un appoint de symptômes endocriniens dans le domaine de l'ovaire ou de la thyroïde.

Le plus souvent les formes symptomatiques sont des formes incomplètes : les symptômes accessoires peuvent manquer, les symptômes cardinaux eux-mêmes peuvent être incomplets, et même la teinte des sclérotiques considérée par certains comme d'une absolue constance. Toutes les formes partielles peuvent

donc se voir, atypiques et de diagnostic malaisé, mais dont le caractère commun est l'hérédofamilialité dont nous étudions plus loin l'importance clinique.

On peut aussi distinguer des **formes selon l'âge :**

formes du nourrisson où la surdité manque, où le crâne à rebords ne s'est pas encore produit et qui semblent s'acompagner d'hypotrophie et d'une résistance diminuée aux infections en général ;

formes de l'adulte où la maladie ne se décèle que tard : un parent, lui-même atteint, d'un malade de Stevenson et Cuthbertson avait fait sans incident son service militaire. Les fractures y sont plus rares que chez l'enfant, la surdité y est fréquente ; dans certains cas, on remarque des luxations permanentes ;

formes du vieillard enfin qu'il est difficile, hérédité mise à part, de distinguer cliniquement de l'ostéoporose sénile.

Il est enfin des formes qu'on peut hésiter à ranger parmi les cas que nous étudions ici ; ce sont les cas complets mais isolés et où l'ascendance est soit inconnue, soit indemne ; ces cas peuvent naturellement être le début d'une série.

Il leur manque donc ce qui est le lien de toutes les formes complètes ou non, précoces ou tardives et qui paraît plus qu'aucune ressemblance clinique devoir orienter le clinicien : *l'hérédofamilialité*. Certains auteurs, et semble-t-il avec raison, se contentent de ce caractère pour diagnostiquer un syndrome de Lobstein-Van den Hœwe en dépit des imprévus cliniques.

***

L'hérédofamilialité semble en effet d'une constance absolue, abstraction faite naturellement des têtes de série qui ne semblent pas si rares que Stevenson et Cuthbertson, Lesné et Hutinel, Babonneix, Ducroquet et Mlle Wilm n'aient pu en rencontrer des exemples. Apert a résumé très clairement ce qu'on connaît de ces faits qui paraissent susceptibles d'un énoncé plus simple que celui que certains auteurs avaient de leur côté établi.

Le syndrome de Lobstein-Van den Hœwe est familial et se transmet par hérédité directe et continue. L'origine peut être indifféremment le père ou la mère ; le fils ou la fille sont atteints indifféremment, quel que soit le point d'origine et le sexe du géniteur atteint. Le plus souvent l'affection a chez le géniteur et chez le descendant les mêmes traits cliniques. Ceci est d'autant plus net que les symptômes sont plus francs. Il est parfois cependant dans le tableau clinique des disproportions symptomatiques qui peuvent voiler cette similitude. Mais la coloration de la sclérotique semble être le symptôme le plus constant et le plus résistant à l'effacement puisqu'il peut être transmis seul dans les séries héréditaires les moins touchées.

Aucun fait n'a montré jusqu'ici l'apparition chez un descendant de symptômes que ne portait pas le géniteur.

Pour une descendance assez nombreuse on trouve une moitié indemne et une moitié atteinte ; la première est définitivement affranchie ; l'autre transmettra sa maladie dans la même proportion. Le syndrome de Lobstein se comporte donc comme un caractère mendelien dominant.

Les conséquences du mariage d'un membre de telles familles sont donc les suivantes : le sujet sain d'une famille atteinte ne transmet rien, toute sa descendance demeure saine —, le sujet malade peut transmettre sa disposition congénitale à la moitié de ses descendants sans distinction de sexe à l'origine ni à l'aboutissant.

***

Anatomie et physiologie pathologique. Pathogénie. — En l'absence, quasi constante de tout antécédent pathologique, de rachitisme et de syphilis notamment, c'est au moyen de l'anatomie et de la physiologie pathologiques qu'on a recherché à la fois des directives cliniques et des explications pathogéniques.

L'anatomie pathologique a pendant longtemps peu fourni de renseignements du fait du pronostic vital bénin du syndrome de Lobstein. En 1928 on devait encore se contenter des constatations de Lobstein : ces os sont peu résistants et fournissent peu de cendres, et de quelques constatations de lésions histologiques banales.

Quant aux autres constatations, le plus grand désaccord régnait entre les auteurs, ainsi que le constatait Apert.

Lesné et Hutinel, en 1929, à la faveur d'une autopsie qui ne sortait pas au point de vue macroscopique de la banalité accoutumée, purent doser le calcium (métal) et le phosphore (phosphate tricalcique). Pour les côtes et le sternum ils obtinrent les chiffres suivants :

CALCIUM MÉTAL

	Malade.	Sujet sain.
Côte..........	15,78 %	26,13 %
Sternum......	13,57 %	24,31 %

PHOSPHORE $(Po^4)^2Ca^3$.

	Sujet malade.	Sujet normal.
Côte..........	40,76 %	67,50 %
Sternum......	35,05 %	62,80 %

Donc tant pour P que pour Ca fixation insuffisante sur le squelette, moitié de la normale, à peu près.

Pour la thyroïde que certains auteurs avaient déjà incriminée sans pouvoir s'armer d'une preuve, le dosage chimique montra :

Ca métal.......	0,076 %	normale : 0,102 %
P $(Po^4/{}^2Ca^3)$....	0,1976 %	normale : 0,263 %

donc diminution moins grande, mais encore notable, du taux calcique.

Par ailleurs, l'examen histologique montra une hypertrophie analogue à celle de certains crétins : vésicules anormales, à colloïde mal colorée, vésicules mal ordonnées constituées par des cellules mal centrées.

Van den Hœwe a fait des constatations semblables. En dépit de la diminution de la fixation calcique les parathyroïdes ont paru normales.

La thyroïde ne peut donc être mise hors de cause.

En ce qui concerne le sang, formule, P.H., réserve alcaline, teneur en calcium, urée, glucose, Kenesi dans sa thèse ne relève aucun chiffre anormal. Babonneix, Ducroquet et Mlle Wilm ont toutefois constaté de l'hypercalcémie.

En 1931, Stevenson et Cuthbertson ont porté leur étude sur les fèces et les urines ; ils concluent aussi à une rétention insuffisante du calcium et du phosphore ; de même le magnésium. Mais on ne peut rien conclure quant au mécanisme.

Certains faits font penser qu'une viciation endocrine peut intervenir. Dès 1915, Hoffmann avait constaté l'absence de corps thyroïde chez un porteur d'œil bleu ; en 1922 dans un cas analogue, Gutzeit n'avait pu palper la thyroïde ; on connaît par ailleurs depuis longtemps la laxité ligamenteuse de certains basedowiens, les scolioses chez les thyroïdiens, l'action de la thyroïde sur la consolidation des fractures. Plus récemment Weill de Strasbourg, Crocco ont insisté sur les lésions dentaires des porteurs d'œil bleu et les ont rapprochées de celles qu'on voit lors de troubles thyroïdiens ou parathyroïdiens.

On a également ou simultanément œil bleu et troubles endocrines relevant à la fois de la thyroïde et de l'ovaire : obésité précoce, puberté précoce avec ou sans hypoacousie ; dans certains cas on a constaté les lésions ovariennes.

Tous ces faits suffisent à des présomptions, mais non à une preuve. Ils permettent de soupçonner fréquemment le rôle des glandes endocrines notamment de la thyroïde. Il convient cependant de faire quelques réserves pour les cas où le bilan calcique a été trouvé normal (Laederich, Mamou et Beauchesne).

Il faut enfin noter que dans la quasi-totalité des cas l'hérédo-syphilis semble absolument hors de cause.

***

Le diagnostic positif est assez aisé, surtout dans les cas francs. Il ne paraît pas exister actuellement de raison suffisante pour séparer les syndromes de Lobstein et de Van den Hœwe. La coloration oculaire est de beaucoup le signe le plus constant et leur est commune ; la surdité semble en relation avec l'âge ; dans les 2 syndromes le syndrome ostéoarticulaire, quelle que soit son importance, est comparable. Enfin et surtout on arrive presque toujours aisément à reconnaître l'hérédofamilialité, caractère cardinal.

Le diagnostic différentiel est aisé dans les cas typiques ou lorsque l'hérédofamilialité a été reconnue.

D'autres affections donnent de la fragilité osseuse, mais du fait de l'âge ou des autres symptômes et antécédents on ne fait guère de confusions avec le tabès ou l'ostéoporose sénile.

Chez l'enfant on peut voir des fractures spontanées dues au rachitisme ; mais il n'y a ici ni crâne à rebords, ni coloration de l'œil, ni surtout hérédofamilialité. Il s'agit toujours de rachitisme intense, où les fractures ont une tout autre évolution et le squelette de tous autres caractères radiologiques.

L'ostéomalacie atteint plus souvent la femme enceinte que l'enfant ; les caractères squelettiques en sont tout différents.

La dysostose cléidocrânienne est-elle aussi hérédofamiliale et suivant le même mode que l'ostéopsathycose ; mais les caractères crânio-faciaux sont reconnaissables au premier coup d'œil, les clavicules ont des caractères spéciaux et surtout on ne voit guère de fractures multiples.

Ce n'est guère qu'avec une autre affection à bien des égards très semblable que la distinction est réellement difficile. Et pour certains auteurs il n'y a même pas dualité nosologique, mais seulement des formes cliniques d'une même maladie L'affection dénommée en 1905 dysplasie périostale par Porak et Durante et qui semble être ce qu'en 1845 Vrölick avait nommé osteogenesis imperfecta.

Les caractères sont : fractures multiples et récidivantes des os longs et courts, sclérotiques teintées, troubles de l'ossification de la voûte cranienne. Mais Apert fait remarquer qu'il n'existe jamais de coloration ardoisée, mais seulement une teinte bleutée normale chez tous les nouveau-nés, que les lésions histologiques de l'os portent uniquement sur le segment périostal et que le cartilage de conjugaison et les épiphyses sont indemnes. Le crâne est ici mou dès la naissance, alors que le reste du squelette peut sembler normal.

Surtout, c'est pendant la vie intra-utérine que se produisent les fractures, ce qui ne s'observe jamais dans le syndrome de Lobstein.

Enfin ce qui pour Apert est la condamnation absolue des idées unicistes, l'hérédofamilialité manque totalement ; la dysplasie périostale est une affection non transmissible.

La thérapeutique est demeurée jusqu'ici complètement désarmée et doit se cantonner au traitement des fractures. Les essais de modification du terrain par le calcium, le phosphore sous toutes leurs formes, l'uviothérapie, l'opothérapie, seules ou combinées, n'ont enregistré jusqu'ici que des insuccès.

R. LEVENT.

Le traitement actuel de la paralysie générale. Ce qu'il nous apprend, par le Dr Pierre MOLLARET, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, chargé du Centre de malariathérapie de la Salpêtrière.

Il n'est sans doute pas, dans le domaine de la thérapeutique, de question aussi profondément remaniée que celle du traitement de la paralysie générale. Cette leçon se limite volontairement à une partie seulement du problème, qui comprend le traitement médical, de beaucoup d'ailleurs le plus important depuis qu'il vise à être curateur. Un tel exposé s'appuie d'abord sur un bref rappel de la conception classique de la paralysie générale. Il comporte ensuite une étude analytique de chacune des thérapeutiques nouvelles, exposées avec des détails pratiques suffisants pour en permettre l'application facile au médecin praticien.

Une synthèse rapide de toutes les notions fournies par la mise en œuvre de ces différentes indications permet de dégager leurs indications respectives, dans le but de les associer.

Tout ce que le praticien trouvera dans ces pages ne fera que correspondre essentiellement à la pratique journalière.

L. G.

---

(1) Collection « Les Thérapeutiques nouvelles ». Un volume in-8 (15,5 × 23,5) de 68 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

IIIe CONGRÈS DE CHIRURGIE RÉPARATRICE PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE

Le IIIe Congrès de Chirurgie réparatrice, plastique et esthétique s'est tenu à la Faculté de Médecine de Paris, les 7 et 8 octobre 1932, sous la présidence d'honneur des professeurs Sébileau, de la Faculté de Paris, de Eastman Sheehan (New-York), Corachan (Barcelone), Ricardo Horno Alcorta (Saragosse), Manna (Rome), Jiano (Bucarest), Burian (Prague), et sous la présidence du docteur Dartigues (Paris).

Dans son beau discours d'ouverture, le docteur Dartigues, avec un grand talent, a montré l'importance de la chirurgie réparatrice, sa légitimité et l'impulsion très forte qu'elle a donnée à la chirurgie générale, grâce à ses nouvelles techniques.

Le président a insisté ensuite sur les difficultés de cette chirurgie en face de « l'esprit de revendication » de certains malades pour lesquels une intervention, qu'ils ont réclamée, devient le point de départ d'une « opération financière ».

Si le chirurgien a parfois à souffrir de l'ingratitude des malades, de l'incompréhension des tribunaux, il connaît aussi « ces joies reconnaissantes que la chirurgie a fait renaître ou s'épanouir par sa puissance transformatrice ».

Le discours du président honoraire, M. le professeur Sébileau, a été l'encouragement d'un maître respecté pour tous ceux qui pratiquent « cette chirurgie des corrections ». Revenant sur les difficultés, les dangers dont parlait Dartigues, il donne ces conseils de prudence : « Qu'une exigeante, qu'une tyrannique probité professionnelle préside à toutes vos décisions et à toutes vos réalisations techniques. Oubliez-vous toujours ; ne voyez jamais autre chose que l'intérêt de celui qui vous consulte et quelquefois vous pousse. N'opérez jamais avant de vous être dit à vous-même : Après tout, si c'était moi ? »

Communications.

M. Maurice Péri (Alger). **Correction d'une ensellure nasale post-traumatique par inclusion endo-nasale d'un greffon costal.** — Vu le cas de lésion entrant dans la catégorie des dysplasties nasales par insuffisance du chevalet osseux, l'auteur opère en utilisant la voie endonasale pour éviter la cicatrice apparente, et prélève un greffon au septième cartilage costal.

Traitement du rhinophyma par le bistouri diathermique. — Traitement difficile, puisqu'il s'agit d'une pachydermie avec polyadénome sébacé. L'intervention est nécessaire et le bistouri diathermique, évitant l'hémorragie, donne des plaies remarquablement aseptiques et des cicatrices extrêmement souples et peu apparentes.

M. Estanislao Llucsma Uranga (Madrid). **Chirurgie réparatrice et esthétique des hernies géantes.** — Il s'agit d'une nouvelle indication opératoire de la phrénicectomie comme premier temps opératoire au traitement des hernies géantes et tout à fait irréductibles. J'ai utilisé le principe physiologique de l'effet de l'exérèse du nerf phrénique, d'où élévation de la coupole diaphragmatique et, par conséquent, augmentation de la pression négative différentielle intra-abdominale et de la cavité abdominale. Ces deux facteurs aspirent l'éviscération herniaire, qui devient réductible. Reconstruction de la paroi abdominale dans un second temps.

Réduction esthétique d'un ventre en tablier. — J'ai utilisé le principe de l'opération de Dartigues de la réduction de la glande mammaire avec transplantation aréolo-mamelonnaire. Au lieu de cela, j'ai fait la transplantation ombilicale avec extirpation d'une portion dermo-lipectomisée d'un poids de 3 kilogr. 100.

M. Bourguet (Paris). **Chirurgie esthétique du pavillon de l'oreille.** — L'auteur insiste sur le fait que si l'on veut avoir un résultat durable, il faut toujours enlever du cartilage et le modeler à l'endroit voulu. Dans toutes ces interventions, comme il l'a préconisé dans un travail précédent, il respecte le sillon rétro-auriculaire et la peau glabre de la région mastoïdienne.

M. Aurel Dragos (Galatz). — **Greffes de Dawis.** — Chez un malade ayant plusieurs phlegmons à la cuisse et à la jambe droite, je complète la greffe de substance par des greffes prélevées sur la cuisse gauche. Pansement des greffes à l'aide de : Baume du Pérou, 80 gr., Vaseline liquide stérilisée, 20 gr. Il est indispensable de faire un contrôle bactériologique des bourgeons de la plaie à greffer.

Orteil en marteau. — MM. Trajan Gruesco et Aurel Dragos (Galatz) exposent le cas d'un malade opéré sous rachianesthésie. Résection des phalanges et application d'appareils plâtrés. Guérison rapide en 30 jours. Ce cas d'orteils en marteau est dû, croit-on, à des troubles endocriniens.

M. Prévot (Marseille). **A propos d'une inclusion métallique pratiquée anciennement pour corriger une ensellure nasale.** — Une gouttière perforée en aluminium a donné pendant 15 ans un résultat esthétique à une malade, puis grossissement progressif du nez au niveau du flanc gauche. Nouvelle intervention en utilisant le tissu fibreux de réaction. L'auteur préconise surtout, lorsqu'on veut greffer une attelle, la greffe vivante, homoplastique, qui sera tolérée indéfiniment.

M. Dartigues (Paris). *Présentation de malades et projections.* **Indications comparées de la transposition de l'aréole et du mamelon avec conservation totale ou partielle de la glande et de la mammectomie bilatérale avec greffe autoplastique aréolo-mamelonnaire libre.** — L'auteur projette une série de photographies montrant les divers aspects de la glande mammaire quand elle est hypertrophiée ; il insiste sur son prolapsus très accusé quand le sujet se plie en se penchant et en étendant les mains en avant. Dans les cas d'hypertrophie trop accentuée, il pense que l'opération de Morestin ou de la transposition restera toujours inférieure et qu'il vaut mieux résolument pratiquer la mammectomie. La greffe indépendante de l'aréole prend dans les deux tiers des cas. Son avantage est de donner surtout du thorax, incomparablement ; de plus, le résultat est durable indéfiniment ; la mammectomie met aussi à l'abri de toute la pathologie mammaire qui peut survenir si on conserve les glandes. Enfin, aucune modification du côté de la menstruation, de la gestation si elle survient, et retour de la greffe libre à la sensibilité tactile, thermique, élective même et parfois érectibilité du mamelon greffé, comme le prouve une malade montrée.

MM. Dartigues et Claoué (de Paris). **Un cas de sénilisme facial,** avec projections. — Les auteurs montrent le cas d'une vieille femme de 70 ans, extrêmement ridée, à qui ils ont pratiqué l'opération devenue classique des rides par le procédé d'incision péri-auriculaire, mais ils ont complété cette ridectomie par une petite opération sur la lèvre supérieure, qui était, comme chez beaucoup de vieillards, ridée dans le sens vertical, en « accordéon » : résection de deux petits lambeaux quadrilatères prenant un cinquième environ de la lèvre et suture fine sur la ligne médiane dans la petite gouttière labio-sous-nasale. L'amélioration est fort appréciable.

M. Lagarde (Paris). **Mastopexie bilatérale et traitement du prolapsus mammaire au premier degré.**

M. EASTMAN SHEEHAN (New-York). **Présentation de films en couleurs naturelles** (procédé Georges Lane).

M. Erne GLASMER (Heidelberg). **Le dermatogramme et sa signification pour l'opération esthétique de la poitrine chez la femme.**

M. Pierre ROBIN (Paris). **Esthétique du profil facial dans ses rapports avec la denture. Physiologie de la mastication normale chez l'homme.** — Dans un exposé rapide, l'auteur démontre les relations du profil facial et des mâchoires, en rapport également avec leur physiologie. Présentation de photographies où s'affirment les différences remarquables obtenues par son traitement. Améliorations physiologiques et esthétiques.

M. DANTRELLE (Paris). **Traitement des brûlures de l'œil par plastique immédiate.**

Traitement de la paralysie de la troisième paire crânienne par une série d'interventions chirurgicales.

M. DUBOIS (Paris). **Pansement au Penghawar.** — Dans les opérations des rides de la face et du front, ce pansement a de grands avantages : il couvre complètement la suture, son adhérence est parfaite, il est invisible et hémostatique.

MM. DARTIGUES et CLAOUÉ (Paris). **Considérations pratiques sur quelques points concernant la technique opératoire de la transposition aréolo-mamelonnaire.**

M. Max LEYDIER (Paris). **Pathologie mammaire et chirurgie plastique.**

M. WALLET (Paris). **Du diagnostic différentiel entre la verrue plantaire et les hygromas des têtes métatarsiennes.**

M. BURIAN (Prague). **Reconstruction autoplastique en cas de perte de substance latérale du nez. Rhinoplastie totale unilatérale.**

M. CORACHAN (Barcelone). **Les greffes tubulaires glissables dans les plasties cutanées.**

M. MANNA (Rome). **Quelques considérations sur la thérapie chirurgicale des nez ensellés.** — Après un exposé général sur les diverses méthodes connues pour la correction des nez, l'auteur donne sa préférence aux cartilages : cartilage de veau conservé selon la méthode de Nageotte, ou cartilage prélevé dans la même séance opératoire sur le malade lui-même.

M. MALINIAK (New-York). A propos de la communication du professeur Manna, le docteur Maliniak fait remarquer que le cartilage costal a une tendance à se courber, et, au lieu de répéter plusieurs fois l'intervention, l'auteur recommande l'ivoire, qui, bien préparé, introduit aseptiquement dans la dépression nasale, sera la prothèse de second choix.

M. COELST (Bruxelles). A propos de la communication du professeur Manna, le docteur Coelst nous dit partager l'avis du docteur Maliniak. L'emploi de l'ivoire, si sa technique est correcte, donne des résultats esthétiques parfaits. Dans la pratique, à l'inverse du docteur Maliniak, il commence par l'ivoire, et il réopère par greffon cartilagineux si l'ivoire n'est pas toléré, ce qui est exceptionnel.

M. JIANO (Bucarest). **Résultats opératoires dans l'ankylose temporo-maxillaire.** — L'objet de cette communication est de présenter deux résultats thérapeutiques, obtenus dans l'ankylose temporo-maxillaire, consécutives au typhus exanthématique et à la variole.

— **Restauration du pénis et de l'urètre,** chez un malade qui, à la suite d'une ulcération phagédénique, a perdu presque en totalité son pénis, ainsi que l'urètre pénien.

M. MADUREIRA (Lisbonne). **Opération plastique de la paroi du ventre.** — La technique de l'auteur consiste en deux petites incisions circulaires, inégales, autour de l'ombilic. La petite incision se fait tout près de l'ombilic, et l'incision externe varie en diamètre suivant l'étendue de peau et de graisse à enlever.

Plastique de la face et greffe de la paupière supérieure. — La greffe a pris très facilement chez une fillette de douze ans qui, à l'âge de trois ans, fut atteinte du charbon localisé à la paupière. Dans une séance ultérieure, l'auteur fit un décollement de toute la peau du front pour enlever, par deux incisions latérales, la cicatrice vicieuse.

Un nouvel instrument pour chirurgie esthétique : le Dermoctome. — Cet appareil est manœuvré dans les mêmes conditions que le mamiloctome du docteur Dartigues ; il se compose d'un bistouri circulaire conçu de telle sorte qu'il permet d'adapter des bistouris de différents diamètres.

Présentation également du **Lipoctome.**

Homo-greffe de la région aréolo-mamelonnaire. — L'auteur choisit le donneur comme pour une transfusion de sang. A l'anesthésie locale, il retire de l'homme la partie de l'aréole et du mamelon et les greffe immédiatement à la femme. La blessure faite chez l'homme se cicatrise rapidement. La greffe chez la femme est suturée soigneusement et maintenue par un pansement compressif pendant 10 jours.

M. DUFOURMENTEL (Paris). **Le rôle et l'avenir des greffons cartilagineux dans la chirurgie réparatrice de la face.**

M. Pomfret KILNER (Londres). **Projections illustrant la technique au cours de différentes interventions.** — L'auteur nous montre plusieurs cas opératoires, tous très intéressants, sur la chirurgie plastique et esthétique du nez, de la mâchoire inférieure, des oreilles, de la face, etc...

M. RACOVEANU (Bucarest). **Contributions à la chirurgie esthétique du nez.** — L'auteur accorde sa préférence à l'auto-greffe, puis à l'homo-greffe, prélevée le plus souvent du cartilage costal. A son point de vue, le cartilage est très supérieur à l'os.

M. DARTIGUES (Paris). **Un cas de correction morphologique et de reliquats laissés par une opération antérieure de chirurgie plastique du sein par transposition de l'aréole et du mamelon.** — La malade avait été opérée il y a un an par un autre chirurgien. Sans recourir à une autre transposition, l'auteur a pu transformer un cas peu heureux en un cas morphologiquement bien corrigé grâce à des résections secondaires de glande, de graisse et de lambeaux. On pourrait aller jusqu'à dire qu'une opération corrective donne parfois un résultat meilleur, la première intervention ayant facilité la seconde.

M. PIRES (Rio de Janeiro). **Chirurgie de la correction des rides du visage, et chirurgie esthétique des rides de la main.** — L'auteur expose une technique opératoire des rides du visage ainsi qu'un procédé de résection cutanée au niveau du poignet dans le cas de rides de la main.

M. EASTMAN SHEEHAN (New-York). **Nombreux cas avant et après interventions, présentés sur dkapositifs,** principalement : cas de dépression syphilitique du pont du nez, cas de rhynophyma, bec-de-lièvre secondaire, cas de chéloïde de la nuque, brûlures à la suite d'un jet d'acide sulfurique, cas de noma, cas de déformation et de contraction d'une main, brûlures des deux mains occasionnées par ex-

plosion de gaz de chauffage, blessure profonde du nez suivie de défigurement.

M. Ardouin (Parthenay). **L'association diathermo-chirurgicale dans le traitement des tumeurs bénignes de la face.** — Les tumeurs bénignes de la face doivent être enlevées, en raison de leur dégénérescence possible et de leur facteur inesthétique. Il peut être utile dans certains cas de combiner le bistouri et la diathermo-coagulation.

— **L'incision cutanée et le point de vue esthétique dans la trépanation de l'apophyse mastoïde.** — Il faut utiliser une incision donnant un jour suffisant sur la pointe ; le tracé opératoire pratiqué strictement dans le sillon rétro-auriculaire ne réalise pas parfaitement ces conditions.

— **La résection sous-muqueuse de la cloison dans le traitement de certaines déviations inesthétiques du nez.** — L'auteur démontre l'efficacité de la résection sous-muqueuse dans certaines asymétries du nez s'accompagnant d'une déviation de la cloison. L'auteur recommande l'appareil de Molinié comme étant un moyen de redressement très efficace après la résection sous-muqueuse.

M. Dantrelle (Paris). **Nouvelle intervention plastique des voies lacrymales pour le traitement du larmoiement et des infections aiguës et chroniques du sac.**

M. Claoué (Paris). **A propos des oreilles décollées.** — Présentation d'un cas, avec des photographies intéressantes montrant le malade avant et après l'intervention.

M. R. Petit (Paris). **De la valeur esthétique et plastique de l'emploi de la pince et de la bonnette avec R. X. pour l'extraction des corps étrangers.**

M. F. Campos (Rio de Janeiro). **Du traitement esthétique des petites cicatrices de variole ou acné.**

Mme Huber (de New-York). **Présentation d'instruments utilisés dans la chirurgie esthétique de la face.**

M. San Venero Roselli (Milan). **Méthode et résultats en chirurgie plastique de la face** (Projections.)

M. Madureira (Lisbonne). **Opération esthétique des seins.**

M. O. Genevoix (Paris). **La diastolisation du Dr G.-F. Gauthier dans les lésions consécutives aux traumatismes du nez et des maxillaires.**

M. Castex (Châteauroux). **L'exérèse des bourrelets hémorroïdaux au serre-nœuds diathermique.**

M. Eckstein (Berlin). **Extraction des corps étrangers par appareils de succion par ventouses de Bier.**

M. Muller (Belfort). **Du meilleur matériel et de la meilleure technique de ligature, de suture et de pansement en chirurgie esthétique de la face et du cou.**

M. Gérard Maurel (Paris). *Séance opératoire :* Opération plastique endo-buccale. — Présentation de malades opérés. 1° Deux hémirésections totales du maxillaire supérieur pour tumeurs à myéloplaxes. 2° Une ankylose temporo-maxillaire guérie. 3° Un bec-de-lièvre unilatéral total opéré.

M. Dartigues. *Séance opératoire :* Cas de mammectomie bilatérale totale avec greffe aréolo-mamelonnaire libre pour un cas d'hypertrophie mammaire accentuée. Démonstration de l'instrumentation.

M. Wallet. *Séances opératoires :* Orteils en marteau.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1931-1932 (1).

Doctorat d'État. — 134. Aubertin. — Causes et mécanisme de la stéatose hépatique chez les tuberculeux.

112. Beau. — Les résultats éloignés du traitement ambulatoire de la coxalgie.

111. Billet. — L'hyperthermie post-opératoire chez le nourrisson et le jeune enfant. Etude pathologique et thérapeutique.

97. Boron. — Contribution à l'étude des méthodes objectives de la réfraction.

116. Boron (Mme), née Schirr. — Contribution à l'étude d'organisations permanentes de transfusion sanguine. Organisation à la Maternité de Nancy.

104. Bosquier. — Les lésions de l'uretère au cours des interventions gynécologiques et leur traitement.

101. Branche. — Les ossifications post-traumatiques paracondyliennes internes du fémur (maladie de Pellegrini-Köhler-Stieda).

133. Butin. — Rupture du tendon du long extenseur du pouce dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius.

105. Chalmot. — La prophylaxie du cancer du col utérin. Dépistage et diagnostic précoces.

117. Dandois. — Contribution à l'étude des abcès de l'écorce du rein.

128. Debail. — Contribution à l'étude du traitement des septicémies à streptocoques.

137. Derome. — Contribution à l'étude de l'ostéopsikilie (ostéopathie condensante disséminée).

123. Devriendt. — Le bismuth et les ictères bismuthiques.

115. Druost. — Menstruation et éducation physique.

127. Fevrier. — De la gastro-entérostomie dans le traitement des perforations pyloro-duodénales par ulcère (et en particulier de la gastro-entérostomie retardée).

126. Gantois. — Le rein ectopique pelvien considéré aux deux seuls points de vue de l'étude clinique et du diagnostic.

135. Gault. — Le trachome en Lorraine.

106. Gelas (Mlle). — Le signe de la conservation des attitudes en pédiâtrie.

99. Gouilly. — Les accidents de l'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire.

103. Graby. — Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses pleuro-pulmonaires par l'allergine.

132. Grandjacquot. — La Faculté de médecine de Pont-à-Mousson, 1592-1769, et la médecine lorraine à cette époque.

144. Huel. — L'éducation physique dans l'industrie.

125. Jacquemart. — Contribution à l'étude de la dermatite pustuleuse végétante chronique en foyers à progression excentrique.

121. Jacquot. — Etude des exostoses du rachis cervical.

120. Kuntz (Mlle). — Les scissures dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte.

108. Lecaille. — Le contrôle de l'éducation physique dans l'armée.

143. Le Guyon. — Recherches sur l'ultrafiltration en bactériologie.

142. — Lupanof. — Contribution à l'étude du traitement des fibromes utérins par la curiethérapie.

118. Lyzinski. — Aperçu sur l'alcoolisme dans le bassin de Briey.

(1) Voir *Gaz. des hôpil.*, 1932, Montpellier, n° 79, p. 1446; Marseille, n° 85, p. 1558; Strasbourg, n° 86, p. 1581; Toulouse, n° 88, p. 1618 ; Bordeaux, n° 95, p. 1763.

98. MABILLE. — L'articulation de l'épaule dans les lancers sportifs. Les fractures des lanceurs.

124. MASSOT. — De l'action de quelques eaux minérales vosgiennes sur le système neuro-végétatif.

138. MORELLE. — Spécificité de l'action hypotensive de la vagotonine.

129. PELERIN. — L'herpès zoster envisagé particulièrement dans les manifestations bucco-pharyngées.

113. PERRIN. — L'échinococcose alvéolaire du foie principalement chez l'homme en France.

110. PHILIPPE. — Engagement direct antéro-postérieur au détroit supérieur.

100. PRIEUR. — A propos du traitement de l'appendicite aiguë par la vaccinothérapie locale.

130. SPILLMANN. — Syphilis épidémique et porteurs de germes.

107. STOQUER. — L'ostéochondrite de la rotule.

119. VERBRUGGE. — La fièvre ganglionnaire.

136. WILTZER. — L'apophysite calcanéenne de croissance. Calcanes pathia posterior adolescentium.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 131. ENTCHEVA (Mlle. — Variations de la leucocytose dans la spléno-contraction adrénalinique.

109. FIDEL. — Le cardyl dans le traitement de la syphilis.

114. GELBART. — Contribution à l'étude de la luxation traumatique de la hanche chez l'enfant.

102. GRUJIC. — Contribution à l'histologie de la glande de Lœwenthal.

141. KAPPELMAN. — Contribution à l'étude de la contusion herniaire avec rupture d'une anse intestinale.

139. SOLOWIEJCZYK. — Etude pathogénique des complications pulmonaires dans la chirurgie tonsillaire.

140. SOUKMANOFF. — De la dystocie d'engagement du gros enfant chez les multipares obèses.

122. TOUZLOUKOFF. — Sacro-coxalgie aiguë.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

COMPLICATIONS HÉPATO-BILIAIRES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Dans les complications hépato-biliaires de la Fièvre typhoïde, on peut distinguer :

1° Les *complications proprement dites, classiques : Ictères, Abcès du foie, Cholécystites.*

2° Les *formes hépato-biliaires, extra-intestinales* de la Fièvre typhoïde, que les *recherches bactériologiques modernes* ont bien mises en évidence.

I. **Complications hépato-biliaires** : rôle des tares hépatiques antérieures.

Sans insister sur les *symptômes hépato-biliaires* constants de toute typhoïde normale : *Hépatomégalie, Modifications des selles,* fétides et gris jaunâtre, *Urobilinurie,* nous étudierons d'abord :

A. LES ICTÈRES. — Depuis les travaux de Widal sont reconnus comme traduction d'une *hépatite* :

a) *Ictère léger.* — Au cours d'une typhoïde qui s'annonçait normale jusqu'alors, avec sa fièvre continue, son pouls

dissocié et dicrote, un état typhique avec grosse rate, taches rosées, gargouillement dans la fosse iliaque droite, diarrhée, on remarque :

Une *coloration* cutanéo-muqueuse ;
Le *foie* légèrement tuméfié paraît plus sensible ;
Les selles restent colorées ;
Les *urines* contiennent des pigments et des sels biliaires.

Cet ictère est fugace (quelques jours), il n'implique aucune gravité particulière à la dothienentérie.

b) *Ictère infectieux de moyenne intensité.* — Vers la troisième ou quatrième semaine, l'*état général* s'aggrave : agitation, délire, *frissons*, recrudescence de la température, parfois chute thermique, *accélération du pouls, ictère intense*, foie gros et douloureux, *les selles sont décolorées*, rétention des pigments et des sels, rarement dissociation dans la règle : *ictère pseudo-grave* et la guérison survient en quelques jours.

Mais l'apparition d'un tel ictère au cours d'une typhoïde vient toujours aggraver le pronostic, et la mort peut survenir rapidement.

c) *Ictère grave.* — Avec signes infectieux marqués, *gros troubles nerveux, syndrome hémorragique*, ictère par rétention plus ou moins intense, oligurie accentuée avec *albuminurie*, et mort en quelques jours dans le coma.

B. Les abcès du foie. — *Exceptionnels.* Ce sont, le plus souvent, de *petits abcès aréolaires multiples*, d'origine septicémique.

De *diagnostic très difficile :* chez un typhique, les signes généraux font rechercher l'existence d'une complication qu'une *réaction pleurale de la base droite* et qu'une *hépatomégalie douloureuse* permettent de *supposer.*

C. Les cholécystites. — Peuvent apparaître à une période quelconque de la typhoïde, mais le plus souvent *au cours du troisième septenaire.*

Deux types bien individualisés (Quénu) :

a) *Cholécystite aiguë,*
b) *Cholécystite perforante.*

a) *Cholécystite aiguë.* — 1° *En pleine typhoïde :* le diagnostic est difficile chez un malade prostré, l'aggravation de l'état général, les *sueurs*, la température plus oscillante sont peu caractéristiques. L'examen quotidien du *ventre* permet de noter une *défense musculaire dans la région vésiculaire*, une *douleur* plus ou moins nette à ce niveau.

2° *Pendant la convalescence* : tableau net avec :

— *Douleur brusque, violente,* de l'hypocondre *droit*, irradiant dans le dos et l'*épaule droite ;*

Vomissement ou nausées répétées, parfois du *hoquet ;*

— *Réascension thermique*, altération du faciès, tachycardie ;

— Des *signes locaux sous-hépatiques : défense musculaire* plus ou moins intense, *douleur* très nette de la région vésiculaire, dans certains cas on peut sentir une *tuméfaction sous-hépatique*, arrondie, rénitente et douloureuse.

Bien noter que l'*intensité des symptômes n'est nullement en rapport avec la gravité des lésions vésiculaires*, et si le repos et la glace amènent souvent la guérison, toujours craindre : la *suppuration*, la *perforation*.

b) *Cholécystite perforante.* — Dans la règle, elle survient d'*emblée.* C'est le tableau classique de la *perforation typhique :* aucun symptôme de valeur au cours de la dothienentérie au second ou troisième septenaire.

Dans la majorité des cas, la chute thermique brusque et le pouls grimpant, un faciès plus altéré, de la polynucléose sanguine, quelques signes locaux, une certaine douleur et un certain degré de défense musculaire haute, à *plusieurs examens successifs* font faire le diagnostic et *poser l'indication chirurgicale.*

II. **Formes extra-intestinales de la Fièvre typhoïde** (Bezançon et Philibert) — A. Les ictères. — 1° C'est le tableau d'un *ictère infectieux primitif*, à allure souvent épidémique et que rien ne permettrait de rattacher à la F. T. sans l'*hémoculture* systématique. Il s'agit presque toujours de *Para B.* avec *défervescence* en *lysis* et l'on a discuté les *infections associées*, la possibilité de « *microbe de sortie* ».

2° Forme hépatique de la F. T. (Roger). — Syndrome analogue à celui d'un ictère grave, survenant surtout chez l'enfant, avec : *absence d'ictère, phénomènes de collapsus, érythèmes scarlatiniformes* (dégénérescence massive du parenchyme hépatique).

B. Les cholécystites typhiques peuvent apparaître : soit *isolées*, soit *longtemps après une F.T.*

Elles ont pu être diagnostiquées : 1° par le *séro-diagnostic* ; 2° par la *biliculture.*

Elles peuvent se présenter sous différents aspects :

α) C. *aiguë*, catarrhale ;
β) C. *chronique, hydropique, scléro-atrophique ;*
γ) C. *latente : réservoir de bacilles* éberthiens et montrant l'importance de ces faits pour les *porteurs de germes.*

C. Séquelles hépato-biliaires. — α) L'infection biliaire persistante jointe à l'hypercholestérinémie post-typhique expliquerait le rôle étiologique de la F. T. dans la *lithiase biliaire ;*

β On a cité des *ictères infectieux chroniques* (Hayem) ;

γ) Des *cirrhoses biliaires splénomégaliques* (Gilbert), comme autres séquelles possibles.

DIAGNOSTIC

L'étude de ces différentes localisations hépatobiliaires de la dothienentérie nous a montré l'intérêt des recherches bactériologiques modernes dans les ictères et les cholécystites.

En pratique:

1° Devant un *ictère* ou une *cholécystite aiguë*, c'est le problème *pronostic qui se pose.*

2° En cas de *perforation vésiculaire* :

a) Eliminer les *fausses perforations :* douleur de l'hypocondre droit, appendicite, rupture du grand droit, surtout le *collapsus typhique* dans sa forme péritonéale ;

— *Examens cliniques successifs et minutieux.*

b) Eliminer la *perforation intestinale :* se baser sur la *localisation douloureuse.*

c) C'est l'intervention qui fait parfois reconnaître l'existence de *fausses cholécystites.*

TRAITEMENT

Ictère. — *Désinfectants biliaires habituels.* Au bout de 21 jours se pose la question du *drainage des voies biliaires :* soit *chirurgical* (Quénu et Duval), soit *médical* (tubage d'Einhorn).

Cholécystite. — *Aiguë :* repos et glace.
Perforante : poser l'indication opératoire.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 103. — SAMEDI 24 DECEMBRE 1932. 105e ANNEE. SAMEDI 24 DECEMBRE 1932. — N° 103.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — SERVICE DE SANTÉ. — Les articles 46 et 46 *bis* du règlement général sur le Service de santé sont modifiés ainsi qu'il suit :

ART. 46. — Tout chirurgien ou accoucheur chef de service, à l'exclusion des chefs des services de clinique obstétricale de la clinique Tarnier et de l'hôpital de la Pitié, peut demander l'adjonction d'un assistant au cadre du personnel médical de son service; cet assistant doit être choisi parmi les chirurgiens ou les accoucheurs des hôpitaux, ou, à défaut, parmi les candidats admissibles définitifs au concours de chirurgien des hôpitaux, ou en ce qui concerne les services de maternité parmi les docteurs en médecine, anciens internes des hôpitaux, justifiant d'une admissibilité au concours d'accoucheur des hôpitaux.

L'assistant est nommé pour un an à compter du 1er janvier par le directeur général de l'administration sur la proposition du chef de service et peut être réinvesti dans les mêmes formes pour des périodes successives de même durée.

Dans le cas où les chefs de service de chirurgie qui désireront s'adjoindre un assistant ne formuleraient aucune proposition les places ainsi vacantes seront mises au choix des chirurgiens des hôpitaux et des candidats admissibles définitifs au concours de chirurgien des hôpitaux.

L'assistant supplée le chef de service dans ses fonctions; il assure son remplacement pendant ses absences et notamment pendant la période des congés annuels.

En cas de maladie de longue durée ou de décès survenant après le 1er janvier l'assistant assurera la direction du service jusqu'à la date des prochaines mutations annuelles, sans que ce service soit mis au choix des chirurgiens ou des accoucheurs affectés au service des remplacements.

Les fonctions de chirurgien assistant de service sont incompatibles avec celles de chirurgien de la consultation.

Les assistants de chirurgie maintenus en fonctions exceptionnellement et sur leur demande au delà de la date à laquelle ils auraient pu normalement être titularisés comme chefs de service sont dispensés des obligations particulières imposées aux chirurgiens des hôpitaux par les articles 43 à 45 et 82 à 83 du règlement sur le Service de santé. Ils peuvent être désignés comme membres des jurys des concours dans les mêmes conditions que les chefs de service. S'ils renoncent à leurs fonctions ils prendront rang sur la liste d'ancienneté en vue des mutations annuelles des chefs de service immédiatement après le dernier chirurgien ou accoucheur des hôpitaux titularisé comme chefs de service.

Les assistants reçoivent une indemnité annuelle.

ART. 46 *bis*. — (Supprimé.)

HOPITAUX DE PROVINCE. — GRENOBLE. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Etienne Berthet, Hakami, Joseph Rebuffet, Roche, Delattre, Déroudille, Cairel, Stolzenberg.

Internes provisoires : MM. Cadence, Mockers, Roger, Genin, Grange, Peyron, Jean Ricard.

— LYON — Le concours pour la nomination d'un médecin de l'hôpital Renée Sabran, à Hyères, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Imbert.

GUERRE. — M. le médecin général Gorisse, directeur du Service de santé de la 10e région, a été placé, à compter du 18 décembre 1932, dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire.

LE NOUVEAU MINISTÈRE. — M. de Monzie reste à l'Education nationale; M. Justin Godart est remplacé à la Santé publique par M. Daniélou.

Le ministère comprend, d'autre part, deux médecins : M. Queuille, ministre de l'Agriculture, et M. Marcombes, sous-secrétaire d'Etat à l'Education physique.

LE CENTENAIRE DES ALLUMETTES. — Les allumettes chimiques auraient été inventées il y a cent ans, écrit *Le Temps*, par un collégien de Dôle, nommé Sauria, qui finit sa vie dans la médiocrité comme médecin de campagne, pendant que les Allemands, ayant connu son secret, en tiraient un fructueux profit. Après sa mort ses compatriotes lui élevèrent un monument à Poligny, son pays natal.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Georges Haret, chef du service électroradiologique de l'hôpital Lariboisière, officier de la Légion d'honneur, mort victime du devoir professionnel; le docteur Crouzet (de Creil); le professeur W. S. Thayer de la John hopkin's University à Baltimore U. S. A.; le professeur Hans Much, ancien assistant de Behring, décédé à Hambourg; le professeur Alessandro Bruschettini, l'éminent bactériologue de Gênes; les docteurs J. Rottenstein (de Marseille), Paul George (de Paris), Payot (d'Annecy), le professeur Glaister (de Glasgow).

(*Voir la suite des* « Informations », *p. 1917.*)

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR PAUL MATHIEU

Vendredi 16 décembre, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le professeur Paul Mathieu a inauguré ses leçons de chirurgie orthopédique de l'adulte. La salle comble d'étudiants, des maîtres et des nombreux amis venus pour applaudir le nouveau professeur, avait l'animation des grands jours. Autour de lui nous avons reconnu le médecin général inspecteur Rouvillois, MM. Marcel Pinard, Trèves, M. Proust, Basset, Duvoir, Lian, Ed. Michon, Halbron, Ledoux-Lebard, Babonneix, Hartmann, Gosset, Guéniot, Ravina, Sergent, Alglave, Brulé, Clerc, Grégoire, Cathala, Pouchet, Gougerot, Bénard, Guillain, Lereboullet, Lemierre, Pochon, Cathala, Bouvat, Gautrelet, Marion, etc., etc... Et derrière la table fleurie, la décorative brochette des robes rouges : MM. Cunéo, Pierre Duval, Ombrédanne, Lemaître, Hovelacque, Baudouin, Harvier, Cadenat, Guy Laroche, Lenormant, Mondor, Rathery, Laignel-Lavastine.

C'est le professeur Cunéo, assesseur du Doyen qui présente le nouveau professeur, avec sa bonhommie souriante et fine ; il expose les raisons qui ont engagé la Faculté à demander la création de cette chaire nouvelle d'orthopédie de l'adulte. Les affections orthopédiques ne sont pas l'apanage de la chirurgie infantile. Bien des adultes sont justiciables de cette chirurgie spéciale. Cette chaire comble donc une lacune de l'enseignement, et Paul Mathieu semble fait pour elle.

D'une voix nette et qui porte bien, scandant les phrases qu'il veut souligner d'un geste de la main, Paul Mathieu remercie d'abord ceux qui à l'unanimité, l'ont désigné au choix du ministre. Il évoque le souvenir ému de ses chers disparus, sa mère, son père, professeur de mathématiques spéciales à Normale Supérieure, qui le destinait à la carrière des sciences. Mais, dès le lycée de Reims, la renommée de Doyen avait suscité chez lui la vocation chirurgicale. Après la licence ès sciences, il aborda la médecine. Il suivit de manière brillante et rapide la filière des concours. Parmi ses maîtres, quatre d'entr'eux l'ont surtout marqué de leur empreinte. Terrier chez lequel il va être stagiaire, externe interne ; Gosset son prosecteur et chef de clinique chez Terrier ; Quénu dont il a été l'interne et le chef de clinique ; Charles Dujarier dont il fut l'assistant.

Ayant rendu hommage à ses maîtres et montré ce qu'il devait à chacun d'eux, P. Mathieu retrace l'historique de la chirurgie orthopédique. Jadis, elle se bornait à l'étude des procédés d'amputation. Puis certains chirurgiens osent aborder les résections ; Moreau (de Bar-sur-Ornain) dès 1792, pratique la résection du genou, puis celle d'autres articulations. Flaubert en 1838 réalise la suture des os dans les pseudarthroses. C'est ensuite la classification des fractures et luxations par Dupuytren, Malgaigne.

Puis deux grands noms, Amédée Bonnet avec l'étude des maladies des articulations et Ollier avec ses travaux sur la régénération des os et les résections. Plus près de nous Lucas Championnière, Ch. Nélaton, Tuffier, Pierre Delbet.

Mais ce sont surtout les chirurgiens d'enfants qui ont étudié l'orthopédie : Lannelongue et les trois titulaires de la chaire de clinique infantile : Kirmisson, Ombrédanne et à côté d'eux Albert Mouchet et Camille Ducroquet.

Mais ni étymologiquement, ni en fait, l'orthopédie ne s'applique exclusivement à l'enfant. La guerre, en causant de multiples lésions osseuses et de séquelles, le machinisme, l'automobile en multipliant accidents de travail et accidents de voie publique, la persistance chez l'adulte de bon nombre des lésions congénitales observées chez l'enfant, la tendance à substituer des solutions chirurgicales à l'appareillage à demeure ont créé un vaste champ qui relève de la chirurgie orthopédique de l'adulte. Une grande partie est constituée par la traumatologie des membres et du rachis. L'ensemble constitue la chirurgie réparatrice de l'appareil moteur, qui possède déjà à l'étranger des centres de traitement et d'enseignement. La chaire de chirurgie orthopédique de l'adulte doit répondre à deux buts : elle doit constituer un centre d'enseignement professionnel pour les futurs praticiens et aussi pour les chirurgiens — et dans ce but, des cours complémentaires sur le cadavre seront institués à l'amphithéâtre des hôpitaux. Elle doit aussi constituer un centre de recherches, visant la perfection des techniques en collaboration avec les physiologistes, et l'étude des invalidités.

En finissant, Paul Mathieu montre l'étendue de la tâche à remplir pour atteindre ce double but, égaler ce qui est fait dans ce sens à l'étranger. On peut compter sur sa ténacité et son énergie pour l'accomplir.

La péroraison de M. Paul Mathieu a été à juste titre couverte d'applaudissements unanimes.

M. LANCE.

RENSEIGNEMENTS

APPARTEMENT R.-D.-C. 7 p., ent. façade, t. conf. Conv. part. pour médecin. — 54, boulevard Emile-Augier (XVIe).

INFORMATIONS

(SUITE)

COLLÈGE DE FRANCE. — Le professeur Charles Nicolle, membre de l'Institut, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, commencera son cours au Collège de France sur le *Destin des maladies infectieuses*, le vendredi 13 janvier 1933, et le continuera les mercredi et vendredi, à 5 h., salle 6.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE. — La XXXVIIe Session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Rabat (Maroc) du 5 au 12 avril 1933.

Président : M. le professeur Georges Guillain (de Paris); vice-président : M. le docteur L. Lagriffe, médecin directeur de l'Asile de Quimper (Finistère); secrétaire général permanent : M. le docteur René Charpentier, de Neuilly-sur-Seine (Seine); secrétaire annuel : M. le docteur de Labretoigne du Mazel, médecin directeur du Centre psychiatrique de Ber-Rechid (Maroc); trésorier : M. le docteur Vignaud, 2, rue Falret, à Vanves (Seine).

Questions à l'ordre du jour de la XXXVIIe session :

Psychiatrie : *Les encéphalites psychosiques.* — Rapporteur : M. le docteur L. Marchand, médecin chef à l'Asile clinique Sainte-Anne.

Neurologie : *Les ataxies.* — Rapporteur : M. le docteur Raymond Garcin, médecin des hôpitaux de Paris.

Médecine légale : *Conséquences médico-légales des amnésies traumatiques.* — Rapporteur : M. le docteur Paul Abely, médecin chef du service des aliénés difficiles à l'Asile de Villejuif (Seine).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Lundi 19 décembre. — Jury : MM. Clerc, président ; Fiessinger, Moreau, Troisier. — M. CANTEGRIT. Les syndromes agranulocydaires d'origine bismuthique. — M. AVENARD. Traitement et physiopathologie du diabète insipide.

Mardi 20 décembre. — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Claude, Lereboullet, Huguenin. — Mlle BINET. Pneumothorax artificiel et gestations. — M. GOT. L'assistance aux épileptiques, son état actuel en France. — M. LANDREAU. Essais cliniques sur le rapprochement des maladies d'aspect différent.

Jury : MM. Bezançon, président ; Gougerot, Sergent, Chevallier. — M. ILLAIRE. Contribution à l'étude du cancer de l'œsophage. — M. ASMUS. Les tubercules des trayeurs et leur étiologie. — M. FAVIER. La maladie de Bowen, sa localisation buccale. — Mlle PERKER. Utilisation des courants de haute fréquence en stomatologie. — M. HILDA HASCOËT. Contribution à l'étude du pronostic des pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses.

Jury : MM. Pierre Duval, président ; Lenormant, Dognon, Gatellier. — M. ZUJOVIC. De l'insufflation gastrique. — M. DELBÈS. Le syndrome radiologique de sténose du pylore.

Mercredi 21 décembre. — Jury : MM. Lemierre, président ; Mathieu, Tanon, Cathala. — M. FUHRMAN. Contribution à l'étude de la pression artérielle moyenne, en particulier chez les Brightiens, œdémateux et les éclamptiques. — M. FLEUROT. Préservation de la tuberculose et vie familiale.

L'Armée d'Orient délivrée du paludisme, par Edmond et Etienne SERGENT. Préface du Dr ROUX. In-8° illustré de 91 pages. Paris, Masson et Cie.

REVUE GENERALE

Travail de la Clinique neurologique de la Faculté de Marseille
(Professeur : H. ROGER.)

PHYSIOLOGIE DE LA CIRCULATION CÉRÉBRALE

Par le docteur PAUL SARRADON,

Interne des hôpitaux de Marseille.
Préparateur à la Faculté de médecine.

Le problème de la circulation cérébrale a de tout temps passionné les physiologistes. En effet, son importance est grande puisque la circulation du sang à l'intérieur de la boîte cranienne règle la nutrition de l'encéphale et son fonctionnement.

Malheureusement nombreuses sont les inconnues de ce problème ; en effet, d'une part les expériences minutieuses et précises sont difficiles à faire dans un temps très court, d'autre part il est hardi de poser des analogies entre les études portant sur la circulation cérébrale des animaux et celles portant sur la circulation de l'encéphale de l'homme.

Historique. — On comprendra alors aisément qu'il faut remonter seulement à la moitié du XIXe siècle pour trouver des recherches vraiment scientifiques sur ce sujet que physiologistes, chirurgiens et neurologistes travaillent de concert.

Brachet, en 1830, fut le premier à réaliser sur les animaux de laboratoire une trépanation en règle et à observer ainsi directement la circulation cérébrale. Après lui, en 1859 et en 1866, Donders et Leiden perfectionnèrent cette technique en ajustant hermétiquement à l'orifice de trépanation un hublot de verre.

F. Franck, de 1875 à 1904, dans le dictionnaire encyclopédique et ses travaux de laboratoire fait une étude précise et remarquable de la circulation cérébrale.

Plus près de nous Florey, Jacobi, Magnus, Hirschfelder, Sandor, grâce à une technique bien conduite, des opérations rapides et des aides expérimentés, publient de nombreux travaux utiles sur ce sujet.

Mais c'est surtout après la grande Guerre que se sont multipliées les recherches et les publications sur cet important problème physiologique. En première place, nous devons citer l'école américaine avec Harvey, Cushing, H. Forbes et H. Wolff, appartenant tous au « Department of Neuro Pathology » de Harward et Peter Bent Hospital.

En second lieu se place l'école française : Binet résume ses recherches en un important article paru dans la Presse Médicale (de 1924), Lenormant et Cauchoix étudient soigneusement la ligature des carotides et les accidents qu'elle provoque en une série de publications. Cestan, Riser, Sorel, Mériel et Planques, de la Faculté de Toulouse, exposent leur technique nouvelle au sujet de l'observation des vaisseaux cortico-méningés et les constatations utiles qu'ils ont pu faire. Riser en particulier résume ses recherches dans un numéro de l'*Encéphale* de 1931.

Dans un premier chapitre nous envisagerons les moyens d'étude de la Circulation cérébrale, le deuxième chapitre sera consacré aux facteurs (mécaniques et vaso-moteurs) qui la conditionnent. Enfin, nous étudierons dans un troisième chapitre les modifications qui surviennent au cours des diverses circonstances physiologiques.

A. Les moyens d'étude.

1° Les moyens d'études physiologiques. — Les uns apportent une faible contribution à l'étude de la circulation cérébrale, tels : la méthode de perfusion du cerveau, la mesure des variations de pression artérielle dans le polygone de Willis, la mesure des variations de pression du L. C. R., la recherche de la contractilité des artères immergées dans le liquide de Ringer. Nous n'insisterons donc pas.

Les autres au contraire présentent un réel intérêt et éclairent ce problème : nous voulons parler du pouls cérébral, de l'observation directe des vaisseaux cortico-méningés après trépanation, de l'observation en cavité close, des excitations mécaniques et électriques.

a. LE POULS CÉRÉBRAL. — Chez l'animal, on a recours pour cette étude à la technique de Fredericq ; on pratique un trou de trépan dans la boîte cranienne et l'on introduit un bout de verre coiffé d'un anneau de caoutchouc. Le tube est rempli de paraffine, un canal très fin a été laissé au centre ; un tube de verre étroit relié à un tambour de Marey par un tube de caoutchouc y pénètre.

Chez l'homme, deux cas se posent : ou bien le sujet est sain. L'exploration se fait alors par l'étude graphique du pouls carotidien, suivant la méthode signalée par Gley dans sa thèse de doctorat.

Ou bien le sujet est trépané. Mosso recouvrait la brèche cranienne avec une lame de gutta-percha portant dans son milieu un petit tube de verre ; ce tube de verre se continue avec un autre tube de caoutchouc qui allait se réunir à un tambour à levier.

Roger et Herbert appliquent sur la région cérébrale pulsatile un bouton de cardiographe très sensible ; ces auteurs ont pu ainsi explorer le pouls cérébral chez plusieurs trépanés de guerre.

Si pour certains auteurs l'inscription graphique d pouls cérébral est une méthode simple et précise, pour d'autres elle paraît loin d'être d'une grande rigueur. En effet, elle dépendrait trop de la systole et des modifications de la pression intra-cranienne au cours de l'expérience.

b. L'OBSERVATION DIRECTE APRÈS SIMPLE TRÉPANATION. — Pour cette étude on a recours à la technique de Riser : on pratique un trou de trépan sur le crâne de petits animaux de laboratoire.

On élève ensuite autour de l'orifice osseux un rebord avec de la cire collante de dentiste ; dans cette cuvette on verse du liquide de Ringer qui baigne ainsi la surface cérébro-méningée. On peut observer alors aisément avec un oculaire micrométrique les vaisseaux cortico-méningés.

Les auteurs reprochent à cette technique trois causes d'erreur :

1° le cerveau a tendance à faire hernie à travers

l'orifice de trépan, hernie irréductible qui se développe rapidement et qui amène de ce fait même une vaso-dilatation des vaisseaux cortico-méningés ;

2° le cerveau est soumis à travers l'orifice de trépan aux influences atmosphériques, à la température ambiante, ce qui fausse les résultats ;

3° le cerveau entre rapidement, malgré le liquide de Ringer, en dessication et une longue observation est impossible puisque sa durée ne doit pas dépasser dix minutes.

Aussi préfère-t-on de beaucoup la dernière méthode, l'observation en cavité close qui pallie à toutes ces causes d'erreurs.

c. L'OBSERVATION EN CAVITÉ CLOSE. — De date récente si l'on excepte les expériences de Donders et de Leiden, elle a été pratiquée par l'école américaine avec Forbes et Wolff. Reprise par Riser et Sorel, ils en ont précisé la technique dans un article de la *Presse Médicale* de 1930, nous n'y insisterons donc pas. Disons cependant les divers temps opératoires qu'elle comporte : Incision des plans cutanés et musculaires, trépanation, ligature des grosses veines diploïques sur la dure-mère, incision de la dure-mère. C'est à ce moment qu'il faut adapter au niveau de l'orifice de trépan l'appareil formant hublot. Ainsi posé, il est fixé ensuite au rebord osseux par de la cire de dentiste ; on injecte alors par une fine tubulure le liquide de Ringer. On éclaire enfin le hublot par une ampoule introduite dans une lampe à projection ; l'observation se fera de plusieurs façons : soit directement, grâce à un microscope grossissant porteur d'un oculaire micrométrique, soit par la micro-photographie en série, soit enfin par la micro-cinématographie. De plus, pour compléter l'expérience on a coutume de mesurer la pression artérielle grâce à un manomètre de Ludwig dont la canule est mise en relation avec une grosse artère, de mesurer la tension du L. C. R. grâce au manomètre de Claude, dont l'aiguille est fichée dans la membrane atloïdo-occipitale, de rechercher la pression veineuse en enfonçant dans le sinus longitudinal une aiguille reliée à un manomètre et enfin d'inscrire le pouls cérébral suivant la technique ci-dessus.

Ainsi sont réalisées les trois conditions nécessaires :

1° la pression intra-cranienne est maintenue égale à la normale, empêchant la hernie cérébrale ;

2° le cerveau, grâce au hublot, est soustrait aux influences atmosphériques ;

3° on peut associer aux diverses études énumérées plus haut l'observation prolongée de plusieurs heures, la mesure et la photographie des vaisseaux cortico-méningés.

Quels résultats vont nous donner ces trois méthodes de renseignements ?

L'observation précise permet de mettre en valeur les points suivants : la surface cérébro-méningée est sillonnée en tous sens de veines, d'artères et de collatérales qui sont recouvertes d'un feutrage arachnoïdien de couleur blanche dont l'épaisseur augmente avec le calibre du vaisseau ;

Les battements sont nets au niveau de grosses artères, infimes au niveau des collatérales.

Les variations spontanées du calibre des vaisseaux sont rares, dues pour Riser à un défaut de technique (diminution ou augmentation de la pression intra-cranienne, d'une part, diminution de la pression artérielle différentielle d'autre part : shock, anesthésie, défaillance cardiaque).

La mesure du calibre des vaisseaux cérébraux grâce à l'oculaire micrométrique est rendue bien souvent difficile, et imprécise à cause de l'épaisseur même de la gaine qui les entoure ; néanmoins on peut dire schématiquement que les grosses artères mesurent 500 à 600 microns de diamètre, les moyennes 250 à 350 microns et les toutes petites, de 30 à 50.

La micro-photographie et la micro-cinématographie donnent parfois des résultats fort intéressants.

d. L'EXCITATION MÉCANIQUE ET L'EXCITATION ÉLECTRIQUE sont des méthodes qu'il ne faut pas dédaigner. Par l'attouchement des vaisseaux cérébraux avec une fine pipette, on détermine une vaso-constriction sur la longueur excitée, spasmes qui ne durent que de 4 à 5 minutes. Par l'excitation électrique, on déclenche une vaso-constriction intense localisée au point irrité et qui est plus durable que la précédente, 15 à 20 minutes environ.

2° **Les moyens d'étude de chirurgie expérimentale.** — Ce fut après les travaux des physiologistes portant sur les résultats obtenus chez les animaux à la suite des ligatures des vaisseaux du cou que les chirurgiens tentèrent ces redoutables opérations. Citons les noms de Lecène, Lenormant, qui a apporté des statistiques imposantes, de Cauchoix, qui a fait de consciencieuses recherches sur cette question.

Nous étudierons successivement l'anémie cérébrale expérimentale chez les animaux, l'anémie cérébrale chez l'homme.

a. CHEZ L'ANIMAL. — Pour obtenir l'anémie cérébrale chez les chiens, deux moyens s'offrent à l'expérimentateur : la ligature des artères et l'injection de substances oblitérantes.

La première méthode consiste à lier les vertébrales et les carotides primitives ou mieux le tronc brachio-céphalique artériel et la sous-clavière gauche. Mais l'on n'est jamais certain d'obtenir une anémie complète ; aussi préfère-t-on de beaucoup avoir recours à la deuxième méthode, l'oblitération artérielle qui consiste à injecter dans le bout encéphalique de la carotide dix centimètres cubes tenant en suspension de la poudre de lycopode.

Quels résultats allons-nous donc avoir ?

Plusieurs cas peuvent se poser : ou bien l'on note une absence complète de troubles moteurs et sensitifs, ou bien au contraire l'existence d'accidents nerveux graves.

Il n'est pas rare en effet de noter chez le chien à la suite d'une ligature des quatre artères encéphaliques l'absence complète de troubles fonctionnels : « c'est un spectacle inattendu que celui de ce chien qui, à peine réveillé du sommeil anesthésique, se met à marcher, à courir dans le laboratoire, si bien qu'un observateur non prévenu ne pourrait pas le distinguer d'un animal tout à fait normal ». Cela se comprend aisément, car la circulation sanguine du chien reste assurée par des voies collatérales, des anastomoses de rameaux artériels et en particulier par l'inoculation de

l'intercostale supérieure avec les spinales antérieures qui ramènent le sang dans le polygone de Willis.

Moins fréquemment, à la suite de ces expériences et en dépit de cette richesse anastomotique, vont apparaître des troubles sensitifs et moteurs graves. Parmi les premiers, citons la cécité (le chien marche en se cognant), la perte de l'odorat et de l'audition.

Les troubles moteurs consistent en paralysie, ataxie. Duvilliers insiste sur les mouvements de manège : l'animal tournant constamment en cercle.

b. CHEZ L'HOMME. — Ce fut surtout pendant la dernière guerre et sous l'influence hardie de Lenormant que les chirurgiens tentèrent la ligature des gros vaisseaux du cou. Cette opération s'impose dans les plaies du cou, parfois au cours de l'extirpation d'une tumeur, dans le traitement curatif des anévrismes artériels, artérioso-veineux et en particulier dans les exophtalmos pulsatiles.

Quels résultats allons-nous observer ?

Essentiellement variables, ils dépendent de l'âge de l'opéré, de la technique suivie et de l'affection présentée.

Schématiquement on peut les grouper en trois classes : absence d'accident, présence d'accidents légers, présence d'accidents graves, souvent mortels.

Parmi *les petits accidents*, étudions les troubles cérébraux et les troubles sympathiques.

Les premiers consistent en torpeur, somnolence, céphalées exagérées par la flexion de la tête en avant, difficulté de l'association des idées, amnésie, vertiges.

Les seconds se caractérisent par des troubles vasomoteurs : sueurs abondantes, des troubles oculaires : exophtalmie avec rétrécissement de la fente palpébrale et inégalité pupillaire. Parfois même un syndrome Cl. Bernard Horner est constitué.

Plus intéressants à étudier sont les *accidents graves*, soit qu'ils surviennent immédiatement après l'opération, soit plus tardivement.

Nous voulons parler de la syncope, de l'hémiplégie, et enfin des troubles oculaires.

La syncope, bien souvent mortelle, survient le plus fréquemment à l'instant même où le chirurgien serre le fil de ligature.

L'hémiplégie peut être corticale ou juxta-capsulaire.

La plus fréquente des deux est la Corticale qui se traduit par de la parésie de la face, la déviation de la langue, la paralysie des membres d'un même côté, une hémianesthésie fréquemment totale ; juxta-capsulaire, elle réalise alors le syndrome de Dejerine et Roussy.

Les troubles oculaires consistent en amaurose transitoire ou perte complète de la vision.

Tous ces accidents légers, graves ou mortels ont été diversement interprétés par les physiologistes. Il semble que leur pathogénie diffère suivant qu'ils surviennent précocement ou tardivement :

1° Dans le premier cas, certains auteurs pensent qu'ils seraient le fait d'anomalies dans la disposition des vaisseaux collatéraux, anomalies empêchant ainsi le rétablissement circulatoire.

D'autres invoquent une chute tensionnelle locale survenant après la ligature et ne permettant plus à l'ondée sanguine de forcer les voies anastomotiques.

Lardennois, enfin, songe à un acte vaso-moteur local, produit par l'excitation du sympathique périartériel au cours de la ligature, ce qui déterminerait ainsi une constriction durable des vaisseaux du voisinage.

2° Tout aussi mal connue est la pathogénie des accidents tardifs.

Certains physiologistes invoquent la septicité des ligatures comme le principal facteur puisqu'elle détermine une oblitération étendue de la carotide pouvant remonter jusqu'aux artères cérébrales. Comme preuve à l'appui, ils insistent sur la diminution notable de fréquence de ces accidents depuis l'aseptie opératoire.

D'autres auteurs acceptant le rôle de l'infection pensent néanmoins qu'il n'est pas exclusif. Ils invoquent alors la thrombose par artério-sclérose, d'où fréquence de ces accidents chez les sujets âgés ; l'isolement et la ligature d'un vaisseau athéromateux pouvant très bien soulever une plaque calcaire, autour de laquelle se produit une coagulation d'où formation d'un embolus.

Ce n'est pas seulement par les ligatures des carotides que la chirurgie présente pour le physiologiste un précieux moyen d'étude, mais encore par la trépanation. Cette dernière permet en effet bien souvent et en particulier dans certains cas pathologiques comme l'épilepsie d'observer des modifications de la vascularisation cérébrale.

Brown Sequard fut en 1872 un des premiers à montrer qu'à côté de l'anémie cérébrale complète, totale, entraînant la mort, il pouvait exister des anémies incomplètes et partielles dues à la constriction des vaisseaux de la corticalité, ce qui déterminerait l'épilepsie Bravais Jacksonienne ou généralisée.

Cette théorie fut récemment reprise par Leriche et de nombreux auteurs. Dans un article de la *Presse Médicale*, Leriche en effet expose ses recherches ; il étudie l'état du cerveau d'un trépané au cours d'une crise et note une dépression de la zone malade, un arrêt du battement cérébral et une contraction des vaisseaux cortico-méningés.

Walther, Jaboulay, Tinel, Leniowski, M. Arnaud (de Marseille), apportent des observations semblables.

3° **Les moyens d'étude pharmacodynamiques.** — Tout aussi nombreux que les moyens d'investigation physiologique ils sont cependant moins précis et n'apportent bien souvent que des résultats vagues et différents les uns des autres. La lecture des travaux se rapportant à cette question laisse une impression de découragement née de la méconnaissance à peu près absolue de l'innervation des vaisseaux. Après les travaux fondamentaux de Hirsh et Trendelenburg, citons ceux de Forbes et Wolff qui font une critique remarquable des méthodes pharmacodynamiques utilisées. Après eux Grubers et Roberts, Mériel et Planques, Lewis Weed, Walter Hugson exposent le résultat de leurs recherches ; nous étudierons successivement l'action de l'adrénaline, de l'éphédrine, des solutions hypertoniques et de l'acétylcholine en insistant surtout sur la première et la dernière.

a) Rappelons brièvement le rôle de l'*adrénaline* dans la vaso-constriction des vaisseaux cérébraux afin de le

comparer avec celui qu'elle joue sur les artères cérébrales.

Une injection de 1/100.000 de millig. d'adrénaline détermine une constriction brutale et rapide des artères périphériques et rénales alors que les vaisseaux pulmonaires sont peu modifiés.

Allons-nous observer au niveau des vaisseaux cérébraux les modifications intenses et brutales de diamètre caractérisant le « vrai spasme adrénalinique » ?

Après avoir injecté ce produit par voie intraveineuse ou par instillation au niveau des espaces sous-arachnoïdiens et examiné la surface cortico-méningée au microscope on note les résultats suivants : Hâtons-nous de dire qu'ils varient selon les auteurs.

Pour les uns, il existerait une diminution nette du calibre artériel dans les minutes qui suivent l'injection d'adrénaline.

Pour les autres, et ils sont nombreux, après une vaso-dilatation paradoxale des vaisseaux cortico-méningés coïncidant avec le spasme des artères périphériques, l'on n'assisterait à aucune diminution du calibre artériel. Il n'y aurait pas en pratique de spasmes cérébraux post-adrénaliniques.

D'autres expérimentateurs restent dans le doute ; ils critiquent la première théorie et pensent que l'existence de spasmes cérébraux aperçus par ces auteurs seraient dus en réalité à une erreur de technique : modification de la pression intracranienne ou diminution de la pression différentielle.

Ils acceptent, d'autre part, avec peine la deuxième théorie et pensent que seule la phase de vaso-dilatation a été enregistrée alors que la phase de vaso-spasme a échappé à ces auteurs.

Ainsi, on le voit, l'action de l'adrénaline sur les vaisseaux cortico-méningés est encore mal connue et appelle de nouvelles recherches.

b) Il en est de même pour l'*éphédrine*. Sur les artères périphériques, le chlorhydrate d'éphédrine agit comme vaso-constricteur puissant alors qu'il n'a aucun effet sur les vaisseaux mésentériques et rénaux ; d'après Riser, Mériel et Planques ce produit n'aurait également aucune action sur les vaisseaux cérébro-méningés.

Là encore, les mêmes objections peuvent se poser, nous n'y reviendrons pas.

c) L'action des *solutions hypertoniques* sur les vaisseaux cortico-méningés paraît moins discutable. Après les travaux de Cushing et Foley, ce sont Wolff et Forbes qui mirent au point cette question.

L'injection de solutés hypertoniques amène une contraction permanente et généralisée des vaisseaux cérébraux, ces deux épithètes nous montrent qu'il ne s'agit pas de spasmes, localisés et transitoires par définition.

d) Beaucoup plus intéressante à étudier est l'action de l'acétylcholine. Cette substance bien connue des chimistes en particulier de Bayer et Nothnagel et des physiologistes Hunt et Taveau n'est entrée dans l'arsenal thérapeutique qu'en 1926, après les travaux de Villaret et Bezançon.

Quelle est donc son action sur les vaisseaux cérébraux ? Elle détermine une vaso-dilatation intense atteignant surtout les artères et les artérioles, touchant peu les capillaires, témoins les expériences physiologiques et les preuves cliniques et thérapeutiques.

1) Après avoir injecté 0,10 cg. d'acétylcholine sous la peau d'un animal de laboratoire, Wolff grâce à la technique de l'observation en cavité close, l'œil sur le microscope, a pu vérifier l'action vaso-dilatatrice de cet agent sur les vaisseaux pie-mériens, « action nette, franche et considérable ».

2) Ces résultats obtenus dans le domaine physiologique concordent d'ailleurs avec ceux observés dans le domaine pathologique.

Est-il en effet nécessaire de rapporter le rôle thérapeutique primordial de l'acétylcholine dans les spasmes ?

Les expériences de MM. Shiff Wertheimer et de Tarracol sont décisives. Par l'injection de 0,10 d'acétylcholine, ces auteurs ont amené au niveau de l'artère centrale de la rétine spasmée une vaso-dilatation visible à l'ophtalmoscope. De plus, après l'injection de cet agent chimique l'on a observé au cours des spasmes vasculaires, non seulement oculaires mais encore auriculaires ou cérébraux, des améliorations marquées.

B. Les conditions de la circulation cérébrale.

Les conditions de la circulation cérébrale peuvent être étudiées en deux chapitres :

1° Conditions physiques ;
2° Conditions vaso-motrices.

Sur les premières nous insisterons peu puisque, connues depuis longtemps et remarquablement exposées par F. Franck, elles sont acceptées par tous les auteurs.

Sur les secondes nous porterons tout spécialement notre attention. En effet, les conditions vaso-motrices sont encore à l'étude et suscitent une foule de théories et de controverses intéressantes.

1° Les conditions physiques de la circulation cérébrale. — Ce qui conditionne physiquement la circulation cérébrale, c'est, avant tout et nous ne saurions trop y insister, l'*inextensibilité* de la boîte cranienne.

En effet, elle est rendue parfaitement close grâce à un jeu de membranes raides dont l'anatomie nous enseigne dans les moindres détails les méthodes d'occlusion.

Elle renferme le névraxe et annexes liquidiens contenus à leur tour dans un sac fibreux très résistant : le sac dure-mérien, tel « un cercueil renfermant une momie entourée de ses bandelettes ».

De cette inextensibilité, et partant de la fixité de capacité de la boîte cranienne vont dépendre les caractères physiques bien particuliers de la circulation à ce niveau.

En effet l'ondée sanguine artérielle ne peut se loger dans la boîte osseuse qu'en déplaçant une quantité égale d'un autre liquide : le sang veineux qui s'échappe dans les jugulaires, le liquide céphalo-rachidien qui fuit dans le canal rachidien et enfin le cerveau qui subit rythmiquement de légères modifications de volume.

Sans ces issues compensatrices et ces variations l'encéphale se trouverait comprimé à chaque systole contre ses enveloppes.

Etudions donc successivement les trois phénomènes physiologiques dont nous venons de parler.

A) L'ISSUE DU SANG VEINEUX a été mise en évidence par Mosso ; cet auteur adaptait un manomètre dans la jugulaire d'un chien et un second dans sa carotide interne, il constatait alors l'existence de pulsations synchrones dans les deux vaisseaux ; l'issue du sang veineux correspondant exactement à l'arrivée du sang artériel dans le cerveau.

Il est néanmoins nécessaire de faire une objection ; on sait que le système veineux intra-cranien est composé de deux parties : les veines cérébro-méningées et les sinus. Seules les premières aux parois souples et compressibles entrent en jeu dans cet acte physiologique.

Les sinus en effet logés dans des dédoublements aponévrotiques bien souvent adhérents à l'os restent continuellement béants et ne participent pas de ce fait à ce phénomène.

Cette disposition et texture anatomique des sinus est heureuse pour deux raisons : d'une part leur rigidité leur permet de résister à la compression que leur fait subir le liquide céphalo-rachidien, d'autre part la pression étant très basse à leur niveau, on assiste à une aspiration continue du sang veineux, d'où une circulation cérébrale veineuse propice.

B) L'ISSUE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN a été également mise en évidence par de nombreuses expériences, nous ne ferons que citer celles de Richet et de Queckenstedt. Richet fixe à travers la membrane occipito-atloïdienne une aiguille à palette plongeant dans le liquide céphalo-rachidien et observe des secousses rythmées par les contractions cardiaques. S'il comprime les veines jugulaires, mettant ainsi obstacle à la sortie du sang veineux, il remarque une augmentation nette des mouvements de l'aiguille. L'épreuve de Queckenstedt basée sur l'expérience précédente, montre au cours de la ponction lombaire l'hypertension rapide du liquide céphalo-rachidien au manomètre de Claude à la suite de la compression des jugulaires.

C) LES MOUVEMENTS DU CERVEAU. — L'issue du sang veineux et du liquide céphalo-rachidien en pratique n'annule pas exactement le choc de l'ondée artérielle; il se produit alors sous cette influence des modifications de volume de la masse du cerveau, se traduisant par des mouvements. Ils ne sont pas dus seulement au soulèvement produit par les artères de la base, mais encore « à l'expansion totale de la masse encéphalique qui se fait dans tous les sens » (Ch. Richet) et qui tire son origine de la contraction cardiaque et des mouvements respiratoires.

1) L'expansion du cerveau a lieu en effet au moment de la systole artérielle comme le montre bien la méthode graphique du pouls cérébral ; la contraction de l'oreillette droite se traduit par un ressaut précédant de peu la contraction ventriculaire qui s'inscrit par une ligne oblique ascendante ; quant à la diastole elle est représentée par une ligne oblique descendante.

En réalité, ces tracés sont loin de présenter une netteté absolue car ces phénomènes sont bien souvent atténués pour les raisons suivantes :

Le sang qui arrive au cerveau n'y arrive pas avec toute sa violence. Les anastomoses qui constituent la pie-mère régularisent d'une part les courants sanguins, et d'autre part les courbures et sinuosités des carotides et des vertébrales contribuent à diminuer la pression artérielle à ce niveau.

2) Les mouvements respiratoires influent également sur les modifications de volume de la masse cérébrale. Au cours de l'inspiration l'on assiste à une diminution de volume du cerveau, ce qui se traduit sur un tracé graphique par une ligne descendante, alors qu'au contraire au cours de l'expiration l'encéphale augmente de volume, ce que l'on note sur le tracé par une ligne descendante.

Ces faits s'expliquent facilement, si l'on considère la circulation veineuse. Chaque inspiration accélère la déplétion veineuse alors que chaque expiration ralentit le cours du sang veineux.

Nous n'insisterons pas plus sur cette question bien connue et bien étudiée depuis longtemps par F. Franck et Ch. Richet, elle n'a pas suscité en effet dans ces derniers temps de nouvelles recherches intéressantes.

2° Les conditions vaso-motrices de la circulation cérébrale. — Les conditions vaso-motrices de la circulation cérébrale que nous allons maintenant étudier sont beaucoup plus complexes que les précédentes. Les données de l'important problème de la vaso-motricité cérébrale peuvent se poser de la façon suivante :

D'une part, comme on le verra, la clinique montre que les spasmes cérébraux ne sont pas dans le domaine neurologique, un vain mot et qu'il existe au niveau des centres nerveux encéphaliques des « bourrasques » vaso-motrices. La chirurgie grâce aux trépanations, l'ophtalmologie dans la description des spasmes rétiniens vus à l'ophtalmoscope, confirment la clinique.

D'autre part, l'histologie démontrait jusqu'à ces derniers temps l'impossibilité de mettre en évidence l'existence du moindre appareil nerveux au niveau des vaisseaux cérébraux et la physiologie affirme l'inexcitabilité totale des artères de l'encéphale aux procédés physiologiques habituels sympathicotoniques.

Voilà donc une contradiction flagrante entre la clinique et les études de laboratoire.

Y a-t-il une innervation vaso-motrice ou n'y en a-t-il pas ?

C'est ce que nous allons voir en étudiant successivement les théories qui refusent tout rôle, si léger soit-il, au système sympathique et celles qui, au contraire, lui accordent une action prépondérante.

1) *Les auteurs qui nient* l'existence de centres cérébraux vaso-moteurs, se basent pour cela sur des preuves histologiques et physiologiques.

Avant 1922 ils prétendaient que l'on ne pouvait parler d'innervation des vaisseaux cérébraux puisque malgré de nombreuses techniques de coloration les histologistes n'étaient pas arrivés à trouver le moindre filet nerveux périvasculaire.

Après les études minutieuses de Stöhr en 1922 qui décrivit des fibres nerveuses autour des vaisseaux arté-

riels de la pie-mère et celles plus récentes de W. Penfield parues dans les Archives of Neurologie and Psychiatrie de mars 1932, ces mêmes auteurs sont encore sceptiques ; deux hypothèses se posent, disent-ils en substance.

Ou bien l'on se trouve en présence d'un artefact de préparation d'imprégnation argentique ou bien il s'agit là véritablement de fibres nerveuses. Mais sont-elles vaso-motrices ?

En effet l'existence d'une innervation vasculaire sensitive a été démontrée dans de nombreux territoires artériels et il est fort possible que les artères cérébrales soient pourvues d'une semblable innervation prise à tort et avec trop d'enthousiasme pour vaso-motrice.

Mais c'est surtout dans le domaine physiologique que ces auteurs essaient de triompher et de fonder leur opinion sur des expériences paraissant pour eux irréfutables.

Il n'est pas possible d'admettre, disent-ils, l'existence d'un système vaso-moteur au niveau du cerveau, puisque l'on n'assiste à aucune réaction vasculaire à la suite d'excitations répétées par les substances pharmacodynamiques sympathicotoniques habituelles.

Nous avons vu en effet précédemment l'inefficacité de l'adrénaline et de l'éphédrine sur la vaso-constriction des artères cérébrales.

Les réactions vasculaires encéphaliques, survenant après des excitations mécaniques, électriques et parfois chimiques (PB, CA, BA) tirent leur origine d'une tout autre cause ; ce n'est pas la fibre nerveuse qui est impressionnée, mais la fibre musculaire lisse de la paroi artérielle.

2) *Tous les auteurs* ne sont cependant pas de cet avis, ils accordent en effet un rôle prépondérant au sympathique et réfutent les preuves anatomiques, histologiques et physiologiques citées ci-dessus.

Ils invoquent tout d'abord des considérations anatomiques et ont peine à croire que les branches de distribution du sympathique cervical aux carotides et aux vertébrales décrites avec minutie ne soient pas en rapport direct avec une action physiologique réelle.

Ils se tournent ensuite du côté de l'histologie et reprennent les études de Sthor, perfectionnent les méthodes d'imprégnation argentique et concluent en disant que la prétendue absence d'innervation vasculaire encéphalique était due jusqu'à ce jour à une insuffisance de technique de coloration.

Plus difficile à expliquer était l'absence des réactions vasomotrices au cours des excitations par des produits sympathicotoniques.

Tinel s'y est employé avec un rare bonheur, depuis ces dernières années, et ce sont ses expériences et ses conclusions que nous exposerons ici.

Dans une première série de travaux, les auteurs démontrent qu'il y a certaines substances qui sont capables d'amener une vasoconstriction marquée et cela en agissant uniquement sur la fibre nerveuse ; tel l'oxygène dont l'action persiste plusieurs minutes après l'inhalation.

Dans une deuxième série de travaux, Tinel s'attache à montrer en dépit de l'absence de toute manifestation physiologique, l'action nette des produits sympathicotoniques et en particulier de l'adrénaline sur la vaso-contraction encéphalique.

Il commence tout d'abord par l'étude des excitations de la pupille à l'adrénaline.

Chez un sujet normal l'instillation dans l'œil d'une goutte de ce produit ne détermine aucune modification de diamètre pupillaire.

Sur un œil énucléé, privé donc de ses connexions nerveuses, l'instillation d'une goutte d'adrénaline amène immédiatement de la mydriase.

De même, chez un sujet vivant, après sympathectomie cervicale on observe de semblables phénomènes.

Comment expliquer ces divergences dans les résultats ?

Tinel pense que chez le sujet vivant « il doit exister quelque chose qui empêche la dilatation pupillaire de se produire, en d'autres termes l'action excitante de l'adrénaline sur l'appareil local dilatateur est corrigée immédiatement et neutralisée par une action nerveuse comme par un réflexe régulateur ».

Ces faits étant nettement posés, Tinel montre que les analogies qui existent entre la physiologie de l'innervation vaso-motrice de l'œil et celle du cerveau sont grandes.

Les expériences suivantes le prouvent :

Chez un sujet normal, l'instillation de l'adrénaline à la surface du cortex ne détermine, on l'a vu, aucune modification de calibre des vaisseaux cérébraux.

Chez un sujet à qui l'on a fait subir une sympathectomie bilatérale, ce qui amène immédiatement une vaso-dilatation extrême du cerveau, l'instillation d'adrénaline à la surface cérébrale détermine au contraire une vaso-constriction nette, mais temporaire. Que conclure de ces expériences si ce n'est que « si à l'état normal les artères cérébrales semblent inexcitables, c'est que leur excitation est masquée par les réactions correctrices d'un véritable système régulateur, très riche, très sensible et très puissant ».

Nous venons donc d'examiner les deux théories adverses, l'une acceptant une innervation vaso-motrice, l'autre la niant. Entre ces deux opinions extrêmes, il s'en trouve de plus éclectiques, c'est ainsi que certains auteurs, Wiggers et Florey en particulier, admettent la persistance d'une faible innervation vasomotrice sur une partie plus ou moins longue du trajet des gros troncs artériels de la base, alors qu'ils refusent aux terminaisons vasculaires toute fibre nerveuse.

Ils trouvent ainsi une analogie avec les artères pulmonaires qui perdent progressivement leur innervation dans le trajet cardio-pulmonaire. De ces particularités fonctionnelles des artères terminales cérébrales, coronaires et pulmonaires à trouver une signification finaliste, il n'y a qu'un pas. Pour ces auteurs, les organes vitaux et fragiles, tels le cerveau, le poumon, le cœur, sont ainsi protégés contre les variations vaso-motrices trop vives qui caractérisent les autres organes.

En définitive cette question est encore très mal connue et l'on ne se trouve qu'en présence d'hypothèses ingénieuses certes, mais non vérifiées. Disons donc

avec Barré : « Il faut se garder de vouloir clarifier trop tôt des faits insuffisamment connus ».

C. Les modifications de la circulation cérébrale au cours des diverses circonstances physiologiques.

De nombreux facteurs physiologiques survenant au cours de la circulation cérébrale, lui apportent de notables modifications. Envisageons donc successivement, les phénomènes de statique, le sommeil, le travail intellectuel, les émotions. Nous ne parlerons pas des mouvements respiratoires ayant traité plus haut ce sujet.

1° Les phénomènes de statique. — F. Franck fait remarquer que les influences d'ordre mécanique sur la circulation cérébrale sont importantes à connaître pour le physiologiste. En effet elles sont fréquentes, car dans la vie courante une multitude de modifications se produisent dans l'attitude de l'homme, il se lève, s'assied, se couche, incline la tête, la redresse et souvent passe brusquement de la position allongée à la position verticale. Quels seront donc les effets de ces variations de statique sur la circulation encéphalique ?

a) L'ATTITUDE VERTICALE chez un sujet sain n'entraîne aucun signe fonctionnel marqué, il n'en est pas de même chez un anémique ou un convalescent, vertiges, troubles de la vue, palpitation sont tout autant de symptômes dont se plaindra le malade.

Ces phénomènes sont dus à une diminution de l'apport sanguin au cerveau, témoins les faits suivants :

Le pouls cérébral diminue de force, à travers une rondelle de verre placée sur un orifice de trépanation l'on note une paleur marquée de la surface corticoméningée.

Plus décisives encore seront les expériences de Richet et de Salathé.

Ch. Richet après avoir fait subir à un chien une abondante perte de sang détermine une mort rapide en plaçant cet animal la tête en haut, alors que l'on peut au contraire amener une survie en le mettant la tête en bas.

De même chez un lapin non saigné, suspendu par les oreilles en position verticale, on observe la mort rapide.

Salathé montre l'action de la force centrifuge dans les mouvements giratoires : si la tête du lapin est placée au centre du mouvement, l'animal meurt très rapidement. Quelle pathogénie invoquer, si ce n'est l'anémie cérébrale ?

Il ne faut cependant pas exagérer l'influence de l'attitude verticale sur la diminution de l'apport sanguin au cerveau. En effet, il se produit une sorte de compensation des effets de la pesanteur bien expliquée par les physiologistes. La colonne veineuse paraît exercer un effet aspiratif sur le sang contenu dans le crâne et sur celui que les artères y apportent.

La colonne de liquide céphalo-rachidien agit dans les mêmes conditions : aussi les effets associés de ces deux influences amènent-ils l'atténuation des conséquences mécaniques de la pesanteur sur le courant artériel.

b) L'ATTITUDE HORIZONTALE OU RENVERSÉE détermine chez tout sujet des troubles congestifs marqués : céphalée, bourdonnements d'oreilles, rougeur de la face.

Ces phénomènes sont dus à une augmentation de l'apport sanguin au cerveau.

Le pouls cérébral augmente de force, les vaisseaux encéphaliques sont dilatés et donnent à la surface cortico-méningée un aspect rosé, chez un nouveau-né les fontanelles deviennent turgescentes.

Nous ne reprendrons pas les expériences de Ch. Richet et de Salathé.

Là encore il ne faut pas trop exagérer l'influence de la statique.

Les compensations des effets de la pesanteur sont apportées d'une part par des modifications dans le rythme cardiaque, d'autre part dans le calibre des vaisseaux encéphaliques.

En effet le cœur se ralentit et envoie dans le système cranien surchargé un moins grand nombre d'ondées.

Les vaisseaux cérébraux se resserrent et modèrent également la pénétration du sang au niveau de l'hexagone de Willis.

De plus le retour du sang veineux est facilité grâce à l'augmentation de l'amplitude et de la fréquence des mouvements respiratoires.

2° Le sommeil. — Durham en 1860 fut le premier à décrire les phénomènes circulatoires survenant au niveau des vaisseaux cérébraux pendant le sommeil.

Ses nombreuses observations peuvent se résumer comme suit :

Le pouls cérébral diminue de force, la surface cortico-méningée pâlit, en un mot on note de l'anémie cérébrale.

De ces constatations à créer une pathogénie du sommeil par diminution de l'apport sanguin au niveau des vaisseaux cérébraux, il n'y avait qu'un pas ; il fut franchi.

Cette théorie n'est pourtant plus acceptée à l'heure actuelle. Des critiques répétées en ont sapé les fondements.

Parmi les plus connues citons les suivantes :

L'éther, admirable anesthésique, détermine un sommeil artificiel excellent et pourtant il congestionne la substance cérébrale.

Des excitations psychiques, rêves, cauchemars, n'éveillent pas l'individu quoiqu'elles amènent toujours une hypérémie cérébrale.

L'anémie du cerveau n'est donc pas la cause du sommeil, elle n'en est que l'effet.

3° Le travail intellectuel. — Gley dans sa thèse de doctorat en 1881, consacra cette étude aux manifestations circulatoires des artères du cerveau au cours du travail intellectuel.

Il se servit pour cela de la méthode graphique du pouls carotidien enregistré sur lui-même.

Grâce à cette technique, il montra que sous l'influence de l'activité intellectuelle, la pulsation de la carotide interne augmentait sensiblement, traduisant donc un écoulement plus facile du sang dans ses branches terminales.

D'autre part, il observa que, plus l'attention était forte, plus intense était la pulsation artérielle de ce vaisseau, plus hyperémié était le cerveau.

4° **Les émotions.** — L'influence des émotions sur la circulation cérébrale est un problème qui de tout temps a intéressé les physiologistes ; ils y ont apporté des solutions diverses. Mosso dans son livre sur la « peur » admet que l'émotion amène une vaso-dilatation des vaisseaux cérébraux alors qu'elle détermine une vaso-constriction des vaisseaux périphériques.

Ainsi il y aurait une admirable réaction de défense. Le cerveau plus irrigué réagirait plus rapidement.

Cette théorie quelque peu finaliste est loin d'être admise par tous les auteurs.

C'est ainsi que F. Franck pense à une interdépendance des deux systèmes vasculaires cérébral et périphérique.

La congestion cérébrale précédant l'élévation de pression au niveau des vaisseaux de la peau et des muscles, ne peut en effet lui être subordonnée.

Léon Binet après de nombreuses expériences sur les trépanés au cours de la dernière guerre, reste indécis sur les résultats obtenus. Il observe chez certains sujets une diminution nette de la circulation au niveau de l'encéphale, alors que chez d'autres, il note au contraire une hypérémie du cerveau.

Donc, les résultats sont différents et peu précis, le débat reste encore ouvert.

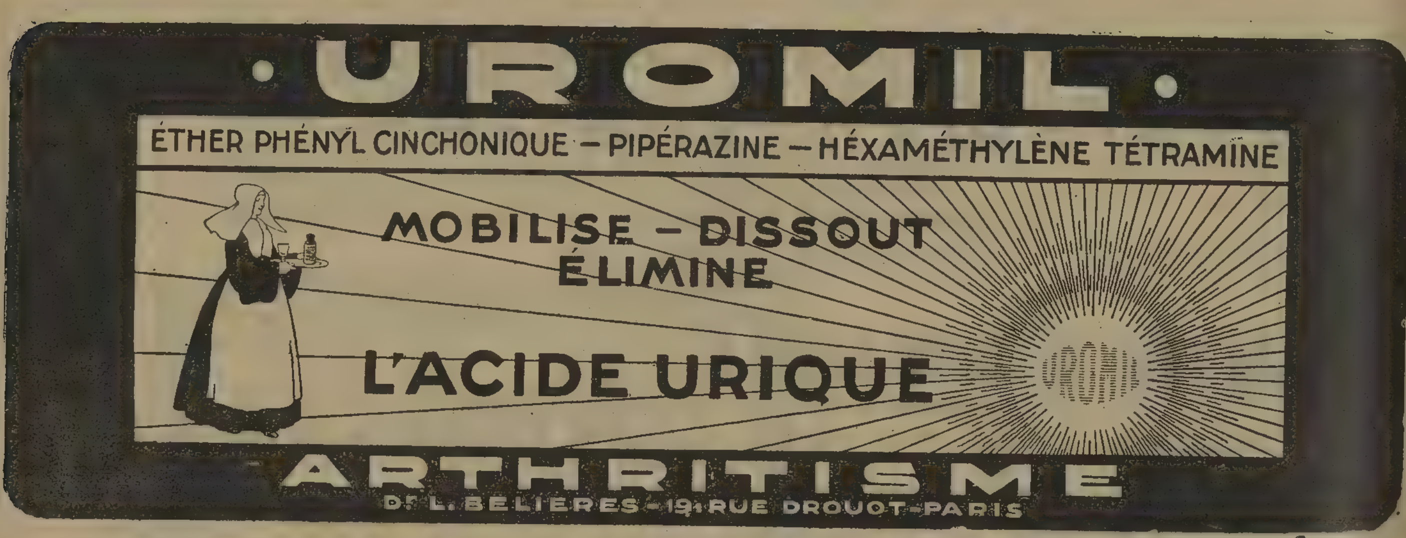
Conclusion. — Ainsi comme nous venons de le voir, si le problème de la circulation cérébrale est un des mieux connus de la physiologie du cerveau, il n'en reste pas moins qu'il possède de nombreux points, non encore résolus.

On peut espérer que grâce aux moyens d'étude qui deviennent de plus en plus perfectionnés et en particulier aux méthodes de l'observation de la surface cortico-méningée en cavité close, les inconnues de ce problème diminueront peu à peu.

Il faut le souhaiter car importante est cette question de la circulation cérébrale puisque c'est d'elle que dépend la nutrition de cet organe noble : l'Encéphale.

BIBLIOGRAPHIE

BINET. Le pouls cérébral dans les émotions, *C. R. de l'Acad. des Sciences*, t. CLXVI, p. 595 ; — La circulation cérébrale, *Presse Méd.*, 13 déc. 1924.


·UROMIL·
ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE
MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE
UROMIL
ARTHRITISME
Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

Binet et Sollers. Le pouls cérébral, *A. de P.*, t. VII 1895, p. 119 à 1734.
Bremer. Spasmes vasculaires en neurologie, *R. Oto-Neuro-Ophtalmologie*, t. VI, n° 4, avr. 1928.
Cavazzani. Influence vaso-motrice du sympathique cervical, *A. I. B.*, 1893 ; — Oscillations pletysmographiques dans le cerveau humain, *Arch. de Biolog. Ital.*, juin 1918, t. XVIII, p. 33.
Cauchoix. Considérations sur les ligatures jugulaires dans le traitement de l'exophtalmos pulsatile, *Rev. de Chirurgie*, 1921, t. XIX, p. 1917, *Soc. de Chir.*, 19 nov. 1922.
Cobb, Cerebral Circulation, *Amer. Jour. of Med.*, oct. 1897, 4.528.
Desuet. Contribution à l'étude de la circulation cérébrale, *Th. de Lille*, 1893.
Devillers. Contribution à l'étude de l'anémie cérébrale. *Th. de Lille*, 1911-1912, n° 22.
F. Franck. La circulation cérébrale, *Dict. encyclopéd.*, 1875-1904.
Forbes et Wolff. Cerebral Circulation, *Arch. of Neur. and Path.*, juin 1918, p. 1057.
Gley. *Traité de Physiologie*, t. II.
Hedon. *Traité de Physilogie.*
Langlois et Binet. Mécanisme régulateur de la pression artérielle, *Presse Méd.*, 4 mars 1922.
Lenormant. La ligature bilatérale des carotides, *Presse Méd.*, 28 juin 1921.
Longuet. *Traité de Psychologie.*
Magendie. *Mémoires physiologiques sur le cerveau.*
Masure. Hémiplégie à la suite des ligatures de la carotide, *Th. de Bordeaux*, 1920.
Monge. Le L. C. R., *Th. de Montpellier*, 1923.
Mosso. *La Peur*, Paris, 1866.
Ch. Richet. *Dictionnaire de Physiologie*, article Le Cerveau.
Riser et Sorel. Etude sur la circulation cérébrale. *Presse Méd.*, 9 août 1930.
Risel, Mériel, Planques. Les spasmes vasculaires en neurologie, *L'Encéphale*, t. XXVI, n° 7, 1931.
H. Roger (de Marseille). *Les troubles du sommeil*, 1932.
H. Roger et Herbert. Recherches sur le pouls cérébral. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 7 avr. 1905, p. 309.
Salathé. Les mouvements du cerveau et mécanisme de la circulation des centres nerveux, *Th. de Paris*, 1877.
Sarradon (Paul). Les spasmes vasculaires sylviens, *Th. de Marseille*, 1932.
Tinel. *Le problème de la circulation cérébrale*, Semaine des Hôpitaux de Paris, 15 juill. 1929.
Villaret et Bezançon. Recherches expérimentales sur l'acétylcholine, *Acad. de Méd.*, 17 avr. 1928.
Wertheimer. Sur le degré d'excitabilité des voies motrices cortico-spinales à la suite de l'anémie. *C. R. de la Soc. de Biologie*, 1912, p. 368.

Questions cliniques d'actualité (1), troisième série, leçons professées à la Charité, Service du professeur Sergent.

Cet ouvrage est le troisième recueil de Conférences de « la Charité » ; le premier est actuellement épuisé.

Chacune des leçons qui composent cet ouvrage a été faite à l'hôpital par un clinicien connu, sur un sujet qui lui est familier et à propos duquel sa compétence s'est déjà affirmée.

Chacune de ces leçons fournit une documentation très nouvelle sur des sujets d'actualité.

L. G.

(1) In-8 de 302 pages avec 17 figures. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(Séance du 5 décembre 1932)

Nouvelles recherches sur la transplantation d'ovaires conservés hors de l'organisme. — M. Alexandre Lipschütz.

Propriétés inhibitrices vis-à-vis du paratyphique A. présentes dans les cultures de paratyphiques. — MM. A. Rochaix, P. Sédaillan et Mme Clavel.

ACADEMIE DE MEDECINE

(Séance du 20 décembre 1932)

M. Léon Bernard annonce la mort de M. William Sydney Thayer (de Baltimore), associé étranger depuis 1918. Il rappelle que le grand savant américain fut un ami éprouvé de la France et dès 1914 partisan de l'intervention des Etats-Unis à nos côtés.

La valeur nutritive des œufs. — M. Lesné réhabilite l'œuf, aliment dont la valeur est incontestable. Mais l'œuf ne possède toutes ses qualités que s'il est frais et provient de poules correctement nourries et vivant en plein air.

Les nourrissons entre 9 et 12 mois peuvent recevoir des œufs incorporés à des bouillies ou purées.

Les œufs sont contre-indiqués chez les hépatiques, les enfants ayant des troubles gastro-intestinaux, ou des manifestations cutanées.

Ils sont formellement contre-indiqués chez les individus possédant une intolérance particulière comme on l'observe quelquefois.

Etude de l'action préventive du stovarsol (acide acétyloxyaminophénylarsinique) dans la syphilis expérimentale. — MM. C. Levaditi, J. Mezger et Mlle R. Schœn étudient à nouveau l'action préventive du stovarsol, administré *per os* dans la syphilis expérimentale. Les auteurs concluent que le *Stovarsol* (acide acétyloxyaminophénylarsinique) administré au lapin, à la dose de 0 gr. 15 à 0 gr. 20 par kilogramme, confère un état réfractaire antisyphilitique se manifestant de 1 à 7 jours au moins après l'inoculation infectante. Cet état réfractaire se traduit par l'absence de syphiliome au point d'inoculation et par la stérilité des ganglions lymphatiques périphériques. Sous l'influence de la médication stovarsolée, les tréponèmes inoculés, quoique présents dans le greffon jusqu'au 46e jour, subissent des altérations involutives et n'offrent aucune tendance à envahir les tissus de l'animal-hôte (ainsi qu'il advient lorsque les parasites sont introduits sous le scrotum des lapins non traités). Les germes sont détruits sur place et perdent, de ce fait, leur virulence initiale. Quoi qu'on ait dit, le Stovarsol ne décapite pas la syphilis, mais la stérilise réellement, si l'on a soin de l'administrer à des doses suffisantes et si le traitement prophylactique est institué à temps.

L'examen physique des chauffeurs d'automobile. — M. Cazeneuve, en collaboration avec le professeur Tanon et le Dr Neveu, ces derniers chargés de l'examen médical des chauffeurs de voitures automobiles à la Préfecture de Police, apporte des observations nouvelles, qui démontrent la nécessité de cet examen pour éliminer de cette profession des candidats, dont l'état de santé pourrait occasionner de graves accidents. La fréquence troublante de ces derniers devrait, tout au moins, ne pas avoir pour cause des tares

organiques, véritables vices rédhibitoires pour conduire des voitures.

Précédemment ces auteurs avaient rapporté que l'examen médical de la Préfecture de police avait permis d'éliminer des paralytiques généraux, des tabétiques, des cardiaques, etc. Aujourd'hui, ils apportent les preuves toxicologiques que l'exercice de la profession de chauffeur peut amener, dans les voitures à conduite intérieure insuffisamment aérées, des troubles visuels, prodromes de syncopes graves, dus à l'action toxique du carburant.

Le carburant est constitué par des hydrocarbures impurs, souvent par du benzol industriel mélangé ou non avec de l'alcool dénaturé. Or l'hydrocarburisme est très connu avec des accidents mortels à son actif. Des impuretés, comme le thiophène dans les benzols, peuvent augmenter cette toxicité.

Des accidents graves dûment constatés dans les ateliers de réparations de moteurs démontrent également que l'oxyde de carbone peut être le coupable.

Si l'examen médical s'impose, comment se fait-il que le décret du 1er avril 1930 du ministre des Travaux publics, le prescrivant impérativement, ne soit nullement appliqué, dans les départements où se multiplient quotidiennement les grandes voitures automobiles ?

Pourquoi le vœu de 1931 — que l'Académie a bien voulu faire sur rapport de M. Morax, — en faveur d'un examen médical périodique des chauffeurs conduisant des voitures pouvant transporter au moins 8 personnes, est-il resté lettre morte ?

MM. Cazeneuve, Tanon et Neveu, demandent à l'Académie de vouloir bien renouveler ce vœu qui serait adressé, à nouveau, aux Ministres des Travaux publics et de la Santé publique.

Etude sur les glycuries dans le diabète rénal. — MM. Labbé, Nepveux et Violle.

Une action peu connue de l'oxygénothérapie hypodermique, l'action entrophique. — M. Jarricot.

Quelques faits favorables à l'idée d'un virus cancéreux dans quelques cancers animaux. Cancers des gallinacés, cancers des tritons. — M. Champy.

L'origine des abcès froids de la paroi thoracique. — Leur traitement rationnel. — M. Fredet.

Election du bureau. — M. Souques, vice-président, passe à la présidence pour 1933.

M. Walther est élu vice-président.

M. Georges Brouardel est élu secrétaire annuel pour une période de cinq ans.

MM. Bezançon et Sieur sont élus membres du Conseil.

Election d'un membre titulaire dans la VIe section (pharmacie). — Classement des candidats : en première ligne M. Bougault. En seconde ligne *ex aequo* et par ordre alphabétique MM. Bruère, Choay, Goris, Guerbet, Hérissey. Adjoint par l'Académie : M. Bailly.

Au premier tour de scrutin, M. Bougault est élu par 45 voix contre 32 à M. Goris et 1 à M. Hérissey.

Le traitement des cavernes pulmonaires tuberculeuses, par Jacques Stéphani (de Montana) et Georges Delore (de Lyon). 1 vol. in-8° de 60 pages avec 41 fig. hors texte et dans le texte. — Prix : 18 fr. Paris, G. Doin et Cie.

La cure thermale carbo-gazeuse en thérapeutique cardio-vasculaire, par P.-N. Deschamps. Préface du Pr Vaquez. Petit in-8° de 140 pages. Paris, Masson et Cie.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1931-1932 (1)

Doctorat d'Etat. — 12. Albou. — L'avenir obstétrical des femmes ayant subi la césarienne supra-symphysaire.

5. Balliste. — Contribution à l'étude de la péritonite à pneumocoques chez l'enfant.

6. Benoit. — Contribution à l'étude des tumeurs provoquées par les injections huileuses (vaselinomes).

30. Boireau. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de la grossesse extra-utérine.

10. Caléja. — Les césariennes itératives basses.

4. Cassé. — Contribution à l'étude des formes cliniques des méningites séreuses hypertensives d'origine otitique.

7. Cazenove. — De la thérapeutique de l'éclampsie puerpérale. Contribution à son étude en Algérie.

20. Charles. — Appendicite gangréneuse chez l'enfant.

15. Curtillet. — Contribution à l'étude des suppurations pulmonaires non tuberculeuses et en particulier de leur traitement chirurgical.

33. Gauthier. — Histoire de la syphilis en Afrique du Nord, plus particulièrement en Algérie.

9. Gille. — L'utilisation du lévulose dans le traitement du diabète. Revue critique.

8. Hermenjat-Gérin. — Contribution à l'étude de la rupture des abcès amibiens du foie dans les cavités séreuses (plèvre, péritoine et pécicarde).

32. Lecomte (Mlle). — Infantilisme et paludisme. Le facteur splénique.

2. Levi-Valensin. — Grippe et grossesse.

13. Mantelet. — Contribution à l'étude des manifestations pleurales des kystes hydatiques du poumon.

19. Marill. — Artérite pulmonaire et rétrécissement mitral.

14. Méchin. — Etude clinique et diagnostique de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson et du jeune enfant. Considération sur le lavement baryté.

18. Misès. — Contribution à l'étude des formes cliniques du cancer primitif du poumon en Afrique du Nord.

31. Morand. — Sur la pathogénie du diabète insipide. Revue critique.

29. Munaret. — Revue générale des kystes hydatiques des ligaments larges.

1. Nogué. — Contribution à l'étude des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire aiguë chez l'indigène algérien.

3. Olivier. — Les trompes utérines et la stérilité. Etude sur la perméabilité tubaire.

11. Olivier (Mme), née Fauchier. — Néphroses et néphrites palustres.

28. Pozzo di Borgo. — La pression liquidienne intra-pleurale. Sa mesure. Son interprétation. Quelques remarques sur la pneumoséreuse.

16. Santucci. — Contribution à l'étude des modifications des albumines du sérum au cours du paludisme chronique.

17. Stumpf. — Calculs endogènes de la prostate.

---

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*. 1932, Montpellier, n° 79, p. 1446 ; Marseille, n° 85, p. 1558 ; Strasbourg, n° 86, p. 1581 ; Toulouse, n° 88, p. 1618 ; Bordeaux, n° 95, p. 1763 ; Nancy, n° 102, p. 1907.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 104. — MERCREDI 28 DECEMBRE 1932. 105e ANNEE. MERCREDI 28 DECEMBRE 1932. — N° 104.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — La chaire d'anatomie médico-chirurgicale et de technique opératoire de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

— BORDEAUX. — *Prix Godard de 2.000 francs* (section d'anatomie et physiologie). — Ce prix sera mis au concours en 1933, en même temps que le prix Godard de 2.000 fr. de la section des sciences physiques et naturelles.

PRIX DE LA FACULTÉ. — *Prix Godard des thèses.* — 1° Prix (médaille d'or) : M. le docteur Philip.

2° Prix (médaille d'argent) : MM. les docteurs Brienne, Labat-Labourdette, Mlle Péraud.

3° Prix (médaille de bronze) : MM. les docteurs Cévaer, Donadieu, Dotézac, Dudit, Fave, Guilhaumou, Lavigne, Nondedeu, Pape, Péry, Peyronny, Regimbaud.

Prix de l'histoire de la médecine. — Prix (médaille d'argent) : M. le docteur Girou.

Prix des thèses de pharmacie. — Prix (médaille d'argent) : M. Lafargue.

Prix (médaille de bronze) : Mme Didier, MM. Fleury, Hugot, Jean.

— LILLE. — La chaire de pharmacie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille est déclarée vacante.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Bergeret, Braun et Lebedinsky (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Colombet, Kornhold et Jacques Mock (de Paris).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le professeur Francisco Dominguez, ancien ministre de l'Instruction publique de Cuba, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, commandeur de la Légion d'honneur, a été élevé à la dignité de grand officier de l'ordre national mexicain de Carlos Manuel de Cespedes.

GUERRE. — M. le médecin colonel Plisson, directeur du Service de santé de la 12e région, est promu au grade de médecin général.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Le bureau de la Société nationale de chirurgie est ainsi composé pour 1933 :

Président : M. Mouchet; vice-président : M. Labey; secrétaire général : M. Proust; secrétaires annuels : MM. Jean Berger et Picot; trésorier : M. Toupet; archiviste : M. Basset.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La prochaine session ordinaire du Conseil supérieur de l'Assistance publique s'ouvrira dans la matinée du mercredi 25 janvier 1933.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Pierson, reçu au concours de médecin d'asiles de 1932, est nommé

médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés d'Armentières (Nord), en remplacement de M. le docteur Carriat, appelé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle) est vacant par suite du départ de M. le docteur Requet, nommé à un autre poste.

Le poste de médecin chef de service de l'asile public d'aliénés d'Alençon (Orne) est vacant par suite du départ de M. le docteur Carbillet, appelé à un autre poste.

AVIS DE VACANCE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Annecy.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE. — Le Congrès annuel de la Société française de gynécologie se réunira en 1933 à Luxeuil pendant les fêtes de la Pentecôte (3, 4 et 5 juin). La présidence d'honneur a été confiée à M. le professeur agrégé Keiffer (de Bruxelles) et la présidence à M. le docteur L.-M. Pierra (de Luxeuil), vice-président de la Société française de gynécologie.

Ordre du jour : *La douleur en gynécologie.* Sept rapports seront présentés par MM. A. Binet (Nancy), Cotte (Lyon), Douay et Xavier Colanéri (Paris), Keiffer (Bruxelles), Félix et Gaétan Jayle (Paris), Laffont (Alger), Pierra (Luxeuil), Zimmern, Pecker et Louis Netter (Paris).

Les congressistes seront logés gracieusement dans les hôtels de la station. De magnifiques réceptions et des excursions dans les Vosges sont prévues.

Une réduction de 50 p. 100 sera accordée par les chemins de fer français.

Pour tous renseignements s'adresser au docteur Maurice Fabre, secrétaire général, 6, rue du Conservatoire, Paris.

UNION MÉDICALE LATINE. — La prochaine conférence des Voix latines sera faite le 16 février 1933, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, par le professeur Legueu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, sur le sujet suivant : *Souvenirs et visions d'Argentine*, où ce grand maître a été en mission l'an dernier et où il a été reçu comme un des éminents représentants de la science française.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Rabier, l'excellent confrère qui organisait chaque année avec tant de dévouement et de succès le Salon du médecin ; Mme le docteur Marie Derscheid Delcourt (de Bruxelles) ; nous adressons à son mari le docteur Delcourt, ancien président de l'Association de la Presse médicale belge, l'expression de notre très affectueuse et profonde sympathie ; M. le docteur Albert de Lachapelle, à Helsingfors ; Mme G. Longuet, interne des hôpitaux de Paris.

RENSEIGNEMENTS

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU CONCOURS DE L'INTERNAT

C'est à dessein et pour ne pas troubler l'enquête faite par l'administration de l'Assistance publique que nous n'avons pas encore parlé des lamentables incidents du concours de l'Internat et de leurs conséquences tragiques.

Nous nous bornons aujourd'hui à reproduire une lettre que nous adresse le bureau de l'Association des externes des hôpitaux de Paris. N. D. L. R.

Le Bureau de l'Association des Externes des hôpitaux de Paris à Monsieur Mourier, Directeur général de l'Assistance publique.

Paris, le 24 décembre 1932.

Monsieur le Directeur général,

Le Bureau de l'Association des Externes a l'honneur d'attirer respectueusement votre haute attention sur la correction de l'écrit du récent Concours d'Internat et sur l'enquête qui, de notoriété publique, est actuellement en cours.

Au nom des externes et externes en premier des hôpitaux de Paris qui nous ont investis de leur confiance, nous vous demandons :

1° de bien vouloir faire poursuivre cette enquête jusqu'à ce qu'elle ait produit tous les résultats souhaités par les candidats ;

2° d'exclure à tout jamais du corps médical hospitalier et des concours de l'Assistance publique les candidats reconnus coupables d'avoir fraudé de façon certaine ;

3° de déchoir de leur titre les lecteurs que l'enquête montrera avoir favorisé ou défavorisé visiblement certaines copies ;

4° au cas où l'un ou plusieurs des membres du jury auraient, comme la chose nous a été affirmée, favorisé de leur côté ou défavorisé certaines copies, de les exclure de la composition de tout jury à venir.

Nous vous exprimons enfin le vœu suivant :

« Afin que les candidats honnêtes ne soient pas lésés par les mesures qui ne sauraient manquer d'être prises, nous désirons que la correction de *toutes* les copies des candidats, admissibles ou non, à l'exception des fraudeurs, soit reprise par un nouveau Jury.

Ce Jury serait composé de médecins, chirurgiens et spécialistes, chefs de service.

La lecture de chaque copie serait surveillée par un délégué de l'Assistance publique ; les notes données par l'ancien jury seraient ignorées et ne devraient plus entrer en ligne de compte pour l'admissibilité. »

Nous vous prions, Monsieur le Directeur général, de bien vouloir faire le meilleur accueil à cette requête qui est celle du corps de l'externat tout entier et d'agréer nos sentiments de respectueuse gratitude.

Pour le Bureau de l'Association des Externes : Le Président : Jean-Bernard Fleys, externe des Hôpitaux de Paris, 108, rue Saint-Dominique, Paris.

RELATION DES INFECTIONS NASO-PHARYNGÉES, BUCCALES ET DIGESTIVES, AVEC LES ÉTATS RHUMATISMAUX

(Résumé de 30 années d'observations.)

Par M. MAURICE FAURE (de La Malou).

I

Le 27 avril 1900, j'ai présenté, à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, une série d'observations, dont il résultait que des sujets, atteints de manifestations articulaires, névritiques, tendineuses, osseuses, musculaires, qualifiées de rhumatismes, et présentant tous les caractères que l'on assigne aux maladies de ce nom, avaient des infections subaiguës ou chroniques du naso-pharynx, des dents ou des sinus de la face, et qu'il suffisait de guérir ces petites infections locales, souvent inaperçues ou négligées, pour voir disparaître, *ipso facto* et sans aucune autre intervention, les manifestations rhumatismales qui dureraient depuis plusieurs mois ou plusieurs années.

Depuis, poursuivant ces observations dans des lieux où les rhumatisants se réunissent en grand nombre, j'ai pu confirmer l'exactitude de cette première relation, et constater qu'une relation semblable devait être établie entre les infections du tube digestif et diverses manifestations rhumatismales chroniques. De sorte qu'aujourd'hui, après trente années d'observation continue de rhumatisants, présentant les syndromes les plus classiques et les plus habituels, il apparaît que les causes les plus fréquentes de ces états morbides sont : 1° les infections naso-pharyngées chez les jeunes gens ; 2° les infections intestinales chez les adultes.

Ces deux causes ne sont pas, d'ailleurs, pratiquement, très éloignées d'une de l'autre, car l'infection digestive chronique trouve, le plus souvent, son origine dans une infection naso-pharyngée. C'est-à-dire que ce sont les mêmes sujets qui, dans leur enfance, ont des amygdalites, des coryzas répétés, des infections dentaires, des adénites et des adénoïdes, des coqueluches, des rougeoles, des scarlatines, etc., et qui, durant leur âge adulte, ont un état digestif infectieux, caractérisé par des dyspepsies, des entérites, de la diarrhée, des appendicites, des cholécystites, etc. Ce sont ces mêmes sujets qui, dans leur jeunesse, ont des rhumatismes articulaires aigus, des chorées, des migraines, puis, arrivés à l'âge adulte, des névralgies, des névrites, des déformations articulaires et osseuses, des lésions cardiaques, de l'angine de poitrine, etc...

Il faut joindre à ces sujets, notoirement infectés par en haut (c'est-à-dire par leur naso-pharynx et la déglutition du pus qui en découle), les sujets infectés par en bas, c'est-à-dire par la constipation habituelle, la stase stercorale et la résorption de poisons qui en résulte. Ainsi l'on réunira la presque totalité des rhumatisants.

II

La démonstration de l'exactitude de ces vues est faite par la thérapeutique : les rhumatisants par infection naso-pharyngée, buccale ou dentaire, guérissent de leurs névralgies ou de leurs arthrites, par la suppression du foyer infectieux facial ; et les rhumatisants par infection intestinale s'améliorent par le traitement de leur foyer infectieux intestinal, ou para-intestinal (appendice, vésicule et voies biliaires).

Mais, s'il est relativement facile et rapide d'enlever des amygdales ou des dents malades, de nettoyer un cavum ou un sinus, de soigner une muqueuse nasale, il est long et difficile d'assainir un intestin infecté ou de guérir une constipation ancienne. L'ablation d'un appendice et le nettoyage des voies biliaires sont évidemment des interventions d'un effet plus prompt ; mais, outre que les malades se décident moins volontiers à une laparotomie qu'à une intervention nasale ou buccale, les suites ne sont pas toujours simples et nécessitent souvent un traitement général.

Le traitement local doit, d'ailleurs, toujours être accompagné d'un traitement général : ainsi les succès imputables à l'emploi des sérums sont déjà mentionnés dans notre communication de 1900. L'emploi des vaccins nous donne, aujourd'hui, des effets plus démonstratifs encore. L'emploi des antiseptiques naso-pharyngiens et intestinaux n'est pas moins utile. Enfin, le choix des aliments est d'une importance capitale, chez les infectés intestinaux et les constipés.

Il ne nous est pas apparu que, lorsque le diagnostic était exact, la thérapeutique ait été en défaut : toutes les fois que le malade s'est soumis ponctuellement aux prescriptions et les a observées pendant un temps suffisant, les résultats ont été favorables. Mais le nombre est grand des femmes atteintes de rhumatismes chroniques (déformants ou non) qui se refusent à soigner convenablement leurs voies biliaires, leur constipation, ou simplement à observer pendant plusieurs années un régime alimentaire strict. Le nombre n'est pas moins grand des hommes qui mangent trop, à des heures irrégulières, hâtivement, et sans mastiquer, ce qui entraîne des fermentations intestinales, rendues évidentes par le développement excessif d'un abdomen gonflé de gaz. Ici, l'échec, dû à l'incompréhension ou à la négligence du malade, ne peut être attribué à une erreur de diagnostic, ou à l'impuissance de la thérapeutique, et cet échec explique l'incurabilité de bien des syndrômes rhumatismaux, qui auraient cédé à des prescriptions plus sévères, ou à leur application plus stricte.

III

Assurément, l'on ne peut prétendre expliquer ainsi tous les cas de rhumatismes, mais, autant que nous l'avons pu juger, en vivant dans les lieux où les rhumatisants se réunissent habituellement, et où l'on peut facilement les examiner, les suivre, les comparer et les soigner, les explications ci-dessus s'appliquent au plus grand nombre. Au surplus, la connaissance déjà acquise des arthrites accompagnant l'uréthrite gonococcique, des rhumatismes articulaires féminins causés par les métrites chroniques, et des rhumatismes osseux et articulaires des tuberculeux, ne nous montre-t-elle pas aussi des rhumatismes conditionnés par une infection locale, dont le foyer est distinct de la manifestation rhumatismale et sans rapport appparent avec elle ?

Cependant, il y a certainement des rhumatisants subaigus et chroniques, dont l'infection demeure rebelle, malgré toutes les recherches et la discipline nécessaire. Il en faut conclure qu'il existe, en outre des infections banales, des virulences encore inconnues ou mal connues, contre lesquelles nos vaccins, nos sérums et nos antiseptiques sont impuissants.

Il existe aussi des cas où les réactions organiques du sujet, épuisées par une longue lutte, sont difficiles à réveiller, plus difficiles encore à soutenir et à prolonger jusqu'à la victoire. Ces virulences inconnues et ces déficiences exceptionnelles de la défense, causent les échecs inexplicables.

IV

Dès 1900, nous avons montré que la notation de la température axillaire, telle qu'on la pratiquait généralement à cette époque, était une investigation insuffisante, et que, si

l'on s'astreignait à noter, chaque jour, la température rectale des rhumatisants, on constatait souvent qu'ils vivaient à quelques dixièmes de degré, souvent même à un degré au-dessus de leur température normale, telle qu'elle se rétablissait ensuite, spontanément, pendant la guérison. En d'autres termes, ces infectés du naso-pharynx, du tube digestif ou d'ailleurs, sont des fébricitants, dont la fièvre n'est ignorée que parce qu'elle n'est pas systématiquement recherchée. Et cela contribue à démontrer que les manifestations dont ils souffrent, sont en relation avec l'évolution d'un foyer infectieux.

Leur température n'est pas toujours, d'ailleurs, plus élevée le soir que le matin, suivant la règle habituelle des infections naso-pharyngées : quand il s'agit d'infections intestinales, la température est souvent plus élevée le matin que le soir. Chez les constipés chroniques, où l'élément toxique est habituellement plus important que l'élément infectieux, c'est parfois de l'hypothermie que l'on note, mais l'hypothermie n'est pas un phénomène plus normal que l'hyperthermie. D'ailleurs, chez ces malades, habituellement sans fièvre ou même hypothermiques, des poussées de fièvre (avec douleurs de reins, parfois même des hématuries et des cystites à coli-bacilles) ne sont pas très rares, et témoignent de l'explosion momentanée du foyer infectieux intestinal latent.

IV.

En résumé, autant que nous en pouvons juger d'après des observations trentenaires, les malades qualifiés de rhumatisants sont généralement des infectés, et le foyer qui les infecte est négligé ou méconnu. C'est cette méconnaissance ou cette négligence qui explique la chronicité et les progrès de l'état morbide. Il n'est pas impossible, d'ailleurs, qu'il existe d'autres causes de rhumatismes, mais il est certain qu'un foyer infectieux est leur cause habituelle. L'on peut, d'ailleurs, rechercher, dans le fonctionnement général de l'organisme (insuffisances glandulaires, etc...), l'explication de cette persistance insolite des infections chez certains individus, et conclure par la formule proposée par nous en 1899, à l'occasion de notre première étude sur ce sujet (Mémoire à l'Académie de Médecine) :

« Les rhumatismes sont des expressions symptomatiques « caractéristiques, causées par des infections banales, dont « le foyer paraît habituellement sans liaison avec la ma- « nifestation rhumatismale. Ainsi, le caractère qui unit les « rhumatisants, n'est pas dans la nature de l'infection qui « provoque leurs rhumatismes, mais dans leurs modes réac- « tionnels semblables en face d'infections différentes. La « spécificité est ici dans le malade et non dans la mala- « die » (1).

(1) Cette conception n'exclut pas cependant, l'unité d'origine de certaines affections rhumatismales, car le même agent pathogène peut se retrouver dans des foyers d'apparence différente. Mais cet agent pathogène unique pour plusieurs rhumatisants, ne s'associera pas au même syndrome chez tous. Ce seront donc les réactions propres du malade qui régleront ce syndrome, bien plus que la nature de l'infection. C'est en cela que les rhumatismes se différencient de la plupart des maladies, dont la séméiologie est à peu près uniformément liée à une même lésion ou à une même cause pathogène. C'est cette différence qui rend si complexe la compréhension des rhumatismes et si difficile leur thérapeutique.

Transactions of the American otological Society Inc. Soixante-cinquième assemblée annuelle (XXIIe volume). Grand in-8° de 358 pages, illustré. Publié par la Société à l'Imprimerie Reynolds, New-Bedford, Mass. (Etats-Unis d'Amérique).

XXIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Paris, 10-12 octobre 1932 (1).

TROISIÈME QUESTION

TRAITEMENT MÉDICO-CHIRURGICAL DES ABCÈS DU POUMON

PREMIER RAPPORT

Indications thérapeutiques, médicales et chirurgicales dans les abcès du poumon.

MM. Emile SERGENT et R. KOURILSKY, rapporteurs, avec la collaboration chirurgicale de MM. BAUMGARTNER et M. ISELIN (Paris).

Pour discuter et poser les indications thérapeutiques, médicales et chirurgicales concernant les abcès du poumon, il est tout d'abord indispensable de s'entendre sur la *définition*. On aboutit ainsi à réserver strictement la dénomination d'abcès pulmonaire à un foyer de suppuration collectée dans une cavité néoformée, creusée dans le poumon par une inflammation aiguë. Cependant, au point de vue pratique, même anatomo-clinique, il est bien difficile d'isoler catégoriquement l'abcès pulmonaire proprement dit des diverses variétés de suppurations broncho-pulmonaires diffuses et des foyers gangreneux localisés.

L'étude des abcès du poumon et de leur traitement nécessite *la collaboration médico-chirurgicale étroite* et longtemps poursuivie. C'est grâce à cette méthode que les rapporteurs ont pu faire les constatations qui les ont conduits à proposer les principes directeurs du traitement des suppurations pulmonaires. Au médecin incombe surtout la mission de définir les données du diagnostic ; au chirurgien le soin de fixer et d'exécuter la technique opératoire ; à l'un et à l'autre réunis, la tâche de préciser le moment et le choix du mode d'intervention.

Les indications thérapeutiques sont dominées par deux notions primordiales : la *notion de fréquence des guérisons spontanées ; la notion des accalmies trompeuses et des fausses guérisons.*

La guérison spontanée survient, d'après la moyenne des statistiques, dans les deux tiers des cas d'abcès simples à pyogènes et dans le cinquième des cas d'abcès putrides d'emblée. Pour affirmer la guérison vraie, il faut exiger les preuves irréfutables de cette guérison, preuves qui ne peuvent être cherchées que dans la disparition complète de tous les signes cliniques et de toute image radiologique autre qu'une image nettement cicatricielle. Ces deux notions doivent conduire à n'accepter qu'avec une prudente et nécessaire réserve la prétendue efficacité de nombre de traitements médicaux.

Une troisième notion, véritable principe, doit être mise en relief : *l'intervention chirurgicale doit cesser d'être l'épouvantail qu'elle est encore* pour trop de médecins, voire même de chirurgiens. Les perfectionnements apportés dans le mode d'exploration et dans les procédés opératoires des abcès du poumon ont permis de parvenir à des précisions qui assurent un pourcentage de guérisons sans cesse en augmentation. D'ailleurs, même en reconnaissant l'importance des risques opératoires, force est de constater que ces risques ne pèsent pas en regard de la terminaison fatale qui attend les sujets atteints de suppurations pulmonaires abandonnées aux aléatoires ressources de la thérapeutique médicale.

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Fin. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 89, p. 1633; n° 99, p. 1849; n° 101, p. 1876.

D'une façon générale, les indications thérapeutiques sont liées aux conditions cliniques ; elles varient suivant le type anatomo-clinique, l'ancienneté, l'étendue, le siège du foyer et les complications associées.

1° LES TRAITEMENTS DU DOMAINE MÉDICAL comportent le traitement médicamenteux et les traitements mécaniques.

a. *Le traitement médicamenteux* ou médical proprement dit vise à éteindre l'infection et à tarir les sources de la suppuration. Il comprend plusieurs moyens : la sérothérapie, la bactériothérapie, la chimiothérapie, la cure de soif, etc.

b. *Le traitement dit mécanique vise à favoriser l'évacuation* du pus collecté en assurant le drainage par des moyens dont dispose le médecin sans le secours du chirurgien. Il peut être réalisé par trois méthodes : le drainage postural, le drainage bronchoscopique, le drainage par expression ou pneumothorax thérapeutique.

Tous ces modes de traitement peuvent donner, suivant les cas, des résultats. Ils sont indiqués dans les phases de début ; ils sont impuissants lorsque le foyer de suppuration résiste et n'entre pas en résolution complète avant la fin du deuxième mois.

On peut poser en principe que, dans tous les cas où la guérison spontanée ou par les moyens médicaux ne peut plus être espérée, l'intervention chirurgicale est indiquée, à moins qu'elle n'expose à des risques à peu près fatalement mortels.

2° LES TRAITEMENTS DU DOMAINE CHIRURGICAL sont de deux ordres :

Les uns, procédés d'action indirecte, visent à réaliser la collapsothérapie chirurgicale ; ce sont la phrénicectomie, le décollement pleuro-pariétal, la thoracoplastie, l'apicolyse ; ils s'adressent surtout aux séquelles opératoires et peuvent être considérés comme des opérations complémentaires.

Les autres, procédés d'action directe, visent à réaliser l'ouverture et le drainage chirurgical (pneumotomie) ou la destruction du foyer (pneumectomie, lobectomie).

Les rapporteurs insistent sur l'importance de la détermination de la *date d'intervention*. L'heure optima varie quelque peu avec la variété du foyer de suppuration ; les rapporteurs admettent qu'elle ne doit pas dépasser un délai maximum de deux mois à partir du début de la suppuration. Opérer trop tôt, c'est faire peut-être une opération inutile et courir le risque de provoquer l'essaimage à distance ou l'infection du voisinage. Opérer trop tard, c'est risquer de tomber sur un clapier largement étendu, dont le drainage et l'exérèse pourront entraîner des accidents opératoires d'autant plus redoutables que le foyer sera plus voisin des gros vaisseaux hilaires.

Le mode d'intervention variera avec le siège, l'étendue, l'ancienneté du foyer de suppuration ; il sera commandé aussi par les complications (épanchement pleural, etc.) ou par les associations morbides (tuberculose, etc.).

M. A. BAUMGARTNER, rapporteur, formule, de son côté, les principes généraux qui doivent guider le chirurgien, en s'en tenant aux méthodes qui s'adressent directement au foyer suppuré et qui, pour lui et ses co-rapporteurs, constituent le seul traitement radical et curatif des suppurations pulmonaires. Le seul procédé logique est d'ouvrir l'abcès (pneumotomie) et, au besoin, d'enlever les parties de poumons malades (pneumectomie, lobectomie).

L'intervention directe sur la collection est devenue relativement bénigne depuis que l'on fait des opérations progressives successives en divers temps.

La localisation du foyer suppuré doit être faite avec le plus grand soin pour déterminer la voie d'accès. Il est absolument nécessaire de faire des examens radiologiques répétés de face et de profil, avant les interventions, entre ces dernières et à chaque temps opératoire. La ponction exploratrice avant l'intervention doit être rejetée.

L'anesthésie locale est seule de mise et on opérera dans la position assise. On emploiera exclusivement soit le thermocautère, soit le bistouri électrique pour opérer sur le poumon.

Suivant le type anatomo-clinique des lésions, le procédé opératoire sera la pneumotomie avec ou sans résection partielle de la poche, la pneumectomie ou la lobectomie.

La pneumotomie simple suffit pour les abcès sans réaction péricavitaire ancienne et pour les foyers de gangrène où le mort se sépare spontanément du vif. Mais elle doit être complétée par la résection de toutes parties accessibles de la poche suppurée, si les régions adjacentes du poumon présentent un début de bronchopneumonie ulcéro-nécrotique ou suppurée.

La pneumectomie consiste en une résection faite à la limite du tissu pulmonaire malade. La pneumectomie atypique fragmentaire progressive est la méthode de choix dans toutes les suppurations pulmonaires où, dans une zone limitée du poumon, se montrent des abcès multiples, associés ou non à des bronchiectasies secondaires. La mortalité opératoire, d'environ 20 p. 100, constitue un pourcentage infiniment moins élevé que celui de l'affection abandonnée à elle-même.

La lobectomie, intervention qui serait idéale si ses dangers n'étaient pas si grands, tout en pouvant être diminués, là aussi, par les opérations en plusieurs temps et le plombage à la paraffine du lobe malade, est rarement indiquée dans les suppurations pulmonaires ; on la réserve en général aux dilatations bronchiques, abcédées ou non, limitées à un lobe, d'un pronostic si sombre.

Dans les *abcès compliqués de pleurésie*, c'est la localisation pleurale qui doit être traitée d'abord par la pleurotomie avec drainage faite en temps opportun et sans grosse brèche opératoire.

En résumé, il faut opérer dès que le traitement médical se montre impuissant, précocement, deux mois constituant une limite pour la décision. S'il s'agit d'abcès collecté, on s'adressera à la pneumotomie-résection ; si l'abcès n'est pas collecté, on fera la pneumectomie fragmentaire progressive. Tous les autres traitements (collapsothérapie, etc.) ne sont que des traitements d'exception.

DEUXIÈME RAPPORT

Les séquelles des abcès du poumon. Chirurgie complémentaire et réparatrice.

M. G. LARDENNOIS (Paris), rapporteur.

Les abcès du poumon guéris spontanément ou après intervention chirurgicale peuvent laisser après eux des séquelles gênantes et capables de préparer d'autres accidents. Les plus importantes sont la sclérose pulmonaire avec dilatation des bronches, les fistules bronchiques, les cavités résiduelles intrapulmonaires et les excavations intrathoraciques.

Il n'est pas exagéré de dire que *la sclérose* est une manifestation aussi essentielle des abcès du poumon que la suppuration. Processus de défense, elle peut devenir si importante qu'elle met obstacle à la guérison en altérant le poumon, en troublant sa circulation et en entravant l'affaissement utile des cavités.

Le rôle des suppurations pulmonaires et de la sclérose consécutive dans la genèse de la *dilatation des bronches* est connu depuis quelques années seulement. Beaucoup de dilatations bronchiques dites primitives sont en réalité des séquelles de vieilles infections pulmonaires abcédées.

Laissant de côté les abcès compliquant une bronchiectasie ancienne, on peut constater au cours des abcès du poumon : 1° Des bronchiectasies précoces, fait des suppurations bronchiectasiques d'emblée (abcès bronchiectasique des Américains) réalisant une bronchiolyse ectasiante primitive et une sclérose pulmonaire rétractile secondaire.

2° Des bronchiectasies secondaires, dues au développement progressif de la sclérose et pouvant donner à leur tour des abcès du poumon péribronchiques. Ces ectasies bronchiques spéciales peuvent se développer, se compliquer et réclamer un traitement particulier : aspiration et nettoyages bronchoscopiques, opérations plastiques, voire drainages localisés ou opérations d'exérèse.

Les *fistules bronchiques* sont d'aboutissant de processus divers, d'où leurs variétés. On peut distinguer : des fistules après abcès simples, se compliquant lorsque la bronche ouverte assure mal le drainage ; fistules après suppurations étendues compliquées de bronchiectasie et de nécrose bronchique, souvent persistantes et justiciables de la pneumotomie ; fistules après pneumectomies partielles, plus rares actuellement où l'intervention sur le poumon est plus précoce ; fistules broncho-pleurales, entretenant et pouvant aggraver dangereusement les empyèmes consécutifs à l'ouverture dans la plèvre d'abcès corticaux ou à évolution corticale, qu'il faut reconnaître précocement et mettre à jour pour les traiter ; fistules broncho-cutanées, infirmité susceptible d'engendrer des complications, troubles de la respiration, réinfection pulmonaire d'origine externe, intoxication, amyloïdose, etc., et demandant souvent une intervention.

Le traitement des fistules bronchiques, broncho-cavitaires ou broncho-cutanées impose souvent l'exérèse large du territoire pulmonaire où elles aboutissent, suivie de thoracoplasties. Si, par contre, le poumon et les bronches voisines sont reconnus en bon état, les fistules, après destruction préalable de la muqueuse au nitrate d'argent à 35 p. 100, seront fermées par des procédés autoplastiques.

Les cavités résiduelles intra-pulmonaires qui peuvent rester longtemps méconnues, si elles ne sont pas fistulisées, sont exposées à être le siège de nouvelles infections. Elles doivent être traitées, soit par pneumectomie, quand celle-ci est réalisable sans danger excessif, soit par ouverture de la poche, oblitération des fistules bronchiques, mobilisation, greffe et procédés thoracoplastiques.

Les *excavations thoraciques* consécutives aux résections pulmonaires importantes seront comblées par thoracoplastie. Celle-ci comprendra d'ordinaire plusieurs temps. Le décollement pleuro-pariétal pourra aider au modelage de la paroi thoracique. La phrénicectomie sera réservée à des cas très exceptionnels. Des greffes pourront accélérer le comblement de la cavité.

Dans certains cas de cavités pleurales profondes avec pachypleurite, on n'obtiendra l'affaissement pariétal nécessaire que par une thoracoplastie comportant non seulement la résection des côtes, mais aussi la section ou la résection de la plèvre pariétale épaissie et des espaces intercostaux.

La tâche médico-chirurgicale n'est donc pas toujours terminée, alors que les dangers immédiats des abcès pulmonaires semblent écartés. Il faut s'appliquer à réparer de son mieux les dégâts qu'ils ont causés. Ceux-ci seront moins importants et plus aisément réparables si le traitement efficace de ces abcès n'a pas été regrettablement différé.

TROISIÈME RAPPORT

Les méthodes bronchoscopiques dans le traitement des suppurations pulmonaires.

MM. A. Lemierre, Léon-Kindberg et A. Soulas.

I. — L'idée de traitement endobronchique des affections pulmonaires est ancienne, mais il a fallu l'instrumentation de Chevalier-Jackson et la technique qu'il a précisée pour que la méthode pût devenir courante, aux Etats-Unis tout au moins.

II. — La question de technique est capitale ; si l'on ne s'astreint pas strictement aux règles posées par Chevalier-Jackson, l'on n'aboutit qu'à des échecs et mieux vaut s'abstenir de toute bronchoscopie.

III. — Le but de la méthode est avant tout de faire de l'abcès un foyer largement drainé : le nettoyage au porte-méchette et l'aspiration des sécrétions fluides en sont les deux actes essentiels. Ces manœuvres se passent en général au niveau des bronches de premier ou de deuxième ordre ; de règle on ne parvient pas dans la poche de l'abcès.

Se limitant aux suppurations strictement parenchymateuses, voici comment l'on peut schématiquement concevoir la conduite du traitement.

Dans l'abcès aigu, un premier temps du traitement d'attaque comprend deux séances bronchoscopiques à cinq ou six jours d'intervalle. Il sera presque toujours suivi du deuxième temps : trois à six séances diversement espacées qui mèneront jusqu'au 45e jour environ. C'est à ce moment qu'il convient de juger s'il faut passer la main au chirurgien, continuer, ou encore après un repos variable assurer un traitement dit de consolidation.

Dans les abcès chroniques récents, la bronchoscothérapie est mise en jeu immédiatement, avec énergie, mais sans obstination : il faut en deux ou trois semaines, donc en deux à quatre séances consécutives, obtenir une amélioration décisive, sans quoi il ne sera pas permis de persévérer.

Enfin, dans les abcès chroniques anciens, le traitement n'est guère susceptible de schématisation : les séances, d'abord assez rapprochées, seront de plus en plus espacées et pourront arriver en un an ou deux à un chiffre impressionnant : vingt, trente et bien davantage. Mais il ne s'agira presque toujours que d'une simple thérapeutique palliative.

Résultats. — Une statistique générale paraît impossible et de flagrantes contradictions opposent les auteurs, les uns comptant jusqu'à 95 p. 100 de guérisons, d'autres ne voyant dans les manœuvres bronchoscopiques qu'une thérapeutique accessoire, jouant surtout un rôle de préparation chirurgicale.

Il faut de toute nécessité sérier les observations. Sur 53 cas d'abcès aigus ou chroniques récents, les auteurs ont obtenu 66 p. 100 de guérisons.

Sur ces 35 cas de suppuration invétérée ou chronique, ils n'ont obtenu que 15 p. 100 de guérisons. Mais une amélioration véritable, et presque toujours inattendue, a été réalisée dans 66 p. 100 des cas.

L'ancienneté des lésions est le principal facteur du pronostic : un traitement endoscopique précoce, et énergiquement constitué, a les meilleures chances de réussite. La topographie de l'abcès doit, elle aussi, être considérée : l'abcès parahilaire, l'abcès du lobe inférieur seront le plus favorablement influencés par les méthodes bronchoscopiques.

Place des méthodes bronchoscopiques dans le traitement des suppurations pulmonaires. — 1° Au cours d'un abcès aigu, il faut y avoir recours tout de suite et énergiquement. Il n'existe guère de contre-indications. Appliquées selon des

règles rigoureuses, elles permettent d'espérer de 60 à 70 p. 100 de guérisons

2° A la période chirurgicale, hors le cas d'un abcès superficiel bien collecté, on doit encore tenter *immédiatement* le traitement bronchoscopique.

Diverses éventualités peuvent se produire :

a. Certains malades, une imposante minorité sinon la majorité, guériront.

b. D'autres ne réagiront pas ou réagiront mal : il ne faut pas s'obstiner, il faut recourir aussitôt à la chirurgie.

c. Au cas d'une simple « amélioration », aucune règle précise ne saurait être donnée ; seule l'étude minutieuse de chaque cas permet de décider du moment où au bronchoscope doit succéder le bistouri électrique.

d. Enfin, et bien que l'intervention paraisse d'emblée nécessaire, les manœuvres bronchoscopiques peuvent être à conseiller à titre de désinfection pré-opératoire.

Conclusions. — Le traitement des abcès du poumon est, aujourd'hui, quelque chose de singulièrement complexe ; il réclame avant tout la collaboration de diverses disciplines : médecin, radiologiste, chirurgien, bronchoscopiste ont chacun leur mot à dire.

Dans notre expérience actuelle, les méthodes bronchoscopiques paraissent capitales : presque toujours c'est elles qu'il faudra tout d'abord mettre en œuvre, qu'elles suffisent à fixer l'évolution favorable ou qu'elles préparent les voies aux interventions du chirurgien. Il faut en tout cas souhaiter que cette technique nouvelle fasse désormais, en France comme en Amérique, partie intégrante de nos méthodes habituelles d'examen et de traitement.

QUATRIÈME RAPPORT

L'émétine dans le traitement des abcès du poumon.

Par M. E. BERNARD.

1° Dans les abcès amibiens du poumon, le traitement par le chlorhydrate d'émétine a, dans la règle, une action immédiate, complète, définitive, ayant tous les caractères d'une médication spécifique.

2° Dans certains cas, cette action remarquable du traitement émétinien est le seul critérium permettant de diagnostiquer l'amibiase. Scientifiquement, ce critérium serait insuffisant. Au point de vue clinique et pratique, il conserve une valeur considérable, surtout s'il s'agit d'un abcès évoluant depuis plusieurs mois.

3° Dans les suppurations pulmonaires non amibiennes, fétides ou non fétides, l'émétine donne les résultats suivants :

Dans quelques cas rares, la guérison est très rapide. Il s'agit toujours d'abcès aigus récents.

Dans un certain nombre de cas, la guérison est obtenue d'une façon relativement lente : quelques rechutes émaillent l'évolution, les signes radiologiques s'effacent péniblement et la *restitutio ad integrum* de la plage pulmonaire est rarement obtenue.

Dans un très grand nombre de cas, l'émétine est sans action.

4° Lorsqu'on est en présence d'un abcès non amibien aigu, récent, et s'il guérit rapidement après le traitement émétinien, quelle est la part de l'émétine dans cette évolution favorable ? Comme un certain nombre de ces abcès guérissent spontanément après vomique, ce rôle peut être discuté. Chaque cas mérite d'être interprété. Chez un certain nombre de sujets, l'émétine semble améliorer le drainage de la collection.

5° En tout cas, l'émétine n'agit pas ici comme une médication spécifique. Son action est imprévisible. Il n'y a pas de risque à essayer une cure d'émétine. Il y a à gagner, il n'y a rien à perdre. Il y a à gagner parce que, de temps en temps, on a l'heureuse surprise d'un succès thérapeutique merveilleux, parce que, d'autres fois, on assiste à une évolution assez rapidement favorable. Il n'y a rien à perdre, car ce traitement n'est pas nuisible et, comme il est de courte durée, il ne recule que de quelques jours l'heure des autres décisions thérapeutiques.

Discussion des rapports.

M. R. PROUST (Paris) insiste sur les difficultés qui peuvent se rencontrer en présence d'un abcès du poumon et examine les diverses ressources auxquelles on peut faire appel. Il cite un cas dans lequel il a eu recours à la phrénicectomie.

M. RIST (Paris) est loin d'écarter aussi systématiquement que le fait M. Sergent la collapsothérapie du traitement des abcès du poumon. Il possède, en effet, des observations démontrant de la façon la plus évidente la possibilité de guérisons complètes et durables d'abcès du poumon traités avec persévérance par le pneumothorax artificiel. C'est une méthode qu'il faut employer de très bonne heure et, évidemment, qu'il faut savoir abandonner à temps.

Il a été longtemps sceptique à l'égard du drainage bronchoscopique, jusqu'à ce que des observations de malades traités par M. Soulas dans son service lui aient démontré que certains cas, même anciens, pouvaient être guéris de cette manière, mais là encore, il faut de la patience et de la persévérance.

Il ajoute quelques mots en faveur des injections intraveineuses d'alcool qui lui ont procuré récemment deux succès brillants et rapides.

M. Robert MONOD (Paris) est d'avis que c'est l'évolution qui doit avant tout guider pour le choix de l'heure de l'intervention.

Quand la vomique et la bronchoscopie ne donnent pas de résultat, il faut recourir à l'intervention précoce, surtout s'il s'agit d'un malade jeune.

Toutes les interventions ne sont pas également graves.

Quand il s'agit d'abcès superficiels et récents, le drainage, réalisé par la pleuro-pneumotomie, est logique et n'offre guère plus de risques que pour les abcès en général.

Les difficultés commencent avec les abcès profonds : dans ces cas, il faut pratiquer la pneumectomie progressive, dont la technique est aujourd'hui parfaitement réglée.

En règle générale, c'est en multipliant les temps opératoires et en combinant les diverses thérapeutiques que l'on obtiendra une guérison complète. La bronchoscopie et la collapsothérapie s'associeront avantageusement aux méthodes chirurgicales directes.

En opérant de bonne heure et en prolongeant le drainage, on évitera les séquelles autrefois fréquentes : pyosclérose extensive et fistules bronchiques.

M. ASCOLI (de Palerme) estime que le rapport magistral de M. Sergent aura certainement le mérite d'augmenter la confiance dans l'intervention chirurgicale, surtout dans la pneumectomie fragmentaire, et de mieux réglementer la conduite du traitement de l'abcès pulmonaire, en amenant les malades, qui ne bénéficient pas des traitements médicaux, à l'opération dans le délai indiqué par M. Sergent. Mais il ne partage pas l'ostracisme des rapporteurs contre le traitement pneumothoracique de l'abcès pulmonaire ; il estime qu'on peut se mettre à l'abri de tout danger de perforation pulmonaire en excluant du traitement pneumothoracique les abcès superficiels, sous-pleuraux, et du danger de la pleurésie fétide, en constituant le pneumothorax seulement quand la période aiguë et septique est terminée.

Communications.

Action favorable des injections intraveineuses d'alcool dans les suppurations pulmonaires. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Paul GEORGES (Paris), reprenant la thérapeutique des suppurations pulmonaires par les injections intraveineuses d'alcool à 33 p. 100, selon la méthode préconisée par Landau, Fegjin et Bauer, ont, sur sept cas d'abcès du poumon, soit simples, soit putrides, obtenu cinq fois une guérison ou une grosse amélioration. Sans vouloir remplacer par ce traitement l'intervention chirurgicale, les auteurs pensent qu'on peut y avoir recours soit à la phase pré-chirurgicale des abcès du poumon, permettant peut-être dans certains cas d'éviter l'opération, soit dans les vieilles suppurations chroniques non justiciables de la chirurgie.

Indications, contre-indications et pratique de la bronchoscopie dans le traitement des dilatations bronchiques. — MM. CORDIER et MOUNIER-KUHN (de Lyon) ont traité et suivi, depuis plus de dix-huit mois, douze cas de bronchectasie de causes diverses. Les indications de la bronchoscothérapie résultent de l'inefficacité des autres modes de traitement. Les contre-indications méritent d'être soigneusement étudiées à différents points de vue. Les principales sont tirées de l'âge du malade (enfants trop jeunes, vieillards) ; de l'état infectieux : la gravité des symptômes d'infection est une contre-indication formelle à toute bronchoscopie ; de l'état général : la cachexie, l'insuffisance cardio-vasculaire, la dégénérescence amyloïde sont des contre-indications absolues ; l'hémoptysie récente peut être une contre-indication temporaire. La conduite du traitement bronchoscopique comprend d'abord une première bronchoscopie exploratrice et diagnostique dont l'importance est considérable, puis un traitement d'attaque avec trois, quatre ou cinq bronchoscopies répétées à de courts intervalles. Si l'amélioration obtenue dès ce moment indique la continuation du traitement, on peut alors espacer les séances et arriver à ne faire de bronchoscopie que tous les trois mois environ. Les auteurs ont ainsi obtenu des améliorations durables dans les trois quarts des cas soignés.

A propos du traitement par les méthodes directes de suppurations intrapulmonaires. — M. Jean GUISEZ (Paris) distingue dans ces suppurations plusieurs cas bien distincts :

1° Si l'abcès est consécutif à un *corps étranger*, si le cas est *récent*, la guérison est la règle dès que le corps étranger est enlevé, et cela sans aucun traitement consécutif

Dans les cas *anciens*, le traitement direct quel qu'il soit, qu'il s'agisse de bronchoscopie avec aspiration ou d'injections massives, est inefficace et ne donne en général qu'une amélioration passagère.

Il en est de même pour les abcès dus à la chute dans les voies aériennes, de fragments septiques après des opérations sur la gorge.

2° S'il s'agit d'*abcès d'ordre médical*, que celui-ci soit *récent* et s'il n'y a pas de réaction générale, la bronchoscopie est indiquée au début du traitement de façon à poser le diagnostic exact de siège et d'étendue de la poche purulente et pour effectuer certaines interventions endobronchiques ; en outre, elle permet parfois de trouver un corps étranger latent. Mais on continuera le traitement par de simples injections massives transglottiques.

Par contre, s'il y a une suppuration étendue à une grande masse du parenchyme pulmonaire, avec un état général grave comme par exemple dans la *gangrène pulmonaire*, la bronchoscopie est tout à fait contre-indiquée, et les injections massives seules permises ont paru à l'auteur particulièrement efficaces.

Si la *suppuration est ancienne*, la poche nettement organisée, le traitement bronchoscopique est tout aussi inopérant que les injections massives.

S'il s'agit de *suppurations bronchiques anciennes* (dilatations bronchiques) ou de collections suppurées interlobaires ouvertes secondairement dans la bronche (abcès pleuraux interlobaires), le traitement par les méthodes directes n'aura aussi qu'une bien faible action purement palliative.

Aussi l'auteur considère-t-il la bronchoscopie comme un traitement très difficile à appliquer, qui comporte beaucoup de contre-indications, est *bien souvent inefficace* et en tout cas n'a pas plus de valeur que les simples injections massives transglottiques.

Le traitement des abcès pulmonaires par la cure de soif. — M. L. MAROY (de Bruxelles), qui a eu l'occasion de traiter 14 cas d'abcès pulmonaire par la cure de soif, a obtenu 10 guérisons rapides, 1 guérison lente, 3 échecs dont 1 décès et 2 cas qui ont abandonné la cure, l'un après une très grande amélioration, l'autre sans aucun changement ; il insiste sur l'innocuité de la cure qui donne dans les cas favorables une amélioration rapide ; dans la plupart des cas l'auteur a associé à la cure de soif les injections de sulfarsénol. Il estime que ce traitement doit être essayé dans tous les cas d'abcès pulmonaires, attendu qu'il n'empêche pas d'employer simultanément toute autre méthode de traitement.

Abcès du poumon et pleurésies interlobaires. — M. CREYX (de Bordeaux). 1° La pleurésie interlobaire doit conserver son individualité anatomique et sémiologique. Si les données permettant la différenciation avec l'abcès parenchymateux demeurent rudimentaires, l'auteur pense que l'image radioscopique ou radiographique initiale d'aspect rectangulaire à angles non émoussés suffit à la caractériser.

2° Dès que se montre la putridité de l'expectoration, on doit dire théoriquement qu'il y a gangrène. En fait, seule une question de degré dans l'intensité du processus sépare l'abcès gangreneux de la gangrène pulmonaire véritable.

3° Au point de vue thérapeutique, la discrimination topographique de l'interlobite et de l'abcès est, comme l'affirme M. Sergent, sans intérêt. Aux deux entités s'adressent avec des chances égales de succès les modalités et la conduite du traitement qu'ils préconisent.

Gangrène pulmonaire traitée par les injections intraveineuses d'alcool. — M. BURNAND (de Lausanne) relate l'observation d'un cas de gangrène pulmonaire à forme broncho-pneumonique qu'il a tenté de traiter par les injections intraveineuses d'alcool dilué à 33 % dans du sérum physiologique. Malgré une amélioration temporaire très nette portant sur l'état fébrile et l'abondance de l'expectoration, l'évolution du cas ne fut pas modifiée d'une façon durable, et le malade succomba.

Les méthodes collapsothérapiques dans le traitement des abcès gangreneux du poumon. — MM. André JACQUELIN, Marcel PERRAULT et Jean GORSE (Paris) présentent une étude, basée sur 16 cas, des indications, des contre-indications, de la technique, des résultats et des accidents du pneumothorax artificiel dans le traitement des suppurations et des nécroses putrides du poumon.

Ils montrent que la possibilité de réaliser le collapsus pulmonaire et les résultats qu'il fournit sont essentiellement fonction de la précocité avec laquelle on intervient. Durant les quinze premiers jours de l'évolution morbide, le collapsus pulmonaire en pression basse est possible et on évite les déchirures du poumon.

Le principal obstacle à la réussite du pneumothorax réside dans la forme anatomique de l'abcès : les abcès aigus

se développant dans un poumon antérieurement sain permettent la collapsothérapie, qui est impossible dans les abcès chroniques envahis par la sclérose. Dans ces formes, avant de recourir à une intervention chirurgicale toujours grave on peut mettre en œuvre la phrénicectomie, dont les auteurs rapportent un exemple de remarquable action curatrice.

Notes sur l'emploi de l'émétine dans le traitement des abcès du poumon. — M. Charles MATTEI (Marseille) a observé dix cas d'abcès pulmonaire traités par l'émétine. Sur quatre abcès chroniques, cette thérapeutique, comme toutes les autres, fut inefficace ; mais sur six cas d'abcès aigus fétides, l'émétine opportunément mise en œuvre a donné deux guérisons rapides et définitives.

Il partage entièrement l'opinion exprimée par M. Etienne Bernard sur la nécessité d'un traitement émétinien d'épreuve au cours des suppurations pulmonaires. Il montre les dangers de l'intoxication émétinique. Mais il estime que l'action de l'émétine, souvent bienfaisante dans les abcès du poumon, ne peut jamais avoir d'inconvénients si on surveille le malade et si on ne dépasse pas 0 gr. 36 à 0 gr. 40 de chlorhydrate d'émétine en tout par voie hypodermique. Ces doses suffisent largement en quelques jours au succès thérapeutique, s'il est possible, et restent pratiquement inoffensives.

La trachéo-fistulisation dans la préparation à la bronchoscopie et aux opérations pulmonaires. — M. Georges ROSENTHAL (Paris) préconise l'usage de la trachéo-fistulisation pour désinfecter les voies bronchiques des grands malades, leur permettre de mieux supporter la bronchoscopie et diminuer la mortalité encore trop marquée des opérations pulmonaires. La vaccination des abcès du poumon doit être une vaccination de tissu pratiquée par l'injection intrapulmonaire transthoracique. Désinfecter et aplatir, sinon détruire, telle est la règle de la cure.

M. SOULAS, rapporteur, résume les indications du traitement bronchoscopique, moyen auxiliaire certes, mais très important. A la période tardive, il n'est plus que palliatif ; mais là encore, il peut rendre la vie supportable aux malades et à leur entourage. Il offre encore un intérêt pronostique du point de vue chirurgical. Cette méthode procure 70 p. 100 de guérisons complètes dans les trois premiers mois de l'abcès.

M. R. KOURILSKY, rapporteur, fait la synthèse de tout ce débat. Toute une série de méthodes contradictoires de traitement des abcès pulmonaires viennent d'être exposées. De l'avis des rapporteurs, la véritable compréhension du traitement des abcès pulmonaires ne réside pas dans l'application exclusive et enthousiaste de telle ou telle méthode. Elle se dégage clairement, au contraire, lorsqu'on réintègre ce problème de pathologie pulmonaire dans le cadre de la pathologie générale. Pendant une période donnée que les observations cliniques ont montré être d'un à deux mois suivant les cas, on peut espérer faire résorber l'abcès par des moyens médicaux. Passé ce délai, la collection doit être ouverte pour éviter ultérieurement la pyosclérose destructrice de l'organe. La question de technique est actuellement résolue et la thérapeutique de l'abcès pulmonaire doit rentrer dans le cadre général du traitement des abcès périphériques ou viscéraux.

Il est illogique de vouloir employer ici les méthodes de collapsothérapie employées dans la tuberculose pulmonaire, qui n'ont donné aux rapporteurs que des désastres. La fréquence considérable des cas de guérison spontanée dans le délai d'un à deux mois explique toutes les opinions contradictoires et les succès apparents des traitements médicaux proposés ; il faut considérer toutes les variétés de traitement médical comme des adjuvants et utiliser par conséquent les moins choquantes, les moins traumatisantes possible.

C'est pourquoi on peut conclure en toute fermeté que l'abcès pulmonaire est une maladie essentiellement médico-chirurgicale ; la chirurgie thoracique doit cesser d'être un épouvantail et entrer dans le domaine d'une pratique plus étendue, en collaboration médicale permanente.

M. A. BAUMGARTNER ne peut que répéter les conclusions formulées par ses co-rapporteurs ; pratiquée comme elle doit l'être, la chirurgie thoracique sur les abcès pulmonaires n'est plus actuellement une pratique meurtrière et ne doit plus faire hésiter le médecin à passer à l'acte chirurgical, celui-ci devant être fait avec le contrôle et la collaboration médicale.

M. Emile SERGENT ne peut que souscrire à ce que viennent de dire ses collaborateurs Baumgartner et Kourilsky. La discussion qui a eu lieu ne saurait modifier l'esprit ni les conclusions de leur rapport. Elle a apporté quelques précisions et quelques remarques d'un intérêt indéniable. Elle a mis en lumière quelques réserves sur certaines de leurs propositions. Il se borne à répondre qu'ils n'ont prononcé l'ostracisme contre aucune des méthodes de traitement médical préconisées contre les abcès du poumon à leur phase de début. Mais ils disent qu'il serait dangereux de leur accorder une confiance aveugle, allant jusqu'à prolonger l'application au delà des limites qu'autorise la prudence. Sinon, on s'expose à laisser passer l'heure optima pour l'intervention chirurgicale libératrice et curatrice. Peut-on espérer qu'une thérapeutique médicale quelconque parviendra à provoquer la résolution, c'est-à-dire la guérison de tous les abcès du poumon qui, dorénavant, échapperaient définitivement à la chirurgie ? Il est impossible de prévoir l'avenir. Mais, dans les conditions actuelles de nos connaissances, on est en droit de soutenir qu'il serait aussi illogique de refuser aux abcès du poumon le secours de la chirurgie qu'il le serait de le refuser à l'appendicite aiguë par exemple.

Les rapporteurs estiment que la discussion qui s'est déroulée les autorise à maintenir leur conclusion essentielle : tout abcès du poumon qui n'a pas guéri complètement dans un délai maximum de deux mois à partir de son début, doit être traité chirurgicalement.

Jean LEREBOULLET.

Gynécologie (1), par A. LAFFONT, professeur à la Faculté de Médecine d'Alger.

Tout, dans ce livre, a été subordonné à la nécessité de simplifier la tâche de l'étudiant et du praticien désireux d'arriver au plus tôt à poser un diagnostic gynécologique aussi précis que possible.

Pour y parvenir, l'auteur suit le plan simple et logique adopté dans la plupart des volumes de cette collection.

Dans la première partie, il énumère rapidement les raisons principales pour lesquelles le gynécologue est consulté.

Dans la deuxième partie, il apprend à faire l'examen aussi détaillé qu'il est nécessaire des organes génitaux internes et externes de la femme.

La troisième partie est consacrée à la description des grands symptômes gynécologiques.

Leur étude conduit au diagnostic des affections gynécologiques, qui fait plus particulièrement l'objet de la quatrième partie.

L. G.

(1) Un volume de 206 pages avec 35 figures. Collection des Initiations médicales. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1931-1932 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 154. — AGNIEL. — De l'emploi de l'hyposulfite de magnésium pour combattre les accidents de l'anesthésie locale en odonto-stomatologie.

127. ALET. — De l'irido-cyclite tuberculeuse inflammatoire.

128. ALPER. — Névrite rétrobulaire aiguë d'origine infectieuse. Etude anatomo-clinique.

66. AMIC. — La toux au cours des affections cardio-vasculaires. (Valeur séméiologique.)

56. AMOUROUX. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. L'apicolyse par thoracectomie partielle haute. Etude anatomique et technique.

6. ANDRÉ. — La valeur pronostique de la courbe représentative du coefficient de Maillard dans les vomissements graves de la grossesse.

83. ARNAUD. — Les aspects radiographiques de la broncho-pneumonie non tuberculeuse, dans la première enfance.

165. ARTHUS. — Contribution expérimentale à l'étude de la narcose chloroformique.

89. AUMEUNIER. — L'importance d'un traitement médical actif dans les hémorragies secondaires du post partum. (Six observations.)

19. AUTAN. — La contracture syphilitique des jumeaux. Contribution à l'étude des manifestations musculo-tendineuses précoces de la syphilis.

76. BARBELANNE. — Sur l'évolution des ostéites tuberculeuses du col du fémur et leur traitement.

22. BARBIER. — Névralgies ovariennes par kystes lutéiniques.

121. BARIOZ. — Contribution à l'étude de la coxa-vara des adolescents.

86. BASCOU. — Recherches sur le chancre pulmonaire d'inoculation tuberculeuse dans la première enfance.

150. BASTIDE. — A propos de quelques cas de récidives « in situ » après cessation délibérée du pneumothorax thérapeutique.

59. BERGEROT. — Contribution à l'étude de la greffe costale dans le mal de Pott.

133. BERNAIX. — Contribution à l'étude de la constitution physique dans la démence précoce.

81. BERTIER. — La néphrose lipoïdique dans l'enfance.

67. BIGOU. — Le traitement rœntgenthérapique des adénopathies tuberculeuses (par la méthode du Dr J. Coste).

159. BLEIN. — La marche de l'accouchement (travail et délivrance) chez les femmes ayant présenté un syndrome d'albuminurie grave au cours de la gestation.

142. BONNET. — De la sédation immédiate ou rapide de l'élément douloureux de certaines manifestations de la syphilis dès la première injection arsenicale ou bismuthique. Valeur diagnostique de cette « injection d'épreuve ».

167. BOUCOMONT. — Recherches histophysiologiques sur le rachitisme dans la première enfance.

139. BOYER. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la méningite cérébro-spinale à méningocoques et de la méningococcémie d'après une statistique hospitalière de 116 cas.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, Montpellier, n° 79, p. 1446; Marseille, n° 85, p. 1558; Strasbourg, n° 86, p. 1581; Toulouse, n° 88, p. 1618; Bordeaux, n° 95, p. 1763; Nancy, n° 102, p. 1907; Alger, n° 103, p. 1925.

153. BOZON. — Valeur thérapeutique de l'opération périnéale élargie pour cancer du rectum. Statistique de M. le Docteur Santy pendant la période 1919-1932.

75. BRACHET. — La torsion de l'appendice iléo-cæcal. Etude anatomique et clinique.

141. BRÉCHET. — Sténose pyloro-duodénale d'origine biliaire, type Bouveret. (Fistule cholécysto-duodénale. Calcul enclavé.)

29. BREYTON. — Conribution à l'étude des formes extra-articulaires de la maladie de Bouillaud chez l'adulte.

90. BROCHIER. — Six observations d'albuminurie accompagnée de rétention chlorurée au cours de la grossesse.

37. BURESTE. — Syndrome opto-chiasmatique inflammatoire. (Méningites opto-chiasmatiques.)

131. CADE. — Contribution à l'étude de la séméiologie radiologique des ulcères pyloriques et duodénaux.

14. CAMELIN. — Du traitement curatif du tétanos.

38. CARMES. — La guérison des aveugles-nés. Essai médico-psychologique sur l'organisation des fonctions visuelles.

78. CARTIER. — Contribution à l'étude des expectorations sidérofères.

39. CAZEILLES. — Les affections héréditaires de la cornée.

157. CHABALIER. — L'œuvre médico-chirurgicale d'Antonin Poncet.

148. CHAILLET. — L'encéphalite psychosique aiguë azotémique.

140. CHANALEILLES (DE). — Le rhumatisme articulaire tuberculeux. Historique. Preuves cliniques et biologiques. Diagnostic. Essai pathogénique.

123. CHARLET. — Adénopathies cancéreuses de l'aine simulant les adénites subaiguës.

51. CHAUDERON. — La membrane pupillaire à l'examen bio-microscopique. Ses variétés morphologiques.

85. CHÉDÉCAL. — Quelques réflexions médicales et para-médicales à propos de Blaise Pascal.

23. CHIFFLOT. — Le traitement par l'insuline des hémorragies d'origine ovarienne.

65. CLÉMENT. — Résultats cliniques et anatomiques de l'ostéotomie fémorale à butée pelvienne.

74. COLLOMB. — Contribution à l'étude du traitement médico-chirurgical des anuries par néphrite aiguë infectieuse ou toxique.

46. CONCHE. — Quelques recherches sur les variations de l'état physico-chimique des albumines du sérum sanguin de la femme enceinte normale.

145. CORONAT. — Traitement des luxations anciennes du coude. Valeur de la reposition sanglante.

15. COSSET. — La maison moderne et l'hygiène.

36. COUSTY. — Etude pathogénique des lésions papillo-rétiniennes au cours des néphrites chroniques et de l'hypertension artérielle.

25. DARGEIN. — Les hémorragies dans la chirurgie des tumeurs thyroïdiennes.

68. DARNAULT. — Une forme spéciale de pigmentation au cours de la chrysothérapie : la chrysocyanose.

17. DEBERGUE. — Du syndrome cancéreux de l'apex orbitaire.

48. DEGUISE. — Etude du point de vue clinique et médico-légal (traitement excepté) des observations françaises de parkinsonisme survenu à la suite de traumatismes cranio-encéphaliques : chutes, contusions, commotions de guerre (fulguration non comprise).

132. DELORE. — De la bénignité relative de la localisation purement apicale de la tuberculose pulmonaire.

61. DELROUS. — Etude clinique et électrocardiographique de l'infarctus du myocarde. (Valeur comparée des symptômes.)

73. DENAGLARA. — Etude de la morbidité puerpérale, à la suite des interventions obstétricales effectuées au cours de la période de la délivrance. (Statistiques de la clinique obstétricale.)

26. DENAYROLLES. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes de la glande parotide accessoire.

98. DICHARRY. — Contribution à l'étude thérapeutique des tumeurs malignes de l'amygdale et du voile du palais.

7. DUBOIS. — Etude clinique des hydrorrhées gravidiques. Essai pathogénique.

146. DUCHAMP. — De l'évolution des kystes essentiels des os.

118. DUISIT. — Le tuberculome perforant de la choroïde.

31. DURAN. — Contribution à l'étude des hématomes étendus de la face et du cuir chevelu chez le nouveau-né.

103. ESCOMEL. — Les formes atypiques du pneumothorax spontané.

62. ESCOT. — Recherches cliniques et expérimentales sur la fragilité des capillaires cutanés chez les cirrhotiques. Les modalités des hémorragies au cours de l'insuffisance hépatique.

52. ESPARRAC. — Morbidité et mortalité par infection puerpérale à la suite d'accouchements entièrement spontanés. (Statistique de la clinique obstétricale de Lyon du mois de novembre 1927 au mois de mai 1931.)

110. FERRAGNE. — La névrite interstitielle hypertrophique et progressive. « Schwannite hyperplasique neuro-hypertrophiante ». Etude anatomo-clinique.

161. FEYEUX (Mlle). — L'acquisition du langage et ses retards.

77. FISQUET. — Contribution à l'étude du traitement et de la pathogénie de l'hypertrophie cardiaque dite idiopathique.

116. FLORIS. — Histoire des affections des voies lacrymales et de leur traitement.

104. FRAISSARD. — Le pneumothorax hémostatique.

93. FREZOULS. — Contribution à l'étude des applications de la sérothérapie anti-colibacillaire, suivant la méthode du prof. Vincent, au cours des colibacilloses urinaires.

111. FROMENT. — Les tachycardies paroxystiques ventriculaires.

156. GAMBUT. — De l'état social et mental des mères qui tuent leurs enfants et de la protection à leur assurer.

134. GAUTIER (Mlle). — Contribution à l'étude des localisations hautes du cancer de l'estomac et plus spécialement de sa modalité pseudo-splénomégalique.

137. GAY. — De la récupération fonctionnelle du poumon traité par le pneumothorax thérapeutique.

54. GEORGES. — L'abaissement prophylactique du pied antérieur dans les présentations du siège. Indications et résultats.

18. GERMAIN (Alfred). — Sur les formes dites radiologiques de la tuberculose pulmonaire.

107. GERMAIN (Gaston). — Accidents urémiques des débâcles urinaires dans les néphrites.

94. GIRARD. — Exclusion et atrophie de certains reins tuberculeux.

30. GOUMET. — Les antécédents pleuraux dans les arthrites et synovites tuberculeuses. Valeur séméiologique et pronostique.

129. GRABER. — Où en est le traitement de l'arthrite chronique de la hanche.

124. GRIMONET. — Poussée évolutive chez des tuberculeuses pulmonaires au cours de la période des suites de couches. Dix observations recueillies en trois ans à la clinique obstétricale de M. le professeur Voron.

112. GUIGNARD. — Etude radiographique des sutures osseuses du crâne sec. Appareil destiné à repérer les positions de la tête dans les radiographies du crâne.

64. HENRY (Georges). — Le traitement du pied bot varus équin congénital chez l'enfant après 2 ans, d'après les résultats de la Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie de la Faculté de Médecine de Lyon.

95. HENRY (Robert). — Considérations anciennes et nouvelles sur les « intoxications fongiques ».

117. HOIRIS. — Anel. Sa vie. Son œuvre ophtalmologique.

82. HUMILIEN. — Contribution à l'étude de la pneumonie centrale chez l'adulte.

24. JACOWSKI. — Au sujet d'une forme abortive d'infection périnéphrétique.

69. JOUTARD. — Le syndrome maladie de Dupuytren. Aperçu historique et clinique. Contribution à la discussion étiologique actuelle.

106. KRATCHKO. — Contribution à l'étude des formations ostéo-cartilagineuses de l'amygdale.

80. LABORDERIE. — Contribution au traitement chirurgical des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus compliquées de luxation. (Résection de la tête humérale.)

21. LACROIX. — La désarticulation pré-scaphoïdienne.

113. LAMBERT (Mlle). — Images radiologiques des calcifications intrathoraciques dans l'enfance.

147. LAMOURE. — Contribution à l'étude de la fixation des matières colorantes sur les bactéries.

96. LANDRIEU. — Etude statistique des placenta prœvia à la clinique obstétricale dans ces neuf dernières années et traités par des procédés obstétricaux.

125. LARDANCHET. — De la thoracoplastie chez les tuberculeux. Les indications pulmonaires et les indications pleurales.

63. LARDY. — La tête de méduse capillaire dorsale. Recherches cliniques et expérimentales sur les néo-vaisseaux cutanés des tuberculeux.

13. LAUGIER. — Contribution à l'étude des complications médicales des affections gingivo-dentaires.

44. LAUTRETTE. — Des hypertonies et de leur polymorphisme.

33. LAVIRON. — Contribution à l'étude du diagnostic de la grossesse en médecine légale par les méthodes biologiques.

160. LEMOYNE DE VERNON. — Contribution à l'étude du diabète héréditaire et familial.

47. LIGIER. — Quelques observations nouvelles d'infections puerpérales traitées chirurgicalement.

45. LYONNET. — Des moyens d'évaluer en fin de grossesse le poids du fœtus et les dimensions de sa tête.

8. MACLOU. — Sur la durée de la gestation et sur les causes considérées comme pouvant la faire varier.

1. MARION. — Résultats éloignés des résections de l'épaule pour tuberculose, d'après les malades d'Ollier.

2. MARTIN (Eugène-Maurice-Etienne). — Traitement actuel du cancer de la langue.

9. MARTIN (René). — Les gestations dites prolongées.

34. MARTY (Jean). — L'épreuve de Romberg et sa valeur séméiologique.

43. MARTY (Pierre). — Du syndrome de Barraquer-Simons, dit lipodystrophie progressive.

84. MASARDO. — La manœuvre de Jendrassik.

72. — MASSONIE. — Valeur respective des différents stigmates de l'hérédo-syphilis à la naissance et plus particulièrement des stigmates osseux.

60. MATHEY. — Etude critique de l'incision de Mac Burney dans l'appendicectomie.

10. MATHIEU. — Contribution à l'étude des compressions médullaires. Les varices des veines spinales.

126. MEYRAND. — Données acquises par l'étude expérimentale des anastomoses des voies biliaires.

122. MEYSSONNIER. — Parallèle entre les résultats éloignés des colectomies droites et gauches pour cancer. Statistique de M. le Docteur Santy pendant la période 1919-1931.

135. MINAIRE. — Le chancre syphilitique du col utérin. Etude de sa fréquence, d'après deux statistiques hospitalières.

99. MINOT. — De l'épithéliome du limbe scléro-cornéen.

119. MIRHOM (Mlle). — Dystrophies thoraciques et carence alimentaire.

138. MOLIN. — Traitement des péritonites puerpérales aiguës diffusantes.

28. MONJAUZE. — Compressions médullaires par tuberculose atypique du rachis. (Formes neurologiques pures du mal de Pott).

71. MORAND. — Infections mammaires au cours de l'allaitement à la clinique obstétricale (de 1927 à 1931). Etude statistique et thérapeutique.

40. NABONNE. — Essai sur une technique de sérothérapie antityphique. Pouvoir antigénique des lysats de bacilles d'Eberth obtenus par bactériophagie.

151. NOUGUIER. — Contribution à l'étude des névroses tachycardiques.

58. ORY. — Contribution à l'étude du phlegmon sus-hyoïdien septique de Gensoul.

130. PALLOT (Mlle). — Etude histo-physiologique des ovaires micro-kystiques. Recherches anatomo-pathologiques et expérimentales.

109. PEYRÉT. — Pleuroscopie et libération endopleurale des adhérences au cours du pneumothorax thérapeutique.

79. PIET-BERTON DE LESTRADE. — L'occlusion intestinale par calculs biliaires. Etude clinique et pronostic.

50. PIGACHE. — Kérato-conjonctivite phlycténulaire et infections naso-pharyngées.

143. PIZZERA. — Sur la contamination syphilitique de l'embryon et du fœtus.

114. PLEINDOUX. — Chirurgie esthétique et responsabilité médicale.

35. POISSON. — La cataplexie. (Le syndrome cataplectique.)

87. PRIEUR. — Contribution à l'étude de la cure à Royan. Etude du climat, de l'eau des plages, action sur le sang.

41. PUJOS. — Contribution à l'étude de l'intra-dermoréaction à la toxine typhique.

49. RAMNOUX. — La cataracte des verriers.

11. RAYMOND. — Les effets de la pilocarpine sur la tension artérielle et le système sympathique.

164. REGAD. — La torsion des trompes utérines.

97. REILLES. — Etude statistique de la délivrance artificielle précoce, prophylactique des hémorragies par inertie utérine. Indications et résultats.

70. RISTORCELLI. — De la dégustation d'épreuve.

102. RIVIÈRE. — Les comas acétonémiques dans les insuffisances hépatiques graves de l'adulte en dehors de la puerpéralité.

108. ROBION. — La résection du tissu cellulaire dans le traitement des infections des doigts.

53. ROLLAND. — Etude de la morbidité et de la mortalité par infection puerpérale chez les femmes ayant subi une intervention au cours du travail.

16. ROS. — Luxation et avulsion du globe oculaire.

136. ROUGEBIEF (Mlle). — Contribution à l'étude des relations du glutathion sanguin avec certaines dermatoses.

27. ROUGIER (Mlle). — La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon dans l'enfance. Aperçu d'ensemble sur l'état actuel de la question ; son utilisation, à l'hôpital Renée-Sabran, de Giens.

20. ROUQUET. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de l'ulcère gastrique.

152. ROUSSON. — Le cancer de la joue. (Epithélioma de la muqueuse de la face interne de la joue.)

163. SANFT. — Contribution à l'étude de la tuberculose de l'œsophage.

115. SASSARD. — Le syndrome anémique. Ses modalités cliniques et ses traitements.

162. SAVIGNEUX. — Hygiène et prophylaxie bucco-dentaires chez l'enfant à la période scolaire.

4. SIAU. — La prostitution devant la loi, la morale et l'hygiène. Etude critique des principales tendances actuelles.

57. SIFFRE. — Contribution à l'étude des fractures fermées des métacarpiens.

3. SILVESTRE. — Contribution à l'étude des variations de la sédimentation des hématies dans la syphilis acquise.

166. SIMONOT. — La résection du plexus hypogastrique supérieur (opération de Cotte) dans la dysménorrhée et les névralgies pelviennes.

105. SOULÉ. — La belladone dans quelques syndromes neuro-psychiatriques.

120. SUARD. — Six observations d'accidents gravido-cardiaques au cours de la gestation. (Statistique de la clinique obstétricale 1928-1930.)

100. SUZE. — Des amauroses d'origine centrale chez l'enfant.

88. TERRAY. — Contribution à l'étude de la réserve alcaline et de ses variations expérimentales.

155. THÉVENON. — Essai d'interprétation critique des troubles respiratoires provoqués par la station verticale chez certains mammifères.

158. TIRAN. — Etude de l'arséno-résistance d'après une statistique hospitalière.

101. TISSERAND. — Contribution à l'étude de la pathogénie du glaucome. (Etat vasculaire des glaucomateux.)

12. TRIPIER. — Des interventions sanglantes dans les fractures articulaires du calcanéum. De l'arthrodèse sous-astragalienne en particulier.

55. VANHEMS. — Manifestations fébriles d'origine hépato-intestinale dans les suites de couches immédiates.

92. VERNÈDE. — Essai sur la cytologie des bulles dans la maladie de Dühring-Brocq.

144. VERNUS. — La terminaison du pneumothorax artificiel. Séquelles et résultats éloignés du pneumothorax ininterrompu.

149. VEUILLOT. — Contribution à l'étude clinique de la tuberculose du pharynx.

42. VIDAILHET. — Effets de l'ergostérine irradiée associée à la radiothérapie sur la tuberculose du cobaye.

91. VIDAL. — Les fonctions hépato-rénales au cours de l'acridinothérapie.

WINCKEL. — La toxine dysentérique. Les notions actuelles.

5. ZEUDE. — Contribution à l'étude de la gono-réaction.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 330. — BARBOUTIS. — Contribution à l'étude du cri dans la séméiologie thoracique de l'enfant.

323. BEGITCH. — Contribution à l'étude de l'hématome périnéphritique non traumatique.

318. GAVRILOVITCH. — Contribution à l'étude du diagnostic de la torsion des hydrosalpinx.

320. LEUNG (TO-CHING) (Mme). — Contribution à l'étude de la Radix Ginseng, panacée du peuple chinois.

317. LI. — Les troubles oculaires par compression thoraco-abdominale.

321. MICHAILIDIS. — Les kystes cholestéatomateux intramédullaires par dysembryoplasie nerveuse.

316. MOHANNA. — Contribution à la thérapeutique de l'ankylostomose.

325. NICOLOFF. — Contribution à l'étude de la césarienne basse itérative.
327. NIK-NAFS. — L'urétéro-pyélographie par la voie intraveineuse.
322. PEZECHGAN. — Les métastases osseuses révélatrices du cancer de la prostate latent.
328. ROUSSEVA. — Nosographie clinique des formes périphériques de l'encéphalite épidémique.
319. SAVITCH. — Contribution à l'étude statistique de la morbidité et de la mortalité par infection puerpérale.
324. SPENCER. — Le syndrome polynévritique par Schwannite à virus neurotrope.
329. STANY ANIS. — L'hypertension artérielle en Egypte.
326. THEOBALDS. — Le lavement de sérum salé hypertonique dans les suites opératoires en chirurgie abdominale.

PRATIQUE MÉDICALE

LE SÉRO-MÉDICAMENT LITA DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE (1)

Par le docteur Henri DUFOUR.

Depuis plus de six ans, le Dr H. Dufour a appliqué à ses malades atteints de tuberculose pulmonaire et à quelques autres faisant suspecter la possibilité d'une évolution tuberculeuse, une thérapeutique par un séro-médicament qu'il a dénommé L. T. puis ultérieurement Lita.

C'est un mélange d'Iodaseptine et de sérum de lapin ayant reçu des injections massives de tuberculine brute.

Ce séro-médicament est mis en ampoules de 3 cc. contenant une partie de sérum tuberculiné chauffé à 60° et deux parties d'Iodaseptine.

Les voies d'introduction ont été intraveineuse, rachidienne, intramusculaire. C'est à cette voie que l'auteur a donné sa préférence.

Les injections sont pratiquées deux fois par semaine par série de 12, 20 ou 40 et doivent être reprises ultérieurement. Actuellement, plus de 30.000 injections ont été pratiquées sans accident : les bons effets thérapeutiques ont été rapportés dans les thèses de Hurez-Taboureux, Calvet.

Aujourd'hui, M. Dufour apporte les résultats d'une abondante expérimentation faite chez les cobayes et chez l'homme. Chez des cobayes traités préventivement par le lita, les inoculations de Bacille de Koch ont été moins rapidement mortelles que chez les animaux non traités.

Chez l'homme, la cuti-réaction à la tuberculine ne semble pas influencée par les injections de lita. On a de plus pratiqué les expérimentations suivantes :

Sur un malade, six scarifications pour cuti-réaction ont été recouvertes de tuberculine brute, de sérum de lapin normal mélangé à la tuberculine, de sérum de lapin tuberculiné, de Lita, d'un mélange d'Iodaseptine et de tuberculine brute : le sérum de lapin tuberculiné et le Lita se sont montrés les plus actifs pour neutraliser la tuberculine.

Il termine ce très intéressant travail par une série d'autres expérimentations :

Réaction de fixation. — Elle est fortement positive avec le sérum de lapin tuberculiné en présence de la tuberculine et légèrement avec l'antigène de Besredka. La floculation est très nette avec 2 ou 3 cm³ de sérum de lapin tuberculiné en se servant de 20 cm³ d'une solution de tuberculine diluée à 1 %.

Enfin, il résulte d'une série d'expériences sur le cobaye, que le séro-médicament Lita et le sérum de lapin tuberculiné paraissent, à des doses convenables, neutraliser l'action toxique de la tuberculine.

De ces faits, M. Dufour conclut :

« Indépendamment des réactions de floculation et de fixa-
« tion, qui n'ont probablement aucune relation avec les
« propriétés thérapeutiques du séro-médicament, notre sé-
« ro-médicament possède un pouvoir antitoxique vis-à-vis
« de la tuberculine, ce qui explique sans doute son action
« thérapeutique.

« De l'existence des phénomènes de floculation et de fixa-
« tion, on peut déduire que le séro-médicament n'agit pas
« seulement en transportant chez le malade une certaine
« dose de tuberculine, par simple passage à travers le la-
« pin. »

(1) *Bull. méd.*, 14 mai 1932.

LIVRES NOUVEAUX

Anatomie humaine descriptive et topographique (1), par H. ROUVIÈRE, Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine. — Troisième édition, entièrement refondue. Tome I : *Tête, Cou, Tronc*, 1.112 pages, 610 figures ; tome II : *Membres, Système nerveux, central*, 692 pages, 428 figures.

Le splendide *Traité d'Anatomie humaine* de M. le professeur Rouvière a remporté un succès sans précédent. Voici une troisième édition qui consacre ce succès. Comment s'en étonner ? Les étudiants de ma génération qui ont connu des traités bourrés de bibliographies, encombrés de citations, de notes, de détails concernant des anomalies, traités de lecture et d'assimilation difficile, ont cru rêver en voyant enfin un traité clair, bien français, dans lequel l'anatomie descriptive et l'anatomie topographique sont heureusement unies. Ces qualités, nous les retrouvons au plus haut point dans la 3e édition. M. Rouvière y a apporté de nombreuses additions sans nuire à la clarté primitive ; il a remanié l'anatomie des lymphatiques et du système sympathique ; il a ajouté plus de 120 figures nouvelles et a complété l'anatomie topographique de la paroi abdominale par une brève description des régions rachidienne et lombo-iliaque.

Que dire de la présentation de ce splendide ouvrage ? MM. Masson l'ont édité avec leur goût si sûr, ils n'ont reculé devant aucun sacrifice pour en faire un ouvrage digne de leurs grandes traditions.

F. L. S.

La responsabilité médicale devant les tribunaux (2), par Adrien POMMEROL, Vice-Président du Tribunal Civil de Lille.

Voici un livre très important de jurisprudence médicale, dans lequel les médecins trouveront les décisions judiciaires les plus récentes concernant la responsabilité médicale,

(1) Deux volumes grand in-8 formant ensemble 1.803 pages, avec 1.108 figures en noir et en couleurs. — Prix : brochés, 325 fr.; reliés toile, 375 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'ouvrage existe en trois volumes au prix de 400 fr. pour les envois par poste à l'étranger.

La troisième édition de cet ouvrage classique, connu maintenant dans le monde entier, comprend 178 pages de plus que la précédente et 118 figures nouvelles. Indépendamment de ces additions, tout le texte a été revu et corrigé et de nombreuses figures ont été remplacées.

(2) Un volume de 220 pages, 18 fr.; édition originale sur alfa, 30 fr. — Valentin Bresle, éditeur, 204, rue Solférino, Lille, et 3, cité Bergère. Paris (IXe).

« cette responsabilité mystérieuse qu'il est si mal aisé de découvrir et si difficile de sanctionner ».

A n'en pas douter, ce livre sera consulté souvent par les tribunaux et les parquets. Il est bon que les médecins le connaissent et qu'ils sachent que la conscience du devoir accompli ne suffit pas à les protéger contre les rigueurs qui leur ont été parfois appliquées.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

ORCHI-ÉPIDIDYMITE TUBERCULEUSE DE L'ADULTE

SIGNES ET DIAGNOSTIC

L'orchi-épididymite tuberculeuse est en réalité, tant au point de vue clinique qu'anatomique, une tuberculose génitale à prédominance épididymaire.

Elle tire sa gravité de deux facteurs :

— Son extension : à la vessie et au testicule.

— Son association à une tuberculose urinaire.

ÉTIOLOGIE

Avant tout adulte de 20 à 40 ans.

Citons parmi les causes adjuvantes :

— Les excès sexuels ;

— La blennorragie ;

— L'existence d'une tuberculose urinaire.

Les lésions atteignent électivement :

La queue de l'épididyme, puis le déférent, les vésicules séminales et la prostate.

Le testicule est longtemps indemne, ainsi que le côté opposé.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous prendrons pour type l'épididymite chronique de l'adulte.

Début. — Insidieux.

1° Soit un écoulement urétral, séro-purulent, indolore, aseptique (ni gono, ni staphylo).

2° Soit une hydrocèle.

3° Le plus souvent, une grosseur reconnue par hasard ou à l'occasion d'un traumatisme.

Examen. — 1° *Une mince lame d'hydrocèle.*

On ne peut pincer la vaginale. La ponctionner et inoculer un cobaye.

2° *L'épididyme* présente des lésions variables :

a) Soit un petit noyau à la queue.

Irrégulier, dur, « grossier », adhérent souvent aux parties voisines.

b) Soit un noyau à la queue et un à la tête.

Forme bipolaire, bien spéciale à la tuberculose.

c) Le plus souvent, prise en masse de l'épididyme.

Epididyme bourré de noyaux, de consistance irrégulière, coiffant le testicule « en cimier de casque ».

3° *L'anse épididymo-déférentielle* est augmentée de volume, irrégulière, s'avançant sous le pôle inférieur du testicule.

4° *Le testicule* est, en règle, absolument indemne.

5° *Le cordon.* — La funiculite est très rare.

Mais le déférent est déjà gros, induré, moniliforme.

6° *Le toucher rectal* montre :

a) Prostate.

— Soit grossie, nettement délimitable, phénomène déjà pathologique chez un adulte jeune ;

— Soit des noyaux petits, durs, indolents, saillant dans le rectum, ou encore un gros noyau unique du côté malade, signe capital.

b) Vésicules séminales.

— ou seulement perceptibles du côté malade.

— ou, des deux côtés « injectées de suif ».

On complétera toujours par

— *L'examen de l'autre côté,* généralement indemne.

— *L'examen des urines,* d'importance capitale.

a) Tantôt elles sont claires dans les trois verres ; amicrobiennes, sans filaments, c'est l'indice d'une tuberculose uniquement génitale.

b) Tantôt purulentes dans les trois verres.

Une cystoscopie s'impose pour dépister une tuberculose rénale extrêmement probable.

c) Tantôt enfin, seul le premier verre est louche. S'agit-il d'uréthrite chronique ou de tuberculose de la prostate ? C'est surtout dans ce cas qu'il importe de pratiquer la :

d) Recherche directe du B. K. dans le premier jet d'urine, après massage de la prostate.

— *L'examen général enfin* reste souvent négatif, le sujet étant jusqu'ici cliniquement indemne de tuberculose.

ÉVOLUTION

1° *Opéré (épididymectomie).*

Régression rapide des lésions prostato-vésiculaires.

2° *Non opéré.*

a) Guérison médicale possible.

Héliothérapie.

Traitement général.

Résorption des noyaux indurés qui se sclérosent.

Cette évolution dépend de la résistance du sujet, surtout de son état social.

b) Le plus souvent, ramollissement au bout d'un temps assez long : douleur, la tumeur se fixe, devient fluctuante. On voit alors s'installer : une *fistule* tuberculeuse typique.

Elle siège à la partie postéro-inférieure du scrotum.

Elle peut :

a) Se tarir.

Laissant une cicatrice plissée, adhérente à la glande.

b) Se multiplier, formant par confluence l'exceptionnel fongus bénin, superficiel où même profond, envahissant le testicule, dénudant l'albuginée.

COMPLICATIONS

D'extension. — 1° A la vessie :

Signes de cystite bacillaire très douloureuse...

2° A l'autre côté :

Grave pronostic fonctionnel.

3° A l'arbre urinaire supérieur :

L'atteinte rénale passe au premier plan.

Générales. — Très rares, elles ne se voient qu'en cas de fistules multiples :

— Généralisation tuberculeuse ;

— Cachexie amyloïde.

En pratique, la mort dans la tuberculose génitale isolée est exceptionnelle.

FORMES CLINIQUES

1° *Aiguë.* — Rare, grave.

Tableau d'une orchite aiguë fébrile, qui en quelques jours s'amende. Les symptômes se localisent à l'épididyme, la fistulisation est rapide (2 ou 3 semaines).

2° *Fistule chronique hypertrophique.*

Très rare, elle simule un cancer, mais on constate la présence d'une lame de liquide ; elle ne suppure jamais.

Bon pronostic.

3° *Forme à type d'hydrocèle à répétition.*

Ponction cobaye.

5° *Fistule secondaire à un noyau blennorragique.*

PRONOSTIC

Le pronostic se pose seulement au point de vue fonctionnel.

Le testicule est atteint tardivement.

— *Au début,* hyperexcitabilité génitale ;

— *Plus tard,* disparition de la fécondité ;

— *La sécrétion interne* persiste très longtemps ;

— *Facteurs de gravité :*

L'âge : meilleur pronostic chez l'enfant ;

Les formes ouvertes ou multiples ;

L'état social joue un grand rôle.

— *Récidives* possibles. Fréquence relative de la propagation à l'autre côté.

DIAGNOSTIC

Positif. — Atteinte de l'épipidyme ;

— Avec lésions prostato-vésiculaires ;

— Recherche directe du B K dans l'urine après massage de la prostate.

Différentiel.

1° *Le noyau épididymaire.*

a) *à la queue.*

Du diagnostic capital : LE NOYAU GONOCOCCIQUE.

— Unique, lisse, « élégant », car non évolutif, élastique, il respecte l'anse du déférent, alors que le noyau tuberculeux saille sous ce testicule « en soulier à la poulaine ».

— Les antécédents sont sans valeur (la tuberculose peut se greffer sur un noyau blennorragique) et l'écoulement urétral peut exister dans la tuberculose.

Les bases du diagnostic sont :

— Le toucher rectal : intégrité de la prostate.

— L'examen des urines.

b) *à la tête.*

— Un diagnostic capital : le KYSTE DE L'ÉPIDIDYME ;

Petite tumeur dure, régulière, arrondie, transparente, douloureuse, rarement unique.

Intégrité de l'arbre génital.

— La syphilis tertiaire est bilatérale ;

Cordon et vésicules intacts ;

Hydrocèle légère.

c) *La forme bipolaire* est sûrement bacillaire.

2° *En cas de gros épididyme « en cimier de casque »,* grosse présomption en faveur de la tuberculose. Retenir seulement :

LES ÉPIDIDYMITES CHRONIQUES NON BACILLAIRES :

a) Epididymite colibacillaire des rétrécis.

Début brutal (fièvre, frissons) ;

Evolution par poussées ;

Guérison spontanée. Mais récidives fréquentes pouvant obliger à l'épididymectomie ;

b) Epididymite staphylococcique.

Analogue.

c) Enfin toute une série d'épididymites chroniques, d'étiologie imprécise, peut-être mycosiques (Lecène) qui guérissent seules. Donc, en cas de doute, attendre l'évolution qui seule tranchera le diagnostic.

3) *Diagnostic des fistules.*

Généralement facile. Retenir seulement :

a) La possibilité d'inversion testiculaire.

b) La possibilité de *fistules microscopiques* qu'on recherchera minutieusement en déplissant le scrotum.

4° *Diagnostic des formes anormales :*

— Hypertrophique ;

Fait discuter :

Syphilis,

Hématocèle,

Cancer.

— Aiguë.

Torsion testiculaire ;

Orchi-épididymite blennorragique et toutes les orchites aiguës.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Jeudi 22 décembre. — Jury : MM. Lemaître, président ; Herrien, Halphen, Velter. — M. VAILLANT. De la trombophlébite sigmoïdienne latente et de la dénudation systématique du sinus latéral au cours de la mastoïdectomie. — M. MAHÉE. La diplopie physiologique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 105. — SAMEDI 31 DECEMBRE 1932. 105e ANNEE. SAMEDI 31 DECEMBRE 1932. — N° 105.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 54, rue Jacob, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — Le concours de l'internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Lemoine, Dassonville, Riou, Mlle de Gaillard, MM. Pelletier, Franck, Pietu, Baudart, Dehergue, Assailly.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Vanderstoppen, Gaultier, Fleurance, Avercenc, Nicaud, Boutillier du Retail, Romieux, Kervrant, Mlles Roudant, Le Baccon, MM. Jarry, Vivant, Mlle Micucci, MM. Daniel, Le Bouc.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — Le concours pour une place de professeur suppléant d'obstétrique, qui a eu lieu devant la Faculté de médecine de Paris, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Jarrousse, ancien interne des hôpitaux de Paris.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Grande chancellerie. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Vincent (M.-F.-E.).

GUERRE. — (Active.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Rebierre (Marseille), van Merris (Amiens), Barailhé (Châlons-sur-Marne), Mahaut (Maroc), Beau (Poitiers), Champeaux (Bourges), Heuls (Rennes).

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Ufferte (Le Bouchet), Langlois (Vichy), Buffé (Lyon), Théobalt (Clamart), Lubet (Levant).

Au grade de médecin commandant. — MM. Dhoste (Hyères), Testas (Angoulême), Magnenet (Versailles), Haultcœur (Amiens), Toureng (Grenoble), Ignard (Maroc).

(Troupes coloniales.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — M. Trividic.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — M. Jouvelet.

Au grade de médecin commandant. — MM. de Monti-Rossi, Boisseau, Rannou.

(Réserve.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Combe, Lallement, Merklen (Prosper), Trille.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Lenoble, Berge, Olmer, Garnier, Bruzon, Collin, Grégoire, Le Lorier, Barbin, Costa, Robert, Triqueneaux, Nordmann.

Au grade de médecin commandant. — MM. Reverdy, Oppert, Narboni, Pignot, Ciaudo, Gautier, Dutheil, Siauve, Grias, Delapchier, Perrier, Goupil, Limouzi, Flurin, Michel, Caussade, Coste, Retrouvey, Sorrel, Guyot, Arbez, Jarry, Laban, L'Hirondel, Algan, Marre, Pesnel, Paoletti, Rue, Coliez, Brohan, Quilichini, Noël, Levieil, Langlet, Fiessinger (Noël), Lemarchal, Guimbellot, Chenet, Simonin, Salomon, Duhot, Le Miere, Vignes, Martignon, Nadaud, Granger, Metzger, Watrin, Bourquard, Billant, Molin de Teyssieu, Chalot, Legrand, Basset.

Au grade de médecin capitaine. — MM. Laplane, Boulva, Bedu, Froge, Delage, Lebée, Piquet, Escale, Collin, Dresch, Charles, Oddo, Grenier, Brillaut, Chopin, Rouquet, Castex, Potheau, Bardet, Levi-Valensin, Potez, Tristan, Behague, Lefèvre, Caillet, Goudet, Piot, Blaise, Palais, Cornudet, Jacquelin, Billard, Pollosson, Dognon, Raison, Borey, Perrault, Leroux, Rachet, Paychère, Chapuis, Chery, Watel, Schlesser, Rouy, Descola, Monod, Duchamp, Jacquelin, Laemmer, Delacloche, Bru, Moreau, Goldite, Jaouen, Blamoutier, Baylac, Castelli, Gaudot, Jaillette, Veil, Florand, Ferrieux, de Sallier-Dupin, Hidden, Roudeau, Huas, Vallée, Muller, Thomas, Deguy, Massié, Vigouroux, Serane, Galliard, Verger, Pauty, Gaugier, Plait, Charbon, Martin, Guil-

emin, Engelhard, Laburthe-Tolra, Heitz, Binet, Courtot, Huet, Petitjean, Parry, Tétard, Picard, Lebon, Perrussel, Marissal, Joseph, Bonnet. Renard, Sautereau, Vogt, Surun, Gambillard, Chalut, Loiseau, Baranger, Mourgeon, Bonafé, Batailh, Meyer, Keller, Allenbach, Lavier, Codaccioni, Apard, Adrian, Martin, Wickham, Demelin, Reverdy, Chereau, Clément, Sédillot, Richard, Gastinel, Talheimer, Delplace, Le Chaux.

LE BUDGET DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Au Conseil municipal de Paris, le rapporteur, M. de Fontenay, a constaté que le budget de l'Assistance publique de Paris, pour 1933, s'équilibre à la somme de 658.662.517 fr., y compris une subvention de la Ville se montant à 355 millions.

M. de Fontenay a rappelé que les subventions municipales ont passé de 162 millions en 1925 à 345 en 1932, soit 53 p. 100 d'augmentation, alors que les lits passaient de 36.500 à 41.700, n'augmentant que de 14 p. 100.

L'explication de cette disproportion est donnée par l'augmentation incessante du prix de la journée; elle atteint actuellement près de 42 fr.

Or, si la durée moyenne de l'hospitalisation est de 15 jours à New-York, de 24 à Londres, de 22 à Bruxelles, à Paris elle est de 27 jours, en raison de l'attente des malades, attente causée par les examens spéciaux, attente d'une intervention due à l'encombrement des salles d'opérations, etc.

D'autre part, les chroniques occupent fort longtemps des lits pendant la longue paperasserie nécessaire avant leur transfert dans les hospices.

M. de Fontenay s'élève contre ces lenteurs et s'écrie : « La salle d'hôpital pour les traitements exigeant des soins constants, oui; mais lieu d'hébergement, non »; et le rapporteur rend hommage à l'énergie de M. Mourier et à ses efforts pour perfectionner sans cesse les hôpitaux parisiens.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

QUESTIONS FISCALES

Au cours de l'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, l'ordre du jour sur les projets fiscaux, déjà reproduit par la *Gazette des Hôpitaux*, a été complété par l'addendum suivant :

« L'Assemblée générale de la Confédération

« Fait observer :

« Que, sauf erreur, pour un revenu net de 25.000 francs, un *salarié* marié, ayant trois enfants à sa charge, est imposé à l'impôt cédulaire à la somme de 60 francs ;

« Tandis qu'un *médecin* (ou un avocat) ayant les mêmes charges de famille, est imposé à 630 francs ;

« Que, pour un revenu net de 40.000 francs, un *fonctionnaire* marié, ayant trois enfants à charge, est imposé à 615 francs ;

« Tandis qu'un *médecin* (ou un avocat) dans les mêmes conditions est imposé à 1.440 francs ;

« Estime que cette différence de charges fiscales grevant plus lourdement le travail médical — le plus personnel de tous les genres de travaux — ne repose sur aucune base morale acceptable ;

« Et demande au Parlement d'établir la justice fiscale avant de songer à frapper de nouvelles mesures coercitives et vexatoires les professions libérales déjà super-imposées par les lois de finances et par les sacrifices qu'on exige d'elles ou qu'elles consentent en faveur des collectivités sociales. »

Les chiffres indiqués dans cet addendum sont très significatifs. Nous pouvons ajouter, pour mettre mieux encore en relief la différence de traitement signalée, qu'un salarié, employé ou fonctionnaire, dans les conditions indiquées, pour un traitement de 20.000 francs, ne sera pas imposable à l'impôt cédulaire, tandis que le médecin ou l'avocat devra payer, à ce titre, 600 francs ; pour 30.000 francs, les premiers paieront 350 francs, et les seconds 1.500 francs ; pour 50.000 francs, 1.775 francs et 3.600 francs.

Cette différence considérable tient aux dispositions suivantes :

Un salarié bénéficie de déductions diverses :
3.000 francs pour la femme (non salariée),
3.000 francs pour chacun des deux premiers enfants âgés de moins de 18 ans et non salariés,
4.000 francs pour le troisième,
2.000 francs pour chaque personne à sa charge (enfant de 18 à 21 ans non salarié, infirme, ascendants de plus de 70 ans ou infirmes).

En outre, alors que le taux d'imposition, lors des derniers dégrèvements, a été abaissé à 10 % pour les salariés, il a été maintenu à 12 % pour les contribuables des professions libérales.

Il s'ensuit une inégalité de traitement qui ressort bien des chiffres cités et qui devient odieuse si on considère que non seulement le médecin ou l'avocat n'est admis à aucune déduction pour l'impôt cédulaire, mais encore que vient se superposer l'impôt des patentes, qui est basé sur l'ensemble des locaux occupés ; de ce fait, le contribuable se trouve pratiquement pénalisé pour chacun de ses enfants !

A. HERPIN.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Jeudi 5 janvier. — Jury : MM. Brindeau, président ; Lereboullet, Sergent, Vandescal. — M. KUYPERS. Contribution à l'étude clinique de la splénomégalie vaccinale chez le nourrisson.

RENSEIGNEMENTS

BELLE CLIENTÈLE à vendre en Seine-et-Oise. Banlieue très proche de Paris, centre de villégiature. Décès très récent. 100.000 fr. prouvés. Loyer, 3.000 fr. Bail. — S'adr. Mme Cuche, place Gency, à Meulan (S.-et-Oise), tél. n° 9.

SUR LA VARIABILITÉ DES MANIFESTATIONS RHUMATISMALES, EN RELATION AVEC LES INFLUENCES SOLAIRES ET COSMIQUES

Par M. Maurice FAURE (de Nice).

Alors même que sont permanents les états diathésiques, les intoxications, les infections, les lésions qui engendrent les manifestations rhumatismales, celles-ci sont, le plus souvent, variables ou intermittentes, et ces variations constituent précisément l'une des caractéristiques essentielles des rhumatismes.

Or, si l'on suit un grand nombre de rhumatisants pendant un temps assez long, on est frappé du synchronisme de leurs accidents aigus : c'est-à-dire que, malgré leur variété (névralgies, arthrites, manifestations séreuses, viscérales, musculaires, tendineuses, osseuses, etc.), ces accidents aigus sont à peu près simultanés, chez un grand nombre de malades, et constituent des séries morbides très apparentes, entre lesquelles s'établissent des accalmies plus ou moins prolongées.

Tout se passe donc comme si, en outre des causes internes qui provoquent l'état rhumatismal, d'autres causes extérieures et transitoires intervenaient aussi. Les causes internes prépareraient les manifestations morbides, et les causes externes en prépareraient l'éclosion. Les rhumatisants eux-mêmes ont remarqué cette alternance d'accalmies et d'exacerbations et ils invoquent leurs propres observaions pour expliquer, par des causes climatériques et météoriques, l'apparition de leurs accès et de leurs douleurs. Mais si l'on contrôle l'action des causes qu'ils invoquent, on constate que cette action varie selon les sujets, et que l'accord ne peut se faire entre tous que sur la seule constante que voici : l'apparition des agents morbides précède, de quelques heures au moins et de deux jours au plus, les changements du temps.

Or, ces changements du temps eux-mêmes (quels qu'en soient le sens, l'importance et la durée) sont conditionnés par des phénomènes cosmiques plus amples. Et ces phénomènes cosmiques sont bien l'essentiel, puisque les accidents morbides se produisent en coïncidence avec eux, alors même qu'il n'y a pas eu de changement du temps dans la région où se trouve le malade observé.

Après avoir suivi, pendant la durée d'un cycle solaire (11 années), les modifications de cet astre, nous avons pu établir que les taches solaires, passant au méridien dans une position telle que le faisceau de leurs radiations atteigne la Terre, s'accompagnent toujours de l'éclosion d'accidents rhumatismaux aigus, et plus généralement de la recrudescence des accidents aigus au cours des maladies chroniques, ainsi que de bien d'autres perturbations de l'activité humaine.

Mais si toutes les taches bien placées s'accompagnent toujours d'accidents, les séries d'accidents sont plus nombreuses que les passages de taches : aussi l'on peut observer de grandes séries d'accidents de toutes sortes, en dehors des périodes de taches. Il en est ainsi depuis septembre 1931, c'est-à-dire que les accidents graves sont subintrants alors que cependant le nombre des taches est réduit au minimum.

D'autres causes que les taches solaires peuvent donc provoquer des manifestations rhumatismales, parmi les perturbations simultanées de l'organisme humain, de l'atmosphère et de l'écorce terrestre. Ces causes nous sont inconnues ; mais, puisque nous avons pu déterminer l'influence si nette des taches solaires, il est permis d'espérer que nous pourrons déterminer ultérieurement l'influence d'autres causes cosmiques, analogues et différentes. Pour les chercher et les étudier, une Association internationale a été créée à Nice (24, rue Verdi), sous le nom d'« Institut d'Etude des Radiations solaires et cosmiques et de leurs effets biologiques et pathologiques », avec l'intention de grouper les chercheurs et de coordonner les résultats de leurs observations.

ÉTUDE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICAMENTEUSE DANS DIFFÉRENTS SYNDROMES PSYCHIATRIQUES

Par R. MICOUD.

L'action combinée du gardénal et de la belladone a été étudiée depuis longtemps déjà, notamment par nos maîtres MM. M. Ducosté et L. Marchand. Employée avec succès dans les formes d'épilepsie résistant au gardénal aux doses usuelles, cette association médicamenteuse étudiée ensuite chez les anxieux nous a paru comporter des indications plus étendues.

Ordinairement nous avons employé soit le belladénal à 0 gr. 10, soit l'injection sous la peau de 20 cgr de barbiturique sodique dissous avec un 1/2 mmgr de belladone totale.

C'est dans les états dépressifs que se manifeste le mieux l'action du sédatif : chez les incertains vagotoniques, les petits anxieux, les petits obsédés psychasthéniques, les déprimés auto-dépréciateurs. Il agit, à la fois, sur le doute et sur l'émotivité, diminuant la psychorrée obsédante, entraînant une sédation idéatoire, une raréfaction de la fréquence et de la térébrance des obsessions, sans avoir les inconvénients de l'opium.

Chez les grands psychasthéniques, le médicament ralentit suffisamment les processus psychiques à partir de l'émotivité pour qu'il soit possible de rassurer le malade. La grande crise anxieuse, le délire d'indignité cèdent pour plusieurs heures à l'administration sous-cutanée. Il faut signaler que les délires rétrospectifs avec auto-accusation sont moins rapidement influencés que les délires actuels.

G..., courtier en bijoux, supplie qu'on ne le tue pas. Il n'a rien fait. Sa femme pourra-t-elle venir le voir ? Il était bon mari. Pourquoi le tient-on pour un criminel ? Il n'a jamais volé et a toujours craint de le faire. Il jure qu'il était un honnête homme. Eh bien, oui, il était un misérable, qu'on le tue, mais qu'on ne dise pas à sa famille tout ce qu'il a pu faire de mal. Tant de doutes sur sa conduite passée surgissent intenses à son esprit, qu'il se dresse en criant pour demander pardon, et la mort qu'il mérite et dont il se sent menacé.

Ce malade avait été interné pour un état mixte. Vingt cgr. de belladénal par la bouche agissent sur la logorrhée, apaisent la crainte de la mort, mais le laissent coupable.

Avec une injection sous-cutanée, on obtient une sédation réelle que le malade *remercie de lui procurer*, et il s'endort rassuré sur son sort actuel, mais plein de doutes encore sur son passé. C'est dans les jours suivants que régresse peu à peu le délire rétrospectif. L'action du médicament semble s'exercer plus sur l'anxiété elle-même que sur l'imagination.

Notre ami X. jouit d'une certaine fortune et se préoccupe fort de petites choses car il est inoccupé. Il n'est pas avare, mais il est surprenant de le voir accomplir une largesse comme on se délivre d'une obsession.

A la fois défait et exalté, il survient chez nous, le soir, à l'improviste, la bouche sèche, ne sachant à quel saint se vouer. Sa future belle-mère ne l'a pas gardé à dîner, sa fiancée avait une robe tachée sous les bras. Il aspire à la vie d'intérieur, et sa belle-mère est une écervelée qui dissipe sa fortune aux bonnes œuvres. Il n'a jamais vu de maison dans un pareil désordre.

Des paroles d'apaisement ne font qu'augmenter sa rumination. Est-il indigne d'elle ou sa future famille l'abuse-t-elle indignement ? 20 cgr du médicament calment contre toute attente la sécheresse de la bouche et notre anxieux admet que nous étudierons plus tard le pour et le contre de ce mariage.

Des crises d'anxiété multiples, au cours de ses fiançailles, furent traitées avec succès de la même façon.

Récemment, son frère, qui est un déprimé constitutionnel taciturne et schizoïde, se présente chez lui au milieu de la nuit, le priant de se charger de ses enfants, car il va se tuer, se trouvant définitivement ruiné. Notre malade, qui connaissait le traitement, après en avoir pris lui-même une petite dose, pour se remettre d'une telle émotion, lui fit ingérer d'un coup 60 cgr. du médicament qui entraînèrent un sommeil profond, suivi d'un réveil pâteux et d'une soif ardente. Le déprimé s'étonna qu'il eût tant souhaité la mort et se laissa conduire docilement chez un médecin.

Moins active dans les grands états mélancoliques sans stupeur, où elle est pourtant un adjuvant précieux de l'opium, cette médication nous a fourni des cas heureux avec atténuation continue et globale des symptômes, mais avec une lenteur idéatoire un peu augmentée.

Gilbert Ballet qui accordait un rôle à l'obsession dans la mélancolie insistait à ce propos sur la sitiomanie, Nous ne l'avons observée que chez des anxieux et des alcooliques. Loin d'être augmentée par l'extrait de belladone, elle diminue notablement, peut-être par substitution d'un besoin physiologique immédiat à une obsession, qui est l'exagération consciente d'une nécessité organique bien moindre.

La sputation est toujours diminuée dans les encéphalites aiguës toxi-infectieuses. La diminution de la sputation quelquefois intense, s'accompagne de la diminution de l'intensité des hallucinations et de la disparition des hallucinations terrifiantes, alors que l'échec est à peu près complet dans les états hallucinatoires chroniques. Cependant, dans deux psychoses hallucinatoires évoluant depuis peu, nous avons pu noter une accoutumance des malades à leurs hallucinations, grâce à la sédation idéatoire, plus rapide que dans les cas favorables, une diminution de leurs réactions et une tendance nette à considérer leur maladie comme une infirmité et à s'y résigner.

Nous n'avons obtenu aucun résultat dans les confusions profondes anidéiques et stuporeuses, mais plusieurs cas de confusion mentale, avec excitation et délire onirique, ont donné chaque fois un résultat nettement positif.

V..., 30 ans, interné pour excitation avec idées de persécution et d'influence après des excès éthyliques, se présente six jours après comme confus avec excitation, ainsi qu'en fait foi l'immédiat, avec un délire onirique de persécution et de grandeur. Dieu lui fait comprendre qu'il est Napoléon, il se défend pour se rendre aux Tuileries, gesticule, menace, profère des propos incohérents d'une voix sourde, le regard fixe. Il commande ses troupes apparemment, n'est aucunement présent à l'interrogatoire, ne laisse paraître le moindre signe d'attention ou de conscience. Refus d'aliment. Cet état, qui avait été progressif, s'accentue. Le malade couché est soumis deux fois par jour, pendant 8 jours, à l'injection sous-cutanée, puis traité par l'ingestion du médicament.

La sputation et l'excitation cèdent d'abord. La parole sourde prend ensuite un timbre plus normal. Quatre jours après, il devient possible de fixer l'attention et d'interroger le malade sur son délire ; il prend conscience de son caractère onirique et le réduit entre deux crises d'excitation. L'amélioration a été progressive, mais il n'a jamais recouvré son intégrité mentale.

En dehors des états alcooliques de ce type où les symptômes sont heureusement influencés, la diminution de la fabulation que l'on peut obtenir dans la psychose de Korsakoff ne paraît pas contribuer à une restitution mentale plus rapide, et prive la malade de cette sorte de distraction.

Y a-t-il des indications précises à l'un ou l'autre des deux modes d'administration de cette thérapeutique, c'est-à-dire y a-t-il des cas où il faut préférer l'injection sous-cutanée à l'administration gastrique ?

Au début de nos essais nous avons pratiqué l'injection hypodermique, lorsque l'administration par voie buccale ne nous paraissait pas donner des résultats suffisants. Mais nous reconnaissons maintenant que la voie per os convient aux formes d'anxiété banale, aux obsessions sans grande intensité et essentielles, et nous réservons l'injection sous-cutanée aux formes avec terreur et excitation, en un mot plus manifestement liées à une évolution toxi-infectieuse.

En résumé, de l'application que nous avons vu faire par nos maîtres de cette thérapeutique et de l'étude à laquelle nous nous sommes attaché après les résultats qu'ils avaient obtenus, il semble qu'utilisée d'abord comme traitement de fond dans l'épilepsie, elle se soit aussi révélée symptomatique dans de nombreux syndromes psychiques. Il est de toute évidence que l'on ne peut en espérer qu'une sédation transitoire dans les formes évoluant depuis longtemps ou chroniques d'emblée, comme la dégénérescence mentale ou la démence précoce. Encore convient-il de souligner que dans cette dernière affection il peut y avoir intérêt à traiter les phobies ou les obsessions de début et à modifier l'attitude mentale initiale.

Nous pensons donc que ce traitement qui ne comporte comme contre-indication que les sympathicotonies très nettes apporte une sédation idéatoire mani-

feste, permet de soulager le malade chaque fois que l'excitation intellectuelle est nuisible ou pénible, en particulier chez les anxieux, les obsédés, les déprimés constitutionnels, outre de nombreux cas aigus, et semble devoir entrer dans la petite psychiâtrie quotidienne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1931-1932 (1)

Doctorat d'État. — 36. Bernard. — L'influence de la tuberculose sur l'état sanitaire des dents.

24. Bertin. — La consultation prénatale aux mains du médecin praticien.

13. Blart. — Les délires hallucinatoires chroniques. Etats termaux de la paralysie générale.

4. Bolvin. — Le traitement de la douleur par la crésopirine.

31. Bourdon. — Considérations étiologiques sur un cas rare de polynévrite.

34. Callens. — Le chorio-épithéliome du testicule et les formations choréo-épithéliales de cet organe.

10. Crétin. — La décapsulation du rein dans les néphrites de l'enfant.

9. Duprez. — Considérations sur le traitement actuel de l'athrepsie.

29. Fertin. — Le lobule apical de la veine azygos.

32. Fichez. — Les fistules broncho-biliaires consécutives à la lithiase.

18. Fourrier. — Emploi du mélange de gaz carbonique et d'oxygène (carbogène) en chirurgie.

37. Gernez. — Diagnostic biologique de la tuberculose.

21. Gest. — Contribution à l'étude de la radiothérapie préventive post-opératoire du cancer du sein.

27. Hubert. — Le traitement des paraplégies pottiques par la laminectomie.

19. Laloux. — Contribution à l'étude des complications urinaires des dislocations du bassin. Les ruptures de l'urètre membraneuse.

38. Lambret. — Des plaies de la portion sous-mésocolique du duodénum.

3. Lapchin. — Action des albumoses additionnées de sels dans l'achilie et les déficiences de la sécrétion gastrique.

12. Lassure. — Le syndrome de Guillain-Thaon.

14. Léandri. — L'avenir des tuberculeux à la sortie des sanatoria.

1. Lefebvre (André). — Contribution à l'étude de l'atrophie optique héréditaire et familiale.

23. Lefebvre (Léon). — La symptomatologie des tumeurs du lobe temporal.

11. Lefebvre (Marcel). — Pourquoi le rein mobile est-il plus fréquent à droite qu'à gauche ?

6. Lenys. — La forme intra-glandulaire de la lithiase sous-maxillaire.

17. Lesaffre. — Les suites et résultats des greffes à la manière d'Albee dans le traitement du mal de Pott (Localisations cervicale et sous-occipitale exclues).

7. Loviny. — Les arthropathies hémophiliques.

15. Merlen. — Les dangers de l'apprentissage de la médecine. Peut-on y remédier ?

16. Pluvinage. — De l'utilisation du cholalate de soude dans la thérapeutique de l'hypertension.

8. Pouchèle. — L'hystérectomie fundique (Etude critique de ses résultats éloignés).

28. Quénée. — Etude anatomique de la cavité thoracique. La sternotomie médiane verticale avec cléidotomie.

5. Samsoen. — Contributions à l'étude de la greffe épidermique chez l'homme.

39. Sapelier. — La fièvre ondulante dans le nord de la France.

20. Van den Bosch. — La tuberculose de la moelle épinière.

26. Vanneufville. — A propos de quelques observations de pneumothorax hémostatique.

25. Vansteenberghe. — Le violet de gentiane en thérapeutique.

35. Villain. — L'épithélioma primitif de l'urètre localisé à la fosse naviculaire.

30. Vrasse. — De l'ostéomyélite hématogène du maxillaire inférieur.

22. Wantiez. — Résultats éloignés et séquelles du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel.

33. Warembourg. — Les produits du métabolisme glucidique dans le plasma.

2. Wilmot. — Du traitement de convalescence des pleurésies par la gymnastique respiratoire et l'altitude.

Doctorat d'Université. — 8. Ganeff. — Au sujet des appendicites traumatiques. Analyse pathogénique et médico-légale.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1932, Montpellier, n° 79, p. 1446; Marseille, n° 85, p. 1558; Strasbourg, n° 86, p. 1581; Toulouse, n° 88, p. 1618; Bordeaux, n° 95, p. 1763; Nancy, n° 102, p. 1907; Alger, n° 103, p. 1925; Lyon, n° 104, p. 1944.

LIVRES NOUVEAUX

Techniques de laboratoire appliquées aux maladies de la digestion et de la nutrition (1), par Marcel Labbé, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique médicale, à la Faculté de médecine de Paris, Henri Labbé, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de chimie à la Faculté de médecine de Paris ; et F. Nepveux, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

Ce livre, écrit en collaboration par un médecin et des techniciens, s'adresse à la fois aux praticiens qu'il met au courant des notions indispensables sur la fonction de nutrition et de digestion et aux travailleurs de laboratoire qui y trouveront les méthodes les plus recommandables pour les analyses du sang et des excrétions, l'établissement des bilans et les mesures du métabolisme. En présence de chaque cas clinique, il indique : ce qui doit être cherché, comment le chercher, et ce qu'on peut déduire des recherches effectuées au laboratoire. Il est indispensable pour tout médecin qui s'occupe des maladies de la digestion et de la nutrition.

Ce volume comporte plusieurs parties : dans la première sont étudiés les grands syndromes pathologiques de la digestion et de la nutrition (obésité, goutte, diabète, etc.) syndromes gastriques, intestinaux, pancréatiques, rénaux, hépatiques, etc., avec les troubles physiologiques qui les caractérisent, la manière de les mettre en évidence par les analyses de sang, d'urine, des fèces, l'interprétation des résultats du laboratoire par le diagnostic et le pronostic.

Dans la seconde partie, sont envisagés les éléments constituants de l'organisme, les minéraux (carbone, chlore, so-

(1) In-8 de 886 pages avec 135 figures et 6 planches hors texte en couleurs. — Prix : 140 fr. — Paris, Masson et Cie.

dium, calcium, phosphore, soufre) et les organiques (protéides, lipides, glucides), avec une étude d'ensemble sur leur métabolisme dans le corps humain.

A cette partie se rattachent l'étude de l'équilibre acido-basique, ou des déviations vers l'acidose ou l'alcalose, ses techniques d'examen, et l'étude des échanges respiratoires avec sa technique d'examen et son intérêt pour la clinique.

Dans la troisième partie sont exposées les techniques d'examen portant sur les humeurs et les excrétions (urines et fèces), les sécrétions (suc gastrique et pancréatique, bile).

D'une façon très complète sont décrites les méthodes d'analyse du sang, des urines et des fèces, leurs applications à l'étude des maladies et les déductions qu'on en peut tirer au point de vue de la clinique.

L. G.

Le traitement du diabète sucré (1), par le Dr RATHERY, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Ce livre a été conçu dans un but exclusivement pratique et il est surtout destiné au médecin praticien.

L'auteur a voulu que ce dernier puisse trouver tous les renseignements nécessaires pour établir le traitement souvent complexe de cet important syndrome ; mais il a tenu également à ce que rien ne soit laissé dans l'ombre des découvertes modernes.

Le livre est divisé en deux parties : l'une concerne les armes thérapeutiques et l'autre la mise en œuvre du traitement.

La première partie est un exposé des divers moyens thérapeutiques qu'on peut avoir à employer ; le régime alimentaire est longuement étudié.

L'auteur aborde ensuite l'étude de l'insuline. Il décrit minutieusement son mode d'emploi et les accidents pouvant relever du traitement iusulinique.

Cette première partie se termine par un chapitre concernant l'hygiène, l'exercice et l'hydroclimatologie et un chapitre ayant trait aux traitements médicamenteux.

La deuxième partie est de beaucoup la plus importante et la plus originale, car l'auteur en s'appuyant sur sa longue pratique personnelle, aborde toutes les questions ayant trait au traitement des diabètes ; c'est une thérapeutique vécue qu'il expose à ses lecteurs.

En présence d'un diabétique, le médecin doit tout d'abord diagnostiquer la forme qui est en jeu : *diabète simple, diabète consomptif ;* la thérapeutique est entièrement différente dans les deux cas.

Pour le diabète simple, un seul traitement : le traitement de Bouchardat. Donner au sujet le maximum de féculents qu'il peut tolérer. D'où nécessité d'établir le coefficient d'assimilation hydrocarbonée.

Pour le *diabète consomptif*, au contraire, l'*insuline est indispensable.* L'auteur montre comment on doit l'employer et les résultats qu'on peut attendre de cette cure bien conduite. On trouve ensuite exposé le traitement des grands accidents diabétiques ; traitement du coma « agir vite, fort et bien », traitement du collapsus cardiaque, de la gangrène diabétique, de la tuberculose associée au diabète, et celui des petits accidents.

Les chapitres suivants ont trait au traitement des diabètes associés ; des formes étiologiques ; aux interventions chirurgicales chez les diabétiques, et aux rapports entre le diabète et les assurances sur la vie.

Le livre se termine par des tables très complètes concernant la composition et la valeur calorique des divers aliments. On y trouvera des recettes de plats convenant aux glycosuriques imaginées par un chef cuisinier lui-même diabétique et remises autrefois à Bouchardat pour lui témoigner sa reconnaissance.

L. G.

(1) In-8 couronne de 216 pages. — Prix : 30 fr. — Paris. l'Expansion scientifique française.

L'automne de la vie (L'homme et la femme à l'âge critique) (1), par le docteur Victor PAUCHET.

L'automne de la vie, c'est cette période de l'existence qui s'étend approximativement de la cinquantaine jusque vers les 65, 70 ans, ou plus, ou moins, selon les individus. Période grise et sans charmes pour la plupart, période où le plus grand nombre perçoivent les premiers grincements de la machine humaine rouillée et encrassée, prodromes de la sénilité.

Dès le premier chapitre, l'entraîneur d'hommes qu'est le Dr Victor Pauchet nous résume sa conception générale de l'automne humain. « Il ne s'agit pas, pour l'homme ou la femme qui entre dans cette période de sa vie, de « commencer à mourir », ni de souffrir mille maux, mais de franchir cette étape avec la ferme intention de vivre intensément et utilement, de conquérir autant de bonheur, de rendre à sa famille et à la collectivité autant de services qu'il est possible à un individu en pleine forme, en plein rendement...

« Pour moi, ajoute-t-il, l'automne possède autant et plus de charme que le printemps et l'été. Après la luxuriance du premier et les ardeurs du second, sa beauté sévère m'apparaît reposante, apaisante, et propice à l'action raisonnée, à l'activité féconde. »

Et tout au long de cet ouvrage vivant, dont l'intérêt est constamment soutenu, le docteur Victor Pauchet nous communique cette puissance de vie, cet entrain optimiste, qui inspirent tous ses ouvrages et par quoi jeunes et vieux, forts et faibles se sentent immédiatement et à tout jamais conquis.

Tous les maux de l'arrière-saison sont examinés, expliqués et la conduite à tenir pour les prévenir ou les combattre nous est aussitôt indiquée.

Dans une courte préface, empreinte de spirituelle et émouvante bonhomie, M. Brieux, de l'Académie Française, nous dit son admiration pour Victor Pauchet et son œuvre et nous peint la mélancolie du déclin, que seule peut atténuer la joie d'être grand-père.

L'ouvrage est complété et corroboré par trois études du plus haut intérêt : l'une, du docteur Dartigues, le grand spécialiste des greffes chirurgicales, émule de Voronoff, sur le traitement chirurgical de la vieillesse (greffes et chirurgie esthétique) ; une seconde, du docteur Alexandre Hirchberg, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Michel, sur le traitement biologique des cancers ; une troisième, du docteur Pierre Prost, le spécialiste bien connu des maladies mentales, sur l'hygiène mentale de l'homme de 50 à 70 ans.

Le plus beau succès est promis à ce livre. Les cinquantenaires voudront, en le lisant, « faire un nouveau bail », les jeunes y chercheront l'art de se ménager de belles récoltes d'automne, les vieux eux-mêmes y puiseront — mêlés il est vrai de quelques regrets — soulagement et réconfort. Tous se vivifieront au contact de cet enseignement dynamique.

L. G.

(1) Un volume cartonné de 350 pages (présentation originale). — Prix : 20 fr. — Chez tous les libraires et aux éditions Oliven, 65, avenue de la Bourdonnais, Paris.

TABLE DES MATIÈRES

1932

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS

1932

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.